



F. Knieps | H. Pfaff (Hrsg.)

Krise Wandel Aufbruch

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



BKK Gesundheitsreport 2021

Franz Knieps | Holger Pfaff (Hrsg.)

Krise – Wandel – Aufbruch



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Knieps | Pfaff (Hrsg.): Krise – Wandel – Aufbruch. BKK Gesundheitsreport 2021

ISBN: 978-3-95466-648-5, urheberrechtlich geschützt

© 2021 BKK Dachverband e.V. und MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

BKK Gesundheitsreport 2021

Franz Knieps | Holger Pfaff (Hrsg.)

Krise – Wandel – Aufbruch

Zahlen, Daten, Fakten

mit Gastbeiträgen aus
Wissenschaft, Politik und Praxis von

B. Bas | G. Bereczky-Löchli | E.M. Bitzer | S. Cook | D. Dilba | S. Eilers
S. Franke-Müller | S. Fuhrhop | A. Große-Jäger | A. Jansen | K. Kappert-Gonther
J. Kapitzky | M. Klein-Schmeink | K. Kliner | F. Knieps | M. König | P. Kruppenbacher
O. Liebig | U. Mehlhorn | B. Meyer | B.E. Mühlroth | J. Neumann | M. Nolte
H. Pfaff | A. Piele | C. Piele | D. Rennert | C. Ricci | M. Richter | J. Rump | R. Scharf
T. Schnelle | M. Schölkopf | L. Seinsche | M. Stark | C. Stenten | F. Stiegler
C. Tophoven | A. Ullmann | E. Weber | B. Wollesen | S. Zeike | A. Zill



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Knieps | Pfaff (Hrsg.): Krise – Wandel – Aufbruch. BKK Gesundheitsreport 2021

ISBN: 978-3-95466-648-5, urheberrechtlich geschützt

© 2021 BKK Dachverband e.V. und MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Der BKK Gesundheitsreport 2021 und die damit verbundenen Auswertungen wurden durch den BKK Dachverband erstellt.

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

Redaktion: Karin Kliner, Dirk Rennert, Matthias Richter

Datenmanagement und Empirie: Karin Kliner und Dirk Rennert

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

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

ISBN 978-3-95466-648-5

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Zitation:

Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) BKK Gesundheitsreport 2021.

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2021

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, November 2021

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

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

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

Produkt-/Projektmanagement: Lisa Maria Pilhofer, Anna-Lena Spies, Susann Weber, Berlin
Layout & Satz: zweiband.media, Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH, Berlin
Druck: druckhaus köthen GmbH & Co. KG, Köthen
Coverbild: Pixel-Shot/Adobe Stock

Die Herausgeber

Franz Knieps
BKK Dachverband e.V.
Berlin

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

Die Autorinnen und Autoren

Bärbel Bas, MdB
SPD-Bundestagsfraktion
Berlin

Györgyi Bereczky-Löchl
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Prof. Dr. Eva Maria Bitzer MPH
Institut für Alltagskultur, Bewegung und Gesundheit
Pädagogische Hochschule Freiburg

Dr. Sasha Cook
Arbeits- und Organisationspsychologie
Universität von Amsterdam

Dominik Dilba
Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie
TU Chemnitz

Silke Eilers
Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft
Ludwigshafen

Simone Franke-Müller
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Berlin

Dr. Silvester Fuhrhop
corvolution GmbH, Ettlingen

André Große-Jäger
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Berlin

Dr. Alessa Jansen
Bundespsychotherapeutenkammer, BPTK
Berlin

Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB
Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Bundestag
Berlin

Jens Kapitzky
Metaplan® – Gesellschaft für Planung und Organisation mbH
Quickborn

Maria Klein-Schmeink, MdB
Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Bundestag
Berlin

Karin Kliner
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Franz Knieps
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Martin König
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Petra Kruppenbacher
Mitarbeiterunterstützungsprogramm MUP Rhein-Neckar e.V.
Mannheim

Olaf Liebig
Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
Berlin

Uwe Mehlhorn
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Prof. Dr. Bertolt Meyer
Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie
TU Chemnitz

Dr. rer. nat. Beate Elisabeth Mühlroth
Bundespsychotherapeutenkammer, BPTK
Berlin

Jana Neumann

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft (IMVR)
Universität zu Köln

Mascha Nolte

Metaplan® – Gesellschaft für Planung und Organisation mbH
Quickborn

Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft (IMVR)
Universität zu Köln

Alexander Piele

Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO
Stuttgart

Christian Piele

Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO
Stuttgart

Dirk Rennert

BKK Dachverband e.V.
Berlin

Claudia Ricci

Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO
Stuttgart

Dr. Matthias Richter

BKK Dachverband e.V.
Berlin

Prof. Dr. Jutta Rump

Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft
Ludwigshafen

Rajko Scharf

Avacon Netz GmbH
Helmstedt

Dr. Thomas Schnelle

Metaplan® – Gesellschaft für Planung und Organisation mbH
Quickborn

Dr. Martin Schölkopf

Bundesministerium für Gesundheit
Berlin

Laura Seinsche

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft (IMVR)
Universität zu Köln

Maik Stark

BKK Dachverband e.V.
Berlin

Claudia Stenten

Siemens AG
München

Franziska Stiegler

Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Berlin

Dr. Christina Tophoven

Bundespsychotherapeutenkammer, BPTK
Berlin

Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB

Bundestagsfraktion FDP
Berlin

Prof. Dr. Enzo Weber

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)
Nürnberg

Prof. Dr. Bettina Wollesen

Technische Universität Berlin

Dr. Sabrina Zeike

vivalue Health Consulting GmbH
Köln

Dr. Alexander Zill

Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie
TU Chemnitz

Vorwort

Durch die weltweite Coronavirus-Pandemie ist das, was wir bisher als unsere Normalität wahrgenommen haben, infrage gestellt worden. Im Gegenzug hat sich eine neue Normalität etabliert, die in vielerlei Hinsicht bis vor Kurzem noch als weitgehend utopisch, oder zumindest als Seltenheit galt. So sind Videokonferenzen in der Arbeitswelt oder in der Kommunikation zwischen Patient und Arzt bzw. Psychotherapeut längst Teil des new normal geworden. Natürlich ist diese Entwicklung nicht nur mit Chancen, sondern auch mit neuen Herausforderungen für alle Beteiligten verbunden. Eines zeichnet sich jedoch klar ab: Ein Zurück zum Status quo ante wird es nicht geben. Welche besondere Rolle dabei die Coronavirus-Pandemie im Kontext von Gesundheit und Arbeit spielt, steht im Fokus des diesjährigen BKK Gesundheitsreports.

Neue Normalität von Gesundheit und Arbeit

Die Digitalisierung ist heute mehr denn je fester Bestandteil von Gesundheit und Arbeit. Neben der massiven Ausweitung der Möglichkeiten der Fernbehandlung in der Gesundheitsversorgung, ist mobiles Arbeiten – häufig in Form von Homeoffice – mittlerweile für viele Beschäftigte zur neuen Normalität geworden. Wie unsere diesjährige Umfrage zeigt, entspricht dies dem Bedürfnis vieler Beschäftigten: Mobiles Arbeiten inklusive der zugehörigen Rahmenbedingungen stehen ganz oben auf der Wunschliste der Arbeitsbedingungen. Andererseits wird deutlich, dass sich mit fortwährender Dauer der Pandemie das körperliche und psychische Belastungsempfinden der Befragten sukzessive verschlechtert hat. Das ist allerdings kein Grund für Alarmismus, mündet doch nicht jede Belastung automatisch in eine behandlungsbedürftige Erkrankung. Vielmehr ist die Fähigkeit zur Resilienz von Personen und Organisationen dabei vor allem in Krisenzeiten von besonderer Bedeutung. Eine digitalisierte Arbeitswelt stellt dabei nicht nur formal, sondern auch inhaltlich neue Anforderungen an die Betriebliche Gesundheitsförderung.

Dass nicht alle Beschäftigten in gleichem Maß von der Pandemie betroffen sind, zeigen nicht zuletzt die Analysen unserer Versorgungsdaten. Neben den Erziehungs-, Gesundheits- und Pflegeberufen,

sind es vor allem Beschäftigte mit geringem sozialen Status, die besonders häufig aufgrund von COVID-19 in medizinischer Behandlung sind. Dabei handelt es sich oftmals um solche Tätigkeiten, die meist nur vor Ort ausgeübt werden können bzw. häufig einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Vor allem bei diesen Beschäftigten das Risiko einer Infektion zu minimieren, schützt nicht nur die Betroffenen selbst, sondern alle Menschen, mit denen sie Kontakt haben. Neben Homeoffice hat zudem die Möglichkeit der Videosprechstunde dazu beigetragen, das Ansteckungsrisiko bei anderen Infektionen, insbesondere der Atemwegserkrankungen, deutlich zu senken. Diese Möglichkeit über die aktuelle Pandemie hinaus beizubehalten, würde sich nicht nur präventiv auf den Verlauf zukünftiger Pandemien, sondern auch auf die wesentlich häufiger vorkommenden Grippe- und Erkältungswellen auswirken.

Der BKK Gesundheitsreport 2021

Mein besonderer Dank gilt den Gastautorinnen und Gastautoren für deren ausgezeichnete Fachbeiträge und Interviews, welche die Analysen der Gesundheitsdaten erweitern und ergänzen. Zudem gilt mein Dank allen weiteren Beteiligten, die zum Gelingen des BKK Gesundheitsreports 2021 beigetragen haben, vor allem meinem Mitherausgeber Prof. Dr. Holger Pfaff, sowie dem Team der Gesundheitsberichterstattung Karin Kliner, Dr. Matthias Richter und Dirk Rennert. Der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft, insbesondere Susann Weber, Anna-Lena Spies und Lisa Maria Pilhofer, danke ich für die hervorragende verlegerische Betreuung und Zusammenarbeit.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.

Ihr



Franz Knieps
Vorstand des BKK Dachverbandes e.V.

Inhalt

Vorwort	vii
Tabellenverzeichnis	1
Diagrammverzeichnis	5
Methodische Hinweise	15
Das Wichtigste im Überblick	21
Krise – Wandel – Aufbruch: Ein Überblick <i>Holger Pfaff und Sabrina Zeike</i>	29
0 Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten <i>Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter</i>	43
0.1 Soziodemografie der BKK Versicherten im Überblick	45
0.2 Soziodemografie der beschäftigten Mitglieder	49
0.2.1 Beschäftigte nach Regionen	49
0.2.2 Beschäftigte nach Alter, Geschlecht und Tätigkeitsmerkmalen	50
0.2.3 Beschäftigte nach Berufsgruppen	52
0.2.4 Beschäftigte nach Wirtschaftsgruppen	55
0.3 Zusammenfassung	58
Krise – Wandel – Aufbruch: Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung 2021 <i>Dirk Rennert, Matthias Richter und Karin Kliner</i>	59
Stichprobenbeschreibung	61
Veränderungen der arbeitsbezogenen Mobilität in der Coronavirus-Pandemie	63
Veränderungen der Nutzung von mobiler Arbeit und Homeoffice in der Coronavirus-Pandemie	69
Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie auf Gesundheit und Arbeit	73
Zukunft von Arbeit und Gesundheit	77
Fazit und Ausblick	80
1 Arbeitsunfähigkeit <i>Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter</i>	83
1.1 AU-Geschehen im Überblick	85
1.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2020	85
1.1.2 Entwicklung im Jahr 2021	87
1.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen	88
1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen	98
1.2.1 AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht	98
1.2.2 AU-Geschehen nach Versichertenstatus	109
1.2.3 AU-Geschehen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	113
1.3 AU-Geschehen in Regionen	117
1.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	117
1.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen	121

1.4	AU-Geschehen in der Arbeitswelt	125
1.4.1	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	125
1.4.2	Auswertungen nach Berufsgruppen	130
1.4.3	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	139
1.5	Schwerpunktthema Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie	144
1.5.1	Einleitung	144
1.5.2	Auswertungen im Rahmen der Monatsstatistik	145
1.5.3	Auswertungen nach soziodemografischen Merkmalen	149
1.5.4	Auswertungen nach Regionen	154
1.5.5	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	154
1.5.6	Auswertungen nach Berufsgruppen	160
1.5.7	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen	164
1.6	Zusammenfassung und Ausblick	168
2	Ambulante Versorgung	171
	<i>Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert</i>	
2.1	Ambulante Versorgung im Überblick	173
2.1.1	Aktuelle Zahlen im Jahr 2020	173
2.1.2	Langzeittrends	174
2.1.3	Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen	175
2.2	Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen	181
2.2.1	Ambulante Versorgung nach Alter und Geschlecht	181
2.2.2	Ambulante Versorgung nach Versichertenstatus	190
2.2.3	Ambulante Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	195
2.3	Ambulante Versorgung in Regionen	199
2.3.1	Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	199
2.3.2	Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen	200
2.4	Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt	205
2.4.1	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	205
2.4.2	Auswertungen nach Berufen	207
2.4.3	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	213
2.5	Schwerpunktthema Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie	221
2.5.1	Einleitung	221
2.5.2	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	225
2.5.3	Auswertungen nach Berufsgruppen	227
2.5.4	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	230
2.6	Zusammenfassung und Ausblick	235

Schwerpunkt Wissenschaft	237
Gesundes hybrides Arbeiten im New Normal	239
<i>Claudia Ricci, Alexander Piele und Christian Piele</i>	
Interview mit Bärbel Bas	246
Gesundheitskompetenz: eine Ressource in der Krise?!	248
<i>Eva Maria Bitzer</i>	
Interview mit Kirsten Kappert-Gonther	255
Die Neue Normalität in der Arbeitswelt – Konsequenzen für die Lebensphasenorientierte Personalpolitik	257
<i>Jutta Rump und Silke Eilers</i>	
3 Stationäre Versorgung	263
<i>Matthias Richter, Karin Kliner, Dirk Rennert</i>	
3.1 Stationäre Versorgung im Überblick	265
3.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2020	265
3.1.2 Langzeittrends	267
3.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen	268
3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen	277
3.2.1 Stationäre Versorgung nach Alter und Geschlecht	277
3.2.2 Stationäre Versorgung nach Versichertenstatus	290
3.2.3 Stationäre Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	296
3.3 Stationäre Versorgung in Regionen	300
3.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	300
3.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen	304
3.4 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt	306
3.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	306
3.4.2 Auswertungen nach Berufen	310
3.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	314
3.5 Schwerpunktthema Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie	321
3.5.1 Einleitung	321
3.5.2 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	326
3.5.3 Auswertungen nach Berufsgruppen	326
3.5.4 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	328
3.6 Zusammenfassung und Ausblick	333

Schwerpunkt Politik	335
Die Offensive psychische Gesundheit	337
<i>Simone Franke-Müller, Olaf Liebig und André Große-Jäger</i>	
Interview mit Maria Klein-Schmeink	342
Digitale Plattformarbeit – Digitale Soziale Sicherung	344
<i>Enzo Weber</i>	
Psychotherapeutische Versorgung in und nach der Corona-Pandemie	349
<i>Christina Tophoven, Beate Elisabeth Mühlroth und Alessa Jansen</i>	
Pflege und Pflegekräfte in und nach der Coronavirus-Pandemie	356
<i>Martin Schölkopf</i>	
Interview mit Andrew Ullmann	362
4 Arzneimittelverordnungen	363
<i>Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter</i>	
4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick	365
4.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2020	365
4.1.2 Langzeittrends	367
4.1.3 Die wichtigsten Arzneimittelverordnungen	370
4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen	373
4.2.1 Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht	373
4.2.2 Arzneimittelverordnungen nach Versichertenstatus	378
4.2.3 Arzneimittelverordnungen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	381
4.3 Arzneimittelverordnungen in Regionen	385
4.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	385
4.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Verordnungen	386
4.4 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt	391
4.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	394
4.4.2 Auswertungen nach Berufen	399
4.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	403
4.5 Zusammenfassung und Ausblick	408

Schwerpunkt Praxis	411
Die Krise und der Abschied von der Präsenzkultur – Gestaltungshebel für die gelingende Zusammenarbeit auf Distanz	413
<i>Jens Kapitzky, Mascha Nolte und Thomas Schnelle</i>	
Digitalisierung, Pandemie und Chronische Erkrankungen – neue Themencluster im Deutschen Siegel Unternehmensgesundheit	420
<i>Alexander Zill, Dominik Dilba, Sasha Cook, Bertolt Meyer und Martin König</i>	
BGM bei Avacon – Schritte in die Digitalisierung	427
<i>Rajko Scharf</i>	
Die Weichen für den Wandel hin zu einer neuen Normalität sind gestellt	434
<i>Claudia Stenten</i>	
Können Pflegekräfte durch innovative Technologien besser mit betrieblichen gesundheitsfördernden Maßnahmen erreicht werden? Ein Einblick in das Forschungsvorhaben AusGleich	437
<i>Györgyi Bereczky-Löchli, Silvester Fuhrhop und Bettina Wollesen</i>	
Es muss gar nicht immer die große Krise sein	442
<i>Petra Kruppenbacher und Franziska Stiegler</i>	
5 Krise, Wandel, Aufbruch – Das deutsche Gesundheitswesen vor grundlegenden Veränderungen	449
<i>Franz Knieps</i>	
Anhang	457
A Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	460
B Systematische Verzeichnisse	468

Tabellenverzeichnis

0 Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten

0.1 Soziodemografie der BKK Versicherten im Überblick

Tabelle 0.1.1	Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten sowie Durchschnittsalter nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	45
Tabelle 0.1.2	Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten sowie Frauenanteile nach Bundesländern (Wohnort) im Vergleich mit den GKV Versicherten (Berichtsjahr 2020)	47
Tabelle 0.1.3	Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) sowie Altersstruktur im Vergleich mit den GKV Versicherten (Berichtsjahr 2020)	48

0.2 Soziodemografie der beschäftigten Mitglieder

Tabelle 0.2.1	Soziodemografie – Anteile und Altersstruktur der beschäftigten BKK Mitglieder nach ausgewählten Merkmalen im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2020)	51
Tabelle 0.2.2	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssegmenten sowie Altersstruktur im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2020)	53
Tabelle 0.2.3	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten sowie Altersstruktur im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2020)	56

Krise – Wandel – Aufbruch: Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung 2021

Tabelle 1	Umfrage – Vergleich der Umfrageteilnehmer 2021 mit allen Beschäftigten in Deutschland hinsichtlich ausgewählter soziodemografischer Merkmale	62
Tabelle 2	Umfrage – Vergleich der Umfrageteilnehmer 2020 und 2021 mit allen Beschäftigten in Deutschland hinsichtlich ausgewählter Merkmale der arbeitsbezogenen Mobilität	64
Tabelle 3	Umfrage – Ausgewählte Merkmale mobiler Arbeit bei den Umfrageteilnehmern im Vergleich zwischen Umfrage 2020 und Umfrage 2021	70

1 Arbeitsunfähigkeit

1.1 AU-Geschehen im Überblick

Tabelle 1.1.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2020)	86
Tabelle 1.1.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2020)	91
Tabelle 1.1.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)	93
Tabelle 1.1.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2020)	97

1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 1.2.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	99
Tabelle 1.2.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	103
Tabelle 1.2.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	105
Tabelle 1.2.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen des Atmungssystems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	108
Tabelle 1.2.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen nach ausgewählten Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	109

1.3 AU-Geschehen in Regionen

Tabelle 1.3.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) im Zehnjahresvergleich (2010 und 2020)	118
---------------	---	-----

1.4 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Tabelle 1.4.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2020)	135
Tabelle 1.4.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Berichtsjahr 2020)	136
Tabelle 1.4.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Psychischen Störungen (Berichtsjahr 2020)	137

1.5 Schwerpunktthema Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie

Tabelle 1.5.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten COVID-19-Diagnosen (U07.1 oder U07.2) und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	150
Tabelle 1.5.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) für die zehn Wirtschaftsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen (Berichtsjahr 2020)	158
Tabelle 1.5.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen (Berichtsjahr 2020)	162

2 Ambulante Versorgung

2.1 Ambulante Versorgung im Überblick

Tabelle 2.1.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2020)	174
Tabelle 2.1.2	Ambulante Versorgung – Behandlungsfälle und Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose im Zeitverlauf (2012–2020)	174
Tabelle 2.1.3	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die zehn häufigsten Diagnosen im Zeitverlauf (2012–2020)	178

2.2 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 2.2.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	190
Tabelle 2.2.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)	191
Tabelle 2.2.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	194

2.3 Ambulante Versorgung in Regionen

Tabelle 2.3.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2020)	200
Tabelle 2.3.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2020)	201

2.4 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt

Tabelle 2.4.1	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn Berufsgruppen mit den größten/geringsten Anteilen (Berichtsjahr 2020)	213
Tabelle 2.4.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	214
Tabelle 2.4.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	216
Tabelle 2.4.4	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	217

Tabelle 2.4.5	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	219
---------------	--	-----

2.5 Schwerpunktthema Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie

Tabelle 2.5.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	223
Tabelle 2.5.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2020)	223
Tabelle 2.5.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) für die zehn Wirtschaftsgruppen mit den größten/geringsten Anteilen (Berichtsjahr 2020)	227
Tabelle 2.5.4	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) für die zehn Berufsgruppen mit den größten/geringsten Anteilen (Berichtsjahr 2020)	229

3 Stationäre Versorgung

3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

Tabelle 3.1.1	Stationäre Versorgung – Versichertenanteile nach Anzahl der Krankenhausaufenthalte im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2020)	266
Tabelle 3.1.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2020)	272

3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 3.2.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	283
Tabelle 3.2.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen des Herz-Kreislauf-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	286
Tabelle 3.2.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Neubildungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	288
Tabelle 3.2.4	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	290
Tabelle 3.2.5	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2020)	296

3.3 Stationäre Versorgung in Regionen

Tabelle 3.3.1	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2020)	303
---------------	---	-----

3.4 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt

Tabelle 3.4.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2020)	313
Tabelle 3.4.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	315
Tabelle 3.4.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	316
Tabelle 3.4.4	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	318
Tabelle 3.4.5	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	319

3.5 Schwerpunktthema Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie

Tabelle 3.5.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	323
---------------	---	-----

4 Arzneimittelverordnungen

4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

Tabelle 4.1.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2020)	366
Tabelle 4.1.2	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2012–2020)	368
Tabelle 4.1.3	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2020)	369
Tabelle 4.1.4	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung für die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen im Zeitverlauf (2012–2020)	372

4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 4.2.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	379
Tabelle 4.2.2	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Versichertengruppen und Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2020)	380
Tabelle 4.2.3	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	381
Tabelle 4.2.4	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	383

4.3 Arzneimittelverordnungen in Regionen

Tabelle 4.3.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2020)	386
---------------	---	-----

4.4 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

Tabelle 4.4.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2020)	392
Tabelle 4.4.2	Arzneimittelverordnungen – Differenzen der Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2020)	397
Tabelle 4.4.3	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2020)	398
Tabelle 4.4.4	Arzneimittelverordnungen – Differenzen der Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung nach Berufssegmenten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2020)	402
Tabelle 4.4.5	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufshauptgruppen (Berichtsjahr 2020)	403

Diagrammverzeichnis

0 Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten

0.1 Soziodemografie der BKK Versicherten im Überblick

Diagramm 0.1.1	Soziodemografie – BKK Versicherte nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2020)	46
----------------	--	----

0.2 Soziodemografie der beschäftigten Mitglieder

Diagramm 0.2.1	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2020)	50
Diagramm 0.2.2	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2020)	54
Diagramm 0.2.3	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2020)	57

Krise – Wandel – Aufbruch: Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung 2021

Diagramm 1	Umfrage – Wegdauer und Wegentfernung der Umfrageteilnehmer nach Wirtschafts- und Berufsgruppen im Vergleich zwischen Umfrage 2020 und Umfrage 2021	66
Diagramm 2	Umfrage – Zufriedenheit der Umfrageteilnehmer mit ihrer arbeitsbezogenen Mobilität nach Wirtschafts- und Berufsgruppen im Vergleich zwischen Umfrage 2020 und Umfrage 2021	67
Diagramm 3	Umfrage – Zusammenhang zwischen arbeitsbezogener Mobilität und ausgewählten Gesundheitsaspekten der Umfrageteilnehmer im Vergleich zwischen Umfrage 2020 und Umfrage 2021	68
Diagramm 4	Umfrage – Häufigkeit der Nutzung von Homeoffice bzw. mobiler Arbeit der Umfrageteilnehmer nach Wirtschafts- und Berufsgruppen im Vergleich zwischen Umfrage 2020 und Umfrage 2021	72
Diagramm 5	Umfrage – Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf IKT-Nutzung, Homeoffice und arbeitsbezogene Mobilität der Umfrageteilnehmer im Vergleich zwischen Umfrage 2020 und Umfrage 2021	74
Diagramm 6	Umfrage – Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf ausgewählte Gesundheitsaspekte und das Arbeitsleben der Umfrageteilnehmer im Vergleich zwischen Umfrage 2020 und Umfrage 2021	74
Diagramm 7	Umfrage – Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf ausgewählte Aspekte des Arbeitslebens bei den Umfrageteilnehmern	75
Diagramm 8	Umfrage – Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf ausgewählte Gesundheitsaspekte der Umfrageteilnehmer im Vergleich zwischen den Umfragen 2017, 2020 und 2021	76
Diagramm 9	Umfrage – Bewertung der Entwicklung von ausgewählten Aspekten der Arbeit bei den Umfrageteilnehmern	77
Diagramm 10	Umfrage – Antizipierte Vorbereitung auf zukünftige Krisen aus Sicht der Umfrageteilnehmer	78
Diagramm 11	Umfrage – Subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala ¹) aus Sicht der Umfrageteilnehmer – Vergleich zwischen den Umfragen 2017, 2020 und 2021	79

1 Arbeitsunfähigkeit

1.1 AU-Geschehen im Überblick

Diagramm 1.1.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne AU-Fälle und AU-Tage aufgrund von Reha-Fällen und Arbeitsunfällen im Zeitverlauf (2010–2020)	86
Diagramm 1.1.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2020)	87
Diagramm 1.1.3	Arbeitsunfähigkeit – Monatlicher Krankenstand der beschäftigten Mitglieder im Zeitverlauf (2019–2021)	88
Diagramm 1.1.4	Arbeitsunfähigkeit – Monatlicher Krankenstand der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2019–2021)	89
Diagramm 1.1.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)	90

Diagramm 1.1.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)	90
Diagramm 1.1.7	Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2010–2020)	91
Diagramm 1.1.8	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2010–2020)	92
Diagramm 1.1.9	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage je Fall der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)	93
Diagramm 1.1.10	Arbeitsunfähigkeit – KG-Fälle der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)	94
Diagramm 1.1.11	Arbeitsunfähigkeit – KG-Tage der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)	94
Diagramm 1.1.12	Arbeitsunfähigkeit – Kinderkrankengeld (KKG)-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Geschlecht im Zeitverlauf (2016–2020)	96

1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 1.2.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	99
Diagramm 1.2.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	100
Diagramm 1.2.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	101
Diagramm 1.2.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2010–2020)	102
Diagramm 1.2.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Geschlecht im Zeitverlauf (2010–2020)	104
Diagramm 1.2.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für das Burn-out-Syndrom (Z73) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2014–2020)	106
Diagramm 1.2.7	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Atmungssystems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2010–2020)	107
Diagramm 1.2.8	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen nach ausgewählten Versichertengruppen im Zeitverlauf (2010–2020)	110
Diagramm 1.2.9	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage nach ausgewählten Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)	111
Diagramm 1.2.10	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach ausgewählten Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2020)	112
Diagramm 1.2.11	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen für Psychische Störungen nach ausgewählten Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2020)	112
Diagramm 1.2.12	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	114
Diagramm 1.2.13	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	114
Diagramm 1.2.14	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	115
Diagramm 1.2.15	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	116

1.3 AU-Geschehen in Regionen

Diagramm 1.3.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2020)	119
----------------	---	-----

Diagramm 1.3.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2020)	120
Diagramm 1.3.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2020)	122
Diagramm 1.3.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Psychische Störungen – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2020)	123
Diagramm 1.3.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)	124

1.4 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Diagramm 1.4.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	126
Diagramm 1.4.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabteilungen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2020)	127
Diagramm 1.4.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)	128
Diagramm 1.4.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	130
Diagramm 1.4.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	131
Diagramm 1.4.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufshauptgruppen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2020)	132
Diagramm 1.4.7	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)	134
Diagramm 1.4.8	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Arbeitsunfälle nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	138
Diagramm 1.4.9	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	140
Diagramm 1.4.10	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	141
Diagramm 1.4.11	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	142
Diagramm 1.4.12	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	142
Diagramm 1.4.13	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2020)	143

1.5 Schwerpunktthema Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie

Diagramm 1.5.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Geschlecht im Zeitverlauf (März 2020 bis Juni 2021)	145
Diagramm 1.5.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Altersgruppen im Zeitverlauf (März 2020 bis Juni 2021)	146
Diagramm 1.5.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen im Zeitverlauf (März 2020 bis Juni 2021)	147
Diagramm 1.5.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Berufsgruppen im Zeitverlauf (März 2020 bis Juni 2021)	148
Diagramm 1.5.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Bundesländern im Zeitverlauf (März 2020 bis Juni 2021)	149

Diagramm 1.5.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	151
Diagramm 1.5.7	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	152
Diagramm 1.5.8	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	152
Diagramm 1.5.9	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) für ausgewählte Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	153
Diagramm 1.5.10	Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2020)	155
Diagramm 1.5.11	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Männer im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2020)	156
Diagramm 1.5.12	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Frauen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2020)	157
Diagramm 1.5.13	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2020)	159
Diagramm 1.5.14	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	161
Diagramm 1.5.15	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Bundesländern und ausgewählten Berufssegmenten (Berichtsjahr 2020)	163
Diagramm 1.5.16	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	165
Diagramm 1.5.17	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	165
Diagramm 1.5.18	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	166
Diagramm 1.5.19	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	167

2 Ambulante Versorgung

2.1 Ambulante Versorgung im Überblick

Diagramm 2.1.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2020)	176
Diagramm 2.1.2	Ambulante Verordnungen – Differenzen der Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Berichtsquartalen im Vergleich zum Vorjahr (Berichtsjahr 2020)	177

2.2 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 2.2.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	182
Diagramm 2.2.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	183
Diagramm 2.2.3	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	184
Diagramm 2.2.4	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten unter 20 Jahre mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	185
Diagramm 2.2.5	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten von 20 bis 64 Jahre mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	186
Diagramm 2.2.6	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten ab 65 Jahren mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	187

Diagramm 2.2.7	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Faktoren der Inanspruchnahme nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	188
Diagramm 2.2.8	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Diagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	189
Diagramm 2.2.9	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2020)	192
Diagramm 2.2.10	Ambulante Verordnungen – Differenzen der Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Berichtsquartalen im Vergleich zum Vorjahr (Berichtsjahr 2020)	193
Diagramm 2.2.11	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	195
Diagramm 2.2.12	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	196
Diagramm 2.2.13	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	197
Diagramm 2.2.14	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	198

2.3 Ambulante Versorgung in Regionen

Diagramm 2.3.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für das Muskel-Skelett-System nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2020)	202
Diagramm 2.3.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für Psychische Störungen nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2020)	203

2.4 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 2.4.1	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	206
Diagramm 2.4.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2020)	208
Diagramm 2.4.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychischen Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2020)	209
Diagramm 2.4.4	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	210
Diagramm 2.4.5	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)	211
Diagramm 2.4.6	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	215
Diagramm 2.4.7	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	216
Diagramm 2.4.8	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsformen, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	218
Diagramm 2.4.9	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	219
Diagramm 2.4.10	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2020)	220

2.5 Schwerpunktthema Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie

Diagramm 2.5.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 und U07.2) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	222
Diagramm 2.5.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2020)	224
Diagramm 2.5.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Wirtschaftsabteilungen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	226

Diagramm 2.5.4	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	228
Diagramm 2.5.5	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	230
Diagramm 2.5.6	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	231
Diagramm 2.5.7	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	232
Diagramm 2.5.8	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	232
Diagramm 2.5.9	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	233
Diagramm 2.5.10	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	234

3 Stationäre Versorgung

3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

Diagramm 3.1.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2020)	266
Diagramm 3.1.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2005–2020)	267
Diagramm 3.1.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)	269
Diagramm 3.1.4	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2010–2020)	270
Diagramm 3.1.5	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im monatlichen Zeitverlauf mit Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2020)	271

3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 3.2.1	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	278
Diagramm 3.2.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	279
Diagramm 3.2.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	280
Diagramm 3.2.4	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2020)	280
Diagramm 3.2.5	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2020)	281
Diagramm 3.2.6	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten für ausgewählte Diagnosen der Psychischen Störungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	284
Diagramm 3.2.7	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten für ausgewählte Diagnosen des Herz-Kreislauf-Systems nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	287
Diagramm 3.2.8	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten für ausgewählte Diagnosen der Neubildungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	289
Diagramm 3.2.9	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)	291
Diagramm 3.2.10	Stationäre Versorgung – Anteile der Langzeiterkrankungen (Falldauer > 6 Wochen) der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	292
Diagramm 3.2.11	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2020)	293

Diagramm 3.2.12	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2020)	294
Diagramm 3.2.13	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im monatlichen Zeitverlauf mit Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2020)	295
Diagramm 3.2.14	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	297
Diagramm 3.2.15	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	297
Diagramm 3.2.16	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	298
Diagramm 3.2.17	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	299

3.3 Stationäre Versorgung in Regionen

Diagramm 3.3.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2020)	301
Diagramm 3.3.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2020)	302
Diagramm 3.3.3	Stationäre Versorgung – Anteile der KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)	305

3.4 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 3.4.1	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	307
Diagramm 3.4.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2020)	308
Diagramm 3.4.3	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)	309
Diagramm 3.4.4	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	310
Diagramm 3.4.5	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2020)	311
Diagramm 3.4.6	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)	312
Diagramm 3.4.7	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	315
Diagramm 3.4.8	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	317
Diagramm 3.4.9	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	318
Diagramm 3.4.10	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	320

3.5 Schwerpunktthema Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie

Diagramm 3.5.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	322
Diagramm 3.5.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2020)	324
Diagramm 3.5.3	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen von Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2020)	325

Diagramm 3.5.4	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Wirtschaftsabschnitten.* (Berichtsjahr 2020)	327
Diagramm 3.5.5	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Berufssegmenten (Berichtsjahr 2020)	328
Diagramm 3.5.6	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	329
Diagramm 3.5.7	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	330
Diagramm 3.5.8	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	330
Diagramm 3.5.9	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	331
Diagramm 3.5.10	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	332
Diagramm 3.5.11	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	332

4 Arzneimittelverordnungen

4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

Diagramm 4.1.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2020)	368
Diagramm 4.1.2	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2020)	371

4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 4.2.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	374
Diagramm 4.2.2	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	375
Diagramm 4.2.3	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung für die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	376
Diagramm 4.2.4	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	377
Diagramm 4.2.5	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen, höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	382
Diagramm 4.2.6	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen, höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	384

4.3 Arzneimittelverordnungen in Regionen

Diagramm 4.3.1	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2020)	387
Diagramm 4.3.2	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten für Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2020)	388
Diagramm 4.3.3	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten für Psychoanaleptika (N06) nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2020)	389

4.4 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

Diagramm 4.4.1	Arzneimittelverordnungen – Differenzen der Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Berichtsmonaten im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresmonat (Berichtsjahr 2020)	393
Diagramm 4.4.2	Arzneimittelverordnungen – Differenzen der DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Berichtsmonaten im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresmonat (Berichtsjahr 2020)	394
Diagramm 4.4.3	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	395
Diagramm 4.4.4	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2020)	396
Diagramm 4.4.5	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	400
Diagramm 4.4.6	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2020)	401
Diagramm 4.4.7	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	404
Diagramm 4.4.8	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	405
Diagramm 4.4.9	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	406
Diagramm 4.4.10	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	406
Diagramm 4.4.11	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2020)	407

Methodische Hinweise

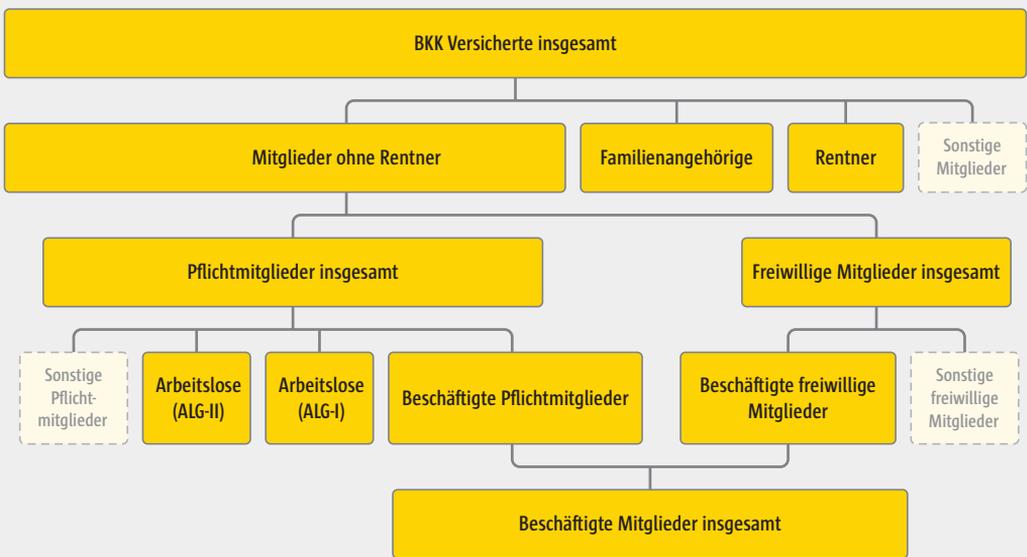
In den einzelnen Kapiteln des BKK Gesundheitsreports werden unterschiedliche Versichertengruppen zur Auswertung zugrunde gelegt. Welche Gruppen jeweils betrachtet werden, ist in den entsprechenden Kapiteln bzw. Abschnitten des Gesundheitsreports beschrieben. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich dabei um die Gruppe der BKK Versicherten insgesamt bzw. die der beschäftigten Mitglieder insgesamt. In **»** Abbildung 1 sind diese und weitere Versichertengruppen sowie deren Beziehungen zueinander im Überblick dargestellt.

Qualitätssicherung

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

- **Datenumfang/Vollständigkeit:** Liegen die Daten nicht im erwarteten Umfang/in erwarteter Anzahl – gemessen am Vorjahr bzw. an amtlichen Statistiken – vor, so werden ggf. Nach- bzw. Neulieferungen veranlasst.
- **Doppelsätze:** Die Daten werden auf Doppelsätze geprüft und entsprechend bereinigt.
- **Kodierung:** Die für die einzelnen Leistungsbereiche vergebenen Kodierungen nach den verschiedenen Klassifikationssystemen müssen denen der amtlichen Verzeichnisse entsprechen, um für die Auswertungen berücksichtigt zu werden.
- **Falldauer:** Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) mit einer Falldauer von mehr als 600 Kalendertagen bzw. Krankenhausfälle (KH-Fälle) mit einer Dauer von mehr als 365 bzw. 366 Kalendertagen werden aus den Auswertungen ausgeschlossen.

Abbildung 1 Struktur der BKK Versicherten nach Versichertengruppen



Versichertenstammdaten

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

- Versicherungszeitraum,
- Alter,
- Geschlecht,
- Versichertengruppe,
- Wohnort,
- berufliche Tätigkeit und
- Wirtschaftsgruppe des Arbeitgebers

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



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

Arbeitsunfähigkeitsdaten

Jahresdaten

Die für den Report verwendeten Arbeitsunfähigkeitsdaten basieren hauptsächlich auf den quartalsweisen Datenlieferungen der BKK im Rahmen der Erstellung der amtlichen Leistungsstatistiken (KG2 und KG5; Leistungsfälle und -tage; KG8: Krankheitsartenstatistik). Dabei werden in der Regel alle im benannten Berichtsjahr abgeschlossenen Leistungsfälle in die Auswertung aufgenommen. Die Auswertungen orientieren sich dabei weitestgehend an den inhaltlichen Bestimmungen der benannten amtlichen Statistiken, z.B. wird die Falldauer als Differenz zwischen Beginn und Ende des AU-Falls in Kalendertagen ermittelt. Die Falldauer enthält dabei sowohl Zeiten mit Entgeltfortzahlung als auch solche mit Krankengeldbezug. Zudem werden auch solche Arbeitsunfähigkeitszeiten in den Auswertungen berücksichtigt, die im Rahmen von Wege- und Arbeitsunfällen sowie während einer medizinischen Rehabilitation anfallen. Jedem AU-Fall wird eine

Haupt- oder erstgenannte Diagnose entsprechend der dokumentierten AU-Bescheinigung zugeordnet. Nicht in den AU-Daten enthalten sind die Ausnahmetatbestände, wie sie in § 3 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des G-BA (z.B. Betreuung bzw. Pflege eines erkrankten Kindes) definiert sind, sowie auch sogenannte „Karenztage“, die der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer nach § 5 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz ohne AU-Bescheinigung gewähren kann.

Monatsdaten

Neben den Ergebnissen des zurückliegenden Berichtsjahres werden zusätzlich die aktuellen Entwicklungen im AU-Geschehen anhand einer speziellen BKK Monatsstatistik der beschäftigten BKK Mitglieder für die ersten beiden Quartale des aktuellen Berichtsjahres dargestellt. Diese geben, aufgrund ihrer Aktualität, erste Hinweise auf aktuelle und zukünftige Trends im AU-Geschehen, die u.a. für den Report des Folgejahres von Bedeutung sein können. Diese spezielle BKK Monatsstatistik weicht aufgrund ihrer Erhebungs- und Auswertungsmethodik von der Jahresstatistik ab. Ein Vergleich der Monatsdaten mit den Jahresdaten, die diesem Report zugrunde liegen, ist deshalb nur eingeschränkt möglich. Im Unterschied zur amtlichen Monatsstatistik (KM1-Statistik), die stichtagsbezogen am jeweils ersten Kalendertag eines Monats ermittelt wird, basiert die Monatsstatistik der Betriebskrankenkassen auf den AU-Meldungen des gesamten Berichtsmonats. Da jährlich ein großer Teil der o.g. Stichtage auf einen gesetzlichen Feiertag bzw. ein Wochenende fällt und an solchen Tagen nur ein geringerer Teil der AU-Zeiten gemeldet wird, unterschätzt die Stichtagsstatistik systematisch das Ausmaß des AU-Geschehens.

Krankenhausdaten

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

Daten der ambulanten Versorgung

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

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

Arzneimittelverordnungsdaten

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

verwendet. Für den Anteil der Versicherten mit mindestens einer Verordnung gilt die gleiche Methodik, wie bei der Berechnung der Anteile in der ambulanten Versorgung.

Verwendete Kennzahlen

Im Folgenden sind noch einmal die wichtigsten verwendeten Kennzahlen aus den einzelnen Leistungsbereichen optional mit Berechnungsvorschrift aufgezählt:

- **AU-Fälle:** Das ist die Anzahl der Fälle, die mit einer Arbeitsunfähigkeit verbunden sind. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Mitgliederjahren ins Verhältnis gesetzt (AU-Fälle je Mitglied).
- **AU-Tage:** Das ist die Anzahl der Kalendertage, die mit einer Arbeitsunfähigkeit verbunden sind. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Mitgliederjahren ins Verhältnis gesetzt (AU-Tage je Mitglied).
- **AU-Tage je Fall:** Diese Kennzahl gibt die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit pro AU-Fall wieder (AU-Dauer = AU-Tage: AU-Fälle).
- **AU-Quote:** Diese Kennzahl stellt den Prozentanteil derjenigen Mitglieder dar, die im jeweiligen Berichtsjahr gar keinen bzw. einen, zwei oder drei und mehr AU-Fälle hatten.
- **Krankenstand:** Das ist der Prozentanteil der Kalendertage, die jeder Beschäftigte durchschnittlich pro Kalenderjahr arbeitsunfähig ist (Krankenstand = AU-Tage: Mitgliederjahre: Kalendertage pro Jahr x 100).
- **KG-Fälle:** Diese Kennzahl gibt die Anzahl der AU-Fälle die mit einer Krankengeldzahlung in Verbindung stehen an. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Mitgliederjahren ins Verhältnis gesetzt (KG-Fälle je Mitglied).
- **KG-Tage:** Diese Kennzahl gibt die Anzahl der AU-Tage die mit einer Krankengeldzahlung in Verbindung stehen an. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Mitgliederjahren ins Verhältnis gesetzt (KG-Fälle je Mitglied).
- **KKG-Fälle:** Diese Kennzahl gibt die Anzahl der Kinderkrankengeldfälle an. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Mitgliederjahren ins Verhältnis gesetzt (KKG-Fälle je Mitglied).
- **KKG-Tage:** Diese Kennzahl gibt die Anzahl der Kinderkrankengeldtage an. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Mitgliederjahren ins Verhältnis gesetzt (KKG-Tage je Mitglied).

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

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

Zusätzliche Anmerkungen zu den ermittelten Kenngrößen

Besonderheiten in den Arbeitsunfähigkeitsdaten

- Bei den im Gesundheitsreport berichteten Arbeitsunfähigkeitstagen handelt es sich stets um Kalendertage und nicht nur um Arbeitstage. Aus Analysen der AU-Daten geht hervor, dass etwa ein Viertel aller AU-Tage auf einen Samstag oder Sonntag fallen.
- Beim Krankenstand handelt es sich um eine Kenngröße, die den Prozentanteil der Kalendertage angibt, die ein Beschäftigter durchschnittlich pro Kalenderjahr arbeitsunfähig ist. Insofern kann diese Kennzahl auch bei der Betrachtung betrieblicher Ausfalltage verwendet werden.
- Ab dem Berichtsjahr 2016 gelten für die AU-Daten einige Veränderungen und Modifikationen. Zum einen sind Arbeitsunfähigkeitszeiten, die mit einem Arbeitsunfall verbunden sind und deshalb in der Regel nicht unter Kostenträgerschaft der GKV abgerechnet bzw. dokumentiert werden, ab diesem Zeitpunkt vollständig (zuvor nur teilweise) enthalten. Zum anderen werden Arbeitsunfähigkeitszeiten, die während eines Heilverfahrens bzw. einer Anschlussheilbehandlung (medizinische Rehabilitation) entstehen, ebenfalls erstmals ab diesem Zeitpunkt vollständig (zuvor nicht enthalten) in den AU-Daten abgebildet. Somit kann insbesondere im Vergleich zu den AU-Kennzahlen aus den Vorjahren – ein vermeintlicher Anstieg sichtbar werden, der aber vor allem durch die Änderung der Auswertungsmethodik bedingt ist.
- Ab dem Berichtsjahr 2020 liegen aufgrund von Änderungen in der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV) Angaben zur Anzahl von Beschäftigten in Unternehmen nur noch in 2 Größenklassen (weniger bzw. 31 und mehr Beschäftigte) vor. Differenzierte Auswertungen der gesundheitlichen Lage von Beschäftigten im Zusammenhang mit der Betriebsgröße sind somit nicht mehr möglich.

Zusatzinformationen in der Klassifikation der Berufe (KldB 2010)

Die Auswertung der Berufe erfolgt seit dem Berichtsjahr 2015 anhand der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) nach Berufssektoren, Berufssegmenten und Berufshauptgruppen (»» Anhang B.4). Neben der ausgeübten Tätigkeit des Beschäftigten, enthält die

KldB 2010 noch weitere relevante Information, z.B. zum höchsten schulischen bzw. beruflichen Abschluss, zum Anforderungsniveau der Tätigkeit, zur Anstellung über eine Arbeitnehmerüberlassung und zur Vertragsform. Für eine kleine Gruppe (ca. 1%) der beschäftigten BKK Mitglieder liegen keine validen Angaben zum Tätigkeitsschlüssel vor. In den arbeitsweltlichen Analysen wird diese Gruppe deshalb nicht separat betrachtet, sie geht aber grundsätzlich in die Berechnungen zu den jeweiligen Gesamtwerten der Beschäftigten ein.

Standardisierung

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

Datenschutz und Fallzahlgrenzen

Sowohl aus statistischen (Minimierung von Ergebnisverzerrungen durch Ausreißer) als auch aus Datenschutzgründen (Anonymität der BKK Versicherten) werden für die Analysen der Leistungsdaten der BKK Versicherten verschiedene Grenzwerte zugrunde gelegt. Gruppen mit weniger als 50 Mitgliedern werden nicht geschlechtsspezifisch, sondern nur mit ihrem Gesamtwert bzw. bei weniger als 5 Fällen bzw. Verordnungen gar nicht separat dargestellt. Wirtschaftszweige (WZ 2008) bzw. Berufsgruppen (KldB 2010) mit weniger als 500 beschäftigten BKK Mitgliedern werden in den entsprechenden Auswertungen der verschiedenen Leistungsbereiche ebenfalls nicht separat dargestellt. Für alle genannten Einschränkungen gilt, dass die nicht dargestellten

Kennzahlen wiederum in den jeweils übergeordneten Aggregaten der Gesamt- oder Summenwerte enthalten sind. Eine Ausnahme bildet die Gruppe der diversen Personen, die weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet sind: Aufgrund ihrer geringen Anzahl (< 100) sowie den entsprechend geringen Leistungsfällen in den verschiedenen Versorgungsbereichen wird diese Gruppe aus Datenschutzgründen für die Analysen nicht berücksichtigt.

Externe Datenquellen und verwendete Klassifikationen

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

- Amtliche Daten und Klassifikationen des Statistischen Bundesamtes (DESTATIS)
- Amtliche Statistiken für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)
- Amtliche Daten und Klassifikationen der Bundesagentur für Arbeit (BA)
- Klassifikationen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

Dabei handelt es sich im Einzelnen um folgende Klassifikationen bzw. Statistiken:

- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM Version 2020) (III Anhang B.1)
- Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation (ATC-Klassifikation Version 2020) (III Anhang B.2)
- Klassifikation der Wirtschaftszweige Ausgabe 2008 (WZ 2008) (III Anhang B.3)
- Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) (III Anhang B.4)
- Amtlicher Gemeindegchlüssel des Statistischen Bundesamtes (AGS)
- Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung – Mitglieder und Versicherte (GKV Statistik – KM1/KM6)
- Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung – Geschäftsergebnisse (GKV Statistik – KG2/KG5/KG8)
- Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort nach Altersgruppen für Männer, Frauen und insgesamt – Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (BA)

Abkürzungsverzeichnis

Abschließend werden die im BKK Gesundheitsreport am häufigsten verwendeten fachlichen Abkürzungen alphabetisch aufgelistet. Nähere Erläuterungen sind in diesem Abschnitt unter anderem im Punkt **»»»** Verwendete Kennzahlen bzw. an den jeweils einschlägigen Stellen in den folgenden Kapiteln zu finden.

- ATC Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation
- AU Arbeitsunfähigkeit
- BKK Betriebskrankenkasse(n)
- DDD Defined Daily Doses (definierte Tagesdosen)
- EVO Einzelverordnungen
- GKV Gesetzliche Krankenversicherung
- ICD-10 GM International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – German Modifikation (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – deutsche Fassung)
- KH Krankenhaus
- KldB 2010 Klassifikation der Berufe Ausgabe 2010
- KKG Kinderkrankengeld
- WZ 2008 Klassifikation der Wirtschaftszweige Ausgabe 2008

Das Wichtigste im Überblick

1. Krise – Wandel – Aufbruch: Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung

Veränderungen der arbeitsbezogenen Mobilität in der Coronavirus-Pandemie

- Die Pendlerentfernung zwischen Wohn- und Arbeitsort hat sich im Juni 2021 mit durchschnittlich 19,5 Kilometern im Vergleich zum Juni 2020 mit 17,4 Kilometern nur wenig verändert.
- Rund die Hälfte der Beschäftigten geben zu beiden Umfragezeitpunkten an, dass sie zwischen 10 bis 30 Minuten für ihren Arbeitsweg benötigen.
- Ebenfalls nahezu unverändert nutzt etwas mehr als jeder zweite Pendler für den Weg zur Arbeit ein Auto.
- Der Anteil der Beschäftigten, die täglich zwischen Wohn- und Arbeitsort pendelt, hat hingegen innerhalb des letzten Jahres deutlich abgenommen (2020: 60,8%; 2021: 53,9%).
- Im Baugewerbe bzw. in den Bauberufen sowie in den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen hat die Wegentfernung im Vergleich zum Vorjahr am stärksten zugenommen.
- Ein Rückgang bei der Wegentfernung ist v.a. im Gastgewerbe bzw. bei den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen zu verzeichnen.
- Für die Mehrheit der Wirtschafts- und Berufsgruppen haben sich Wegentfernung und -dauer im 1-Jahres-Vergleich hingegen nur geringfügig verändert.
- Eine niedrige Zufriedenheit mit der arbeitsbedingten Mobilität steht im Zusammenhang mit einer hohen Wegdauer für den meist täglichen Arbeitsweg.
- Insgesamt hat sich die Zufriedenheit mit der arbeitsbedingten Mobilität zwischen beiden Umfragezeitpunkten nahezu nicht verändert.
- Gleiches gilt für den Einfluss der Mobilität auf die Gesundheit und das Sozialleben. Auch hier zeigen sich im Vorjahresvergleich kaum Verände-

rungen in den Einschätzungen der befragten Beschäftigten.

Veränderung der Nutzung von mobiler Arbeit und Homeoffice in der Coronavirus-Pandemie

- Mehr als jeder fünfte Beschäftigte (22,7%) arbeitet im Jahr 2021 regelmäßig (oft bzw. immer) mobil bzw. im Homeoffice, was einer deutlichen Steigerung im Vergleich zum Vorjahr (14,3%) entspricht.
- Neben der Tätigkeit selbst, die nur vor Ort ausgeübt werden kann, wird nach wie vor von etwa einem Drittel der Beschäftigten (2020: 35,2%; 2021: 31,1%) der Arbeitgeber bzw. der Vorgesetzte als häufigster Hinderungsgrund für mobile Arbeit bzw. Homeoffice benannt.
- Sowohl bei der tatsächlichen als auch bei der gewünschten Unterstützung durch den Arbeitgeber werden mobiles Arbeiten bzw. Homeoffice sowie eine flexible Arbeitszeitgestaltung mit Abstand am häufigsten – Tendenz steigend – genannt.
- Berufs- und Wirtschaftsgruppen, die aufgrund der ausgeübten Tätigkeit besonders für mobile Arbeit geeignet sind (z. B. Information und Kommunikation, öffentliche Verwaltung, Finanz- und Versicherungsdienstleistungen), verzeichnen im 1-Jahres-Vergleich die größten Zuwächse an mobilen bzw. in Homeoffice Beschäftigten.
- In den Bereichen Erziehung und Unterricht sowie Verkehr und Logistik ist hingegen v.a. aufgrund geänderter Rahmenbedingungen (Rückkehr zum Präsenzunterricht, Anstieg der Mobilität und des Warenverkehrs) ein deutlicher Rückgang des Homeoffice-Anteils bei den Beschäftigten zu beobachten.

Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie auf Gesundheit und Arbeit

- Ist die arbeitsbedingte Mobilität durch die Coronavirus-Pandemie im Jahr 2020 aus Sicht der Beschäftigten deutlich zurückgegangen, so ist für 2021 wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen.

- Ungebrochen hoch ist im 1-Jahres-Vergleich die pandemiebedingte Zunahme der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologie sowie die vermehrte Nutzung von Homeoffice.
- Die Bewertung des Einflusses der Coronavirus-Pandemie auf das Arbeitsleben hat sich aus Sicht der Beschäftigten zwischen 2020 und 2021 kaum verändert.
- Dagegen ist der Anteil derjenigen Berufstätigen, die einen negativen Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf ihre körperliche und psychische Gesundheit wahrnehmen, im 1-Jahres-Vergleich substanziell angestiegen.
- Mehr als jeder vierte Beschäftigte (28,0%) gibt an, dass sich das eigene Unternehmen (sehr) gut an die neuen Herausforderungen im Rahmen der Coronavirus-Pandemie angepasst hat.
- Dagegen hat sich aus Sicht jedes vierten Befragten vor allem die eigene Arbeitsmotivation (26,0%) und der Zusammenhalt in der Belegschaft (24,8%) durch die Coronavirus-Pandemie verschlechtert.
- Während der körperliche und psychische Gesundheitszustand im Juni 2020 nur wenig von der Einschätzung vor der Pandemie abweicht, zeigt sich im Jahr 2021 eine tendenzielle Verschlechterung.

Zukunft von Arbeit und Gesundheit

- Aus Sicht der Befragten wird deren Arbeit zukünftig deutlich digitaler und häufiger mobil bzw. im Homeoffice erbracht werden, während das bisher meist tägliche Pendeln gleichzeitig an Bedeutung verlieren wird.
- Für zukünftige Krisen sehen sich die Befragten persönlich am besten gerüstet, während die Arbeitswelt im Allgemeinen als deutlich schlechter darauf vorbereitet bewertet wird.
- Die Prognose der zukünftigen Fähigkeit zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit der Beschäftigten hat sich zwischen den Jahren 2017 und 2020 kaum verändert.
- Im Vergleich dazu ist im Juni 2021 der Anteil derjenigen mit einem erhöhten Risiko des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben tendenziell angestiegen.

2. Allgemein

Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

- Die krankheitsbedingten Fehltag der Erwerbstätigen haben sich 2020 mit 18,2 AU-Tagen je Beschäftigten im Vergleich zum Vorjahr (18,4 AU-

Tage je Beschäftigten) kaum verändert. Dagegen sind die Fallzahlen mit rund 1,2 AU-Fällen je Beschäftigten vor allem aufgrund der Coronavirus-Pandemie im Vergleich zu den Vorjahren deutlich zurückgegangen.

- Die stärksten Rückgänge sind dabei bei den Arbeitsunfähigkeitszeiten im Zusammenhang mit Kurzzeiterkrankungen zu verzeichnen. Gleichzeitig ist durch den massiven Rückgang der AU-Fälle im Zusammenhang mit Kurzzeiterkrankungen die durchschnittliche Falldauer sprunghaft angestiegen (2019: 13,4 Tage je Fall; 2020: 15,6 Tage je Fall).
- Vor allem im ersten Quartal des Jahres 2021 sind wesentlich niedrigere Krankenstände als in den Vorjahren zu verzeichnen.
- Insbesondere die AU-Zeiten, die im Zusammenhang mit meist leichten und kurzfristigen Atemwegserkrankungen in Verbindung stehen, sind in diesem Zeitraum stark zurückgegangen. Neben den durch die Coronavirus-Pandemie geltenden Hygiene- und Abstandsregeln, sind die vermehrte Nutzung des mobilen Arbeitens und die Möglichkeit, sich ohne direkten Arztkontakt bei leichten Atemwegsinfekten krankschreiben zu lassen, für den deutlichen Rückgang verantwortlich.
- Im Jahr 2020 sind Atemwegserkrankungen (26,2%), gefolgt von Muskel-Skelett-Erkrankungen (17,4%) und Erkrankungen des Verdauungssystems (9,2%) die häufigsten Gründe für AU-Fälle.
- Die meisten AU-Tage verursachen die Muskel-Skelett-Erkrankungen (24,6%), psychische Störungen (17,5%) und Atemwegserkrankungen (14,0%).
- Aufgrund der Coronavirus-Pandemie sind deutliche Rückgänge bei den AU-Fällen bzw. AU-Tagen vor allem bei Atemwegserkrankungen, Infektionen und Krankheiten des Verdauungssystems zu verzeichnen. Während im Jahr 2019 noch jeder vierte Beschäftigte (25,3%) mindestens einmal wegen einer Atemwegserkrankung arbeitsunfähig war, betrifft dies im Jahr 2020 nur etwa jeden fünfte Beschäftigten (20,9%).
- Bei den relativ selten auftretenden AU-Fällen aufgrund von psychischen Störungen oder Neubildungen ist die Wahrscheinlichkeit am höchsten, dass solche Fälle zu einem Krankengeldbezug führen.
- Akute Infektionen der oberen Atemwege (J06), Rückenschmerzen (M54) und depressive Episoden (F32) sind nach wie vor die drei wichtigsten Einzeldiagnosen für das AU-Geschehen.

- Depressionen (F32, F33) treten zwar relativ selten als AU-Grund auf, verursachen dann aber meist überdurchschnittlich hohe Ausfallzeiten pro Fall.
- Beschäftigte Männer weisen über alle Altersgruppen hinweg im Durchschnitt weniger AU-Fälle bzw. AU-Tage als ihre weiblichen Kolleginnen auf.
- Bei älteren Beschäftigten tritt zwar viel seltener als bei den jüngeren Kollegen eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit auf, allerdings sind die Älteren in solch einem Fall im Mittel deutlich länger als die Jüngeren krankgeschrieben.
- Männer sind im Vergleich zu Frauen deutlich häufiger von Fehlzeiten aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen betroffen.
- Im Vergleich zum Vorjahr sind die AU-Fälle im Zusammenhang mit Muskel-Skelett-Erkrankungen, bei gleichzeitig unveränderten AU-Tagen, im Jahr 2021 deutlich zurückgegangen, was zu einem Anstieg der durchschnittlichen Falldauer bei Männern und Frauen geführt hat. Rückenschmerzen (M54) sind sowohl bei Männern als auch Frauen nach wie vor die häufigste Ursache von krankheitsbedingten Fehlzeiten innerhalb dieser Krankheitsgruppe.
- Die AU-Fälle aufgrund psychischer Störungen sind im Vergleich zum Vorjahr rückläufig, während die AU-Tage tendenziell ansteigen, was insgesamt zu einem teilweise deutlichen Anstieg bei der Falldauer führt. Die Coronavirus-Pandemie wirkt hier vermutlich ebenfalls als ein Verstärker, der vor allem die Falldauer von manifesten und schwerwiegenderen Fällen (z.B. Depressionen) negativ beeinflusst.
- Der Rückgang der AU-Fälle im Zusammenhang mit Kurzzeiterkrankungen der Atemwege wirkt sich nur in geringem Maß auf die AU-Tage aus, da diese vor allem durch Langzeiterkrankungen beeinflusst werden. Entsprechend steigt auch hier – beeinflusst durch die Coronavirus-Pandemie – die durchschnittliche Falldauer im Vergleich zum Vorjahr deutlich an.
- Arbeitslose (ALG-I) sind deutlich häufiger und stärker von krankheitsbedingten Fehlzeiten aufgrund von psychischen Störungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen betroffen, wesentlich seltener jedoch von solchen im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen. Entsprechend liegt die durchschnittliche Falldauer bei den Arbeitslosen (ALG-I) um das Dreifache über der der Beschäftigten.

Ambulante Versorgung

- 90,2% der BKK Versicherten waren im Jahr 2020 mindestens einmal ambulant in Behandlung.

- Damit ist die Inanspruchnahmequote nur geringfügig niedriger als im Vorjahr. Der Anteil der Frauen, die mindestens einmal in ambulanter Behandlung waren (93,4%), ist dabei größer als der Anteil der Männer (87,0%).
- Die Anzahl derer, die ambulant behandelt wurden, unterlag in den letzten Jahren kaum Schwankungen: Seit 2012 liegt der Anteil von Versicherten mit mindestens einem Arztkontakt im Jahr bei etwa 90 bis 91%.
 - Nicht nur allgemein, sondern auch bezogen auf einzelne Erkrankungsarten sind mehr Frauen als Männer in ambulanter Behandlung. Außerdem werden die meisten Erkrankungen mit zunehmendem Alter häufiger diagnostiziert.
 - In der ambulanten Versorgung werden auch Informationen über Faktoren, die zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen, dokumentiert. In diesem Jahr sind die sonstigen speziellen Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose (Z01) die mit Abstand am häufigsten vergebene Diagnose, diese wurde deutlich häufiger vergeben als im Vorjahr.
 - Die Steigerung bei den sonstigen speziellen Untersuchungen und Abklärungen (Z01) ist auch wesentlich häufiger auf dokumentierte Laboruntersuchungen (Z01.7) zurückzuführen. Dies ist die Auswirkung einer geänderten Kodiervorgabe, zum anderen tragen aber auch die zusätzlichen PCR-Testungen im Rahmen der Pandemiebekämpfung zu dieser Steigerung bei.
 - Bei beiden Geschlechtern und in allen Altersgruppen haben die sonstigen speziellen Untersuchungen und Abklärungen (Z01) gegenüber dem Vorjahr um ein Mehrfaches zugenommen.
 - Außerdem haben auch Impfungen gegen Viruskrankheiten (Z25) zugenommen, worunter u.a. die Gripeschutzimpfungen zählen. Allgemeinuntersuchungen (Check-ups usw.; Z00) wurden hingegen deutlich seltener in Anspruch genommen.
 - Im Jahr 2020 ist fast die Hälfte der Versicherten wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen bzw. Atemwegserkrankungen in ambulanter Behandlung gewesen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen bzw. psychische Störungen wurden bei mehr als jedem Dritten diagnostiziert.
 - Bei den Atemwegserkrankungen, genauso wie mit den Infektionen, zeigt sich allerdings im Vergleich zum Vorjahr ein deutlicher Rückgang, der wesentlich bedingt durch die Pandemiemaßnahmen ist.

- Etwa ein Viertel ist wegen Bluthochdruck (I10) in Behandlung, nur etwas weniger aufgrund von Rückenschmerzen (M54), bei etwa jedem Fünften ist eine Atemwegsinfektion (J06) festgestellt worden.
- Um einige Prozentpunkte gesunken sind hingegen die Anteile derer, die wegen Erkrankungen im Zusammenhang mit Infektionen (z. B. Magen-Darm-Grippe, Bronchitis) in ambulanter Behandlung waren. Dies gilt vor allem für Kinder, aber auch für Jugendliche bzw. junge Erwachsene.
- Weiterhin sehr häufig ist die Bluthochdruck-Diagnose bei den Versicherten im Rentenalter: 7 von 10 Versicherten älter als 65 Jahre sind deswegen in ambulanter Behandlung gewesen.
- Bei den Beschäftigten ist fast jeder Zweite wenigstens einmal aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen beim Arzt gewesen.
- ALG-II-Empfänger weisen einen überdurchschnittlich hohen Anteil an psychischen Erkrankungen auf: Bei 42% dieser Versichertengruppe wurde mindestens eine solche Diagnose dokumentiert.

Stationäre Versorgung

- In 2020 ist in der stationären Versorgung ein deutlicher Einbruch bei den Fallzahlen zu verzeichnen: Im Durchschnitt sind je 1.000 Versicherte 171 stationäre Behandlungen erfolgt, rund 15% weniger als noch im Vorjahr (2019: 202 KH-Fälle je 1.000 Versicherte). Die durchschnittliche Anzahl an Fällen und Behandlungstagen ist jeweils so niedrig wie seit mehr als 13 Jahren nicht mehr.
- Ohnehin nimmt immer nur ein relativ kleiner Teil aller Versicherten innerhalb eines Jahres eine stationäre Behandlung in Anspruch. Waren dies in den Vorjahren immer etwa 13% der Versicherten, betrug im Jahr 2020 der Anteil Versicherter mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt nur 11,6%.
- Keine Veränderung zeigt sich hingegen bei der Verweildauer: Rund zwei Drittel aller Fälle sind nach höchstens einer Woche abgeschlossen, nur 3,0% dauern hingegen länger als 6 Wochen.
- Im Langzeitvergleich hat sich die Verweildauer erheblich verändert: Dauerte ein Behandlungsfall vor 25 Jahren noch bei knapp 2 Wochen, hat sich die Liegezeit mittlerweile recht konstant bei durchschnittlich rund 9 Tagen eingependelt.
- Trotz deutlichem Rückgang der Kennzahlen, bleibt das Bild nach Erkrankungsarten weitestgehend unverändert: Auch im Jahr 2020 gehen die meisten Fälle in der stationären Versorgung auf Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems zurück, gefolgt von Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems.
- Die weitaus meisten stationären Behandlungstage gehen hingegen auf psychische Störungen zurück. Waren diese in den letzten Jahren wesentlich gestiegen, so ist nun gegenüber dem Vorjahr mit -17,9% ein überdurchschnittlicher Rückgang zu verzeichnen.
- Stationäre Behandlungen von psychischen Störungen sind gerade bei den unter 60-Jährigen besonders häufig: Bei diesen gehen die meisten stationären Fälle und daraus resultierende Behandlungstage auf diese Erkrankungsart zurück. Dabei sind Frauen nicht häufiger, aber im Schnitt deutlich länger in Behandlung als Männer.
- 2020 betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer von psychischen Störungen insgesamt 27,6 Tage je Fall – damit ist dieser Kennwert zum ersten Mal seit Jahren zumindest leicht gesunken.
- Depressionen (F32 bzw. F33) sind dabei weiterhin die bei weitem häufigste Diagnose: Bei Frauen sind diese der Behandlungsgrund bei fast der Hälfte, bei Männern immerhin bei mehr als einem Drittel der Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen.
- Insgesamt sind die bei weitem meisten Behandlungstage für eine Einzeldiagnose bei der rezidivierenden depressiven Störung (F33) zu verzeichnen. Für diese Erkrankung ist die Behandlungsdauer besonders lang mit einer durchschnittlichen Behandlungszeit von 5–6 Wochen. Dies gilt ebenso für andere psychischen Störungen wie die depressive Episode (F32) sowie die Schizophrenie (F20).
- Gegenüber dem Vorjahr sind vor allem die Behandlungsfälle aufgrund von somatoformen Störungen (F45) zurückgegangen, hingegen kaum bei Schizophrenie (F20), schizoaffektiven Störungen (F25) sowie Essstörungen (F50).
- Herz- und Kreislauf-Erkrankungen sind vor allem „Seniorenkrankheiten“: Ab dem 60. Lebensjahr ist dies vor allem für Männer der häufigste Grund einer stationären Behandlung.
- Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen sind Herzinsuffizienz (I50) und Hirninfarkt (I63) die häufigsten Einzeldiagnosen bei den Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems.
- Es zeigt sich ein deutlicher Geschlechtsunterschied bei der chronisch ischämischen Herzkrankheit (I25), aufgrund derer Männer mehr als dreimal so häufig wie Frauen in stationärer Behandlung sind. Frauen sind hingegen deutlich

häufiger als Männer wegen Bluthochdruck (I10) im Krankenhaus.

- Bei schwerwiegenden Erkrankungen wie Infarkten oder Hirnblutungen sind die Fallzahlen, genauso wie die Anzahl der Behandlungstage, kaum gegenüber dem Vorjahr verändert. Der größte Kennzahlrückgang ist hingegen bei der stationären Behandlung von Bluthochdruck (I10) zu verzeichnen.
- Ein nur geringer Rückgang gegenüber dem Vorjahr ist bei den Neubildungen zu verzeichnen (rund -8% weniger KH-Fälle und -Tage im Vergleich zu 2019).
- Bösartige Neubildungen der Bronchien und Lunge (C34) ist weiterhin die häufigste Krebs-Diagnose, wegen der BKK Versicherte in stationärer Behandlung sind. Dies ist die häufigste Einzeldiagnose bei Männern sowie bei Frauen nach Brustkrebs (C50) die zweithäufigste.
- Gegenüber dem Vorjahr besonders gesunken sind die Kennzahlen bei den Atemwegserkrankungen: 30% weniger KH-Fälle und -Tage aufgrund von sonstiger chronischer obstruktiver Lungenerkrankung (J44) sowie Pneumonie mit nicht näher bezeichnetem Erreger (J44).
- Rentner sowie Arbeitslose sind um ein Mehrfaches öfter und länger in stationärer Behandlung als Beschäftigte oder Familienangehörige. Bei Rentnern ist häufigster Grund für einen stationären Aufenthalt die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Jeder fünfte Behandlungstag ist darauf zurückzuführen. Arbeitslose sind hingegen am häufigsten aufgrund von psychischen Störungen im Krankenhaus: Mehr als die Hälfte aller Behandlungstage geht auf diese Krankheitsart zurück.
- Allerdings ist insgesamt bei den ALG-I-Empfängern die Zahl der Behandlungstage im Vergleich zum Vorjahr enorm zurückgegangen: Rund ein Viertel weniger ist für diese Versichertengruppe zu verzeichnen. Dies geht vor allem auf weniger Behandlungen aufgrund von psychischen Störungen zurück.

Arzneimittelverordnungen

- Der Anteil der Versicherten, die im Jahr 2020 mindestens ein Arzneimittel verordnet bekommen haben, ist mit 69,8% deutlich geringer als in den vergangenen Jahren.
- Aufgrund des nahezu vollständigen Ausbleibens der jährlichen Grippe- und Erkältungswelle sind vor allem die Verordnungen, die im Zusammenhang mit Infektionen stehen (z.B. Antinfektiva

oder Respirationstrakt), im Vergleich zum Vorjahr stark zurückgegangen.

- Bei Wirkstoffgruppen, die vor allem bei chronischen Erkrankungen meist über einen langen Zeitraum eingenommen werden müssen (z.B. Herz-Kreislauf-System), sind die Verordnungsmengen im Vorjahresvergleich hingegen angestiegen.
- Da diese Langzeitmedikamente einen überproportional hohen Anteil der definierten Tagesdosen auf sich vereinen, ist entsprechend eine Zunahme der Anteile der Verordnungsmengen im Vergleich zu 2019 festzustellen.
- Der Großteil aller Einzelverordnungen (58,0%) und definierten Tagesdosen (70,7%) geht auf Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System, das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie das Nervensystem zurück.
- Bei Wirkstoffen, die vor allem bei Infektionen Anwendung finden (z.B. Antibiotika zur systemischen Anwendung) sind im Vergleich zum Vorjahr deutliche Rückgänge bei den Verordnungsanteilen erkennbar.
- Die Verordnungsanteile der Wirkstoffe, die mehrheitlich bei chronischen Erkrankungen Anwendung finden (z.B. Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System) haben hingegen im Vorjahresvergleich tendenziell zugenommen.
- Ab dem 40. Lebensjahr steigt nicht nur der Anteil der Versicherten mit einer Arzneimittelverordnung, sondern auch die Menge der verschriebenen Wirkstoffe merklich an.
- Bei Kindern und Jugendlichen ist ein deutlicher Rückgang der Verordnungsanteile zwischen 2019 und 2020 zu beobachten. Dieser geht maßgeblich auf das durch die Coronavirus-Pandemie stark zurückgegangene sonstige Infektionsgeschehen und der dadurch fehlenden Notwendigkeit zugehöriger Verordnungen zurück.
- Jenseits des 65. Lebensjahres steigen die definierten Tagesdosen – entgegen dem Trend – im Vorjahresvergleich sogar noch an, was vor allem durch die aktuellen Sonderregelungen im Arzneimittelbereich verursacht wird.
- Bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System treten die mit Abstand größten Altersunterschiede bei den Verordnungsanteilen auf.
- Die im Zuge der Coronavirus-Pandemie nahezu ausgebliebene Grippe- und Erkältungswelle hat zu einem massiven Rückgang der Verordnungen der entsprechenden Wirkstoffgruppen (z.B. Antibiotika oder Antiphlogistika und Antirheumatika) insbesondere bei den unter 20-jährigen Versicherten geführt.

- Arzneimittel, die vor allem für die Therapie von chronischen Krankheiten Verwendung finden (z.B. Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System), sind hingegen im Vorjahresvergleich in ihren Verordnungsanteilen, die für Männer wesentlich höher ausfallen, wenig verändert.
- Mehr als jede fünfte Einzelverordnung (20,9%) und über ein Drittel aller Tagesdosen (35,6%) entfallen auf die drei Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System, die insgesamt die höchsten Verordnungsanteile bei den BKK Versicherten, vor allem bei den Männern, aufweisen.
- Aufgrund der Coronavirus-Pandemie sind hier ebenfalls die größten Rückgänge bei Einzelverordnungen und Tagesdosen für die Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) und bei den Antiphlogistika und Antirheumatika (M01) sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen zu verzeichnen.
- Außer bei den Rentnern wird Frauen in allen anderen Versichertengruppen deutlich häufiger als Männern mindestens einmal im Jahr ein Arzneimittel verordnet.
- Bei den Familienangehörigen fällt der pandemiebedingte Rückgang der Verordnungsanteile mit -5,4 Prozentpunkten am größten aus.
- Mit 71,6% liegt der Anteil derjenigen, die mindestens eine Verordnung für ein Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System erhalten haben, in der Gruppe der Rentner altersbedingt um ein Vielfaches über dem aller anderen Versichertengruppen (6,5% - 19,1%).
- Im Vorjahresvergleich sind bei den Familienangehörigen die mit Abstand größten Rückgänge bei den Antiinfektiva zur systemischen Anwendung (-7,9 Prozentpunkte), den Mitteln mit Wirkung auf den Respirationstrakt (-5,2 Prozentpunkte) sowie auf das Muskel-Skelett-System (-4,8 Prozentpunkte) zu verzeichnen.
- Beschäftigte in Branchen (z.B. Alten- und Pflegeheime) bzw. Berufen (z.B. medizinische Gesundheitsberufe) weisen aufgrund des hohen Expositionsrisikos mit COVID-19-Infizierten deutlich mehr AU-Fälle bzw. -Tage als Beschäftigte mit anderen Tätigkeiten auf.
- In Branchen bzw. Berufen (z.B. im IT-Bereich), in denen die Möglichkeit für Homeoffice besteht bzw. die Nutzung sehr häufig ist, sind die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit COVID-19 im Vergleich am geringsten.
- Die frühzeitige Möglichkeit zur Impfung gegen COVID-19 für Berufstätige im Gesundheitswesen zeigt ihre positive Wirkung bereits im II. Quartal 2021 anhand der überproportional stark gesunkenen AU-Kennzahlen bei diesen Beschäftigten.
- Zwischen den Bundesländern variieren die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose nur geringfügig und folgen im Wesentlichen dem Trend der epidemiologischen Gesamtentwicklung in der Gruppe der Personen im erwerbsfähigen Alter in Deutschland.
- Im Jahr 2020 wurden insgesamt 0,66% aller AU-Fälle bzw. 0,39% aller AU-Tage durch einen COVID-19-Diagnose verursacht.
- Der größere Teil der AU-Fälle bzw. AU-Tage geht dabei auf die Diagnose U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen) zurück.
- Bei den Beschäftigten, die jünger als 20 Jahre sind, sind die höchsten AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose zu verzeichnen.
- Über alle Altersgruppen hinweg treten bei beschäftigten Frauen tendenziell mehr AU-Fälle bzw. AU-Tage als bei den berufstätigen Männern auf.
- Die Falldauer der Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit COVID-19 steigt mit zunehmendem Alter nahezu linear an.
- Mit zunehmendem höherem Schul- bzw. Berufsabschluss geht ein Rückgang der AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose einher.

3. Schwerpunktthema Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie

Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

- Beschäftigte Frauen weisen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen durchschnittlich mehr AU-Fälle und -Tage im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose auf.
- Ältere Beschäftigte sind bei einem AU-Fall aufgrund einer COVID-19-Diagnose deutlich länger als ihre jüngeren Kollegen krankheitsbedingt arbeitsunfähig.
- Dieser Rückgang ist bei den beschäftigten Männern deutlich stärker als bei den berufstätigen Frauen ausgeprägt.
- Die durchschnittliche Dauer eines COVID-19-AU-Falls variiert hingegen zwischen den verschiedenen Schul- bzw. Berufsabschlüssen nur geringfügig.
- Beschäftigte Pflichtmitglieder weisen im Vergleich der drei Versichertengruppen durchschnittlich die meisten AU-Fälle und -Tage im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose auf.

- Dass die entsprechenden AU-Kennzahlen bei den Arbeitslosen (ALG-I) mit Abstand am niedrigsten sind, ist vor allem durch die meist fehlende Notwendigkeit einer AU-Bescheinigung bei einer Erkrankung in dieser Versichertengruppe begründet.
- In ostdeutschen Kreisen sind im Vergleich zum Bundesdurchschnitt mehrheitlich weniger AU-Fälle im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose bei den Beschäftigten zu finden.
- In den westdeutschen Kreisen zeigen sich hingegen mehrere Cluster benachbarter Regionen mit überdurchschnittlich vielen AU-Fällen, wobei diese gehäuft in den Grenzregionen zu den benachbarten europäischen Staaten liegen.
- Sowohl männliche als auch weibliche Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen weisen die mit Abstand meisten AU-Fälle bzw. AU-Tage im Zusammenhang mit COVID-19 auf.
- Branchen, in denen nur in geringem Maß im Homeoffice gearbeitet werden kann (z.B. produzierendes und verarbeitendes Gewerbe), weisen ebenfalls überdurchschnittlich hohe AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit COVID-19 auf.
- Wirtschaftsgruppen, die nur wenige AU-Fälle bzw. -Tage im Kontext von COVID-19 aufweisen, haben entweder ein großes Potential für Homeoffice (z.B. Forschung und Entwicklung) oder waren durch die Pandemie nur stark eingeschränkt tätig (z.B. Beherbergung).
- Für den Bereich Verkehr und Lagerei sind im Regionalvergleich die größten Schwankungen zwischen den Bundesländern bezogen auf die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit COVID-19 zu beobachten.
- Beschäftigte in Gesundheits- und Pflegeberufen sowie in sozialen und Erziehungsberufen weisen die höchsten AU-Kennzahlen aufgrund einer COVID-19-Diagnose auf.
- Berufe, die nicht zwingend am regulären Arbeitsplatz ausgeübt werden müssen (z.B. Büro- oder IT-Berufe), sowie solche, deren Ausübung durch die Pandemie nur eingeschränkt möglich war (z.B. Tourismus oder Hotelberufe) weisen im Vergleich die geringsten AU-Fälle bzw. -Tage im Zusammenhang mit COVID-19 auf.
- Überraschend ist, dass lehrende und auszubildende Berufe sowie Verkaufsbereufe ebenfalls unterdurchschnittliche AU-Kennzahlen aufweisen, was vermutlich mit den in diesen beiden Bereichen besonderen Hygiene- und Abstandsregeln begründet ist.
- Die größten regionalen Schwankungen sind bei den Beschäftigten in den Berufen der Unternehmensführung und -organisation zu beobachten.
- Mit zunehmendem Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit gehen die AU-Kennzahlen, die im Zusammenhang mit COVID-19 auftreten, sukzessive zurück.
- Beschäftigte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung weisen tendenziell weniger AU-Fälle bzw. AU-Tage im Zusammenhang mit COVID-19 als diejenigen ohne eine solche berufliche Position auf.
- Die niedrigsten AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit COVID-19 sind bei den befristet in Teilzeit beschäftigten Männern bzw. bei den unbefristet in Vollzeit beschäftigten Frauen zu finden. Die in Teilzeit beschäftigten Frauen weisen durchschnittlich die meisten AU-Fälle bzw. AU-Tage aufgrund einer COVID-19-Diagnose auf.
- In Arbeitnehmerüberlassung beschäftigte Männer weisen tendenziell weniger AU-Fälle bzw. AU-Tage im Zusammenhang mit COVID-19 als solche in regulärer Anstellung auf.

Ambulante Versorgung

- 7,2% der BKK Versicherten haben im Jahr 2020 eine COVID-19-Diagnose gestellt bekommen, wobei Frauen dabei einen leicht höheren Anteil (7,7%) aufweisen als Männer (6,6%).
- Dabei geht der Geschlechtsunterschied vor allem auf die Versicherten zwischen 15 und 64 Jahren zurück. Bei den jüngeren und älteren sind in der Regel beide Geschlechter gleichermaßen betroffen.
- Hessen sowie der Norden und Westen von Nordrhein-Westfalen sind Regionen, in denen Versicherte in deutlich überdurchschnittlich hohen Anteilen eine COVID-19-Diagnose gestellt bekommen haben. Auf Kreisebene liegt der Spitzenwert mit 13,4% im nordrhein-westfälischen Kreis Heinsberg.
- Beschäftigte sind mit einem Anteil von durchschnittlich 8,7%, die eine COVID-19-Diagnose bekommen haben, stärker betroffen als andere Versichertengruppen. Es ergeben sich für verschiedene arbeitsweltliche Merkmale teils deutliche Unterschiede in den Kennwerten.
- Dabei zeigt sich, dass Beschäftigte insbesondere in denjenigen Wirtschaftsgruppen in besonders hohen Anteilen eine COVID-19-Diagnose aufweisen, in denen viel mit Menschen gearbeitet wird und dabei ein direkter Kontakt oftmals nicht vermeidbar ist.

- Mit einem Anteil von 17,6% stechen Kindergärten und Vorschulen besonders heraus, aber auch (Zahn-)Arztpraxen sowie Alten- bzw. Pflegeheime weisen mit Anteilen von über 15% deutlich überdurchschnittliche Kennwerte auf.
- Bei den Berufsgruppen zeigt sich, dass insbesondere bei denjenigen Tätigkeiten häufiger eine COVID-19-Diagnose gestellt wurde, die häufigen Kontakt zu Menschen haben: Dies sind vor allem Erziehungs- sowie Gesundheitsberufe.
- So sind die Beschäftigten in Erziehung, Sozialarbeit und Heilerziehungspflege bzw. in der Altenpflege (jeweils 16,1% mit einer COVID-19-Diagnose), sowie die Arzt- und Praxishilfen (16,0%) und die Beschäftigten in Human- und Zahnmedizin (15,7%) besonders stark betroffen.
- Hingegen nur geringe Anteile mit einer COVID-19-Diagnose sind bei Berufen in der Land-, Tier- und Forstwirtschaft, in Bauberufen bzw. in der Fahrzeugführung zu finden – also da, wo allein oder mit viel Abstand und oftmals im Freien gearbeitet wird.
- Anders als bei der allgemeinen Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung zeigt sich bei den COVID-19-Diagnosen kein deutlich erkennbarer Unterschied im Zusammenhang mit der Bildung. Zwischen unterschiedlichen Schul- oder Berufsabschlüssen und genauso zwischen verschiedenen Tätigkeitsniveaus variieren die Anteile Beschäftigter mit einer solchen Diagnose nur in geringem Maße.
- Der größte Unterschied besteht noch bei den in Arbeitnehmerüberlassung Tätigen: Für diese wurde deutlich seltener eine COVID-19-Diagnose gestellt.

Stationäre Versorgung

- COVID-19-Diagnosen haben – erfreulicherweise! – in 2020 keinen besonders großen Anteil an den stationären Behandlungsfällen gehabt. Selbst wenn man bei diesen auch die nicht behandlungsbestimmenden Diagnosestellungen berücksichtigt, ist nur bei etwa 4 Fällen je 1.000 BKK Versicherte eine COVID-19-Diagnose dokumentiert worden.
- Die weitaus meisten COVID-19-assoziierten Fälle sind bei Personen älter als 50 Jahre aufgetreten. Mit höherem Alter steigen die Kennwerte überproportional, dabei sind Männer stärker betroffen gewesen als Frauen.
- Die meisten stationären Behandlungen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose sind in Sachsen erfolgt – etwa viermal so viel wie in Schleswig-Holstein bzw. Mecklenburg-Vorpommern, wo die Kennwerte diesbezüglich am niedrigsten waren.
- In Wirtschaftsgruppen mit hohem Durchschnittsalter sind auch die meisten Krankenhausbehandlungen, die im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose stehen, zu verzeichnen: die meisten Fälle sind es im Bereich Verkehr und Lagerei sowie Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung.
- Demgegenüber nur etwa halb so viele Fälle und daraus resultierende Behandlungstage waren es in Wirtschaftsgruppen mit überwiegend jüngeren Beschäftigten wie etwa Kunst, Unterhaltung und Erholung bzw. Land- und Forstwirtschaft, Fischerei.
- Auch bei den Berufsgruppen zeigt sich deutlich der Alterseffekt: Die Reinigungskräfte als durchschnittlich älteste Berufsgruppe weisen auch die höchsten Fallzahlen und die meisten Behandlungstage im Zusammenhang mit COVID-19 auf. Bei im Mittel besonders jungen Berufsgruppen sind hingegen die Kennwerte auch unterdurchschnittlich.
- Gegenläufig dazu hingegen die Kennzahlen bei den (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen: Trotz niedrigerem Altersdurchschnitt und hohem Frauenanteil sind bei diesen die Fallzahlen, vermutlich aufgrund des überdurchschnittlich hohen Infektionsrisikos, relativ hoch.
- Weniger durch den Einfluss des Alters gesteuert ist der Zusammenhang mit Bildungsvariablen: Mit steigendem Niveau der Schul- bzw. Berufsabschlüsse geht auch wesentlich ein Rückgang der Kennzahlen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose einher.
- In gleicher Weise zeigt sich auch ein Zusammenhang mit dem Tätigkeitsniveau. Am stärksten ist dieser bei den weiblichen Beschäftigten ausgeprägt: Frauen, die Helfer-/Anlernertätigkeiten verrichten, weisen etwa doppelt so hohe Kennwerte auf wie diejenigen mit hoch komplexen Tätigkeiten.

Krise – Wandel – Aufbruch: Ein Überblick

Holger Pfaff und Sabrina Zeike

Die Corona-Pandemie hat tiefgreifende Veränderungen ausgelöst und doch ist sie nur eine der vielen Phänomene, die in Unternehmen Krisen und Wandel auslösen können. Hierzu zählen zum Beispiel die Digitalisierung, die Globalisierung, die Erderwärmung, die Individualisierung und die Mobilität. Einige dieser Phänomene waren bereits Schwerpunktthema voriger BKK Gesundheitsreports [1, 2]. Ein wichtiges Merkmal dieser wandelauslösenden Phänomene ist, dass ihre Auswirkungen in der Regel sowohl auf der Mikroebene als auch auf der Makroebene auftreten. Sie wirken sich auf den Einzelnen, auf Beziehungen (Familie/Freunde), auf Organisationen und auf die Gesellschaft aus. Der Einfluss dieser Zeitphänomene ist daher hoch und muss ernst genommen werden. Aus diesem Grund widmet sich dieser Gesundheitsreport dem Thema Krise, Wandel und Aufbruch.

Im Mittelpunkt dieses Einleitungskapitels stehen Organisationen und ihre Mitarbeitenden. Es werden zwei Fragen behandelt:

1. Was macht Organisationen und Mitarbeitende widerstandsfähig gegenüber Veränderungen der Umgebungsbedingungen und gar gegenüber Krisen? Oder kurz: Warum kommen einige Organisationen besser durch die Krise als andere?
2. Was können Organisationen und Mitarbeitende tun, um ihre Widerstandsfähigkeit mittel- und langfristig zu stärken?

Resilienz von Organisationen: Widerstandskraft durch individuelle und kollektive Handlungsmacht

Organisationen bestehen aus Menschen. Menschen, die im Idealfall zusammenarbeiten, um ein Ziel zu erreichen, und zwar ein Ziel, das sie alleine nicht erreichen können. Da diese Menschen meist spezialisiert sind und arbeitsteilig arbeiten, muss diese Arbeit koordiniert werden, und zwar so, dass das Organisationsziel nicht nur erreicht wird, sondern auch so erreicht wird, dass die Kosten den Nutzen nicht übersteigen. Organisationen können als kollektive oder korporative Systeme bezeichnet werden,

die strukturiert und zweckgerichtet organisiert sind [3]. Der Beitrag des Einzelnen in dem Kollektiv, die Qualität der Zusammenarbeit der Mitarbeitenden, die Qualität der Koordination und die Resilienz der Organisation insgesamt können dabei sehr unterschiedlich ausfallen. Die Gesamtresilienz einer Organisation setzt sich – aus handlungstheoretischer Sicht – zusammen aus der ...

- Resilienz jedes einzelnen Mitarbeiters,
- der Resilienz des Teams oder der Abteilung und
- aus der Resilienz der Organisationsstrukturen und -prozesse (s. »»» Abbildung 1).

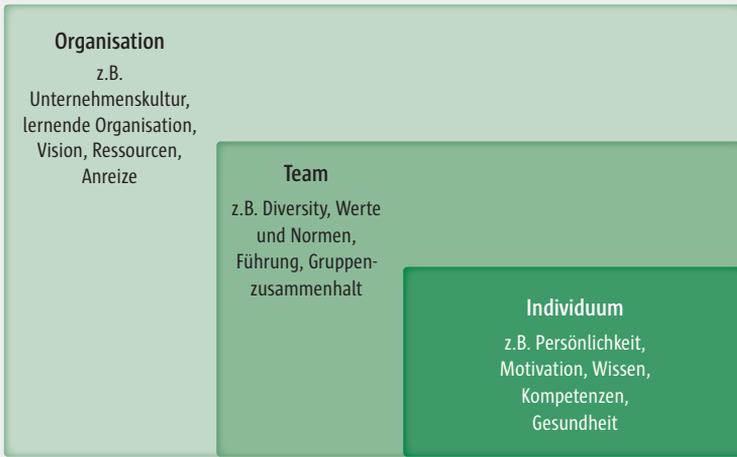
Auf diese drei Ebenen soll in diesem Beitrag näher eingegangen werden.

Individuelle Resilienz als Grundbasis der Widerstandsfähigkeit einer Organisation

Die Resilienz einer Organisation hängt wesentlich von der individuellen Resilienz der Mitarbeitenden ab. Auf diesen Umstand verweist die soziologische Handlungstheorie. Denn danach ist die organisationale Resilienz als ein kollektives Phänomen anzusehen, das wie viele andere kollektive Phänomene einer Organisation, wie z.B. die Fehlzeitenquote oder Effizienz, durch die Aggregation individueller Handlungen und Eigenschaften der Mitglieder der Organisation entsteht. Diese Aggregation kann die einfache Summe aller Handlungen und Eigenschaften darstellen, sie kann aber auch weit weniger als die Summe sein (z.B. bei sozialen Konflikten), oder sie kann auch weit über der Summe liegen. Der letzte Fall ist dann gegeben, wenn sich die Mitarbeitenden gegenseitig für ein Ziel, wie beispielsweise für die Bewältigung einer schwierigen Situation, begeistern und ihr Können zur Bewältigung der Krise einbringen und sich dies gegenseitig ergänzt.

Individuelle Resilienz kann definiert werden als „die menschliche Widerstandsfähigkeit gegenüber belastenden Lebensumständen“ [5]. Menschen mit wenig Resilienz sind verwundbar und verletzlich und wenig

Abbildung 1 Ebenen der Resilienz [4]



psychisch robust. Im Idealfall ist der resiliente Mensch gewissermaßen „unverwundbar“ [5]. Nach Wink et al. (2016) bedeutet Resilienz „den erfolgreichen Umgang mit einer Störung (einem Schock, widrigen Umständen), insbesondere durch Anpassungsfähigkeiten oder Möglichkeiten zur Verringerung der Verletzlichkeit.“ [6]. Aus der Stressforschung ist bekannt, dass die individuelle Resilienz zu den psychologischen Ressourcen bzw. Schutzfaktoren gehört [7]. Weitere Schutzfaktoren auf der psychischen Ebene sind ein hohes Selbstwertgefühl, Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeitserwartung [7]. Da individuelle Resilienz sowohl nach innen (innere Widerstandsfähigkeit) als auch nach außen (Widerstandsfähigkeit gegenüber äußeren Kräften und Ereignissen) gerichtet sein kann, ist die Selbstwirksamkeit der Mitarbeitenden und ihre individuelle Handlungsmacht, ein wesentlicher Baustein der psychischen Widerstandsfähigkeit. Ohne konkrete und subjektiv erlebte Wirksamkeit des eigenen Handelns kann sich weder die subjektiv empfundene, noch die objektive Resilienz in genügendem Ausmaß einstellen.

Aus der Gesundheitsforschung ist weiterhin bekannt, dass die Resilienz eines Menschen nicht nur geistig gegeben ist, sondern auch körperlich. Die körperliche Widerstandsfähigkeit wird im Wesentlichen durch das körperliche Immunsystem geprägt. Beides zusammen, körperliche und geistige Widerstandsfähigkeit, ergibt die individuelle Resilienz. Daraus können bereits die ersten Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Steigerung der individuellen Resilienz abgeleitet werden. Auf diese wird im zweiten Teil dieses Einleitungskapitels eingegangen.

Resilienz von Teams

Ein Team ist resilient, wenn es trotz Störungen die Routinearbeit erledigen kann und darüber hinaus innovativ ist. Ein resilientes Team kann trotz Störungen von außen weiterhin gut zusammenarbeiten und Ziele erreichen. Es erscheint zunächst naheliegend, dass die Resilienz eines Teams von der individuellen Resilienz der Teammitglieder abhängt. Widerstandsfähige Mitarbeitende, die „nichts aus der Bahn wirft“, werden sich auch im Team eher ruhig verhalten und ohne Hast nach Lösungen zur Behebung der Störung und ihrer Folgeprobleme suchen.

Dennoch muss die Resilienz von Teams etwas differenzierter betrachtet werden, denn genauso wie die Mannschaftsleistung eines Fußballteams nicht einfach die Summe der Einzelleistungen der Fußballspieler ist, so ist die Teamresilienz nicht einfach die Summe der Resilienz der einzelnen Teammitglieder. Dies hat damit zu tun, dass die Teamresilienz sich auf einer anderen Ebene als die Resilienz von Individuen bewegt. Es geht hier nicht um die Resilienz eines Einzelnen, sondern um die Resilienz des sozialen Körpers „Team“. Dieser soziale Körper kann gewissermaßen ebenfalls „erkranken“. Er kann an sozialen Konflikten leiden, durch Missgunst und gegenseitiges Misstrauen geprägt sein und durch Machtspiele und Kooperationsmüdigkeit in seiner Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sein.

Es kommt also auf die Art des Teams an und darauf, ob das Team eine Einheit bildet, also im Extremfall eine eingeschworene Gemeinschaft, die nichts auseinanderdividieren kann. Das bedeutet, dass resiliente Teams an einer Krise nicht zu zerbrechen

drohen. Im Gegenteil: Gute Teams rücken in der Krise noch mehr zusammen. Was ist jedoch der Kern, der Teams als Gruppe widerstandsfähig macht?

Teams sind besonders funktionsfähig, wenn sie sozial und emotional zusammenwachsen, d.h. wenn Teams ein Wir-Gefühl entwickeln, die Teammitglieder solidarisch und unterstützend zueinander sind, zielorientiert vorgehen, anpassungsfähig sind und es verstehen, gemeinsame Normen und Werte zu haben oder diese mit der Zeit auszubilden [8]. In der Organisationssoziologie wird in diesem Fall davon gesprochen, dass das Team über ein hohes Sozialkapital verfügt. Sozialkapital trägt dazu bei, dass Mitglieder einer feststehenden Gruppe sich gegenseitig vertrauen und ein Wir-Gefühl entwickeln. Es erleichtert die Zusammenarbeit und fördert das Gefühl der inneren Verbundenheit untereinander [9].

Im Falle eines Teams wird aus einer Ansammlung von Menschen eine soziale Einheit, ein soziales System, das als Kollektiv zunächst handlungsfähig ist und mit der Zeit und Reife auch handlungsmächtig wird. Ein Team ist kollektiv handlungsmächtig, wenn es nicht nur entscheidungs- und handlungsfähig ist, sondern auch etwas bewirken kann. In diesem Fall spricht man von einer kollektiven Wirksamkeit einer Gruppe bzw. eines Teams. Die Teamresilienz hängt im Wesentlichen von der Entscheidungsfähigkeit eines Teams, von seiner Handlungsfähigkeit und letzten Endes von der Handlungsmächtigkeit und der prinzipiellen Wirksamkeit des Teams ab. Diese Grundlagen bilden gewissermaßen die soziale Infrastruktur, die notwendig ist, um als Team gegenüber Störungen widerstandsfähig zu sein. Was mit einem Team in einer Krise passiert, hängt daher in erster Linie davon ab, in welchem Zustand sich das Team vor der Krise befand. Intakte Teams mit hohem Sozialkapital, einem offenen Kommunikationsklima und einer Offenheit gegenüber neuen Ideen sind von der Grundstruktur eher fähig mit Krisen bzw. Störungen jeglicher Art angemessen umzugehen. Dies liegt darin begründet, dass gegenseitiges Vertrauen zu einer Kommunikation führt, in der man sich offen und ehrlich über Möglichkeiten zur Bewältigung der Problemlage austauschen und neue Ideen zur Lösung des Problems respektieren kann.

Resilienz von Organisation

Im Vergleich zur Forschung über individuelle Resilienz gibt es relativ wenig Forschung zur organisationalen Resilienz. Resiliente Organisationen zeichnen sich nach Hollnagel (2020) durch vier Fähigkeiten aus:

1. Antizipation zukünftiger Entwicklungen (ability to anticipate),
2. Identifikation von gefährdenden Veränderungen außerhalb und innerhalb der Organisation (ability to monitor),
3. Reaktion auf unvorhergesehene Ereignisse (ability to respond) und
4. die Fähigkeit, aus vergangenen Ereignissen zu lernen (ability to learn) [10].

Dieser Aufzählung kann noch eine fünfte Dimension hinzugefügt werden: die präventive Resilienz. Diese Form der Resilienz umfasst die Fähigkeit, durch proaktives präventives organisationales Handeln Störungen im Ansatz zu vermindern, so dass der Einfluss der Krise geringer ausfällt (ability to prevent). Die fünf beschriebenen Fähigkeiten von Organisationen zur Bewältigung von Krisen hängen ebenfalls zunächst davon ab, ob eine allgemeine Basis der Resilienz vorhanden ist, d.h. ob gewissermaßen eine soziale Infrastruktur der organisationalen Resilienz besteht.

Kollektive Handlungskapazität als Basis

Da Organisationen Kollektive darstellen, die aus einzelnen Individuen und Teams bestehen, kann man auch auf dieser Ebene annehmen, dass sich die organisationale Resilienz mehr oder weniger aus der Summe der individuellen Resilienz der Organisationsmitglieder und der Summe der Widerstandsfähigkeit der vorhandenen Arbeitsteams ergibt. Da Organisationen jedoch nicht nur eine Ansammlung von Arbeitsgruppen oder Teams darstellen, sondern soziale Systeme sind, die wiederum eine Ebene über den Teams stehen, können diese ebenfalls prinzipiell Eigenschaften aufweisen, die die Organisation zusätzlich über die individuellen und gruppenbezogenen Resilienzen hinaus widerstandsfähig machen.

Die Frage ist daher, welche organisationseigenen Komponenten es gibt, die eine Organisation resilient machen. Es gibt in Organisationen so etwas wie die soziale Infrastruktur, die es einer Organisation als Kollektiv erst erlaubt, handlungsfähig und schlussendlich auch handlungsmächtig in Bezug auf die erwähnten fünf Resilienzfunktionen zu sein. Will eine Organisation die eingangs aufgeführten fünf Fähigkeiten erfüllen, so muss die Organisation als Kollektiv entscheidungs- und handlungsfähig sein. Das organisierte Kollektiv muss in Krisensituationen Entscheidungen vorbereiten und treffen können.



Um schnell und effizient Entscheidungen treffen zu können, benötigen Organisationen

- ein Kapital an guten sozialen Beziehungen nach innen und außen, das gekennzeichnet ist durch ein hohes Wir-Gefühl, gegenseitigem Vertrauen, gegenseitiger Hilfsbereitschaft und einem gemeinsamen Werteverständnis,
- funktionsfähige Entscheidungsstrukturen und -prozesse, damit die Entscheidungen schnell und gemeinsam getroffen werden können (z.B. COVID-19-Krisenstäbe),
- effiziente und anpassungsfähige Prozesse und Strukturen zur Erbringung von Leistungen (Produkte oder Dienstleistungen), damit in Krisenzeiten ein Puffer für die Krisenbewältigung gegeben ist und die Leistungsprozesse flexibel an die neue Situation angepasst werden können,
- ein Werte- und Wissensmanagement, was dabei hilft, gemeinsame Werte und Wissen zu finden, auszubilden und an die neue Generation von Organisationsmitgliedern weiterzugeben.

Sind diese vier Elemente einer sozialen Infrastruktur gegeben, ist die Grundfunktionsfähigkeit eines sozialen Systems gesichert [11]. Dies ist die notwendige Voraussetzung für die Widerstandsfähigkeit der Organisation als soziales System. In diesem Fall kann man von dem Vorhandensein von Handlungs-

kapazitäten (agency capacity) sprechen. Werden diese Handlungskapazitäten aktiviert, kann dies im Idealfall dazu führen, dass eine Organisation nicht nur handlungsfähig ist, sondern auch handlungsmächtig. Diese allgemeine Grundlage für organisationale Resilienz, ihre soziale Infrastruktur, muss dann allerdings noch um spezifische Strategien der Resilienzstärkung ergänzt werden.

Leistungs- und Bewältigungsschwellen von Organisationen

Organisationen können – unabhängig von ihrem konkreten Zweck – unterschiedlich leistungsfähig und „systemisch gesund“ sein. Es können 5 abstrakte Leistungsniveaus, darunter fünf Bewältigungsschwellen unterschieden werden. Das niedrigste Leistungsniveau einer Organisation ist das „Untergehen“ einer Organisation (Level 0, Tabelle 1). Private Unternehmen würden in diesem Fall in Konkurs gehen. Gelingt es einer Organisation aus eigener oder fremder Hilfe zu überleben, wird die Schwelle der erfolgreichen Bewältigung der Überlebensaufgabe überschritten. Die Organisation befindet sich dann nach Überschreiten dieser Schwelle auf dem Level 1, was bedeutet, dass die Organisation überleben kann, aber auf fremde Hilfe angewiesen ist.

Die Organisation ist noch nicht völlig autonom und braucht Hilfe von Unternehmensberatern oder vom Staat, um kollektiv handlungsfähig zu sein. Ist

Tabelle 1 Stufen der systemischen Gesundheit von Organisationen: Bewältigungsschwellen und Funktionsniveaus (in Anlehnung an Pfaff et al. (2011) [13]):

Level 5	Organisation überlebt, ist nicht mehr auf Hilfe angewiesen, bewältigt die Routineaufgaben souverän, ist innovativ und darüber hinaus in der Lage, Störungen zu bewältigen: gesunde, voll handlungsfähige und -mächtige Organisation.
Schwelle der erfolgreichen Bewältigung von Störungen	
Level 4	Organisation überlebt, ist nicht mehr auf Hilfe angewiesen, bewältigt die Routineaufgaben souverän und ist innovativ und wandlungsfähig.
Schwelle der erfolgreichen Bewältigung der Innovations- und Wandelaufgaben	
Level 3	Organisation überlebt, ist nicht mehr auf Hilfe angewiesen und bewältigt die Routineaufgaben souverän.
Schwelle der erfolgreichen Bewältigung von Routineaufgaben	
Level 2	Organisation überlebt und ist nicht mehr auf Hilfe angewiesen.
Schwelle der erfolgreichen Bewältigung der Autonomieaufgabe	
Level 1	Organisation überlebt, ist aber auf Hilfe angewiesen.
Schwelle der erfolgreichen Bewältigung der Überlebensaufgabe	
Level 0	Organisation überlebt nicht.

die Organisation so weit, dass sie selbständig ohne externe Unterstützung agieren kann, wird die Schwelle der erfolgreichen Bewältigung der Autonomieaufgabe überschritten. Nach dem Überschreiten dieser Schwelle ist die Organisation autonom und handlungsfähig (Level 2). Autonomes Handeln einer Organisation bedeutet noch nicht, dass diese Organisation die für den Organisationszweck notwendigen Daueraufgaben erfüllen kann. Wird diese Schwelle der erfolgreichen Bewältigung von Routineaufgaben überschritten ist die Organisation in der Lage alle zur Erfüllung des Organisationszwecks notwendigen Routineaufgaben zu erfüllen (Level 3). Ausgehend vom Konzept der *Ambidextrie* zeichnen sich erfolgreiche Unternehmen dadurch aus, dass sie zwei Dinge gleichzeitig tun können: Routineaufgaben erledigen und innovative Wege erkunden, und zwar im Bereich der Struktur-, Prozess- und Produktinnovationen.

„Ambidextrie beschreibt die Fähigkeit eines Unternehmens, einerseits das Kerngeschäft stetig weiterzuentwickeln, gleichzeitig aber auch neue Wege und Denkweisen zu etablieren und so sicherzustellen, dass Veränderungen im Umsystem rechtzeitig erkannt und die sich dadurch bietenden Chancen für die Zukunft genutzt werden.“ [12]

Bei den Struktur- und Prozessinnovationen geht es um Change Management und Organisationsentwicklung. Gelingt es Unternehmen neben den Routineaufgaben auch die Innovations- und Wandelaufgaben zu erfüllen (Level 4), wird die Schwelle der erfolgreichen Bewältigung der Innovations- und Wandelaufgaben überschritten. Die nächste und letzte Schwelle ist die Schwelle der erfolgreichen Bewältigung von Störungen. Wird diese Schwelle überschritten, hat die Organisation die höchste Stufe einer systemisch gesunden Organisation erreicht und kann als resilient und voll funktionsfähige Organisation bezeichnet werden (Level 5).

Strategien zur Förderung der organisationalen Resilienz

Entsprechend der bisherigen Ausführungen können drei Ebenen der Resilienzstärkung von Organisationen unterschieden werden:

1. individuelle Resilienz,
2. Teamresilienz und
3. organisationale Resilienz.

Stärkung der individuellen Resilienz

Die Stärkung der individuellen Resilienz kann sowohl an der physischen als auch an der psychischen Gesundheit ansetzen. Es gibt eine Reihe von Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsförderung, die das Ziel haben, die körperliche Widerstandsfähigkeit zu fördern. Dazu zählen in erster Linie Maßnahmen im Bereich der gesunden Ernährung, wie z.B. kalorienreduzierte Diäten, vitaminreiche Gerichte, vegane oder vegetarische Angebote in der Kantine oder Tipps für eine gesunde Ernährung im Home-Office. Ein weiteres Maßnahmenbündel gruppiert sich um den Bereich der körperlichen Aktivität und der Förderung von Bewegung. Beispiele hierfür sind organisierte Lauftreffen, gemeinsame Sportchallenges (z.B. Teamwettbewerb um die höchste Schrittzahl pro Woche), Sponsoring von Fitnessstudio-Mitgliedschaften und Organisation des Betriebssports (z.B. SG Stern von Mercedes-Benz, www.sgstern.de).

Zur Stärkung der mentalen Widerstandsfähigkeit stehen zwei unterschiedliche Maßnahmenbündel zur Verfügung. Erstens die Stärkung der psychischen Gesundheit über die Verhältnisprävention und zweitens die Stärkung über die Verhaltensprävention.

Die Stärkung der psychischen Gesundheit über die Verhältnisprävention geschieht über die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeit. Betriebe und Unternehmen können hier schon viel bewirken, wenn sie die gesetzlich vorgeschriebene psychische Gefährdungsbeurteilung erstens durchführen und zweitens wirklich ernst nehmen und daraus konkrete Maßnahmen zum Schutz der psychischen Gesundheit ableiten [14].

Die Stärkung der psychischen Gesundheit über die Verhaltensprävention ist der meist angewandte Ansatz in Betrieben, wenn es um die Resilienz der Mitarbeitenden geht. Es gibt eine ganze Reihe von Resilienzkursen, die angeboten werden, um die geistige Widerstandsfähigkeit der Mitarbeitenden zu fördern. Diese Interventionen sind zum Teil bereits evidenzbasiert, d.h., dass in wissenschaftlichen Studien nachgewiesen wurde, dass die Angebote im Sinne der Gesundheitsförderung wirksam sind [15, 16, 17].

Stärkung der Resilienz von Arbeitsgruppen, Teams und Abteilungen

Die Ausführungen haben gezeigt, dass die kollektive Wirksamkeit und damit die kollektive Handlungsmacht eines Teams eine Grundvoraussetzung für seine Resilienz darstellen. Diese Handlungsmacht kann sich nach innen und nach außen auswirken.

Die nach innen gerichtete Handlungsmacht ermöglicht es dem Team, in Krisenzeiten eine innere Geschlossenheit zu erzielen und den sozialen Zusammenhalt zu stärken. Dies kann durch explizite soziale Kontrolle in Form von Gruppendruck erzeugt werden oder durch implizite soziale Kontrolle in Form von innerer Überzeugung der Gruppenmitglieder. Dadurch wird eine Uniformität in der Gruppe geschaffen, die es der Gruppe ermöglicht, geschlossen handlungsfähig zu sein und eine gewisse Widerstandsfähigkeit gegenüber inneren und äußeren Krisen zu erreichen.

Die nach außen gerichtete Handlungsmacht setzt eine interne Geschlossenheit und Kohäsion voraus, damit das Team wie ein sozialer Körper agieren und äußeren Krisen begegnen kann.

Die Handlungsmacht eines Teams hängt dabei von der strukturellen Handlungskapazität ab. Diese kann – wie bei allen Kollektiven – erhöht werden, wenn

- das Sozialkapital der Gruppe gestärkt wird,
- flexiblere Strukturen und Prozesse im Team geschaffen werden,
- effektive und effiziente Entscheidungsstrukturen und -prozesse etabliert werden und
- ein strukturiertes Wissens- und Wertemanagement eingeführt wird.

Eine sehr verbreitete Form der Stärkung des Sozialkapitals in Teams stellt die Methode der Teamentwicklung dar. Diese besteht aus verschiedenen Bereichen und umfasst neben der Förderung der individuellen Teamfähigkeit auch den gezielten Prozess der Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von einer Arbeitsgruppe zu einem Team. Darüber hinaus kann die Teamentwicklung auch die Unterstützung bei der Zusammenarbeit/Koordination zwischen mehreren Teams beinhalten [18].

Teamentwicklung sollte als eine vorbeugende Maßnahme zur Resilienzsteigerung angesehen werden. In Krisenzeiten kommt der Einsatz der Teamentwicklung meist zu spät und wirkt auch nur verzögert. Teamentwicklung ist daher eine Investition für normale Zeiten und für Krisenzeiten. Neben offiziellen Maßnahmen der Teamentwicklung gibt es eine Reihe anderer Formen der Förderung des Sozialkapitals in Gruppen. Dazu zählen, um nur einige Ansatzpunkte zu nennen, die Schaffung und Auswahl attraktiver Gruppenziele, das Sprechen im „Wir“, die Durchführung von Gruppenevents (z.B. Weihnachtsfeier, Grillabend, [digitale] Mittagspause oder Kaffeepause) und die bewusste Förderung eines Klimas der gegenseitigen Unterstützung.

Hierzu gehört auch das schnelle Eingreifen der Gruppenleitenden oder der Gruppe bei unsolidarischem oder ausgrenzendem Verhalten einzelner Gruppenmitglieder.

Die nötige Flexibilisierung und Förderung der Anpassungsfähigkeit von Teams kann durch den Einbau von verschiedenen Strukturelementen sichergestellt werden. Ein wichtiges Prinzip ist das der Polyvalenz. Polyvalenz in Teams ist gegeben, wenn Mitglieder des Teams jederzeit auch die Aufgaben eines anderen Teammitglieds übernehmen können. Diese Mehrwertigkeit von Teammitgliedern erhöht die Flexibilität in Teams erheblich, da man sich gegenseitig vertreten kann. Eine Methode der Personalentwicklung, die die Polyvalenz der Mitarbeitenden erhöht, ist das Prinzip der Job Rotation [19]. Das Gegenteil von Polyvalenz ist eine hohe Spezialisierung und Arbeitsteiligkeit, die es erschwert, sich gegenseitig zu vertreten oder auszuhelfen. Da Polyvalenz nicht von heute auf morgen geschaffen werden kann, zählt diese Methode zu den Maßnahmen, die von langer Hand geplant und eingeführt werden müssen, damit sie in Krisenzeiten wirken kann. Eine andere Form der vorbeugenden Personalentwicklung in Teams ist das „Diversity Management“ [20]. Die unterschiedliche Zusammensetzung der Teams durch Personen unterschiedlichen Geschlechts, Professionen und Kulturen kann die Anpassungsfähigkeit von Teams enorm steigern und trägt zu einem positiven Image von Unternehmen sowie zur Arbeitgeberattraktivität bei [20].

Klare Entscheidungsstrukturen und -prozesse können in Gruppen durch das Vorhandensein sowohl von informellen als auch von formalisierten Entscheidungsstrukturen und -prozessen erreicht werden. Die erstgenannte Form ist meist dann gegeben, wenn es informelle Gruppenleitende gibt, die das Sagen haben und aufgrund ihres Charismas oder anderer Eigenschaften das Verhalten der Gruppenmitglieder beeinflussen können. Die zweitgenannte Form ist gegeben, wenn klar geregelt ist, wer entscheiden darf, wie entschieden wird, wann dies geschieht und wie mit Meinungsunterschieden umgegangen wird. Zur Steigerung der Resilienz in Krisenzeiten ist es oft notwendig, die Entscheidungsstrukturen zu entschlacken und die Prozesse der Entscheidungsfindung zu beschleunigen, z.B. durch tägliche Krisensitzungen.

Das Wissensmanagement in Gruppen ist gerade in Krisenzeiten von entscheidender Bedeutung. Einerseits ist es bedeutsam, dass die Gruppenmitglieder zu unterschiedlichen Wissensquellen Zugang haben und dass sie dieses Wissen in der Grup-

pe teilen und so zu einer Verbreitung des Wissens beitragen. Andererseits ist es gerade in Krisenzeiten notwendig, dass zur Bewältigung der Krise notwendiges Wissen zu sammeln, zu ordnen, zu bewerten und allen Gruppenmitgliedern zur Verfügung zu stellen. In der Corona-Pandemie war und ist es oft eine Aufgabe von Spezialisten, vor allem aber auch von Führungskräften, hier den Überblick zu behalten und mit dem aktuellen Wissen neue Regelungen und Verhaltenstipps an die Mitarbeitenden weiterzugeben.

*Stärkung der Resilienz von Organisationen:
Aufbau einer resilienzstärkenden Infrastruktur*

Die Handlungskapazität von Organisationen ist eine Grundvoraussetzung für die Resilienz der Organisation. Sie kann durch die Förderung

- des organisationalen Sozialkapitals,
- anpassungsfähiger Strukturen und Prozesse,
- effektiver Top-Management-Entscheidungsstrukturen und -prozesse und
- eines strukturierten Wissens- und Wertemanagements gestärkt werden.

Eine sehr verbreitete Form der Stärkung des Sozialkapitals in Organisationen stellt die Methode der Intergruppenentwicklung dar. Unter Intergruppenentwicklung versteht man die Verbesserung der Beziehungen zwischen größeren Einheiten einer Organisation wie z.B. zwischen Abteilungen, zwischen Verwaltung und Produktion/Dienstleistung. Oft ist in Organisationen zu sehen, dass die Mitarbeitenden das Teamklima in ihrer Abteilung positiv sehen, aber das Verhältnis zwischen den Abteilungen und das Klima in der Gesamtorganisation im Gegensatz dazu eher kritisch betrachten.

Auch hier gilt, wie im Falle von Teams, dass in Krisenzeiten der Einsatz der Methode der Intergruppenentwicklung meist zu spät kommt und verzögert greift. Aber gerade in Krisenzeiten ist es notwendig, die Kommunikation zwischen den größeren Einheiten eines Unternehmens zu intensivieren.

Wie kann man das Sozialkapital in Organisationen zusätzlich erhöhen? Ein wichtiger Ansatzpunkt ist es, den gesellschaftlichen Nutzen und die Sinnstiftung der Arbeit in den Mittelpunkt zu rücken. In den letzten Jahren ist der „Purpose“ (aus dem Englischen: Sinn, Zweck oder Bestimmung) als Unternehmenswert stärker in den Fokus gerückt, vor allem um junge Talente zu gewinnen [21]. Der Purpose eines Unternehmens beantwortet die Frage, welchen Daseinszweck das Unternehmen hat und welchen Mehrwert das Unternehmen für die Gesellschaft

schaffen möchte. Den Purpose einer Organisation herauszustellen, erzeugt Sinn für die Mitarbeitenden und schafft eine soziale Identität [22]. Dieser Purpose muss jedoch – anders als bei der Teamentwicklung – übergreifender Natur sein. Er muss geeignet sein, die sich auseinander entwickelnden Abteilungen wieder zusammenzuführen und zu einigen.

Die nötige Anpassungsfähigkeit einer Organisation an äußere Umstände kann durch flexible Produktionssysteme und Dienstleistungseinheiten geschaffen werden. Der äußere Wandel sollte sich durch den inneren Wandel spiegeln. Eine neue Gesetzeslage führt zum Beispiel in anpassungsfähigen Organisationen zur Bildung neuer Teams oder Abteilungen, die dazu da sind, der neuen Gesetzeslage gerecht zu werden. In diesem Zusammenhang spielt auch ein unternehmensweites Diversity Management eine bedeutsame Rolle. Anpassungsfähigkeit in Organisationen wird auch oft bewusst vom Management erzeugt, indem man das Change Management zum Prinzip erhebt. Organisationen, die permanent restrukturiert werden, sind Flexibilität und Umstrukturierung gewohnt, so dass in Krisenzeiten eine Anpassung an die Krise aus Gewohnheit eher möglich wird.

Effiziente Entscheidungsstrukturen und -prozesse können in Organisationen weniger durch informelle Verfahren erreicht werden wie bei Teams, sondern eher durch formalisierte Entscheidungsstrukturen und -prozesse. Da die Führung in großen Organisationen oft eine Führung im Plural ist, also eine Führung durch eine Gruppe von Personen (z.B. mehrköpfiger Vorstand), setzen effiziente Entscheidungsstrukturen und -prozesse voraus, dass die Führungsmannschaft ein gewisses Maß an sozialem Zusammenhalt und damit an sozialem Kapital aufweist. Ist dies nicht der Fall, kommt oft aufgrund des mangelnden Zusammenhalts und unüberbrückbarer Meinungsverschiedenheiten keine sofortige Einigung zustande oder – im Extremfall – gar keine Einigung [23]. Im letzteren Fall wird die Organisation entscheidungsunfähig. In Zeiten von Krisen ist diese Situation besonders unvorteilhaft für Organisationen, weil sie in diesem Fall von Tag zu Tag neue Entscheidungen zu treffen haben, diese aber nicht zustande bekommen.

Das Wissensmanagement in Organisationen ist in Krisenzeiten ebenfalls von entscheidender Bedeutung. Resilienzstärkendes Wissensmanagement stellt drei Wissensbasen zur Verfügung: Krisen-Wissen, Innovations-Wissen und Routine-Wissen. Es ist in der Krise von besonderer Wichtigkeit, dass die Unternehmensspitze und die Organisations-

mitglieder zu unterschiedlichen aktuellen Wissensquellen Zugang haben, die krisenrelevante Informationen und Wissensbestände liefern. Dabei muss sichergestellt sein, dass dieses aktuelle Krisen-Wissen schnell unter den Entscheidungsträgern ausgetauscht und hinsichtlich der Wichtigkeit kollektiv bewertet wird. Dazu ist es notwendig, das krisenrelevante Wissen zu sammeln, zu ordnen, zu bewerten und als relevant bewertetes Krisen-Wissen allen Führungskräften zur Verfügung zu stellen. Daneben ist es von großer Bedeutung, dass das Innovationswissen, das zur Durchführung der „normalen“ Innovationsarbeit benötigt wird, beschafft wird und allen wichtigen Entscheidungsträgern und Mitarbeitenden zur Verfügung steht. Dasselbe gilt für das Routine-Wissen. Man benötigt strukturierte Wissensbasen wie Unternehmens-Wiki, wissensbasierte Systeme etc.

Resilienzmanagement: Stärkung der fünf Resilienzfunktionen

Die obigen Ausführungen haben gezeigt, dass fünf resilienzstärkende Fähigkeiten von Organisationen unterschieden werden können:

Die Fähigkeit

1. zur Antizipation zukünftiger Entwicklungen,
2. zur Identifikation von gefährdenden Veränderungen außerhalb und innerhalb der Organisation,
3. zur Prävention von Störungen,
4. zur Reaktion auf unvorhergesehene Ereignisse und
5. zum vergangenheitsbezogenen Lernen.

Die *Fähigkeit zur Antizipation zukünftiger Entwicklungen* kann von Unternehmen durch die Einrichtung entsprechender Stäbe gefördert werden, deren Aufgabe es ist, Thesen über die Trends der Zukunft zu sammeln, zu sichten und zu bewerten. Techniken in diesem Bereich sind die Nutzung der Methode der Zukunftsszenarien, die Durchführung von Zukunftskonferenzen oder -werkstätten und die Anwendung der wissenschaftlich fundierten Delphi-Methode.

Die *Fähigkeit zur Identifikation von gefährdenden Veränderungen* kann in Unternehmen ebenfalls durch eingeführte Stabsstellen gefördert werden. Dies ist ein zentrales Element des Risikomanagements [24]. Das Risikomanagement hat viele Methoden zur Verfügung, die es möglich machen, Risiken zu erkennen, zu bewerten und zu minimieren. Eine konkrete Methode zur Vergegenwärtigung der Gefahren stellt zudem die SWOT-Analyse dar. Bei dieser werden den Stärken (strength) und Schwächen (weaknesses)

eines Unternehmens die sich bietenden Gelegenheiten (opportunities) und Gefahren (threats) gegenübergestellt [25]. Ein Spezialgebiet in dem Bereich der Gefahrenerkennung ist die Suche nach wichtigen, weil Bedrohung andeutenden Signalen aus der Vielzahl an schwachen, unbedeutenden Signalen, mit denen sich Unternehmen tagtäglich konfrontiert sehen (weak signal detection).

Die *Fähigkeit zur Prävention von Störungen und unvorhergesehenen Ereignissen* ist von besonderer Relevanz in Unternehmen. Eine Strategie der vorbeugenden Bekämpfung von Störungen ist die Beeinflussung der relevanten Umwelt durch das Unternehmen oder durch Verbände, die die Organisationen vertreten. Ein typisches Beispiel hierfür ist der Lobbyismus im Bereich der Politik und der Gesetzgebung. Oft besteht für Organisationen die Möglichkeit, auf eine Gesetzgebung, die Folgen für die Organisation haben könnte, im Sinne der Organisation Einfluss zu nehmen. Eine technische Methode, präventiv tätig zu werden, ist die Anwendung der FMEA-Methode (Failure Mode and Effects Analysis, deutsch = Fehlermöglichkeits- und -einflussanalyse) auf die Produktion und Dienstleistungserstellung und die Ausweitung dieser Methode auf die Organisationsstrategie [26].

Die *Fähigkeit zur Reaktion auf unvorhergesehene Ereignisse* ist wohl der bedeutendste Aspekt der Resilienzfunktionen, da viele Dinge nicht vorhersehbar sind und daher eine schnelle Anpassung an die neue Situation erfordern. In der Politik werden für diese Fälle Krisenstäbe eingerichtet oder vorgehalten. In Unternehmen ist die Einrichtung von Krisenstäben oder Ad-hoc-Krisen-Teams ebenfalls ein probates Mittel. Oft reagieren Unternehmen auf plötzliche Störungen mit der Erhöhung der Taktung der Treffen der Führungsgremien (z.B. tägliche Morgenbesprechung statt wöchentlicher Jour Fixe).

Die *Fähigkeit aus vergangenen Erfahrungen zu lernen*, ist eine weitere Fähigkeit, die resiliente Organisationen auszeichnet. Lernen in Organisationen vollzieht sich auf der Individualebene (Personen lernen), auf der Gruppenebene (Teams lernen) und auch auf der Organisationsebene (Organisationen lernen). Es gibt eine Kontroverse darum, ob Organisationen lernen können, viele Wissenschaftler:innen gehen jedoch davon aus, dass dies möglich ist. So kann die Wissensbasis einer Organisation wachsen und sich verändern. Das kollektive Erfahrungswissen kann in Leitlinien, Standard Operation Procedures (SOP's) und Verfahrensanleitungen abgelegt sein. Einer Änderung dieser Verfahrensabläufe liegt meist ein Lernfortschritt zugrunde. Eine wichtige Unterscheidung in Bezug auf das Organisationslernen ist die

zwischen dem „single loop“ Lernen und dem „double loop“ Lernen. Beim „single loop“ Lernen behält man seine Grundannahmen über die Welt und das interessierende Phänomen bei und versucht auf dieser Grundlage Lösungen zu entwickeln. Beim „double loop“ Lernen geht man gewissermaßen eine Ebene höher und überlegt, ob diese Grundannahmen richtig und adäquat sind. Kommt man zum Schluss, dass diese falsch sind, müssen neue, adäquatere Grundannahmen aufgestellt werden [27].

Implikationen für das BGM

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass das BGM an verschiedenen Stellen einen Beitrag zur Gesamtresilienz einer Organisation leisten kann. Es kann dabei ein langfristiger Beitrag von einem kurzfristigen unterschieden werden.

Der langfristige Beitrag legt die solide Grundlage für eine resiliente Organisation. Die klassische Gesundheitsförderung im Sinne der Verhaltensprävention kann dabei dazu beitragen, dass die individuelle Resilienz sowohl auf Ebene der physischen Gesundheit (z.B. gesundes Essen, körperliche Aktivität) als auch auf der psychischen Ebene (z.B. Achtsamkeitstraining) gestärkt wird. Auf der Team- und der Organisationsebene kommt dagegen eher die Verhältnisprävention zum Tragen. Aus der Arbeitsstressforschung ist bekannt, dass Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen meist auch dazu beitragen, dass die Gesundheit der Mitarbeitenden verbessert wird. Teamentwicklung, Intergruppenentwicklung und Mitarbeiterbefragungen können insgesamt dazu beitragen, sowohl die Gesundheit der Beschäftigten als auch die Effizienz des Unternehmens zu fördern.

Der kurzfristige Beitrag des BGM liegt in der gesundheitsförderlichen Krisenintervention. In Krisensituationen ist eine Analyse der Situation und Begleitung der besonders betroffenen Mitarbeitenden sehr wichtig. Dem BGM kommt hier die Aufgabe zu, die Mitarbeitenden auch in der Krise nicht aus dem Blick zu verlieren. Mitarbeitende sollten das Gefühl haben, dass sich die eigene Organisation um sie kümmert und ihre Bedürfnisse und ihre Gesundheit wertgeschätzt wird. Dies ist eine wichtige Aufgabe der Führungskräfte im Rahmen des Themas „gesundes Führen“. Eine weitere Möglichkeit ist die Einrichtung von Beratungs- oder Gesundheit-Hotlines, zum Beispiel im Rahmen von Employee Assistant-Programmen, um „erste Hilfe“ leisten zu können.

Fazit

Organisationen sollten nicht nur kurzfristig auf Krisen reagieren, sondern Veränderungen möglichst antizipieren. Im besten Falle sollte eine Organisation so aufgestellt sein, dass sie auf etwaige Störungen und Krisen vorbereitet ist. Mögliche Veränderungen und zukünftige Umwälzungen sollten bewusst aufgespürt und reflektiert werden, um proaktiv an der Gestaltung des *New Normal* mitzuwirken. Bezüglich der Corona-Pandemie wird sich noch zeigen, wie die Gestaltung der Arbeit nach der Pandemie aussehen wird. Was wird sich ändern und was wird der neue „Normalzustand“? Es stellt sich die Frage, ob der Corona bedingte Digitalisierungsschub einen nachhaltigen Organisationskulturwandel angestoßen hat. Erste Studienerkenntnisse lassen vermuten, dass die Corona-Pandemie langfristige Auswirkungen auf die Präsenz- und Homeofficekultur in Unternehmen hat [28, 29] (siehe dazu auch **III** Exkurs: Befragung zu Homeoffice-Empfehlungen und Präsenzkultur nach einem Jahr COVID-19-Pandemie).

Die Führungskräfte sollten auf die Krisen und Störungen schnell und auf der Basis vergangener Lernerfahrungen reagieren können, eine Zukunftsvision der langfristigen Resilienzsteigerung haben und die Mitarbeitenden in Krisenzeiten nicht aus den Augen verlieren. Das Thema „gesundes Führen“ ist in Krisenzeiten von besonderer Relevanz. Das effektive Resilienzmanagement stellt einen Mix aus Analyse, Risikomanagement und Wissensmanagement dar. Zur Steigerung der Resilienz müssen kritische Situationen zum Zeitpunkt der Entstehung und nachträglich umfassend analysiert werden. Resilienzmanagement ist dabei eine Aufgabe aller Führungskräfte. Diese müssen dabei jeweils für ihren Verantwortungsbereich, das Umfeld aufmerksam beobachten, vorhandene Chancen ergreifen, das Klima in ihrem Team pflegen und dafür sorgen, dass alle an einem Strang ziehen. In Krisenzeiten ist eine Vertrauenskultur und offene Kommunikation zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden besonders wichtig. Resiliente Führungskräfte, Mitarbeitende und Organisationen ermöglichen es, dass Krisen nicht nur als Bedrohung betrachtet, sondern auch als Entwicklungschancen genutzt werden können. Da Krisen auch Chancen bieten, die es zu nutzen gilt, kann eine hohe organisationale Resilienz auch als kompetitiver Wettbewerbsvorteil von Nutzen sein.

Exkurs: Befragung zu Homeoffice-Empfehlungen und Präsenzkultur nach einem Jahr COVID-19-Pandemie

Laura Seinsche und Jana Neumann, Universität zu Köln

Die COVID-19-Pandemie kann als Türöffner für das ortsflexible Arbeiten in Deutschland gesehen werden, da Organisationen vorher generell auf die Anwesenheit von Beschäftigten gesetzt haben, was als Ausdruck einer in Deutschland weit verbreiteten Präsenzkultur gesehen werden kann [1, 2]. Die Bereitschaft zum mobilen Arbeiten anstelle der bisher gelebten Präsenzkultur hat während der COVID-19-Pandemie zugenommen [3] und es kommt nun auf Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite zur verstärkten Nachfrage von Homeofficeangeboten. Erste Studienergebnisse zeigen, dass sich die Beschäftigten im Homeoffice wohlfühlen und sie produktiver sind, und Unternehmen rechnen mit einem dauerhaften Anstieg von Homeoffice auch nach der COVID-19-Krise [4, 5]. Es stellt sich die Frage, ob der Corona bedingte Digitalisierungsschub einen nachhaltigen Organisationskulturwandel angestoßen hat.

Ein Forschungsteam der Universität zu Köln führte im Mai 2020 zwei Onlinebefragungen über soziale Netzwerke durch, um die Homeoffice- und Präsenzkultur in Zeiten der COVID-19-Pandemie zu untersuchen. Die Befragungen erfolgten bei unterschiedlichen Zielgruppen: Über das soziale Netzwerk LinkedIn wurden Beschäftigte im öffentlichen Dienst befragt, während über Facebook und Instagram Beschäftigte aus dem Bereich IT und technische Dienstleistungen angesprochen wurden. Im Bereich IT und technische Dienstleistungen waren die Voraussetzungen für ein effektives Homeoffice in Deutschland am ehesten gegeben [5, 6]. Demgegenüber fehlten im öffentlichen Dienst oftmals schon die organisatorischen und technischen Voraussetzungen [7]. So wurde im IT-Bereich das Homeofficepotenzial weitestgehend ausgeschöpft. Im öffentlichen Dienst hingegen haben nach Brenke (2016) immerhin 60% der Beschäftigten das Potenzial zum Homeoffice, welches allerdings nicht genutzt wird [8, 9]. Im Juni 2021 fand eine Folgebefragung der Teilnehmenden statt, die zum ersten Befragungszeitpunkt ihre E-Mailadresse angegeben hatten und im Zeitraum der ersten Befragung (auch tageweise) im Homeoffice gearbeitet haben.¹ Zum zweiten Befragungszeitpunkt galt die Corona-Arbeitsschutzverord-

nung, wodurch sich ein Großteil der befragten Personen im gesetzlich vorgeschriebenen Homeoffice befand.

Für die Mehrheit der befragten Personen war das Arbeiten im Homeoffice während der COVID-19-Pandemie im öffentlichen Dienst eine neue Erfahrung, während dies bei den Beschäftigten aus dem Bereich IT und technische Dienstleistungen auf 44% der Befragten zutraf. Die Homeofficeerfahrungen der Befragten zum ersten Befragungszeitpunkt war in den beiden untersuchten Bereichen sehr ähnlich. Die Ergebnisse zeigten in beiden Zielgruppen ein heterogenes Bild in Bezug auf die Homeoffice- und Präsenzkultur. Insbesondere hat sich die Bedeutung des fehlenden persönlichen Kontakts zu Kolleginnen und Kollegen sowie die Organisations- und Führungskultur als Herausforderung herausgestellt. In der zweiten Befragungswelle – nach über einem Jahr verstärktem Arbeiten im Homeoffice – zeigte sich im Bereich IT und technische Dienstleistungen eine Abnahme der Präsenzkultur und eine Zunahme der Homeofficekultur [10, 11]. Die **»»** Abbildung 1 zeigt die Veränderung der Mittelwerte vom ersten Befragungszeitpunkt (t0) zum zweiten Befragungszeitpunkt (t1). Die ersten fünf Frageitems zeigen eine Abnahme der Präsenzkultur, während die letzten zwei Frageitems auf eine Erhöhung der Ergebniskultur mit dem Fokus auf Arbeitsergebnisse statt Präsenz am Arbeitsplatz schließen lassen.

Im öffentlichen Dienst hingegen hat keine signifikante Veränderung stattgefunden. Dies legt die Schlussfolgerung nahe, dass der öffentliche Dienst noch im Wandlungsprozess verhaftet ist, währenddessen der Bereich IT und technische Dienstleistungen durch vorhandene flexible und vielfach agile Strukturen zum Beispiel im Bereich der Softwareentwicklung [vgl. 12, 13], besser mit den Veränderungen zurechtgekommen sein könnte. Die Präsenznotwendigkeit im öffentlichen Dienst ist auch ein „gewolltes“ Hindernis. Bürgernähe erreicht man nicht durch Abwesenheit in der Verwaltung.

Zusätzlich wurde zu beiden Zeitpunkten gefragt, inwieweit die Homeoffice-Empfehlungen der INQA eingehalten wurden [14]. Die Umsetzung der Empfehlungen soll den Beschäftigten ein möglichst zufriedenstellendes und gesundheitsförderliches Homeoffice ermöglichen. Bei den Befragten aus dem Bereich IT und technische Dienstleistungen ist nach einem Jahr eine Steigerung bei der Einhaltung der Homeoffice-Empfehlungen zu sehen (vgl. **»»** Abbildung 2). So geben mehr Befragte an, dass sie aus dem Homeoffice auf alle Informationen zugreifen können, die sie für ihre Arbeit benötigen. Ebenfalls haben mehr einen festen Arbeitsplatz zuhause eingerichtet und fühlen sich technisch gut für die Arbeit im Homeoffice ausgestattet. Es finden aus Sicht der Beschäftigten regelmäßige Telefon- oder Videotermine statt, in denen sie sich mit Kolleginnen und

1 Zur Stichprobe: Im öffentlichen Dienst 352 Teilnehmer:innen (t0) und 73 Befragte (t1). Bei den Beschäftigten aus dem Bereich IT und technische Dienstleistungen 1.933 Beschäftigte (t0) und 236 Personen (t1). Es werden nur die Ergebnisse der vollständig ausgefüllten Fragebögen berichtet.

Abbildung 1 Präsenzkultur im Bereich IT und technische Dienstleistungen nach einem Jahr Homeoffice (vierstufige Antwortskala: stimme überhaupt nicht zu [1] – stimme voll und ganz zu [4])

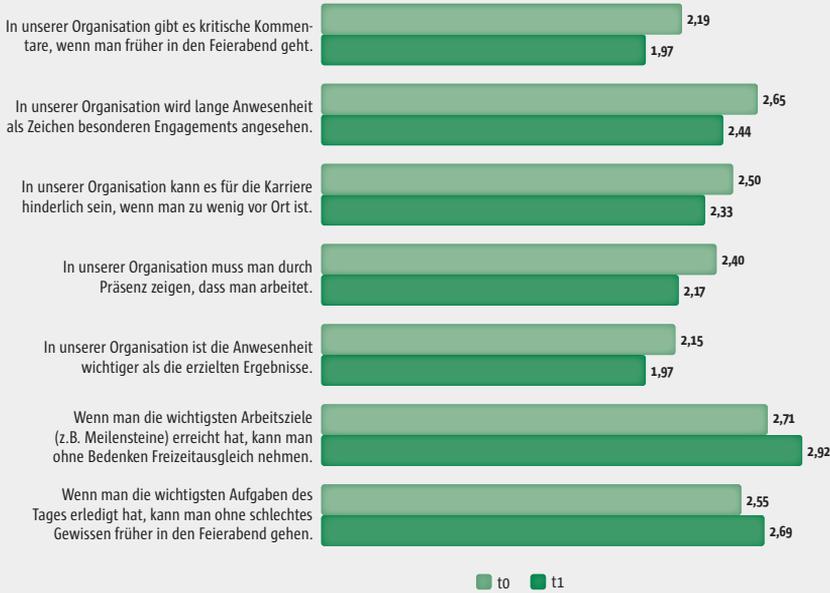
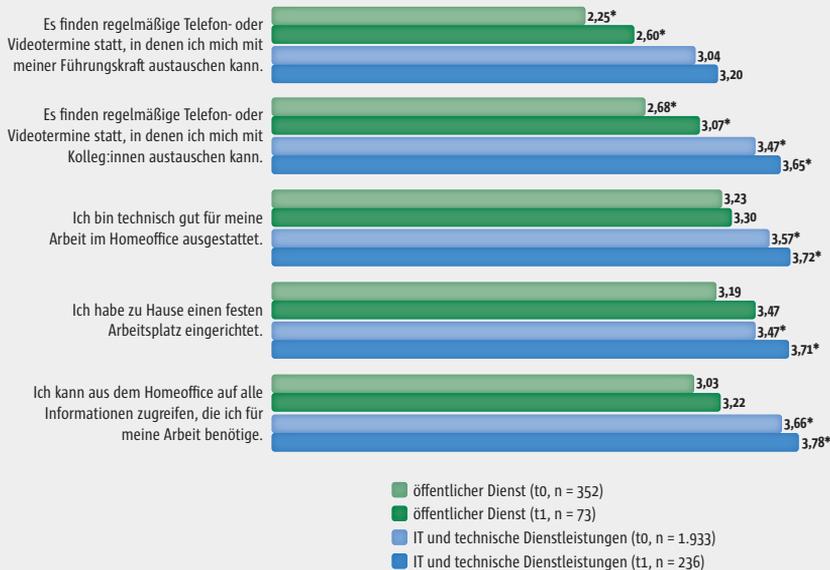


Abbildung 2 Einhaltung der Homeoffice-Empfehlungen (vierstufige Antwortskala: stimme überhaupt nicht zu [1] – stimme voll und ganz zu [4])



*signifikante Veränderungen zu t1

Kollegen austauschen können. Im öffentlichen Dienst haben die Beschäftigten zum zweiten Befragungszeitpunkt ebenfalls einen festen Arbeitsplatz eingerichtet, und es findet ein regelmäßiger Austausch mit Kolleginnen oder Kollegen und der Führungskraft per Telefon- oder Videokonferenz statt. Ebenfalls zeigt sich, dass die Einhaltung der Homeoffice-Empfehlungen im öffentlichen Dienst weniger stark berücksichtigt werden als im IT-Bereich.

Insgesamt wird in der Befragung deutlich, dass im Bereich IT und technische Dienstleistungen eine stärkere Homeofficekultur im letzten Jahr etabliert wurde. Die Organisationskultur hat sich verändert, und es wurden Verbesserungen in Bezug auf die Arbeit im Homeoffice eingeleitet. Bezogen auf den Arbeitsort, der durch vermehrtes Homeoffice, nicht mehr nur im Büro zu finden ist, ergeben sich auch für das Betrieb-

liche Gesundheitsmanagement neue Herausforderungen. Angebote können nicht mehr nur in Präsenz stattfinden, sondern es müssen zunehmend digitale Lösungen geschaffen werden. Arbeitgeber können in dieser Hinsicht durch Verhältnisprävention unterstützen, indem sie geeignete Voraussetzungen für die Arbeit im Homeoffice schaffen, die benötigte IT-Infrastruktur zur Verfügung stellen und Plattformen für den regelmäßigen Austausch mit Kolleg:innen anbieten. Ein weiterer Aspekt ist, dass der Gesundheitszustand von Beschäftigten im Homeoffice nicht kontrolliert werden kann, auch wenn Arbeitgebern an der Gesundheit ihrer Beschäftigten gelegen ist, sodass vermehrt auf die Eigenverantwortung gesetzt wird [15]. So sind die Beschäftigten selbst gefordert, da sie beispielsweise eigens für eine ergonomische Ausstattung und die Einhaltung von Pausen während der Arbeitszeit sorgen müssen.

Literatur

1. Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) (2017) Digitale Arbeit – digitale Gesundheit. Zahlen, Daten, Fakten: mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis. BKK Gesundheitsreport 2017. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
2. Knieps F, Pfaff H (2020) Mobilität – Arbeit – Gesundheit. Zahlen, Daten, Fakten – mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis. BKK Gesundheitsreport 2020. 1. Aufl. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
3. Allmendinger J, Hinz T (Hrsg.) (2002) Organisationssoziologie. Wiesbaden: Westdt. Verl.
4. Soucek R, Ziegler M, Schlett C et al. (2016) Resilienz im Arbeitsleben – Eine inhaltliche Differenzierung von Resilienz auf den Ebenen von Individuen, Teams und Organisationen. Gr Interakt Org 47, 131–137
5. Henninger M (2016) Resilienz. In: Frey D (Hrsg.) Psychologie der Werte. Von Achtsamkeit bis Zivilcourage – Basiswissen aus Psychologie und Philosophie: Springer, Berlin, Heidelberg, 157–165
6. Wink R, Kirchner L, Koch F et al. (2016) Wirtschaftliche Resilienz in deutschsprachigen Regionen. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer Gabler
7. Bengel J, Lyssenko L (2012) Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. 1. Aufl. Köln: BZgA
8. Ullmann-Jungfer G, Werkmann-Karcher B (2010) Gruppen und Teams in Organisationen. In: Werkmann-Karcher B, Rietiker J, Werkmann-Karcher-Rietiker (Hrsg.) Angewandte Psychologie für das Human Resource Management. Konzepte und Instrumente für ein wirkungsvolles Personalmanagement; mit 35 Tabellen. 395–418. Berlin: Springer
9. Badura B (2017) Sozialkapital und Gesundheit. In: Badura B (Hrsg.) Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert. Mitarbeiterbindung durch Kulturentwicklung. 37–70. Berlin: Springer Gabler
10. Hollnagel E (2010) How resilient is your organisation? An Introduction to the Resilience Analysis Grid (RAG). Sustainable Transformation: Building a Resilient Organization. Toronto, Canada
11. Parsons T, Smelser NJ (1956) Economy and society. A study in the integration of economic and social theory. London: Routledge & K. Paul
12. Schneeberger SJ, Habegger A (2020) Ambidextrie – der organisationale Drahtseilakt. In: Schellinger J, Tokarski KO, Kissling-Näf I (Hrsg.) Digitale Transformation und Unternehmensführung. Wiesbaden. 105–144. Springer Fachmedien Wiesbaden
13. Pfaff H, Ernstmann N, Driller E et al. (2011) Elemente einer Theorie der sozialen Gesundheit. Die Gesellschaft und ihre Gesundheit: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 39–68
14. Pfaff H, Lindert L, Zeike S (2020) Evidenzbasierte psychische Gefährdungsbeurteilung. Prinzipien und Instrumente für Entscheider in der betrieblichen Praxis. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint: Springer
15. Robertson IT, Cooper CL, Sarkar M et al. (2015) Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review. J Occup Organ Psychol 88, 533–562
16. Pauls N, Schlett C, Soucek R et al. (2016) Resilienz durch Training personaler Ressourcen stärken: Evaluation einer web-basierten Achtsamkeitsintervention. Gr Interakt Org 47, 105–117
17. Vanhove AJ, Herian MN, Perez ALU et al. (2016) Can resilience be developed at work? A meta-analytic review of resilience-building programme effectiveness. J Occup Organ Psychol 89, 278–307
18. Schiersmann C, Thiel H-U (2018) Teamentwicklung – von der Arbeitsgruppe zum (Hochleistungs-)Team. In: Schiersmann C, Thiel H-U (Hrsg.) Organisationsentwicklung. Prinzipien und Strategien von Veränderungsprozessen. 5. Aufl. 217–295. Wiesbaden: Springer VS
19. Huf S (2020) Personalentwicklung: Qualifizierung und Förderung der Mitarbeiter. Studienwissen kompakt. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 87–106

20. Bräuhöfer M, Rieder P (2021) Diversity Management in Unternehmen. CSR und Inklusion: Springer Gabler, Berlin, Heidelberg, 63–77
21. Handelsblatt. Die Frage nach dem Warum: Was unserer Arbeit Bedeutung verleiht 18.04.2019
22. Blount S, Leinwand P. Purpose – Warum sind wir hier? Harvard Business manager 12.10.2020
23. Pfaff H, Hammer A, Ballester M et al. (2021) Social determinants of the impact of hospital management boards on quality management: a study of 109 European hospitals using a parsonian approach. BMC Health Serv Res, 21: 70
24. Meissner JO, Baumann S (2019) Die Zahnräder des Integralen Risikomanagements. In: Meißner J, Schach A (Hrsg.) Professionelle Krisenkommunikation. 17–43. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden
25. Kotler P, Berger R, Bickhoff N (2016) Strategic Frames of Reference: The Key Tools of Strategy Determination, Their Principles, and How They Interact. The Quintessence of Strategic Management: Springer, Berlin, Heidelberg, 23–53
26. Tietjen T, Decker A (2020) FMEA-Praxis. Einstieg in die Risikoabschätzung von Produkten, Prozessen und Systemen: Carl Hanser Verlag GmbH Co KG
27. Argyris C, Schön DA (1996) Organizational learning II. Theory, method and practice. Reading, Mass, Wokingham: Addison-Wesley
28. Neumann J, Seinsche L, Zeike SJ et al. (2021) Homeoffice- und Präsenzkultur im öffentlichen Dienst in Zeiten der Covid-19-Pandemie. Follow-Up-Befragung. Ergebnisbericht August 2021
29. Seinsche L, Neumann J, Lindert L et al. (2021) Homeoffice- und Präsenzkultur im Bereich IT und technische Dienstleistungen in Zeiten der Covid-19-Pandemie. Follow-Up-Befragung. Ergebnisbericht August 2021
30. <https://www.barmer.de/firmenkunden/service-beratung/arbeit-und-gesundheit/social-health-at-work-firmen/ende-der-praesenzkultur-303800>. [Zuletzt abgerufen am 29 Jul 2021].
4. DAK-Gesundheit (22.07.2020) Digitalisierung und Homeoffice entlasten Arbeitnehmer in der Corona-Krise. DAK Hamburg
5. ZEW – Leibniz-Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (06.08.2020) Unternehmen wollen auch nach der Krise an Homeoffice festhalten. ZEW Mannheim
6. Weber T, Bertschek I, Ohnemus J, Ebert M (2018) Monitoring-Report Wirtschaft DIGITAL 2018
7. Grunau P, Ruf K, Steffes S, Wolter S (2019) Mobile Arbeitsformen aus Sicht von Betrieben und Beschäftigten: Homeoffice bietet Vorteile, hat aber auch Tücken: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)
8. Ahlers E, Mierich S, Zucco A (2021) Homeoffice: Was wir aus der Zeit der Pandemie für die zukünftige Gestaltung von Homeoffice lernen können. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI)
9. Brenke K (2016) Home Office: Möglichkeiten werden bei weitem nicht ausgeschöpft. DIW-Wochenbericht 83, 95–105.
10. Neumann J, Seinsche L, Lindert L, Zeike SJ, Pfaff H (2021) Homeoffice- und Präsenzkultur im öffentlichen Dienst in Zeiten der Covid-19-Pandemie: Follow-Up-Befragung
11. Seinsche L, Neumann J, Lindert L, Zeike SJ, Pfaff H (2021) Homeoffice- und Präsenzkultur im Bereich IT und technische Dienstleistungen in Zeiten der Covid-19-Pandemie: Follow-Up-Befragung
12. Hofmann, J., Piele, A., Piele, C (2019) New Work: Best Practises und Zukunftsmodelle
13. Fischer J, Schönberg C, Breisig T, Winter A (2018) Agilität in nicht-agilen Unternehmen. In: Mikusz M, Volland A, Engstler M, Fazal-Baqaie M, Hanser E, Linssen O (Hrsg.) Projektmanagement und Vorgehensmodelle 2018, PVM 2018: Der Einfluss der Digitalisierung auf Projektmanagementmethoden und Entwicklungsprozesse: gemeinsame Tagung der Fachgruppen Projektmanagement (WI-PM) und Vorgehensmodelle (WI-VM) im Fachgebiet Wirtschaftsinformatik der Gesellschaft für Informatik e.V. in Kooperation mit der Fachgruppe IT-Projektmanagement der GPM e.V.: 15. und 16. Oktober 2018 in Düsseldorf. Bonn: Gesellschaft für Informatik e.V. (GI), 195–200.

Literatur Exkurs

1. Ewers M, Hammermann A, Placke B (2016) Zielvereinbarung und ergebnisorientierte Vergütung: Ergebnisorientiert Führen als Alternative zur Präsenzkultur: Institut der deutschen Wirtschaft (IW)
2. Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (2020) Es ist Zeit, sich von der Präsenzkultur zu verabschieden. Verfügbar unter: <https://www.inqa.de/DE/wissen/schwerpunkt-covid/home-office/praesenzkultur-verabschieden.html;jsessionid=99F0669085B4A5791D5094665130AF53.delivery1-replication>. [Zuletzt abgerufen am 24 Jun 2020].
3. Internetredaktion der BARMER (2021) Ein Jahr arbeiten im Homeoffice – endet damit auch die Präsenzkultur? Verfügbar unter:
14. Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (2020) Was Sie über die Arbeit im Home-Office wissen müssen. Verfügbar unter: <https://www.inqa.de/DE/wissen/schwerpunkt-covid/home-office/uebersicht.html>. [Zuletzt abgerufen am 8. Juli 2020].
15. Rastetter D (2019) Diversity – Diskriminierung – Digitalisierung: Kann digitalisierte Arbeit Diskriminierung abbauen und Diversity fördern? In: Frieß W, Mucha A, Rastetter D, (Hrsg.) Diversity Management und seine Kontexte: Celebrate Diversity?! 1. Aufl. 159–172. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich



Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff

Studium der Sozial- und Verwaltungswissenschaften an den Universitäten Erlangen-Nürnberg und Konstanz. Studienaufenthalt an der University of Michigan (Ann Arbor/USA). Habilitation im Fach Soziologie an der TU Berlin (1995). Seit 1997 Professor für „Medizinische Soziologie“ an der Universität zu Köln und seit 2002 Direktor des Zentrums für Versorgungsforschung Köln, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (2002–2010), Sprecher der Clearingstelle Versorgungsforschung NRW (2004–2009), erster und stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (2006–2014). Seit 2009 Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln. 2011 Visiting Scholar und Executive in Residence an der University of Michigan, Ann Arbor, und Visiting Researcher an der Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio. In 2014 und 2015 Visiting Research Fellow an der University of Aberdeen (European Visiting Research Fellowship der Royal Society of Edinburgh) und 2019 Forschungsaufenthalt an der Universität Autònoma de Barcelona. Von 2013 bis 2019 Fachkollegiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft, von 2016 bis 2019 Vorsitzender des Expertenbeirats des Innovationsfonds und seit 2019 Honorary Professor am Australian Institute of Health Innovation, Macquarie University (Sydney/Australien).



Dr. Sabrina Zeike

Nach einem gesundheitswissenschaftlichen Bachelor in den Niederlanden (Bachelor of Health) absolvierte Frau Dr. Zeike das Masterstudium Rehabilitationswissenschaften mit den Schwerpunkten Personal- und Organisationsentwicklung an der Universität zu Köln. Von Juli 2015 bis April 2021 war Frau Dr. Zeike als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Humanwissenschaftlichen und Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln in der Lehre und Forschung tätig. Seit August 2020 ist sie geschäftsführende Gesellschafterin der Vivalue Health Consulting GmbH (www.vivalue-gmbh.de). Frau Dr. Zeike beschäftigt sich mit den Themenbereichen Arbeit und Gesundheit, Betriebliches Gesundheitsmanagement und Personal- und Organisationsentwicklung. Ihre Schwerpunkte liegen in den Zusammenhängen von Führung und Gesundheit sowie in den Einflüssen der Digitalisierung und den neuen Arbeitsformen auf die psychische Gesundheit von Beschäftigten. Ihre Dissertation verfasste sie zum Thema „Psychisches Wohlbefinden von Beschäftigten – Eine Analyse arbeitsbezogener Belastungen und Ressourcen sowie die Bestimmung von Grenzwerten zur Gefährdungsanalyse“.

0

Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten

Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter



Soziodemografische Merkmale stehen in komplexem Zusammenhang mit den verschiedenen Facetten der gesundheitlichen Lage der Versicherten. Neben Alter und Geschlecht zählen zu diesen Merkmalen unter anderem die Nationalität, der Familienstand, im Haushalt lebende Kinder, der höchste schulische bzw. berufliche Abschluss, der Erwerbsstatus, die berufliche Tätigkeit, die Stellung im Beruf, die Haushaltsgröße sowie das zur Verfügung stehende Haushaltsnettoeinkommen¹.

Für den BKK Gesundheitsreport wird die Mehrzahl der beschriebenen soziodemografischen Merkmale im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Lage der BKK Versicherten in den unterschiedlichen Leistungsbereichen analysiert. Dieser Abschnitt soll unter anderem als Interpretationshilfe dienen, wenn es darum geht, bestimmte Zusammenhänge zwischen Soziodemografie und gesundheitlicher Lage richtig bzw. besser einschätzen zu können.



Beispielhaft sei hier das Beschäftigungsverhältnis genannt: In Vollzeit Beschäftigte weisen weniger AU-Tage auf als in Teilzeit Beschäftigte. Ursache hierfür ist, dass die überwiegende Mehrheit der Teilzeitbeschäftigten weiblich ist und sie oftmals zusätzlich zu ihrer Berufstätigkeit die Kinderbetreuung bzw. die häusliche Pflege von Familienangehörigen wahrnehmen. Die damit verbundene Doppelbelastung kann somit zu durchschnittlich mehr Fehlzeiten als bei den in Vollzeit Beschäftigten führen.

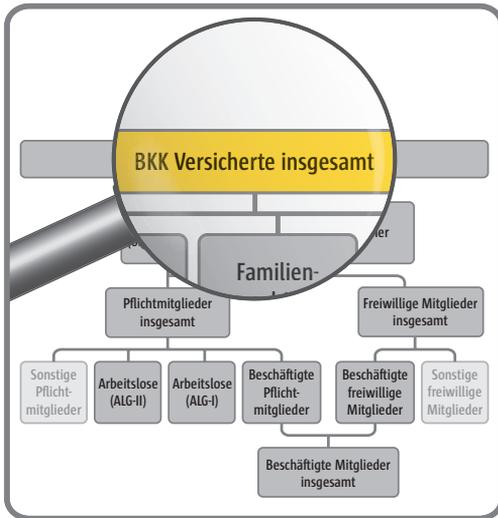
Dieser einführende und beschreibende Abschnitt dient des Weiteren dazu, die Verteilung der Merkmale innerhalb der Gruppe der BKK Versicherten mit besonderem Fokus auf die beschäftigten BKK Mitglieder darzustellen und mit entsprechenden Referenzwerten zu vergleichen. Bezogen auf die BKK Versicherten insgesamt wird hierfür primär die amtliche Statistik der GKV Versicherten, gegliedert nach Versichertengruppen, Alter, Wohnort und Kassenart (KM6-Statistik²) sowie für die Gruppe der beschäftigten BKK Mitglieder die Beschäftigungsstatistiken der Bundesagentur für Arbeit³ in der für das jeweilige Berichtsjahr aktuellen Fassung verwendet.

1 Statistisches Bundesamt: Demografische Standards 2016 Online verfügbar unter: (https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEMonografie_derivate_00001549/Band17_DemographischeStandards1030817169004.pdf).

2 Bundesministerium für Gesundheit: Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung – Mitglieder und Versicherte (KM6-Statistik).

3 Quellennachweise zu den verwendeten Statistiken sind im Kapitel 0.2 in den jeweiligen Tabellen und Diagrammen zu finden.

0.1 Soziodemografie der BKK Versicherten im Überblick



Dies entspricht einem Anteil von 82,0% aller BKK Versicherten bzw. 12,3% aller GKV Versicherten. Das Durchschnittsalter aller BKK Versicherten beläuft sich auf 43,0 Jahre, wobei weibliche Versicherte im Mittel etwas älter sind (43,7 Jahre) als die männlichen Versicherten (42,4 Jahre). In der Gesamtheit aller BKK Versicherten sind beide Geschlechter annähernd gleich häufig vertreten (Frauenanteil 49,6%).

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

Fast jeder zweite BKK Versicherte (48,8%) ist ein (sozialversicherungspflichtig) beschäftigtes Mitglied, bei knapp jedem vierten BKK Versicherten (23,3%) handelt es sich um einen Familienangehörigen während etwa jeder fünfte BKK Versicherte (19,7%) ein Rentner ist.

Der größte Frauenanteil ist mit 58,4% bei den Familienangehörigen zu finden. Zu dieser Gruppe ge-

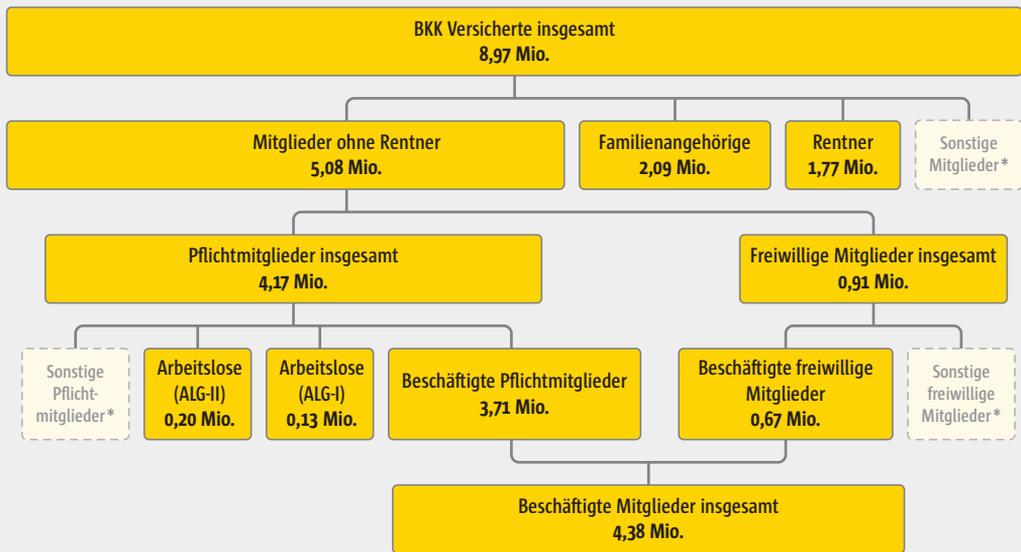
Für den BKK Gesundheitsreport 2021 liegen Daten von insgesamt rund 9 Mio. BKK Versicherten vor.

Tabelle 0.1.1 Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten sowie Durchschnittsalter nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

Versichertengruppen	Anteile in Prozent		Anteile an Gesamt in Prozent*	Durchschnittsalter in Jahren		
	Männer	Frauen		Männer	Frauen	Gesamt
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	55,0	45,1	48,8	42,9	42,6	42,8
Arbeitslose (ALG-I)	55,0	45,0	1,4	44,6	44,5	44,5
Arbeitslose (ALG-II)	49,9	50,1	2,2	40,2	39,0	39,6
Familienangehörige	41,6	58,4	23,3	11,7	23,8	18,8
Rentner	47,6	52,4	19,7	72,4	72,9	72,6
BKK Versicherte insgesamt	50,4	49,6	100,0	42,4	43,7	43,0

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

Diagramm 0.1.1 Soziodemografie – BKK Versicherte nach Versichertengruppen* (Berichtsjahr 2020)



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

hören vorrangig familienversicherte Kinder der Mitglieder, aber auch mitversicherte nichterwerbstätige Ehepartner – überproportional häufig Frauen. Letzteres wird zum einen daran sichtbar, dass das Durchschnittsalter der weiblichen Familienversicherten mehr als doppelt so hoch wie das der männlichen ist (11,7 vs. 23,8 Jahre). Zum anderen zeigt die Geschlechtsverteilung bei den beschäftigten Mitgliedern, dass der Frauenanteil in dieser Versicherten-Gruppe im Vergleich zu allen anderen mit 45,1% einer der geringsten ist.

Außer bei den Familienangehörigen ist in allen anderen Versichertengruppen der Altersunterschied zwischen Männern und Frauen nur gering ausgeprägt. Der Unterschied zwischen den Versicherten-Gruppen im erwerbsfähigen Alter ist jedoch erklärungsbedürftig. Im Vergleich zu den beschäftigten Mitgliedern mit einem Durchschnittsalter von 42,8 Jahren, sind die Arbeitslosen im ALG-I-Bezug tendenziell etwas älter (44,5 Jahre), während Arbeitslose mit ALG-II-Bezug dagegen jünger sind (39,6 Jahre). Da der Anspruch auf und die Dauer des Bezugs von ALG-I von der Dauer der Vorbeschäftigung in den beiden Jahren vor der Arbeitslosigkeit abhängt, sind

jüngere Menschen, die nach Schule, Studium oder Ausbildung keine Arbeit finden, mit höherer Wahrscheinlichkeit im ALG-II-Bezug zu finden. Auf der anderen Seite ist das höhere Alter der Arbeitslosen im ALG-I-Bezug dadurch begründet, dass ältere Beschäftigte – trotz Fachkräftemangel – immer noch häufiger arbeitslos werden, gleichzeitig aber aufgrund langjähriger Beschäftigung einen (meist längerfristigen) Anspruch auf ALG-I erworben haben.

Ebenfalls aufschlussreich ist die regionale Verteilung bzw. die Struktur der BKK Versicherten nach Bundesländern im Vergleich zu allen GKV Versicherten, wie sie in ►► Tabelle 0.1.2 zu sehen ist.

Es wird deutlich, dass sowohl die überwiegende Mehrheit der BKK Versicherten (85,5%) als auch die der GKV Versicherten (79,2%) in den Westbundesländern zu finden ist. Dies entspricht in etwa auch der regionalen Verteilung der Gesamtbevölkerung in Deutschland, von denen 80,5% in den Westbundesländern wohnhaft sind⁴. Im Detail gibt es aber dennoch einige Abweichungen, die genauer betrachtet werden sollen. Insbesondere in den bevölkerungs- und wirtschaftsstarken Bundesländern wie Nordrhein-Westfalen, Bayern oder Baden-Württem-

4 Statistisches Bundesamt (2019) Fortschreibung des Bevölkerungsstandes nach Bundesländern: Stichtag 31.12.2018.

Tabelle 0.1.2 Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten sowie Frauenanteile nach Bundesländern (Wohnort) im Vergleich mit den GKV Versicherten (Berichtsjahr 2020)

Bundesländer	BKK Versicherte	GKV Versicherte ¹	BKK Versicherte	GKV Versicherte ¹
	Anteile an allen Versicherten in Prozent		Frauenanteile in Prozent	
Baden-Württemberg	13,9	12,9	49,4	51,8
Bayern	21,0	15,3	49,7	52,0
Berlin	4,8	4,4	49,5	52,1
Brandenburg	2,9	3,1	47,8	52,0
Bremen	0,8	0,8	48,2	51,5
Hamburg	1,4	2,2	50,4	52,3
Hessen	7,9	7,5	50,4	51,9
Mecklenburg-Vorpommern	1,9	2,0	49,5	52,1
Niedersachsen	8,5	9,7	49,0	51,7
Nordrhein-Westfalen	23,4	21,6	50,4	51,8
Rheinland-Pfalz	5,1	4,7	49,6	52,1
Saarland	0,7	1,2	47,5	52,1
Sachsen	1,7	5,1	46,0	52,0
Sachsen-Anhalt	1,4	2,8	47,9	51,7
Schleswig-Holstein	2,7	3,4	51,3	52,6
Thüringen	1,2	2,7	47,4	51,5
Ausland-Sonstige	0,5	0,7	50,1	44,7
Gesamt	100,0	100,0	49,6	51,9

¹ KM 6-Statistik 2020

berg sind BKK Versicherte überproportional häufig vertreten. In diesen Bundesländern gibt es zahlreiche Trägerunternehmen mit eigenen Betriebskrankenkassen, deren Mitglieder sich hauptsächlich aus den Beschäftigten sowie deren Familienangehörigen speisen. Somit ist, im Verhältnis zu den GKV Versicherten, der BKK Anteil an den Versicherten in diesen Regionen größer. In den meisten anderen Westbundesländern unterscheiden sich die Versichertenanteile zwischen BKK und GKV nicht bedeutsam. Ein anderes Bild zeigt sich in den Ostbundesländern, wo der Anteil der BKK Versicherten im Vergleich zu den GKV Versicherten tendenziell geringer ist. Insofern spiegelt die ungleich erscheinende Verteilung den starken arbeitsweltlichen Bezug der Betriebskrankenkassen wider, wie auch im folgenden Abschnitt anhand der detaillierten Betrachtung der beschäf-

tigten Mitglieder gezeigt werden kann. Ein weiteres Indiz für den starken Arbeitsweltbezug der BKK ist zudem die Altersstruktur, die ebenfalls regional, v. a. in Abhängigkeit vom Beschäftigtenanteil, variiert und in **III** Tabelle 0.1.3 im Vergleich mit den GKV Versicherten zu sehen ist.

Zu erkennen ist, dass die größte Gruppe der BKK Versicherten im erwerbsfähigen Alter zwischen 25 bis 54 Jahren sowohl insgesamt als auch jeweils in den einzelnen Bundesländern im Vergleich zu den GKV Versicherten größere Anteile aufweist. Dies kann als weiterer Beleg für den stark ausgeprägten arbeitsweltlichen Bezug der Betriebskrankenkassen im GKV System gewertet werden, da in dieser Altersgruppe der überwiegende Anteil Beschäftigter zu finden ist. Im Zusammenhang damit ist auch der tendenziell höhere Anteil der Versicherten unter

Tabelle 0.1.3 Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) sowie Altersstruktur im Vergleich mit den GKV Versicherten (Berichtsjahr 2020)

Bundesländer	BKK Versicherte					GKV Versicherte ¹			
	Durchschnittsalter in Jahren	Altersgruppen in Jahren							
		< 25	25–54	55–64	≥ 65	< 25	25–54	55–64	≥ 65
		Anteile an allen Versicherten je Bundesland in Prozent							
Baden-Württemberg	41,2	26,2	43,3	15,1	15,5	24,4	40,2	14,7	20,7
Bayern	41,0	25,8	44,1	14,9	15,2	23,7	41,1	14,7	20,5
Berlin	41,7	23,4	45,5	14,8	16,2	23,1	44,6	12,9	19,5
Brandenburg	44,5	22,3	39,7	18,6	19,4	20,7	35,0	17,3	27,0
Bremen	44,5	22,4	40,9	16,1	20,6	24,5	40,6	14,0	21,0
Hamburg	41,1	23,1	49,3	11,4	16,2	23,7	45,7	12,6	18,0
Hessen	42,1	25,2	43,0	15,2	16,7	24,1	40,5	14,6	20,8
Mecklenburg-Vorpommern	45,3	21,4	38,1	19,6	21,0	20,5	34,4	17,6	27,5
Niedersachsen	43,8	23,9	40,3	16,4	19,4	24,1	38,6	15,3	22,0
Nordrhein-Westfalen	44,5	23,1	40,3	15,8	20,9	24,0	39,7	15,2	21,2
Rheinland-Pfalz	44,4	23,1	39,7	16,4	20,8	23,3	38,3	16,0	22,4
Saarland	44,0	22,0	41,7	15,8	20,5	21,6	37,0	17,1	24,4
Sachsen	47,6	19,3	37,3	16,4	26,9	21,2	35,4	14,9	28,5
Sachsen-Anhalt	47,8	19,4	36,2	17,5	26,9	19,8	34,5	16,8	28,9
Schleswig-Holstein	42,7	25,1	41,9	15,4	17,8	23,5	38,3	15,3	22,8
Thüringen	46,3	20,4	37,9	18,9	22,8	20,5	34,6	16,4	28,4
Gesamt	43,0	24,1	41,9	15,6	18,4	23,3	39,4	15,1	22,2

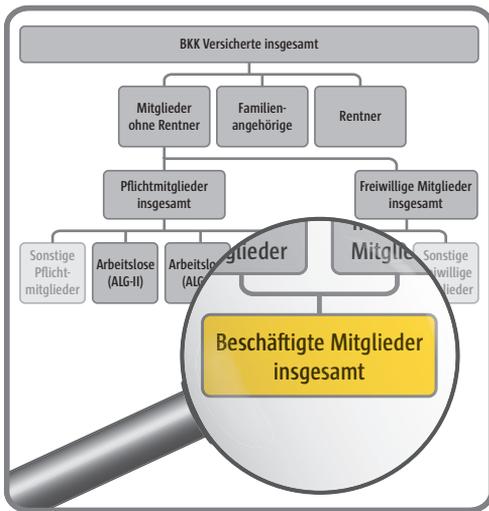
¹ KM 6-Statistik 2020

25 Jahren zu interpretieren: In dieser Gruppe sind, neben den mitversicherten Familienangehörigen, die Auszubildenden und die jungen Beschäftigten verortet. Entsprechend zeigt sich – bezogen auf die hier dargestellten Anteile –, dass die Gruppe der über 65-Jährigen (zum Großteil Rentner) unter den BKK Versicherten im Vergleich zu den GKV Versicherten geringer ausfällt. Schwankungen der Altersstruktur

in den Bundesländern spiegeln sich im regional unterschiedlichen Durchschnittsalter der BKK Versicherten wider. So weist zum Beispiel Sachsen-Anhalt nicht nur bei den BKK Versicherten, sondern auch bezogen auf alle Einwohner im Bundesland mit 47,9 Jahren⁵ das höchste Durchschnittsalter im Vergleich auf.

5 Statista GmbH (2020) <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1093993/umfrage/durchschnittsalter-der-bevoelkerung-in-deutschland-nach-bundeslaendern> [abgerufen am: 07.07.2021]

0.2 Soziodemografie der beschäftigten Mitglieder



Die Betriebskrankenkassen sind, wie keine andere Kassenart in Deutschland, eng mit ihren Trägerunternehmen und deren Beschäftigten verbunden. Dabei haben die Betriebskrankenkassen schon frühzeitig erkannt, dass Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement essenzielle Bausteine zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit, zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeit und zur Sicherung von Fachkräften für die Unternehmen sind. Der BKK Dachverband unterstützt seine Mitglieder dabei mit passgenauen Kennzahlen und Analysen für deren Trägerunternehmen. Entsprechend fokussiert der BKK Gesundheitsreport ebenfalls auf den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeit und stellt hierfür differenzierte Auswertungen zur Verfügung.

Deshalb sollen im nächsten Abschnitt insbesondere die beschäftigten BKK Mitglieder im Detail betrachtet werden. Mit einem Anteil von 48,8% an allen BKK Versicherten sind die beschäftigten

Mitglieder bei den Betriebskrankenkassen anteilig deutlich häufiger vertreten als dies mit 43,1% bei allen GKV Versicherten⁶ der Fall ist. Im Folgenden gilt zu beachten, dass für einen sehr geringen Teil (<1%) der beschäftigten BKK Mitglieder keine validen Angaben zu den Tätigkeitsmerkmalen nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) vorliegen. Dieser Anteil wird bei der Analyse von Einzelmerkmalen nicht berücksichtigt, allerdings gehen diese Fälle wiederum in die Berechnung der jeweiligen Gesamtwerte ein.

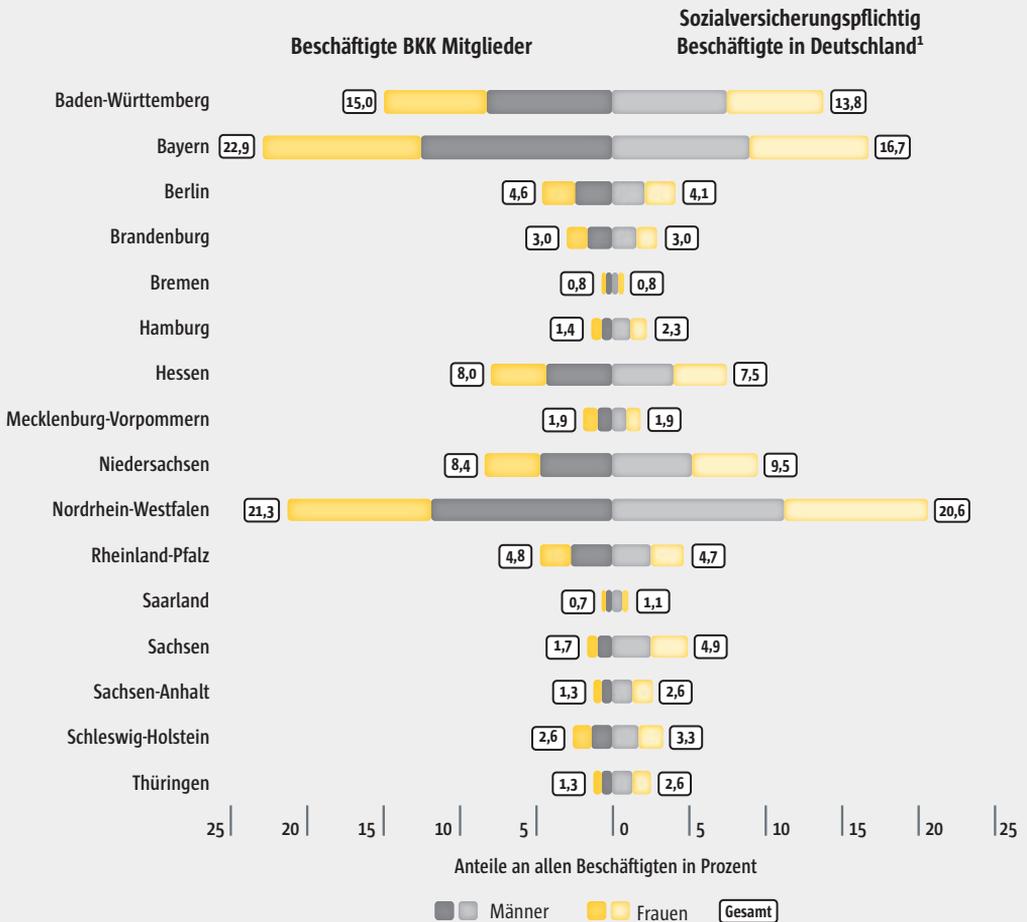
0.2.1 Beschäftigte nach Regionen

In diesem Abschnitt soll, wie bei den BKK Versicherten insgesamt, die regionale Verteilung der beschäftigten BKK Mitglieder dargestellt werden. Einleitend sind in **III** Diagramm 0.2.1 die Anteile der Erwerbstätigen je Bundesland an allen Beschäftigten insgesamt sowie geschlechtsspezifisch im Vergleich zwischen allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bundesweit und den beschäftigten BKK Mitgliedern dargestellt.

Wie gut zu erkennen ist, sind die Beschäftigten nicht gleichmäßig über das Bundesgebiet verteilt. Die meisten beschäftigten BKK Mitglieder (zusammen 59,1%) wie auch gleichzeitig die meisten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt (zusammen 51,2%) sind in Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen zu finden. Dabei sind insbesondere die Beschäftigten in Bayern und Baden-Württemberg überproportional häufig Mitglied einer BKK. Gründe hierfür wurden bereits im **III** Kapitel 0.1 zur Regionalstruktur der Versicherten insgesamt angeführt. Für die meisten anderen Bundesländer gilt, dass der Anteil der beschäftigten BKK Mitglieder dort in etwa auch dem Anteil bezogen

⁶ Bundesministerium für Gesundheit: Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung – Mitglieder und Versicherte (KM1/13-Statistik 2020).

Diagramm 0.2.1 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2020)



¹ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach ausgewählten Merkmalen (Quartalszahlen), Deutschland, Länder und Kreise, Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2020.

auf alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten entspricht. In den Ostbundesländern nehmen hingegen beschäftigte BKK Mitglieder im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt tendenziell einen geringeren Anteil ein. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die regionale Verteilung der beschäftigten BKK Mitglieder im Größenverhältnis und den Relationen im Wesentlichen mit der aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland übereinstimmt.

0.2.2 Beschäftigte nach Alter, Geschlecht und Tätigkeitsmerkmalen

Neben der regionalen Verteilung lassen sich noch weitere relevante Charakteristika der Beschäftigten beschreiben. In [Tabelle 0.2.1](#) sind diese soziodemografischen und tätigkeitsbezogenen Merkmale der beschäftigten BKK Mitglieder im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland dargestellt.

Tabelle 0.2.1 Soziodemografie – Anteile und Altersstruktur der beschäftigten BKK Mitglieder nach ausgewählten Merkmalen im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2020)

Merkmale	Ausprägungen	Beschäftigte BKK Mitglieder			Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland ¹			
		Durchschnittsalter in Jahren	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
		Anteile an allen Beschäftigten in Prozent						
Altersgruppen	Unter 25 Jahre	21,2	9,5	8,5	9,0	10,2	9,2	9,8
	25 bis unter 55 Jahre	40,3	67,1	70,5	68,6	68,3	68,3	68,3
	55 bis unter 65 Jahre	58,7	22,5	20,3	21,5	20,1	21,5	20,7
	65 Jahre und älter	67,3	0,9	0,7	0,8	1,3	1,0	1,2
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	43,6	1,6	0,8	1,2	2,3	1,3	1,9
	Haupt-/Volksschulabschluss	46,0	21,9	13,0	17,9	21,7	13,2	17,7
	Mittlere Reife oder gleichwertig	42,1	28,0	34,1	30,8	29,7	36,6	32,9
	Abitur/Fachabitur	39,6	25,9	30,5	28,0	31,2	35,3	33,1
	Abschluss unbekannt	44,7	22,6	21,8	22,2	15,1	13,6	14,4
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	34,2	10,6	9,6	10,2	10,5	8,9	8,9
	Mit anerkanntem Berufsabschluss	44,5	60,6	61,3	60,9	61,2	65,0	65,0
	Mit akademischem Berufsabschluss	41,5	14,3	14,0	14,2	18,3	17,9	17,9
	Ausbildung unbekannt	42,3	14,5	15,1	14,8	10,0	8,1	8,1
Anforderungsniveau	Helfer	44,4	9,7	12,1	10,8	15,1	16,5	15,8
	Fachkraft	42,1	57,9	63,7	60,5	53,8	59,8	56,6
	Spezialist	43,5	17,2	13,1	15,3	15,0	11,5	13,4
	Experte	43,0	15,3	11,2	13,4	16,1	12,2	14,2
Vertragsform	Teilzeit	45,5	8,0	47,5	25,9	11,7	48,8	28,9
	Vollzeit	41,7	92,0	52,5	74,1	88,3	51,2	71,1
Arbeitnehmerüberlassung	Ohne Arbeitnehmerüberlassung	42,7	98,2	99,0	98,5	97,2	98,7	97,9
	Mit Arbeitnehmerüberlassung	39,2	1,8	1,1	1,5	2,8	1,3	2,1
Gesamt		42,8	55,0	45,1	100,0	53,7	46,3	100,0

¹ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Berufen (KlDB 2010) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2020.; Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Arbeitsmarkt nach Qualifikationen. Jahreszahlen 2020.; Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Leiharbeitnehmer und Verleihbetriebe, Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2020.; Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Länderreport über Beschäftigte (Quartalszahlen), Nürnberg Stichtag 30. Juni 2020.; Die Berechnung der Merkmale „höchster Schulabschluss“, „höchster Berufsabschluss“ sowie „Anforderungsniveau“ erfolgt ohne die Gruppe der Auszubildenden.

Die Mehrheit der Beschäftigten in Deutschland sind Männer (BKK: 55,0%; Gesamt: 53,7%). Etwa sieben von zehn Beschäftigten sind zwischen 25 und 54 Jahre alt (BKK: 68,6%; Gesamt: 68,3%), knapp jeder Zehnte ist jünger als 25 Jahre (BKK: 9,0%; Gesamt: 9,8%). Der Anteil der über 65-jährigen Beschäftigten ist trotz der Heraufsetzung der Regelaltersgrenze auf 67 Jahre aktuell gering (BKK: 0,8%; Gesamt: 1,2%).

Überwiegend verfügen die Beschäftigten über die mittlere Reife bzw. (Fach-)Abitur (BKK: 58,7%; Gesamt: 66,0%), knapp jeder fünfte Beschäftigte hat einen Hauptschulabschluss (BKK: 17,9%; Gesamt: 17,7%). Beschäftigte Frauen weisen im Vergleich zu den Männern in beiden Gruppen anteilig höhere Schulabschlüsse auf. Bei einer nicht unerheblichen Anzahl der Beschäftigten sind allerdings keine konkreten Angaben zum schulischen bzw. beruflichen Abschluss vorhanden. Vermutlich ist dies dadurch begründet, dass bei älteren bzw. langjährigen Beschäftigten, die im Zuge der Umstellung von der Klassifikation der Berufe zwischen den Jahren 2010 und 2012 neu gemeldet werden mussten, zu den o.g. Merkmalen häufig keine Angaben mehr vorlagen. Andererseits trifft dies auch auf Beschäftigte mit im Ausland erworbenen Abschlüssen zu, die sich oftmals nicht eindeutig den vorgegebenen Kategorien zuordnen lassen.

Sowohl bei den beschäftigten BKK Mitgliedern (60,9%) als auch bei den Beschäftigten insgesamt (65,0%) verfügt die Mehrheit über einen anerkannten Berufsabschluss. Erwähnenswert sind noch zwei Besonderheiten bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ohne beruflichen Ausbildungsabschluss: Mehr als jeder Fünfte (23,8%) davon ist aktuell noch in beruflicher Ausbildung und deshalb noch nicht im Besitz eines Berufsabschlusses⁷. Entsprechend liegt in dieser Gruppe das Durchschnittsalter mit 34,2 Jahren deutlich unter dem in den Gruppen mit anderen Berufsabschlüssen (41,5–44,5 Jahre).

Des Weiteren sind in der überwiegenden Mehrheit der Fälle (BKK: 60,5%; Gesamt: 56,6%) Beschäftigte als Fachkräfte tätig, mehr als jeder Vierte (BKK: 28,7%; Gesamt: 27,6%) sogar als Spezialist bzw. Experte. Auch beim Vertragsverhältnis zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede zur Grundgesamtheit: Die Mehrzahl der Beschäftigten arbeitet Vollzeit (BKK: 74,1%; Gesamt: 71,1%). Insbesondere beim Beschäftigungsumfang gibt es allerdings deutliche Geschlechtsunterschiede: Während nahezu die

Hälfte der beschäftigten Frauen (BKK: 47,5%; Gesamt: 48,8%) in Teilzeit arbeitet, ist dieser Anteil bei den Männern deutlich niedriger (BKK: 8,0%; Gesamt: 11,7%). Studien zeigen, dass für etwa jede zweite beschäftigte Frau (48,7%) der Grund für die Teilzeitbeschäftigung in familiären Verpflichtungen (u. a. Betreuung von Kinder oder Pflege von Angehörigen) liegt, wobei zusätzlich ein deutlicher Ost-West-Unterschied zutage tritt (31,0% vs. 52,1%)⁸. Die Gruppe der Teilzeitbeschäftigten ist im Mittel fast 4 Jahre älter als die Vollzeitbeschäftigten, was zudem auch mit der Inanspruchnahme von Altersteilzeitmodellen im Übergang zum Ruhestand zusammenhängt.

Der Anteil der Frauen, die über Leih- bzw. Zeitarbeitsfirmen angestellt sind, ist in beiden Gruppen tendenziell geringer als derjenige der Männer (BKK: 1,1% vs. 1,8%; Gesamt: 1,3% vs. 2,8%). Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung sind durchschnittlich etwas jünger als solche mit regulärer Anstellung. Vermutlich ist in erstgenanntem Beschäftigungsverhältnis ein hoher Anteil von (jungen) Berufseinsteigern zu finden.

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

0.2.3 Beschäftigte nach Berufsgruppen

Die Zuordnung nach der Klassifikation der Berufe ermöglicht, neben den in **»** Tabelle 0.2.1 aufgeführten Merkmalen der Erwerbstätigkeit, auch die Zuordnung zum aktuell ausgeübten Beruf. Für den BKK Gesundheitsreport finden zur Differenzierung der konkreten beruflichen Tätigkeit der Beschäftigten in der Regel die 14 Berufssegmente bzw. die 37 Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010⁹) Anwendung. Im Folgenden werden ausgewählte Merkmale der Beschäftigten nach den 14 Berufssegmenten dargestellt. Während **»** Tabelle 0.2.2 Auskunft über die Altersstruktur der

7 Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Länderreport über Beschäftigte (Quartalszahlen) Stand: Juni 2020. Eigene Berechnungen.

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

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

Tabelle 0.2.2 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssegmenten sowie Altersstruktur im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2020)

Berufssegmente	Beschäftigte BKK Mitglieder					Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland ¹			
	Durchschnittsalter in Jahren	Altersgruppen in Jahren				< 25	25-54	55-64	≥ 65
		< 25	25-54	55-64	≥ 65				
		Anteile an allen Beschäftigten je Berufssegment in Prozent							
Land-, Forst- und Gartenbau-berufe	39,7	16,2	65,6	17,3	0,8	14,4	65,2	19,4	1,0
Fertigungsberufe	43,3	10,4	64,4	24,7	0,6	10,8	66,6	22,0	0,7
Fertigungstechnische Berufe	42,6	10,9	65,7	22,9	0,5	11,2	67,8	20,3	0,7
Bau- und Ausbauberufe	42,7	10,8	66,1	22,1	1,0	10,4	66,6	21,8	1,2
Lebensmittel- und Gastgewerbe-berufe	41,1	12,4	68,4	18,3	0,9	13,2	68,6	17,2	1,0
Medizinische u. nichtmedizini-sche Gesundheitsberufe	40,0	13,0	70,3	16,1	0,6	12,6	68,4	18,0	1,1
Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe	41,3	9,0	71,3	18,7	1,0	8,4	68,3	21,8	1,6
Handelsberufe	42,2	9,7	69,8	19,9	0,7	11,7	67,8	19,5	0,9
Berufe in Unternehmensführung und -organisation	43,6	6,5	71,3	21,4	0,8	7,1	69,5	22,0	1,5
Unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe	42,8	6,7	73,5	19,2	0,6	7,4	71,4	20,4	0,8
IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe	41,3	8,7	73,4	17,5	0,4	8,5	75,1	15,8	0,6
Sicherheitsberufe	46,2	5,0	62,9	29,5	2,7	5,9	63,8	27,0	3,3
Verkehrs- und Logistikberufe	45,3	6,6	64,6	27,1	1,7	8,2	66,9	22,9	2,0
Reinigungsberufe	48,8	2,5	60,7	34,3	2,5	4,0	63,6	30,2	2,2
Gesamt	42,8	9,0	68,6	21,5	0,8	9,8	68,3	20,8	1,2

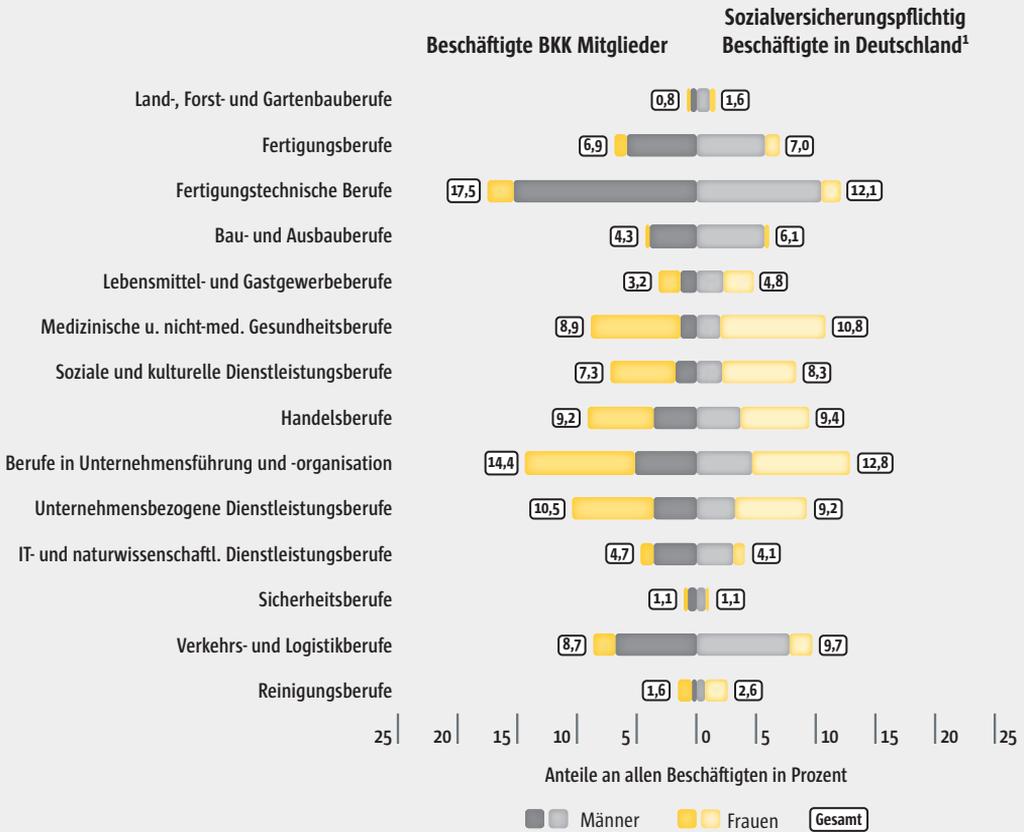
¹ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Berufen (KldB 2010) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2020.

Beschäftigten gibt, zeigt das **»»»** Diagramm 0.2.2 deren prozentuale Verteilung über die einzelnen Berufssegmente sowie die zugehörigen geschlechtsspezifischen Anteile. Zur Einordnung werden auch hier jeweils die entsprechenden Kennzahlen aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland gegenübergestellt.

Anhand der Altersstruktur der Beschäftigten zeigt sich wiederum, dass sich die beschäftigten BKK Mitglieder nicht wesentlich von den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt unter-

scheiden. Erwartungsgemäß ist die Mehrheit der Beschäftigten in allen Berufssegmenten in der Altersgruppe der 25- bis 54-Jährigen zu finden, wobei diese Anteile in beiden betrachteten Gruppen zwischen den verschiedenen Berufssegmenten um mehr als 10 Prozentpunkte schwanken. Hohe Anteile in dieser Altersgruppe sind z.B. in den unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen (BKK: 73,5%; Gesamt: 71,4%) und den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen (BKK: 73,4%; Gesamt: 75,1%) zu finden, der jeweils niedrigste Anteil tritt

Diagramm 0.2.2 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2020)



¹ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Berufen (KldB 2010) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2020.

hingegen in den Reinigungsberufen (BKK: 60,7%; Gesamt: 63,6%) auf. Letztgenannte Berufsgruppe hat aber gleichzeitig den höchsten Anteil Beschäftigter, die 55 Jahre oder älter sind (BKK: 36,8%; Gesamt: 32,4%), während z.B. bei den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen diese Altersgruppe deutlich geringer ausgeprägt ist (BKK: 16,7%; Gesamt: 19,0%). In ähnlichem Verhältnis gilt dies auch für die Gruppe der unter 25-jährigen Beschäftigten. Da das Alter einen deutlichen Zusammenhang mit der gesundheitlichen Lage der Beschäftigten aufweist, sei an dieser Stelle auf das dargestellte Durchschnittsalter in den einzelnen Berufssegmenten verwiesen, welches in den folgenden Kapiteln bei der Interpretation von Berufsgruppenvergleichen berücksichtigt werden muss.

Wie in **III** Diagramm 0.2.2 zu sehen ist, ist die mit Abstand größte Gruppe beschäftigter BKK Mitglieder bei den fertigungstechnischen Berufen zu finden. Mehr als jedes sechste beschäftigte BKK Mitglied (17,5%) ist diesem Berufssegment zugeordnet. Das ist ein deutlich höherer Anteil im Vergleich zu allen Beschäftigten in Deutschland (12,1%). Traditionell sind Betriebskrankenkassen v.a. in Unternehmen des produzierenden bzw. verarbeitenden Gewerbes zu finden. Dem zuzuordnen ist die urkundlich im Jahr 1717 im Blaufarbenwerk Pfannenstiel im sächsischen Aue gegründete erste BKK in Deutschland¹⁰. Diese Wurzeln der Betriebskrank-

10 Schwenger, R. (1934). Die Deutschen Betriebskrankenkassen. Duncker & Humblot. München.

kassen sind noch heute am Anteil der Beschäftigten, insbesondere im o.g. Berufssegment, sichtbar. Für die anderen Berufssegmente zeigen sich geringere Abweichungen zwischen beiden Vergleichsgruppen. Die nach den fertigungstechnischen Berufen zweitgrößte aber wesentlich geringer ausgeprägte Abweichung tritt bei den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen auf. Dieses Bild dürfte sich auch bei anderen Kassenarten in der GKV zeigen, ist doch ein überproportionaler Anteil aus dieser Gruppe generell nicht in der GKV versichert. Da auch das Geschlecht einen Zusammenhang mit der gesundheitliche Lage der Beschäftigten aufweist, soll an dieser Stelle noch ein Blick auf die Anteile der Männer und Frauen in den einzelnen Berufssegmenten geworfen werden:

- Der mit Abstand niedrigste Frauenanteil ist bei den handwerklich bzw. produzierend-verarbeitend tätigen Beschäftigten in den Bau- und Ausbauberufen (BKK: 7,7%; Gesamt: 6,9%), gefolgt von den fertigungstechnischen Berufen (BKK: 12,7%; Gesamt: 13,2%) und den Fertigungsberufen (BKK: 15,2%; Gesamt: 17,0%) zu finden.
- Umgekehrt sind weibliche Beschäftigte in den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen (BKK: 84,5%; Gesamt: 81,4%), den Reinigungsberufen (BKK: 76,2%; Gesamt: 74,5%) sowie den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen (BKK: 75,6%; Gesamt: 74,1%) überproportional häufig vertreten.

0.2.4 Beschäftigte nach Wirtschaftsgruppen

Die im vorhergehenden Abschnitt betrachtete Zuordnung nach Berufsgruppen bezieht sich auf die jeweils konkret ausgeübte Tätigkeit des Beschäftigten. Die nun folgende Darstellung nach Wirtschaftsgruppen bezieht sich hingegen auf das jeweilige Hauptgeschäftsfeld eines Unternehmens. Diese werden anhand der Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008 (WZ 2008¹¹) systematisiert. Im Rahmen des BKK Gesundheitsreports werden hauptsächlich die zugehörigen 21 Wirtschaftsabschnitte bzw. die 88 Wirtschaftsabteilungen betrachtet.



Zum besseren Verständnis des Unterschieds zwischen der Berufs- und Wirtschaftsgruppensystematik soll hier als Beispiel das Gesundheits- und Sozialwesen betrachtet werden:

In dieser Wirtschaftsgruppe arbeiten zwar zum Großteil Beschäftigte aus den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen, allerdings auch solche aus Verwaltungsberufen, aus den Dienstleistungsberufen oder den Reinigungsberufen. Es gilt also: Beschäftigte sind Teil eines Unternehmens, das wiederum einer bestimmten Wirtschaftsgruppe angehört, diese Beschäftigten üben aber davon unabhängig unterschiedliche Berufe aus.

Bei der Betrachtung der Beschäftigtenstruktur nach Wirtschaftsabschnitten wird ebenfalls deutlich, dass die überwiegende Mehrheit der Berufstätigen zwischen 25 und 54 Jahre alt ist. Während diese Altersgruppe bei den privaten Haushalten (hierzu zählen z. B. Personen/Familien, die Hausangestellte beschäftigen oder im Eigenbetrieb Waren bzw. Dienstleistungen für den Eigenbedarf produzieren) am niedrigsten ausgeprägt ist (BKK: 58,1%; Gesamt: 55,4%), findet sich der höchste Anteil im Bereich Information und Kommunikation (BKK: 77,9%; Gesamt: 77,2%). Gleichzeitig ist es wiederum die Gruppe der privaten Haushalte, in der mehr als ein Drittel der Beschäftigten 55 Jahre oder älter ist (BKK: 40,1%; Gesamt: 42,5%). Den geringsten Anteil in dieser Altersgruppe haben ebenfalls die Beschäftigten im Bereich Information und Kommunikation inne (BKK bzw. Gesamt: jeweils 15,5%). Auf der anderen Seite zeigen sich in den Wirtschaftsabschnitten Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei, im Baugewerbe, im Gastgewerbe und in Kunst, Kultur und Erholung besonders hohe Anteile junger Beschäftigter. Zum einen sind diese Anteile durch einen insbesondere in diesen Gruppen möglichen frühzeitigen Berufseinstieg – teilweise auch ohne abgeschlossene Ausbildung – zu erklären. Andererseits ist aber gerade in den benannten Wirtschaftsgruppen der Anteil Beschäftigter jenseits des 55. Lebensjahres besonders gering, was darauf hindeutet, dass hier alter(n)sgerechte Arbeit in geringerem Maße als in anderen Wirtschaftsgruppen möglich ist (»»» Tabelle 0.2.3).

In »»» Diagramm 0.2.3 wird die geschlechtsspezifische Verteilung der Beschäftigten nach Wirtschaftsabschnitten dargestellt. Hier wiederholt sich in gewisser Weise das Bild, welches sich schon in »»» Diagramm 0.2.2 für die Berufssegmente gezeigt hat. Sind es dort die Fertigungs- bzw. fertigungstechnischen Berufe, die einen hohen Anteil bei den beschäftigten BKK Mitgliedern einnehmen, so sind es hier Beschäftigte in Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes, zu denen etwas weniger als jedes dritte beschäftigte BKK Mitglied zählt (29,7%) und somit ein deutlich höherer Anteil als bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt

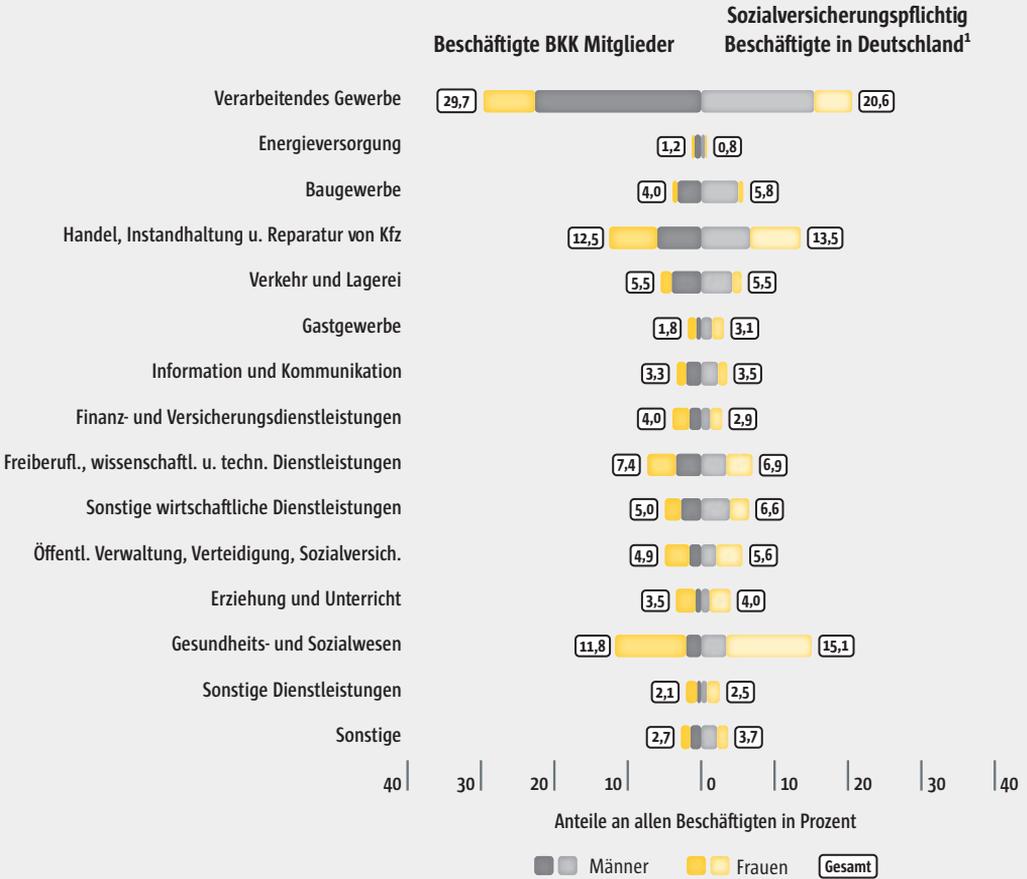
11 Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008).

Tabelle 0.2.3 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten sowie Altersstruktur im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2020)

Wirtschaftsabschnitte	Beschäftigte BKK Mitglieder					Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland ¹			
	Durchschnitts- alter in Jahren	Altersgruppen in Jahren				< 25	25–54	55–64	≥ 65
		< 25	25–54	55–64	≥ 65				
		Anteile an allen Beschäftigten je Wirtschaftsabschnitt in Prozent							
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	40,4	15,5	64,9	18,7	0,9	15,1	64,2	19,5	1,2
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	43,6	8,1	68,6	22,6	0,0	7,0	61,8	30,2	1,1
Verarbeitendes Gewerbe	43,9	8,5	66,0	25,0	0,5	8,7	67,9	22,7	0,7
Energieversorgung	45,1	8,2	62,3	29,2	0,4	8,9	65,2	25,5	0,4
Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung	45,2	6,1	65,7	27,4	0,8	6,0	65,5	27,5	1,0
Baugewerbe	40,7	14,7	66,6	18,0	0,8	13,3	66,8	18,9	1,1
Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	41,6	11,3	69,3	18,7	0,7	12,1	68,0	18,9	1,1
Verkehr und Lagerei	44,7	7,4	65,9	25,1	1,7	7,6	68,4	21,6	2,4
Gastgewerbe	40,3	12,8	69,8	16,3	1,1	13,5	69,6	15,6	1,2
Information und Kommunikation	41,1	6,6	77,9	15,0	0,6	7,4	77,2	14,7	0,7
Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	43,4	7,6	71,5	20,5	0,4	7,7	70,1	21,6	0,6
Grundstücks- und Wohnungswesen	44,3	6,5	68,4	23,3	1,8	6,6	66,3	24,5	2,6
Freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen	41,0	7,4	76,0	15,9	0,7	8,3	74,9	15,7	1,2
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	42,5	8,5	69,9	20,2	1,5	10,4	70,0	18,0	1,5
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	44,1	7,3	66,9	25,1	0,8	6,6	63,8	28,6	1,0
Erziehung und Unterricht	41,4	8,5	71,8	18,7	1,1	8,9	67,1	22,2	1,8
Gesundheits- und Sozialwesen	41,8	10,4	68,9	19,8	0,8	10,9	66,8	21,1	1,2
Kunst, Unterhaltung und Erholung	40,9	13,8	66,0	18,6	1,6	13,1	65,2	19,8	2,0
Sonstige Dienstleistungen	43,5	8,1	68,2	22,4	1,4	8,5	66,1	23,4	2,0
Private Haushalte	49,6	1,7	58,1	36,2	3,9	2,1	55,4	37,0	5,5
Gesamt	42,8	9,0	68,6	21,5	0,8	9,8	69,3	20,8	1,2

¹ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Wirtschaftszweigen (WZ 2008) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2020.

Diagramm 0.2.3 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2020)



¹ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Wirtschaftszweigen (WZ 2008) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2020.

(20,6%). Umgekehrt sind bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt höhere Anteile als in BKK System zu finden (15,1% vs. 11,8%). Zugrunde liegen sicherlich auch hier zum Teil die bereits unter den Berufssegmenten bzw. in Diskussion zu **»»»** Diagramm 0.2.2 besprochenen Ursachen. Für alle anderen betrachteten Wirtschaftsabschnitte zeigen sich

nur geringfügige Differenzen zwischen beiden betrachteten Populationen. Auch bei den Frauenanteilen zeigen sich Parallelen zu den Kennzahlen der Berufssegmente, wobei das Baugewerbe den niedrigsten (BKK: 16,7%; Gesamt: 13,1%) und das Gesundheits- und Sozialwesen den höchsten Frauenanteil (BKK: 82,4%; Gesamt: 76,9%) hat.

0.3 Zusammenfassung

Dieser Abschnitt gibt einen detaillierten Einblick in die soziodemografischen Merkmale der BKK Versicherten mit besonderem Fokus auf die Teilgruppe der beschäftigten Mitglieder. Insbesondere lässt sich anhand der vorliegenden Daten zeigen, dass sich sowohl die BKK Versicherten insgesamt als auch die beschäftigten BKK Mitglieder in ihren Merkmalen bzw. ihrer Struktur nicht wesentlich von der jeweiligen Vergleichspopulation unterscheiden. Die einzeln auftretenden Unterschiede sind vor allem durch die Besonderheiten des Gesundheits- und Sozialsystems in Deutschland begründbar, sei es durch die beiden unterschiedlichen Krankenversicherungssysteme (GKV und PKV) oder auch durch die Entstehungsgeschichte der verschiedenen Kassenarten und den besonderen Schwerpunkt der BKK im

Bereich der beschäftigten Mitglieder. Diese Anteilsunterschiede nehmen aber keinen wesentlichen Einfluss auf die Tatsache, dass sich Aussagen zu den beschäftigten BKK Mitgliedern sowie zu den BKK Versicherten insgesamt, die im Folgenden insbesondere im Zusammenhang mit deren Gesundheit getroffen werden, auf alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bzw. alle GKV Versicherten in Deutschland übertragen lassen.

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

Stichprobenbeschreibung

Im Juni 2021 – fast genau ein Jahr nach der Umfrage für den **»» BKK Gesundheitsreport 2020** – wurden im Auftrag des BKK Dachverbands im Rahmen einer Online-Umfrage wiederum insgesamt 3.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte zu verschiedenen Aspekten ihrer Gesundheit und Arbeit sowie zu den kurz- und langfristigen Auswirkungen und Folgen der Coronavirus-Pandemie durch das Marktforschungsinstitut Kantar¹ befragt. Um abschätzen zu können, welche Veränderungen innerhalb des letzten Jahres stattgefunden haben, werden die Ergebnisse aus der Umfrage 2021, soweit möglich, denen der Umfrage 2020 vergleichend gegenübergestellt.

Für die vorliegende Umfrage wurde eine Quotierung nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesländern (Wohnort) der Beschäftigten vorgenommen. Inwieweit die Stichprobe der befragten Beschäftigten auf die Grundgesamtheit der Beschäftigten in Deutschland generalisierbar ist, lässt sich anhand der in **»» Tabelle 1** aufgeführten soziodemografischen Merkmale beurteilen.

Frauen und Männer sind sowohl unter den Befragten als auch insgesamt in etwa anteilig gleich verteilt. In der Umfrage wurde außerdem von 0,3% der Teilnehmer bei der Frage nach dem Geschlecht „divers“ angegeben. Da es sich hierbei um eine für statistische Betrachtungen zu kleine Gruppe handelt, wird diese in den folgenden Abschnitten des Kapitels nicht separat betrachtet, geht aber mit in die Auswertung der jeweiligen Gesamtwerte ein.

Sowohl unter den Umfrageteilnehmern als auch bei allen Beschäftigten in Deutschland ist die jeweilige Mehrheit in der Altersgruppe der 25- bis unter 55-Jährigen zu finden (61,9% bzw. 68,3%). Nahezu zwei Drittel der Beschäftigten in beiden Gruppen sind in Vollzeit beschäftigt (72,3% bzw. 71,1%). Überwiegend sind bei den Umfrageteilnehmern und den Beschäftigten insgesamt unbefristete Arbeitsverhältnisse zu finden (88,4% bzw. 92,6%). Für beiden Gruppen gilt zudem, dass die Mehrheit jeweils mindestens über die mittlere Reife als Schulabschluss verfügt (88,8% bzw. 66,0%) sowie in mehr als der Hälfte der Fälle einen anerkannten Berufsabschluss hat (62,8% bzw. 65,0%). Die letztgenannten relativ großen Abweichungen zu den Angaben der Beschäftigten insgesamt kommen vor allem durch die fehlenden Angaben in den amtlichen Meldedaten zustande. Vermutlich handelt es sich hier um Beschäftigte, deren Abschlüsse im Rahmen der Umstellung der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) in den Jahren 2011–2012 nicht bzw. nicht mehr eindeutig zuordenbar waren. Im Vergleich zu den soziodemografischen Merkmalen der Umfrageteilnehmer aus dem Jahr 2020² sind ebenfalls keine bedeutsamen Abweichungen erkennbar. Auf Basis des Vergleichs der Kennwerte der beiden Gruppen kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse der Befragung auf die Grundgesamtheit der Beschäftigten in Deutschland verallgemeinerbar sind.

1 An dieser Stelle möchten wir uns sehr herzlich beim gesamten Team von Kantar, insbesondere bei Frau Becker, Frau Weimer und Frau Polivka, für die hervorragende Zusammenarbeit bedanken.

2 Die entsprechenden Kennwerte sind im BKK Gesundheitsreport 2020 im Kapitel Mobilität – Arbeit – Gesundheit – Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung in der Tabelle 1 zu finden.

Tabelle 1 Umfrage – Vergleich der Umfrageteilnehmer 2021 mit allen Beschäftigten in Deutschland hinsichtlich ausgewählter soziodemografischer Merkmale

Merkmale	Ausprägungen	Beschäftigte in der Umfrage 2021	Beschäftigte in Deutschland ¹
		Anteile in Prozent	
Geschlecht	Männer	49,7	53,7
	Frauen	50,0	46,3
	Divers	0,3	*
Alter	Unter 25 Jahre	13,0	9,8
	25 bis unter 55 Jahre	61,9	68,3
	55 bis unter 65 Jahre	22,4	20,7
	65 Jahre und älter	2,7	1,2
Beschäftigungs- verhältnis	Vollzeit	72,3	71,1
	Teilzeit	27,7	28,9
	Unbefristet	88,4	92,6
	Befristet	11,6	7,4
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	1,2	1,9
	Haupt-/Volksschulabschluss	10,1	17,7
	Mittlere Reife oder gleichwertig	39,2	32,9
	Abitur/Fachabitur	49,6	33,1
	Abschluss unbekannt	*	14,4
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	10,0	8,9
	Mit anerkanntem Berufsabschluss	62,8	65,0
	Mit akademischem Berufsabschluss	27,2	17,9
	Ausbildung unbekannt	*	8,1

* keine Angaben vorhanden; ¹ Statistisches Bundesamt (2020). Befristet Beschäftigte; <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-4/befristet-beschaeftigte.html>; Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigungsstatistik (Stichtag Juni 2020).

Veränderungen der arbeitsbezogenen Mobilität in der Coronavirus-Pandemie

- Die Pendlerentfernung zwischen Wohn- und Arbeitsort hat sich im Juni 2021 mit durchschnittlich 19,5 Kilometern im Vergleich zum Juni 2020 mit 17,4 Kilometern nur wenig verändert.
- Rund die Hälfte der Beschäftigten geben zu beiden Umfragezeitpunkten an, dass sie zwischen 10 bis 30 Minuten für ihren Arbeitsweg benötigen.
- Ebenfalls nahezu unverändert nutzt etwas mehr als jeder zweite Pendler für den Weg zur Arbeit ein Auto.
- Der Anteil der Beschäftigten, die täglich zwischen Wohn- und Arbeitsort pendelt, hat hingegen innerhalb des letzten Jahres deutlich abgenommen (2020: 60,8%; 2021: 53,9%).

Neben der Stichprobenbeschreibung ermöglicht die Betrachtung der wichtigsten Mobilitätsmerkmale einen Einblick, wie und in welchem Umfang Beschäftigte zwischen Wohn- und Arbeitsort pendeln (»»» Tabelle 2). Zusätzlich zum Vergleich zwischen den Ergebnissen beider Umfragen werden ergänzend Kennwerte aus zwei großen deutschlandweiten Mobilitätsstudien den Befragungsergebnissen zur besseren Einordnung gegenübergestellt.

Im Vergleich zu den Ergebnissen der Umfrage im Juni 2020, zeigt sich ein Jahr später eine minimale Zunahme der arbeitsbedingten Mobilität und zwar sowohl bezogen auf die Wegentfernung (2020: 17,4 km; 2021: 19,5 km) als auch bezogen auf die Wegdauer (2020: 24,9 Min; 2021: 26,3 Min). Ebenfalls wenig verändert legen etwa zwei Drittel der Beschäftigten (meist täglich) maximal 25 Kilometer bis zu ihrem Arbeitsplatz zurück (2020: 66,6%; 2021: 64,0%). Etwa die Hälfte der Beschäftigten benötigt hierfür zwischen 10 bis 30 Minuten (2020: 50,4%; 2021: 54,6%). Gleichzeitig ist der Anteil derjenigen, die

angeben ausschließlich von zu Hause zu arbeiten, angestiegen (2020: 5,4%; 2021: 8,2%), während im Gegenzug der Anteil der Beschäftigten, die täglich zwischen Wohn- und Arbeitsort pendeln, innerhalb des letzten Jahres deutlich abgenommen hat (2020: 60,8%; 2021: 53,9%). Insbesondere im Vergleich zu den Daten aus dem Jahr 2017³, als gerade einmal 1,4% angaben, von zu Hause zu arbeiten, ist dies ein deutliches Zeichen, dass es einen sich verfestigenden Trend zum mobilen Arbeiten bzw. Homeoffice gibt. Inwieweit dieser Trend in den kommenden Jahren Bestand haben wird, bleibt abzuwarten.

Auffällig ist zudem, dass bei dem am häufigsten genutzten Verkehrsmittel für den Arbeitsweg die mit Abstand geringsten Veränderungen von den in »»» Tabelle 2 betrachteten Merkmalen zu sehen sind. Nach wie vor dominiert bei den Beschäftigten der PKW als das am häufigsten genutzte Verkehrsmittel für den Weg zur Arbeit (2020: 55,6%; 2021: 55,4%). Immerhin etwa jeder fünfte Beschäftigte geht hingegen zu Fuß oder fährt mit dem Fahrrad zur Arbeit (2020: 19,7%; 2021: 20,1%) bzw. nutzt öffentliche Verkehrsmittel (2020: 22,5%; 2021: 22,3%). Vermutlich spielen hier die wenig veränderten Rahmenbedingungen, wie z.B. alternativ zu Verfügung stehende Verkehrsmittel im Zusammenhang mit Kosten-Nutzen-Abwägungen eine wesentliche Rolle für die beobachtete Stabilität. Gleichzeitig sind aber auch hier deutliche Änderungen zur Referenzstichprobe aus dem Jahr 2017 erkennbar: Der Anteil derjenigen Beschäftigten mit PKW-Nutzung ist um mehr als zehn Prozentpunkte zurückgegangen, während gleichzeitig v.a. die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel für den Arbeitsweg zugenommen hat.

3 infas, DLR, IVT und infas 360 (2018): Mobilität in Deutschland (im Auftrag des BMW). http://www.mobilitaet-in-deutschland.de/pdf/MiD2017_Ergebnisbericht.pdf [abgerufen am 17.08.2021]

Tabelle 2 Umfrage – Vergleich der Umfrageteilnehmer 2020 und 2021 mit allen Beschäftigten in Deutschland hinsichtlich ausgewählter Merkmale der arbeitsbezogenen Mobilität

Merkmale	Ausprägungen	Beschäftigte in der Umfrage 2020	Beschäftigte in der Umfrage 2021	Beschäftigte in Deutschland ¹
		Mittelwerte bzw. Anteile		
Wegentfernung zwischen Wohn- und Arbeitsort*	Männer	19,8 km	21,8 km	19,0 km
	Frauen	14,9 km	17,2 km	13,7 km
	Gesamt	17,4 km	19,5 km	16,5 km
	Unter 5 Kilometer	20,1%	17,8%	27,5%
	5 Kilometer bis unter 10 Kilometer	17,5%	16,9%	20,8%
	10 Kilometer bis unter 25 Kilometer	29,0%	29,3%	29,3%
	25 Kilometer bis unter 50 Kilometer	15,6%	14,7%	14,1%
	Mindestens 50 Kilometer	5,0%	5,0%	4,7%
	Homeoffice/Telearbeit	5,4%	8,2%	1,4%
Wegdauer zwischen Wohn- und Arbeitsort*	Wechselnde Arbeitsstätten	7,4%	8,4%	2,2%
	Unter 10 Minuten	15,9%	9,9%	20,8%
	10 Minuten bis unter 30 Minuten	50,4%	54,6%	48,9%
	30 Minuten bis unter 60 Minuten	27,0%	28,3%	23,1%
Am häufigsten genutzte Verkehrsmittel	Mindestens 60 Minuten	6,7%	7,2%	5,0%
	Bus	9,3%	9,9%	4,6%
	U-Bahn/Straßenbahn	7,0%	6,5%	5,0%
	Eisenbahn/S-Bahn	6,2%	5,9%	4,9%
	PKW	55,6%	55,4%	67,7%
	Motorrad/Motorroller o.ä.	1,4%	1,6%	0,9%
	Fahrrad	10,2%	10,1%	9,2%
	Zu Fuß	9,5%	10,0%	7,4%
Sonstige Verkehrsmittel	0,7%	0,4%	0,3%	

¹ Statistisches Bundesamt (2016) Daten des Mikrozensus: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/pendler1.html>; Nobis, Claudia und Kuhnimhof, Tobias (2018): Mobilität in Deutschland – MiD Ergebnisbericht. Studie von infas, DLR, IVT und infas 360 im Auftrag des Bundesministers für Verkehr und digitale Infrastruktur (FE-Nr. 70.904/15). Bonn, Berlin. www.mobilitaet-in-deutschland.de

*Die Angaben zur Wegentfernung und zur Wegdauer beziehen sich jeweils auf den einfachen Hinweg vom Wohn- und Arbeitsort.

- Im Baugewerbe bzw. in den Bauberufen sowie in den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen hat die Wegentfernung im Vergleich zum Vorjahr am stärksten zugenommen.
- Für die Mehrheit der Wirtschafts- und Berufsgruppen haben sich Wegentfernung und -dauer im 1-Jahres-Vergleich hingegen nur geringfügig verändert.
- Ein Rückgang bei der Wegentfernung ist v.a. im Gastgewerbe bzw. bei den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen zu verzeichnen.

Auch wenn sich die durchschnittliche Wegdauer bzw. Wegentfernung der Beschäftigten zwischen 2020 und 2021 kaum verändert hat, so zeigen sich doch bei einzelnen Wirtschafts- und Berufsgruppen teilweise deutliche Abweichungen (» Diagramm 1). Die größten Zuwächse im 1-Jahres-Vergleich sind insbesondere bei der Wegentfernung vor allem bei den Wirtschaftsgruppen der sonstigen Dienstleistungen (+14,4 km) sowie im Baugewerbe (+12,0 km) zu finden. Bei den Berufsgruppen betrifft dies vor allem die Bau- und Ausbauberufe (+13,7 km) sowie die IT- und naturwissenschaftlichen Berufe (+12,6 km). Die größten Rückgänge sind hingegen im Gastgewerbe (-6,2 km) bzw. in den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen (-4,2 km) zu beobachten. Bei der Mehrheit der betrachteten Wirtschafts- und Berufsgruppen hat sich hingegen die Wegdauer im Beobachtungszeitraum nur wenig verändert (-3,4 min bis +6,3 min).

- Eine niedrige Zufriedenheit mit der arbeitsbedingten Mobilität steht im Zusammenhang mit einer hohen Wegdauer für den meist täglichen Arbeitsweg.
- Insgesamt hat sich die Zufriedenheit mit der arbeitsbedingten Mobilität zwischen beiden Umfragezeitpunkten nahezu nicht verändert.
- Gleiches gilt für den Einfluss der Mobilität auf die Gesundheit und das Sozialleben. Auch hier zeigen sich im Vorjahresvergleich kaum Veränderungen in den Einschätzungen der befragten Beschäftigten.

Neben den Veränderungen der Wegdauer und Wegentfernung wurde in der Umfrage 2021 zusätzlich wieder die Zufriedenheit mit der arbeitsbezogenen Mobilität erfragt (» Diagramm 2). Auch hier zeigen sich insgesamt nur geringe Veränderungen im Vergleich zur Umfrage vor einem Jahr. Betrachtet man den Zusammenhang zwischen Wegdauer und der Zufriedenheit, so zeigt sich hier eine substantiell negative Korrelation ($r = -.21$; $p < .001$). Die abnehmende Zufriedenheit mit der arbeitsbedingten Mobilität steht also in einem Zusammenhang mit einer zunehmenden Wegdauer. Dagegen spielt die Wegentfernung im Kontext der subjektiv eingeschätzten Zufriedenheit nur eine untergeordnete Rolle ($r = -.08$; $p < .001$). Es ist also vor allem die Zeit und weniger die geografische Entfernung für den meist täglichen Arbeitsweg, die die Zufriedenheit mit der arbeitsbezogenen Mobilität beeinflusst.

Eine zumindest tendenzielle Abnahme der Zufriedenheit mit der arbeitsbedingten Mobilität ist bei den Wirtschaftsgruppen Verkehr und Lagerei sowie im Gesundheits- und Sozialwesen zu beobachten, wohingegen eine leichte Zunahme in den Bereichen der sonstigen (wirtschaftlichen) Dienstleistungen sichtbar wird. Bei den Berufsgruppen ist die stärkste Abnahme im Vergleich zum Vorjahr bei der Zufriedenheit mit der arbeitsbedingten Mobilität bei den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen zu finden, während im gleichen Zeitraum die Zufriedenheitswerte bei den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen tendenziell gestiegen sind.

Diagramm 1 Umfrage – Wegdauer und Wegentfernung der Umfrageteilnehmer nach Wirtschafts- und Berufsgruppen im Vergleich zwischen Umfrage 2020 und Umfrage 2021

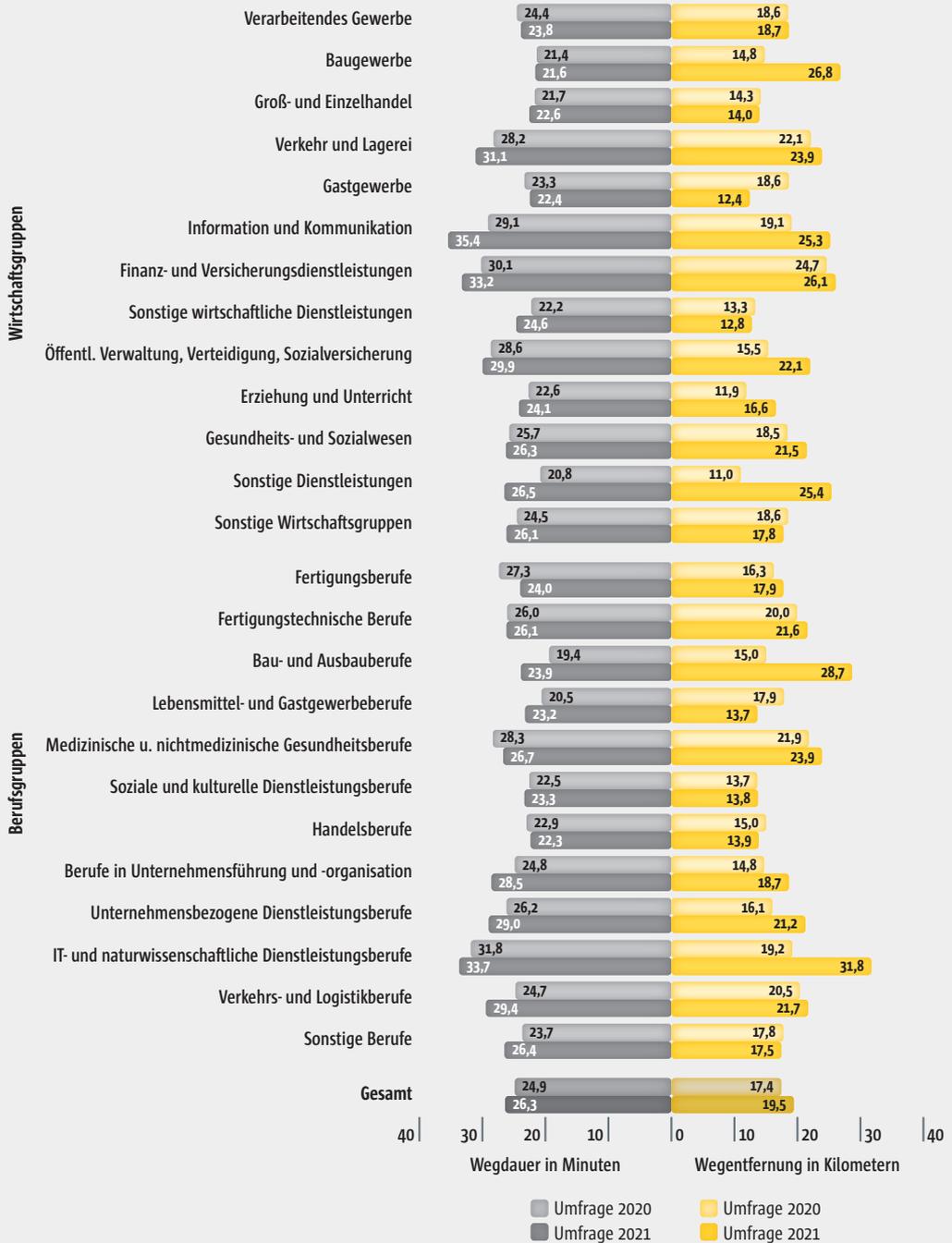
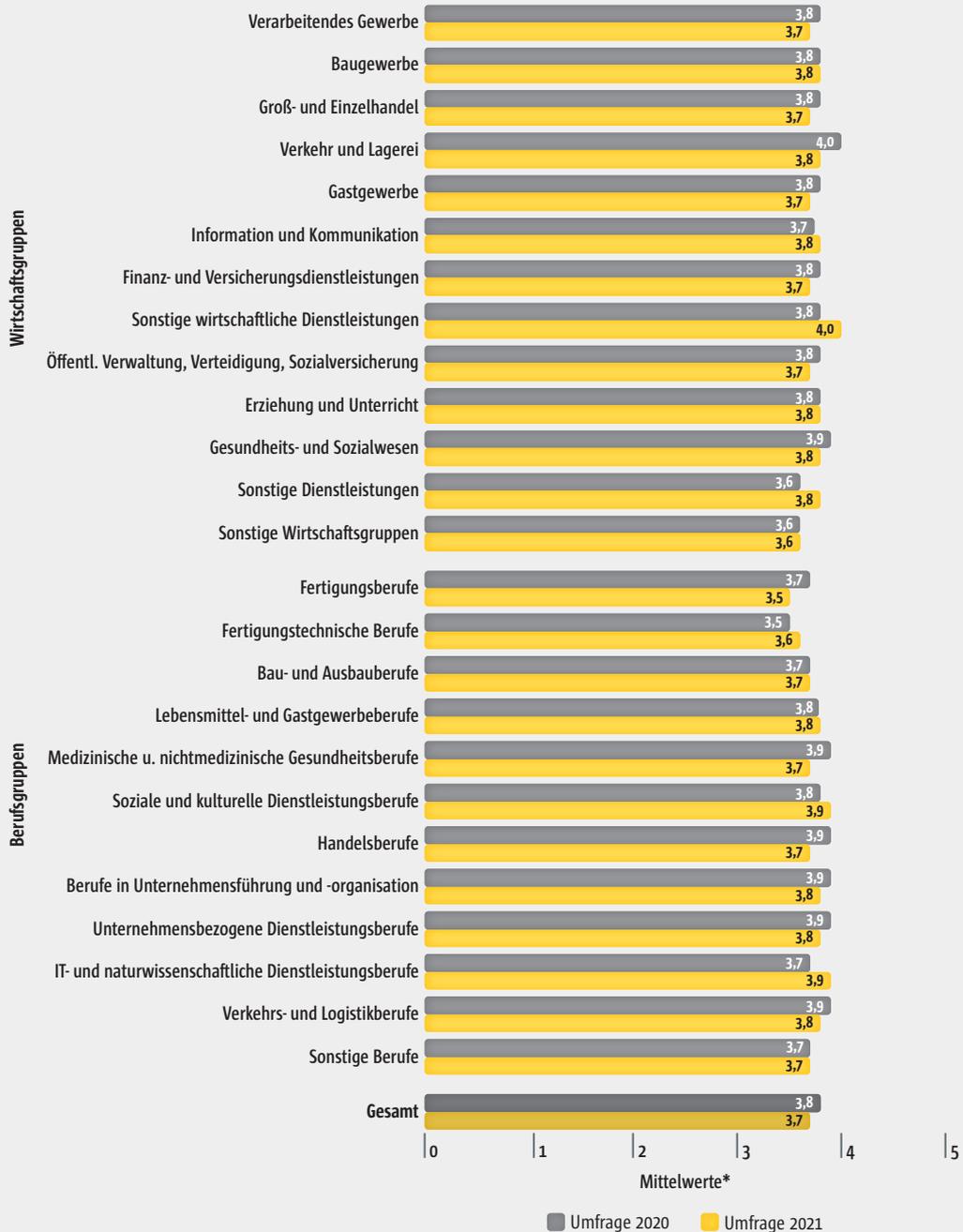
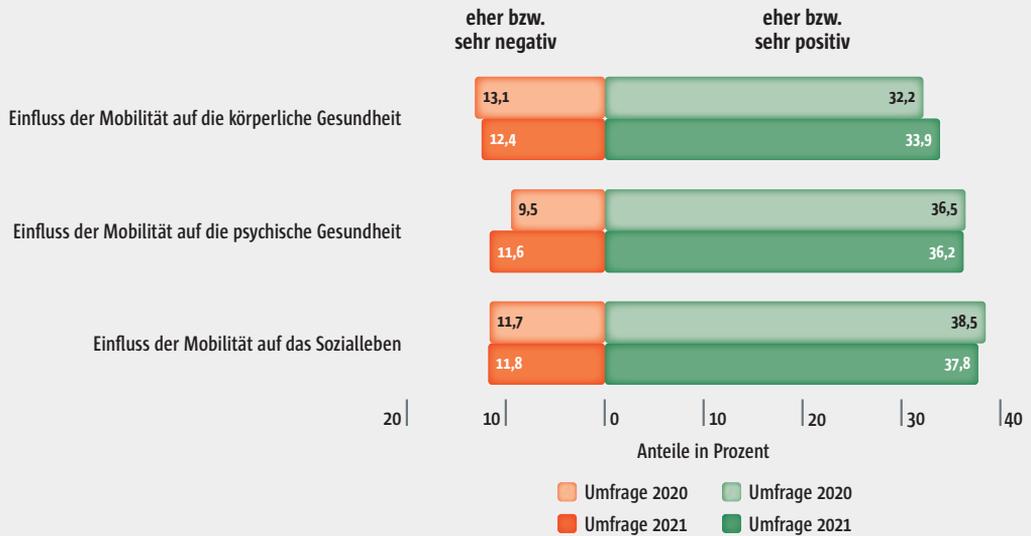


Diagramm 2 Umfrage – Zufriedenheit der Umfrageteilnehmer mit ihrer arbeitsbezogenen Mobilität nach Wirtschafts- und Berufsgruppen im Vergleich zwischen Umfrage 2020 und Umfrage 2021



* Antwortformat: 1 = sehr unzufrieden bis 5 = sehr zufrieden

Diagramm 3 Umfrage – Zusammenhang zwischen arbeitsbezogener Mobilität und ausgewählten Gesundheitsaspekten der Umfrageteilnehmer im Vergleich zwischen Umfrage 2020 und Umfrage 2021



Neben der Frage, wie zufrieden die Beschäftigten mit ihrer arbeitsbedingten Mobilität sind, ist deren Einfluss auf die Gesundheit und das Sozialleben der Berufstätigen ebenfalls von Interesse (» Diagramm 3). Sowohl für die körperliche und psychische Gesundheit als auch für das Sozialleben haben sich die entsprechenden Bewertungen der Befragten im 1-Jahres-Vergleich nahezu nicht geändert. Die größ-

te Abweichung zeigt sich hier noch beim Anteil derjenigen, die den Einfluss der Mobilität auf ihre psychische Gesundheit als negativ bewerten (2020: 9,5%; 2021: 11,6%). Dieser vermeintliche Unterschied verschwindet aber nahezu vollständig, wenn man durch die Betrachtung der entsprechenden Mittelwerte (2020: 2,62; 2021: 2,65) alle Bewertungen in den Vergleich einbezieht.

Veränderungen der Nutzung von mobiler Arbeit und Homeoffice in der Coronavirus-Pandemie

- Mehr als jeder fünfte Beschäftigte (22,7%) arbeitet im Jahr 2021 regelmäßig mobil bzw. im Homeoffice, was einer deutlichen Steigerung im Vergleich zum Vorjahr (14,3%) entspricht.
- Neben der Tätigkeit selbst, die nur vor Ort ausgeübt werden kann, wird nach wie vor von etwa einem Drittel der Beschäftigten (2020: 35,2%; 2021: 31,1%) der Arbeitgeber bzw. der Vorgesetzte als häufigster Hinderungsgrund für mobile Arbeit bzw. Homeoffice benannt.
- Sowohl bei der tatsächlichen als auch bei der gewünschten Unterstützung durch den Arbeitgeber werden mobiles Arbeiten bzw. Homeoffice sowie eine flexible Arbeitszeitgestaltung mit Abstand am häufigsten – Tendenz steigend – genannt.

Eine weitere Facette der arbeitsbezogenen Mobilität stellt das mobile Arbeiten – am häufigsten in Form von Homeoffice genutzt – dar. Einleitend werden zunächst die wichtigsten Merkmale mobiler Arbeit und deren Ausprägungen unter den Befragungsteilnehmern im 1-Jahres-Vergleich skizziert (III Tabelle 3).

Deutlich zugenommen hat der Anteil derjenigen Beschäftigten, die im Juni 2021 im Vergleich zum Vorjahr angeben, dass sie oft bzw. immer mobil (vorwiegend im Homeoffice) arbeiten. Lag deren Anteil im Juni 2020 noch bei 14,3%, so arbeitet im Juni 2021 mehr als jeder fünfte Beschäftigte (22,7%) regelmäßig nicht am regulären Arbeitsplatz. Verbunden mit diesem Zuwachs ist gleichzeitig die Abnahme der Anteile derjenigen, die angeben nur selten oder manchmal von zu Hause zu arbeiten (2020: 39,6%; 2021: 33,1%). Vermutlich wird ein Großteil der Beschäftigten, die im Juni 2020 nur manchmal bzw. selten mobil arbeiteten, dies mittlerweile eher häufig oder sogar ständig tun. Einfluss wird hier

sicherlich auch der Umstand genommen haben, dass zum Zeitpunkt der Umfrage die gesetzliche Pflicht bestand – soweit es die Tätigkeit und die Rahmenbedingungen ermöglichen – im Homeoffice zu arbeiten. Zählt man alle Beschäftigten, die zumindest manchmal mobil bzw. im Homeoffice arbeiten, so liegt deren Anteil sowohl 2020 (35,7%) als auch 2021 (41,7%) um ein Mehrfaches über dem Niveau vor der Coronavirus-Pandemie, wo lediglich 13,1%⁴ zumindest gelegentlich mobil bzw. im Homeoffice tätig waren. Durch die aktuelle Situation sind nicht nur bisher ungenutzte Potenziale freigelegt worden, dies entspricht auch dem Wunsch vieler Beschäftigten nach einer flexibleren Gestaltung des Arbeitsortes, wie im Folgenden noch zu sehen sein wird.

Gleichzeitig haben sich die Anteile derjenigen, die nie mobil bzw. von zu Hause arbeiten nur wenig verändert (2020: 46,0%; 2021: 44,2%). Mehrheitlich handelt es sich bei dieser Gruppe um Beschäftigte, deren Tätigkeit nur vor Ort ausgeübt werden kann (2020: 68,0%; 2021: 73,6%). Überraschend ist dagegen, dass nach wie vor etwa jeder dritte Befragte aus der Gruppe, die nie von zu Hause bzw. mobil arbeitet angibt, dass der Arbeitgeber bzw. der Vorgesetzte und nicht die Tätigkeit selbst das Haupthindernis für Homeoffice bzw. mobile Arbeit darstellen (2020: 35,2%; 2021: 31,1%). Das Potenzial derjenigen, die im Homeoffice bzw. mobil arbeiten könnten, ist also nach wie vor nicht vollständig ausgeschöpft und wird augenscheinlich durch eine antiquierte Präsenzkultur sowie zusätzlich durch mangelnde technische Ausstattung verhindert. Ebenfalls wenige

4 Nobis, Claudia und Kuhnimhof, Tobias (2018): Mobilität in Deutschland – MiD Ergebnisbericht. Studie von infas, DLR, IVT und infas 360 im Auftrag des Bundesministers für Verkehr und digitale Infrastruktur (FE-Nr. 70.904/15). Bonn, Berlin. www.mobilitaet-in-deutschland.de

Tabelle 3 Umfrage – Ausgewählte Merkmale mobiler Arbeit bei den Umfrageteilnehmern im Vergleich zwischen Umfrage 2020 und Umfrage 2021

Merkmale	Ausprägungen	Beschäftigte	Beschäftigte
		in der Umfrage 2020	in der Umfrage 2021
		Anteile in Prozent	
Häufigkeit mobiler Arbeit	Immer	4,6	7,4
	Oft	9,7	15,3
	Manchmal	21,4	19,0
	Selten	18,2	14,1
	Nie	46,0	44,2
Gründe gegen mobile Arbeit ¹	Meine Tätigkeit kann nur vor Ort ausgeübt werden.	68,0	73,6
	Mein Arbeitgeber erlaubt keine Arbeit von zu Hause/unterwegs.	19,1	17,6
	Ich habe nicht die geeignete technische Infrastruktur für Arbeit von zu Hause/unterwegs.	9,6	7,5
	Ich bin zu Hause/unterwegs zu stark abgelenkt.	3,0	3,1
	Die Zusammenarbeit mit Kollegen funktioniert am besten durch persönlichen Kontakt.	13,3	11,3
	Meinem Vorgesetzten/meiner Vorgesetzten ist es wichtig, dass ich persönlich anwesend bin.	16,1	13,5
	Ich denke, dass ich dadurch schlechtere Karrierechancen habe.	0,4	0,9
Tatsächliche Unterstützung für arbeitsbezogene Mobilität durch den AG ¹	Ich lehne es grundsätzlich ab, außerhalb meines regulären Arbeitsplatzes zu arbeiten.	5,2	4,2
	Coworking Spaces	1,9	1,7
	Homeoffice	27,9	30,3
	Mobiles Arbeiten	10,5	12,1
	Bereitstellung mobiler technischer Arbeitsausrüstung	7,2	9,1
	Telearbeit	4,7	5,1
	Flexible Arbeitszeit	31,1	30,9
	Sonstiges	1,9	3,0
Gewünschte Unterstützung für arbeitsbezogene Mobilität durch den AG ¹	Keine Unterstützung	29,4	33,7
	Coworking Spaces	2,4	3,0
	Homeoffice	16,5	18,9
	Mobiles Arbeiten	9,6	10,5
	Bereitstellung mobiler technischer Arbeitsausrüstung	11,1	12,8
	Telearbeit	5,7	5,2
	Flexible Arbeitszeit	19,7	28,9
	Sonstiges	3,2	4,5
Keine Unterstützung gewünscht	52,2	51,5	

¹ Mehrfachantworten möglich

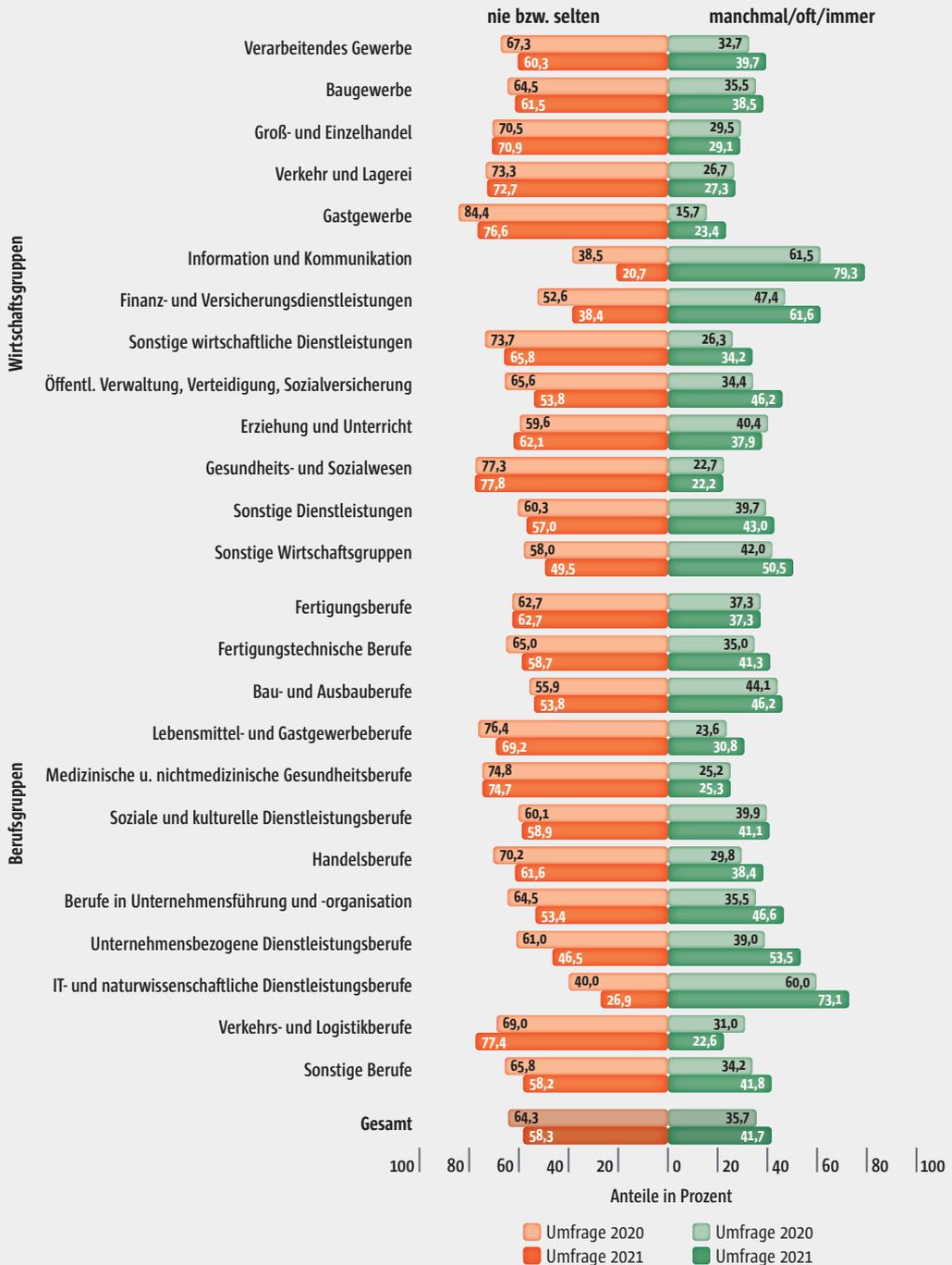
Veränderungen zeigen sich bei den personenbezogenen Gründen, die gegen eine Arbeit im Homeoffice angegeben werden. Der Zusammenhalt mit den Kollegen sowie die zu starke Ablenkung zu Hause sind zusammen immerhin für mehr als jeden siebten Befragten (2020: 16,3%; 2021: 14,4%) ein Grund, der gegen Homeoffice spricht.

Insgesamt hat die Unterstützung der Arbeitgeber in den Bereichen Homeoffice/mobile Arbeit (2020: 38,4%; 2021: 42,4%) sowie bei der entsprechenden technischen Ausstattung (2020: 7,2%; 2021: 9,1%) am stärksten zugenommen, wobei gleichzeitig auch der Wunsch nach mehr Unterstützung bei den genannten Punkten seitens der Beschäftigten angewachsen ist (2020: 37,2%; 2021: 42,2%). Der stärkste Anstieg bei den Unterstützungswünschen ist allerdings bei der flexiblen Arbeitszeit zu verzeichnen (2020: 19,7%; 2021: 28,9%). Arbeitszeitmodelle, die vor allem für die Arbeit vor Ort entwickelt worden sind, sind für das mobile und flexible Arbeiten scheinbar meist weniger geeignet.

- Berufs- und Wirtschaftsgruppen, die aufgrund der ausgeübten Tätigkeit besonders für mobile Arbeit geeignet sind (z.B. Information und Kommunikation, öffentliche Verwaltung, Finanz- und Versicherungsdienstleistungen), verzeichnen im 1-Jahres-Vergleich die größten Zuwächse an mobilen bzw. in Homeoffice Beschäftigten.
- In den Bereichen Erziehung und Unterricht sowie Verkehr und Logistik ist hingegen v.a. aufgrund geänderter Rahmenbedingungen (Rückkehr zum Präsenzunterricht, Anstieg der Mobilität und des Warenverkehrs) ein deutlicher Rückgang des Homeoffice-Anteils bei den Beschäftigten zu beobachten.

Bei der Betrachtung der Nutzung von Homeoffice bzw. mobiler Arbeit zeigt sich im 1-Jahres-Vergleich bei fast allen Wirtschafts- und Berufsgruppen eine zunehmende Tendenz (» Diagramm 4). Die Wirtschaftsgruppe Information und Kommunikation ist dabei nicht nur absolut (79,3%) sondern auch was den Anstieg an mobiler Arbeit betrifft (+17,8 Prozentpunkte) Spitzenreiter. Ebenfalls zweistellige Zuwächse haben die Finanz- und Versicherungsdienstleistungen (+14,2 Prozentpunkte) sowie die öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung (+11,8 Prozentpunkte) zu verzeichnen. Eine mit -2,5 Prozentpunkten leichte Abnahme ist im Bereich Erziehung und Unterricht zu beobachten, was vermutlich auf die mehrheitliche Rückkehr zum Präsenzunterricht in den Schulen bzw. den Regelbetrieb in den Kindertagesstätten zurückzuführen ist. Ähnliche Effekte sind teilweise auch bei den Berufsgruppen, wie beispielsweise den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen (+13,1 Prozentpunkte) oder den Verkehrs- und Logistikberufen (-8,4 Prozentpunkte), zu beobachten. Daneben zeigt sich hier, dass selbst in Berufen, in denen man die Möglichkeit mobil bzw. im Homeoffice zu arbeiten, eher nicht vermuten würde (z.B. in Fertigungs- und Bauberufen), dies aktuell von mehr als jedem dritten Beschäftigten genutzt wird.

Diagramm 4 Umfrage – Häufigkeit der Nutzung von Homeoffice bzw. mobiler Arbeit der Umfrageteilnehmer nach Wirtschafts- und Berufsgruppen im Vergleich zwischen Umfrage 2020 und Umfrage 2021



Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie auf Gesundheit und Arbeit

Standen in den bisherigen Betrachtungen die Veränderungen der arbeitsbedingten Mobilität im 1-Jahres-Vergleich im Fokus, so geht es im folgenden Abschnitt vor allem um den direkten Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf die Arbeit bzw. die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit der Beschäftigten.

- Ist die arbeitsbedingte Mobilität durch die Coronavirus-Pandemie im Jahr 2020 aus Sicht der Beschäftigten deutlich zurückgegangen, so ist für 2021 wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen.
- Ungebrochen hoch ist im 1-Jahres-Vergleich die pandemiebedingte Zunahme der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologie sowie die vermehrte Nutzung von Homeoffice.

Die deutlichsten Veränderungen durch die Coronavirus-Pandemie zeigen sich im Beobachtungszeitraum bei der arbeitsbezogenen Mobilität: Diese hat im Vergleich zum Vorjahr bei einem Teil der Befragten wieder (deutlich) zugenommen (2020: 3,8%; 2021: 9,5%), wobei nach wie vor ein wesentlich größerer Teil der Befragten (2020: 35,0% vs. 2021: 30,4%) angibt, dass diese im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Pandemie (deutlich) abgenommen hat. Weitaus weniger Veränderungen zeigen sich bei der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologie sowie bei mobiler Arbeit/Homeoffice. Während der Anteil derjenigen, die bei beiden Aspekten pandemiebedingt einen (deutlichen) Zuwachs angeben, im Vorjahresvergleich sogar noch angestiegen ist, stagniert hingegen der (niedrige) Anteil der Beschäftigten, die hier eine (deutliche) Abnahme angeben (»» Diagramm 5). Die vermeintliche Diskrepanz zwischen der Zunahme der arbeitsbedingten Mobilität und der Nutzung mobiler Arbeit bzw. Homeoffice

lässt sich vermutlich dadurch erklären, dass viele Beschäftigte ein Wechselmodell zwischen Homeoffice und Arbeit vor Ort präferieren dürften.

- Die Bewertung des Einflusses der Coronavirus-Pandemie auf das Arbeitsleben hat sich aus Sicht der Beschäftigten zwischen 2020 und 2021 kaum verändert.
- Dagegen ist der Anteil derjenigen Berufstätigen, die einen negativen Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf ihre körperliche und psychische Gesundheit wahrnehmen im 1-Jahres-Vergleich substantiell angestiegen.

Neben den Veränderungen bei den Arbeitsbedingungen ist auch die Frage nach dem pandemiebedingten Einfluss auf die Gesundheit und das Arbeitsleben der Beschäftigten von Interesse (»» Diagramm 6). Während bei der Bewertung des Arbeitslebens im 1-Jahres-Vergleich nur minimale Änderungen feststellbar sind, wird der Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf die Gesundheit deutlich sichtbar. Zwar gibt nach wie vor mehr als jeder Zehnte an, dass die aktuelle Situation eher einen positiven Einfluss auf die Gesundheit ausübt, im Gegenzug ist jedoch der Anteil derjenigen, die hier einen negativen Einfluss wahrnehmen im Beobachtungszeitraum deutlich angestiegen. So empfindet im Jahr 2021 mehr als jeder vierte Befragte (26,5%) seine körperliche und mehr als jeder dritte Befragte (35,7%) seine psychische Gesundheit negativ durch die Coronavirus-Pandemie beeinflusst. Vor einem Jahr waren diese Anteile noch wesentlich geringer ausgeprägt (18,6% bzw. 26,6%). Das Fortdauern der Pandemie inklusive der damit verbundenen Maßnahmen ist als ein Grund für diesen Anstieg zu vermuten. Inwieweit sich dieses

Diagramm 5 Umfrage – Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf IKT-Nutzung, Homeoffice und arbeitsbezogene Mobilität der Umfrageteilnehmer im Vergleich zwischen Umfrage 2020 und Umfrage 2021

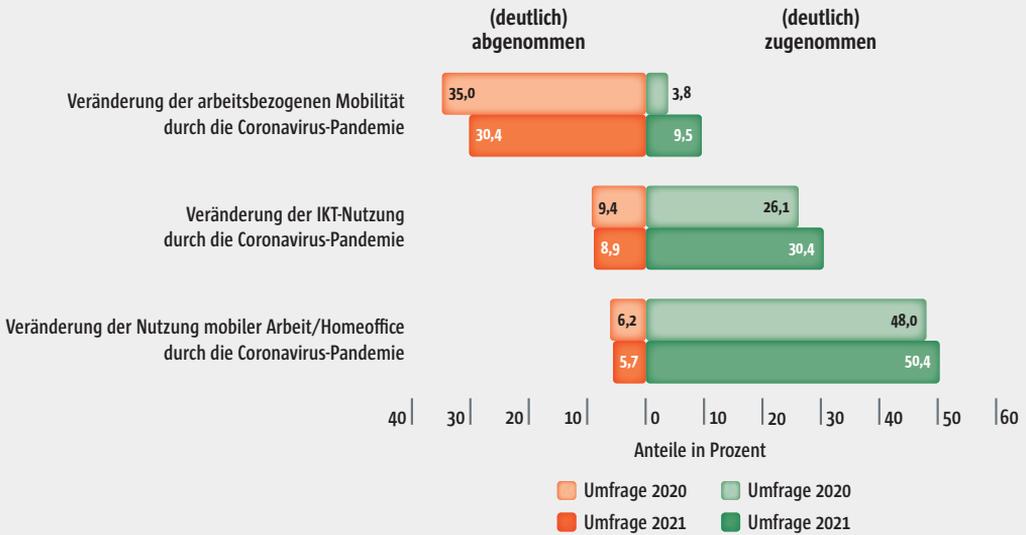
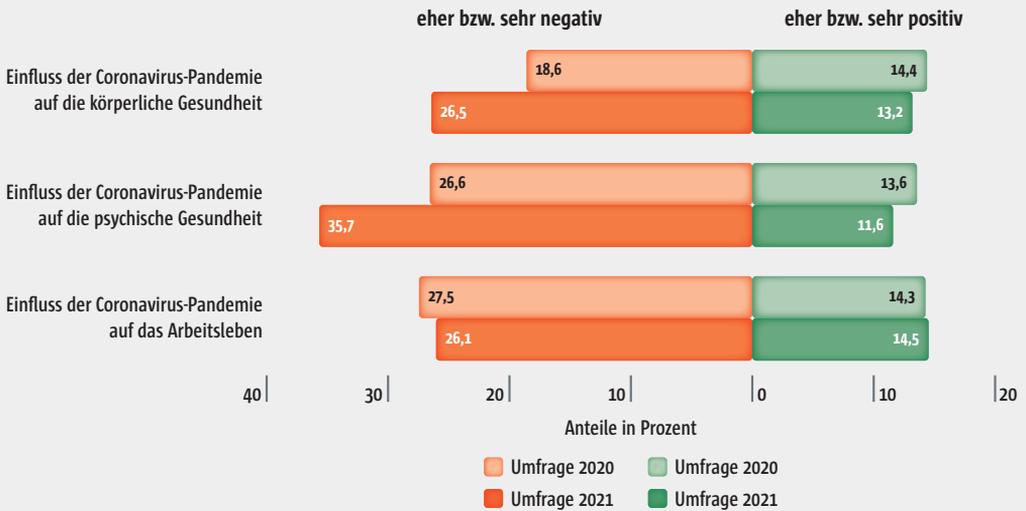
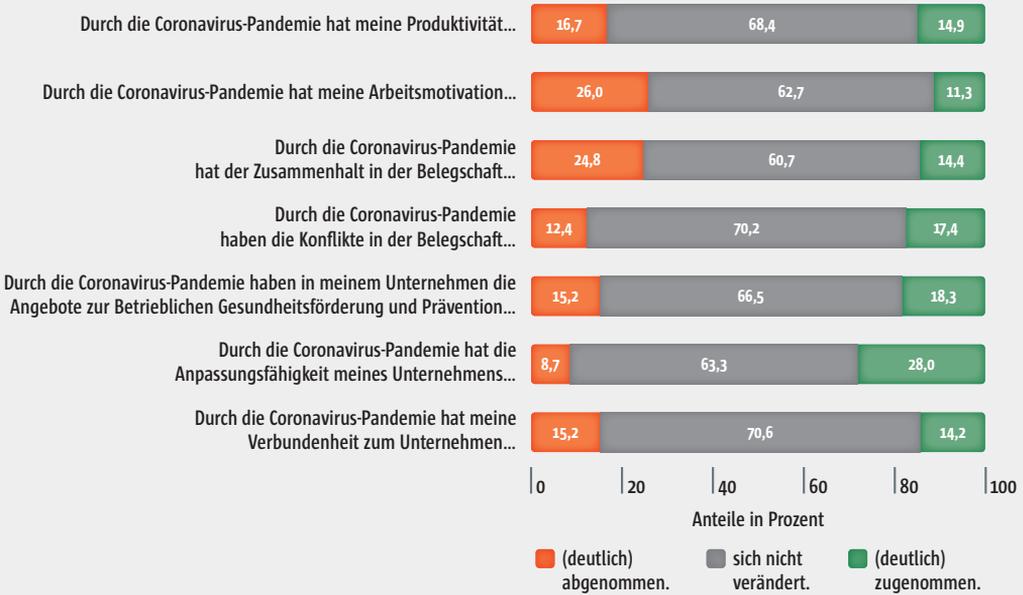


Diagramm 6 Umfrage – Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf ausgewählte Gesundheitsaspekte und das Arbeitsleben der Umfrageteilnehmer im Vergleich zwischen Umfrage 2020 und Umfrage 2021



aktuelle psychische und körperliche Belastungsempfinden in behandlungsrelevanten Krankheiten manifestiert, ist von verschiedenen Faktoren abhängig und wird sicher in den kommenden Jahren vermehrter Gegenstand der Forschung sein.

Diagramm 7 Umfrage – Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf ausgewählte Aspekte des Arbeitslebens bei den Umfrageteilnehmern



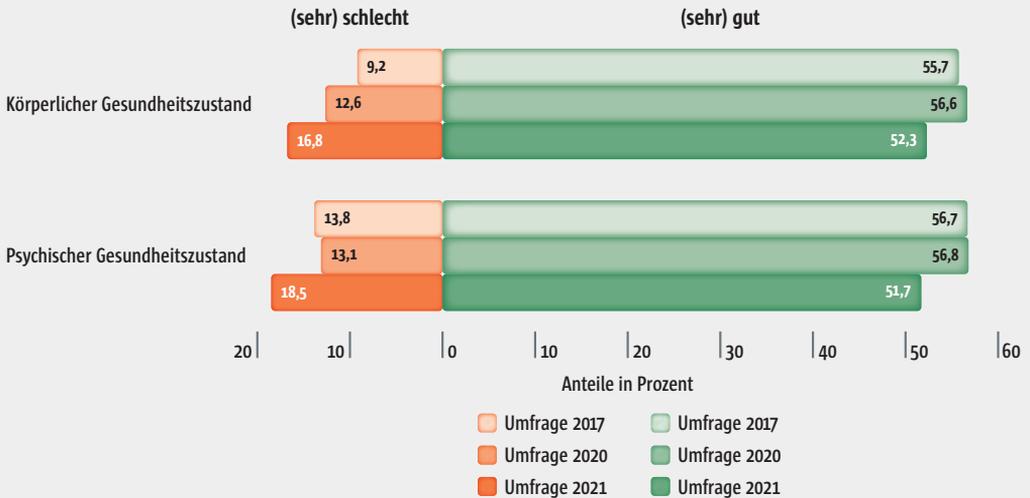
- Mehr als jeder vierte Beschäftigte (28,0%) gibt an, dass sich das eigene Unternehmen (sehr) gut an die neuen Herausforderungen im Rahmen der Coronavirus-Pandemie angepasst hat.
- Dagegen hat sich aus Sicht jedes vierten Befragten vor allem die eigene Arbeitsmotivation (26,0%) und der Zusammenhalt in der Belegschaft (24,8%) durch die Coronavirus-Pandemie verschlechtert.

Sowohl für die Beschäftigten als auch für deren Unternehmen hat die Coronavirus-Pandemie zu teilweise massiven und meist sehr abrupten Einschnitten im bisher gewohnten Arbeitsalltag geführt. Wie sich diese Auswirkungen aus Sicht der Befragten darstellen, ist in **»»»** Diagramm 7 zu sehen. Zunächst lässt sich feststellen, dass der jeweils überwiegende Teil der Umfrageteilnehmer für alle Aspekte angibt, dass sich diese nicht verändert haben. Dabei zeigen sich die Verbundenheit zum Unternehmen und die Konflikte in der Belegschaft am wenigsten von der Pandemie beeinflusst. Im Detail zeigen sich hier jedoch interessante Muster. So gibt mehr als jeder vierte Beschäftigte (28,0%) an, dass sich die Anpassungsfähigkeit seines Unternehmens in der Pandemie deutlich erhöht hat, während weniger als jeder Zehnte (8,7%) das Gegenteil wahrnimmt. Umgekehrt

wird von einem jeweils größeren Teil der Befragten eine Abnahme der eigenen Arbeitsmotivation (26,0%) sowie einem Rückgang des Zusammenhalts in der Belegschaft (24,8%) berichtet, während hier deutlich weniger eine pandemiebedingte Zunahme wahrnehmen (11,3% bzw. 14,4%). In diesem Zusammenhang ist auch der höhere Anteil derjenigen zu bewerten, die einen Anstieg von Konflikten in der Belegschaft wahrnehmen, zu interpretieren (17,4% vs. 12,4%). Diese drei zuletzt benannten Facetten, die maßgeblich durch das Verhalten und das Engagement der Vorgesetzten beeinflusst werden, weisen demnach noch einiges an Optimierungspotenzial – auch außerhalb von Krisenzeiten – auf. Positiv zu werten ist, dass Angebote zur Betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention in der Pandemie tendenziell eher zu- denn abgenommen (18,2% vs. 15,2%) haben, was zusammen mit der guten Anpassungsfähigkeit der Unternehmen darauf hindeutet, dass auch in schwierigen Zeiten die gesundheitlichen Belange der Mitarbeiter nicht aus dem Auge verloren werden.

- Während der körperliche und psychische Gesundheitszustand im Juni 2020 nur wenig von der Einschätzung vor der Pandemie abweicht, zeigt sich im Jahr 2021 eine tendenzielle Verschlechterung.

Diagramm 8 Umfrage – Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf ausgewählte Gesundheitsaspekte der Umfrageteilnehmer im Vergleich zwischen den Umfragen 2017, 2020 und 2021



Neben dem Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf die Gesundheit der Beschäftigten als Indikator der direkten Veränderung wurden die Umfrageteilnehmer zusätzlich nach ihrem aktuellen Gesundheitszustand befragt. An dieser Stelle war es zudem möglich, auf die Ergebnisse der Befragung des Jahres 2017 zurückzugreifen, die im BKK Gesundheitsreport 2017 veröffentlicht wurden. Damit ist ein Vergleich mit dem subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand vor der aktuellen pandemischen Situation möglich. Wie in Diagramm 8 zu erkennen ist, unterscheiden sich die Werte zwischen der Umfrage 2017 und 2020 nur in geringem Maße, während deutliche Abweichungen mit negativer Tendenz bei der

psychischen und körperlichen Gesundheit in der Umfrage 2021 erkennbar sind. Die bereits in Diagramm 6 aufgezeigte Entwicklung bestätigt im Zusammenhang mit dem hier vorliegenden Vergleich zu den Werten aus 2017, dass das Fortbestehen der pandemischen Lage sowie die damit verbundenen Einschränkungen einen negativen Einfluss auf den wahrgenommenen Gesundheitszustand ausüben. Inwieweit diese Entwicklung nach einer erhofften Normalisierung der Arbeits- und Lebensbedingungen reversibel ist, werden zukünftige Befragungen bzw. Studien zeigen. Dabei werden vor allem die gesellschaftliche als auch die individuelle Resilienz eine wichtige Rolle spielen.

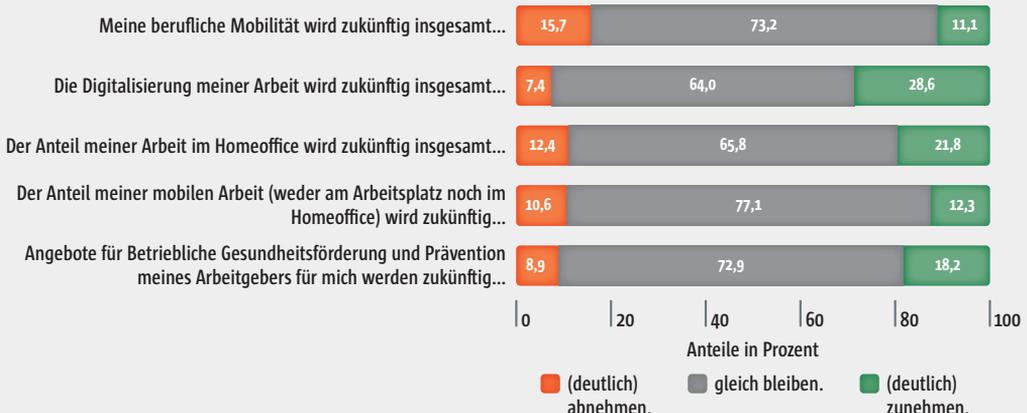
Zukunft von Arbeit und Gesundheit

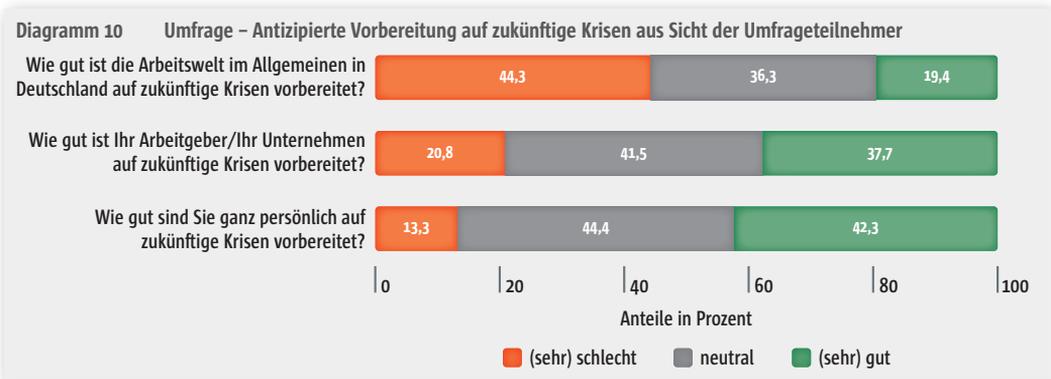
Der letzte Abschnitt dieses Kapitels widmet sich der Frage, wie aus Sicht der Beschäftigten Arbeit bzw. Arbeitsbedingungen der Zukunft aussehen werden. Sowohl Krisen im Allgemeinen als auch die Corona-virus-Pandemie im Speziellen können als Katalysatoren dazu beitragen, dass das Tempo und das Ausmaß bestimmter Entwicklungen in der Arbeitswelt erheblich forciert werden. Neben den kurzfristigen Folgen sind zusätzlich die von den Beschäftigten antizipierten mittel- bzw. langfristigen Folgen Gegenstand der folgenden Betrachtungen.

- Aus Sicht der Befragten wird deren Arbeit zukünftig deutlich digitaler und häufiger mobil bzw. im Homeoffice erbracht werden, während das bisher meist tägliche Pendeln gleichzeitig an Bedeutung verlieren wird.

Ausgehend von der aktuellen Entwicklung im Hinblick auf Mobilität, Digitalisierung und Betrieblicher Gesundheitsförderung wurden die Beschäftigten gefragt, wie sich diese Aspekte aus deren Sicht zukünftig bei ihrer Tätigkeit entwickeln werden (»»» Diagramm 9). Die größten Änderungen sind aus Sicht der Befragten bei der Digitalisierung der Arbeit zu erwarten. Mehr als jeder vierte Beschäftigte (28,6%) gibt an, dass die Digitalisierung der eigenen Arbeit zukünftig (deutlich) zunehmen wird. Weiterhin geht mehr als jeder fünfte Befragte (21,8%) davon aus, dass seine Arbeit zukünftig deutlich häufiger im Homeoffice ausgeübt werden wird. Entsprechend ist der Anteil der Berufstätigen, die zukünftig mit einer Abnahme der arbeitsbedingten Mobilität rechnen (15,7%) etwas höher als der Anteil, die eher (wieder) eine Zunahme erwarten (11,1%). Überraschend positiv fällt die Prognose bezogen auf Arbeitgeber-

Diagramm 9 Umfrage – Bewertung der Entwicklung von ausgewählten Aspekten der Arbeit bei den Umfrageteilnehmern





angebote zur Betrieblichen Gesundheitsförderung aus: Immerhin fast jeder fünfte Umfrageteilnehmer (18,2%) geht von einer Zunahme der Angebote aus, während nicht einmal halb so viele Befragte (8,9%) eine Abnahme prognostizieren. Hierbei spielt sicher auch die aktuell tendenzielle Zunahme von BGF-Angeboten während der Pandemie eine Rolle (» Diagramm 7). Der aktuelle Trend außerhalb des regulären Arbeitsplatzes mobil oder im Homeoffice zu arbeiten, verbunden mit einem höheren Grad an Digitalisierung und einer geringeren arbeitsbezogenen Mobilität wird sich aus Sicht der befragten Beschäftigten also auch zukünftig fortsetzen bzw. sogar noch verstärken.

- Für zukünftige Krisen sehen sich die Befragten persönlich am besten gerüstet, während die Arbeitswelt im Allgemeinen als deutlich schlechter darauf vorbereitet bewertet wird.

In welchem Maß die Beschäftigten die Arbeitswelt im Allgemeinen sowie ihr Unternehmen und sich selbst für zukünftige Krisen vorbereitet sehen, ist in » Diagramm 10 erkennbar. Hierbei zeigt sich ein sehr eindrückliches Muster: Je höher der persönliche Bezug ist, desto positiver wird die Fähigkeit bewertet, auf zukünftige Krisen gut vorbereitet zu sein. So geben immerhin 42,3% der Befragten an, dass sie persönlich (sehr) gut auf zukünftige Krisen vorbereitet sind. Mit einem ähnlich hohen Anteil (37,7%) wird diese Fähigkeit auch dem eigenen Unternehmen bzw. Arbeitgeber zugeschrieben, wobei gleichzeitig jeder fünfte Befragte (20,8%) hier eher ein negatives Urteil abgibt. Bei der Einschätzung der Vorbereitung auf Krisen in der Arbeitswelt in Deutschland insgesamt zeigt sich ein nahezu umgekehrtes Muster im Vergleich zur Bewertung der eigenen Person:

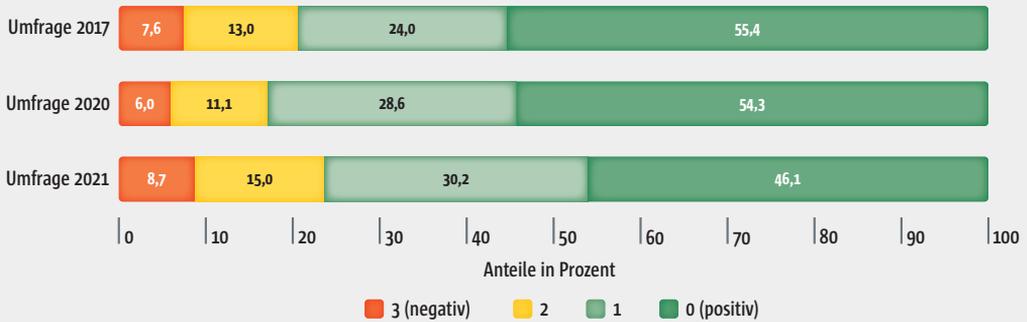
44,3% der Befragten sehen die Arbeitswelt im Allgemeinen (sehr) schlecht auf zukünftige Krisen vorbereitet, während nicht einmal jeder Fünfte (19,4%) hier ein positives Urteil abgibt. Diese Diskrepanz ist auch deshalb erstaunlich, da ja jeder der Befragten wiederum einen Teil der Arbeitswelt in Deutschland abbildet.

- Die Prognose der zukünftigen Fähigkeit zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit der Beschäftigten hat sich zwischen den Jahren 2017 und 2020 kaum verändert.
- Im Vergleich dazu ist im Juni 2021 der Anteil derjenigen mit einem erhöhten Risiko des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben tendenziell angestiegen.

Neben der Antizipation zukünftiger Arbeitsbedingungen bzw. dem Grad der Vorbereitung auf bevorstehende Krisen kann aus der Prognose der eigenen Erwerbstätigkeit auf die Wahrscheinlichkeit des Verbleibs im bzw. (vorzeitigen) Austritts aus dem Erwerbsleben geschlossen werden. Mit einem höheren Skalenwert steigt die Wahrscheinlichkeit um ein Vielfaches, dass Beschäftigte frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Gleichzeitig wird dadurch aber auch ein frühzeitiges Eingreifen bzw. Gegensteuern ermöglicht, indem mit Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention die Arbeitsbedingungen und der Gesundheitszustand der Beschäftigten verbessert bzw. aufrechterhalten werden können. Inwieweit die aktuelle Coronavirus-Pandemie auf die Ausprägungen der Prognose der Erwerbstätigkeit Einfluss nimmt, zeigt das » Diagramm 11.

Zunächst lässt sich als positiver Fakt feststellen, dass der Anteil derjenigen, deren Wahrscheinlichkeit des frühzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbs-

Diagramm 11 Umfrage – Subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala¹) aus Sicht der Umfrageteilnehmer – Vergleich zwischen den Umfragen 2017, 2020 und 2021



¹ Mittag O, Raspe H (2003). Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit. Die Rehabilitation 42, 169–174.

leben gering ist (Skalenwerte 0 und 1) und bei allen drei Umfragen jeweils über drei Viertel der Befragten beträgt (76,3% – 82,9%). Während die Werte der Umfrage aus dem Juni 2020 zu Beginn der Coronavirus-Pandemie sogar noch leicht über denen des Jahres 2017 liegen, zeigt sich in der Umfrage von Juni 2021 eine tendenzielle Verschlechterung: Sind es zu die-

sem Zeitpunkt 23,7% der Befragten, die eine ungünstige Prognose der Erwerbstätigkeit (Skalenwerte 2 und 3) aufweisen, so war dieser Wert vor einem Jahr (17,1%) bzw. 2017 (20,6%) tendenziell niedriger. Diese Entwicklung ist plausibel, ist doch ein ähnliches Muster bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit zu beobachten (»» Diagramm 8).

Fazit und Ausblick

Die aktuelle Umfrage im Juni 2021 zeigt nicht nur, wie sich die berufsbedingte Mobilität, die Gesundheit und die Arbeitsbedingungen, sondern auch die Zukunftsaussichten aus Sicht der Beschäftigten nach mehr als einem Jahr Coronavirus-Pandemie darstellen. Gleichzeitig ist es durch die vorhergehende Befragung im Juni 2020 möglich, die Entwicklung im 1-Jahres-Vergleich aufzuzeigen und damit die Ergebnisse vom Juni 2021 besser einordnen bzw. einschätzen zu können. Zusätzlich können an ausgewählten Stellen sogar Daten aus Befragungen vor der Coronavirus-Pandemie zum Vergleich herangezogen werden.

Der Weg und die Zeit, sowie die dafür genutzten Verkehrsmittel, die Beschäftigte für ihren – meist täglichen – Weg zur Arbeit nutzen, hat sich zwischen 2020 und 2021 nahezu nicht verändert. Dagegen ist der Anteil derjenigen, die mobil – meist in Form von Homeoffice – arbeiten noch einmal deutlich angestiegen. Ob dieser Anstieg allein durch die bis Ende Juni 2021 bestehende Homeoffice-Pflicht begründet ist oder ob es sich hierbei um den Beginn eines dauerhaften Wandels handelt, bleibt abzuwarten. Neben der Tätigkeit selbst, ist es bei etwa jedem dritten Beschäftigten der Arbeitgeber bzw. Vorgesetzte, der als Hinderungsgrund für mobiles Arbeiten benannt wird. Es besteht also noch erhebliches Potenzial für mobiles Arbeiten, wenn die mancherorts noch vorhandene antiquierte Präsenzkultur überwunden und ein vertrauensvoller Umgang zwischen allen Beteiligten gepflegt wird.

Nicht nur beim Arbeitsort, sondern auch bei der Arbeitskultur zeigen sich pandemiebedingt Veränderungen, allerdings mit unterschiedlichen Vorzeichen. Während mehr als jeder vierte Befragte die Anpassungsfähigkeit des eigenen Unternehmens an die aktuelle Situation als hoch einschätzt, gibt ein nahezu etwa gleich großer Anteil der Befragten einen Rückgang der eigenen Arbeitsmotivation und des Zusammenhalts in der Belegschaft im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie an. Hier

sind vor allem die Führungskräfte gefordert, die Motivation und den Zusammenhalt der Mitarbeiter aufrechtzuerhalten und hierfür auch unter den aktuellen Bedingungen (neue) Mittel und Wege zu finden.

Bezogen auf die Gesundheit der Beschäftigten hat das Fortbestehen der Pandemie mit all ihren Folgen und Begleiterscheinungen ebenfalls teils deutliche Spuren hinterlassen. Lagen die Werte im Juni 2020 noch mehrheitlich auf Vor-Pandemie-Niveau, haben sich diese ein Jahr später teilweise merklich verschlechtert. Die zukünftige Entwicklung wird maßgeblich vom weiteren Verlauf der Coronavirus-Pandemie sowie von der persönlichen und organisationalen Resilienz abhängen. Der aktuelle Zustand ist aber kein Grund für übertriebenen Alarmismus, haben doch auch zurückliegende Krisen (z.B. Ölkrise, Eurokrise usw.) ähnliche Effekte erzeugt, die sich im Verlauf aber meist als weitestgehend reversibel bzw. temporär erwiesen haben.

Beim Ausblick in die Zukunft zeigt sich, dass aus Sicht der Beschäftigten die Digitalisierung ihrer Arbeit sowie deren Homeoffice-Anteil zunehmen und im Gegenzug das Pendeln abnehmen wird. Für Berufstätige wird mobiles und ortsunabhängiges Arbeiten also zukünftig zum neuen Standard werden und sich nicht zuletzt zu einem entscheidenden Wettbewerbsfaktor um die besten Köpfe entwickeln. Gleichzeitig sehen sich die Beschäftigten selbst am besten auf zukünftige Krisen vorbereitet, während sie der Arbeitswelt im allgemeinen diese Fähigkeit in gleichem Maße absprechen. Das ist umso erstaunlicher, als dass sie ja selbst Teil dieser Arbeitswelt sind.

Resümierend lässt sich feststellen, dass trotz der unterschiedlichen Auswirkungen der aktuellen Krise mit einem gewissen Maß an Zuversicht in die Zukunft geschaut werden kann. Der bereits begonnene Wandel von Arbeitsbedingungen und Arbeitskultur ist durch die Coronavirus-Pandemie zusätzlich beschleunigt und durch die Anpassungsfähigkeit von Beschäftigten und deren Unternehmen unterstützt worden. Eine Kehrtwende zum Status quo vor der

Coronavirus-Pandemie wird es sicher nicht geben. Damit sind allerdings auch zahlreiche Herausforderungen in der Art und Weise der Zusammenarbeit und der Führung von Mitarbeitern verbunden. Gleichzeitig muss die Gesundheit der Beschäftigten und deren Förderung noch stärker als bisher im

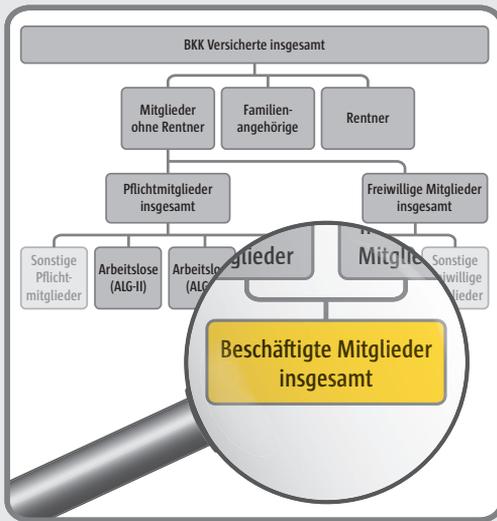
Fokus stehen, um deren pandemiebedingte Verschlechterung abzufedern und um den neuen Rahmenbedingungen gerecht zu werden. Dies wird, genau wie die Bewältigung der Coronavirus-Pandemie, nur als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und mit der aktiven Beteiligung jedes Einzelnen möglich sein.

1

Arbeitsunfähigkeit

Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter





In diesem Abschnitt werden die Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens (AU-Geschehens) der ca. 4,4 Mio. beschäftigten BKK Mitglieder sowie den dazugehörigen Teilgruppen (beschäftigte Pflichtmitglieder sowie beschäftigte freiwillige Mitglieder) im Jahr 2020 beschrieben. Ergänzend werden aus dem monatlichen Krankenstandverfahren erste Trends für das Jahr 2021 dargestellt.

1.1 AU-Geschehen im Überblick

1.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2020

- Die krankheitsbedingten Fehltagel der Erwerbstätigen haben sich 2020 mit 18,2 AU-Tagen je Beschäftigten im Vergleich zum Vorjahr (18,4 AU-Tagel je Beschäftigten) kaum verändert.
- Dagegen sind die Fallzahlen mit rund 1,2 AU-Fällen je Beschäftigten vor allem aufgrund der Coronavirus-Pandemie im Vergleich zu den Vorjahren deutlich zurückgegangen.
- Die stärksten Rückgänge sind dabei bei den Arbeitsunfähigkeitszeiten im Zusammenhang mit Kurzeiterkrankungen zu verzeichnen.

Die Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tagel) der beschäftigten BKK Mitglieder (im Folgenden Beschäftigte bzw. beschäftigte Mitglieder genannt) haben sich in den vergangenen 3 Jahren kaum verändert (2018: 18,5 AU-Tagel je Beschäftigten; 2019: 18,4 AU-Tagel je Beschäftigten; 2020: 18,2 AU-Tagel je Beschäftigten). Gleiches gilt für den Krankenstand (2018: 5,1%; 2019: 5,1%; 2020: 5,0%).

Das Angebot und der Ausbau digitaler Angebote im Rahmen des BKK Gesundheitsreports schafft zusätzlichen Mehrwert für unsere Leser. Neben dem vollständig digitalisierten **»** Tabellenanhang A werden ergänzend interaktive und grafisch aufbereitete Arbeitsunfähigkeitsergebnisse zur Verfügung gestellt. Mit wenigen Klicks können sich interessierte Nutzer Kennwerte und Statistiken nach eigenen Bedürfnissen zusammenstellen. Alle weiteren Informationen hierzu sind auf der Internetseite des BKK Dachverbandes zu finden.

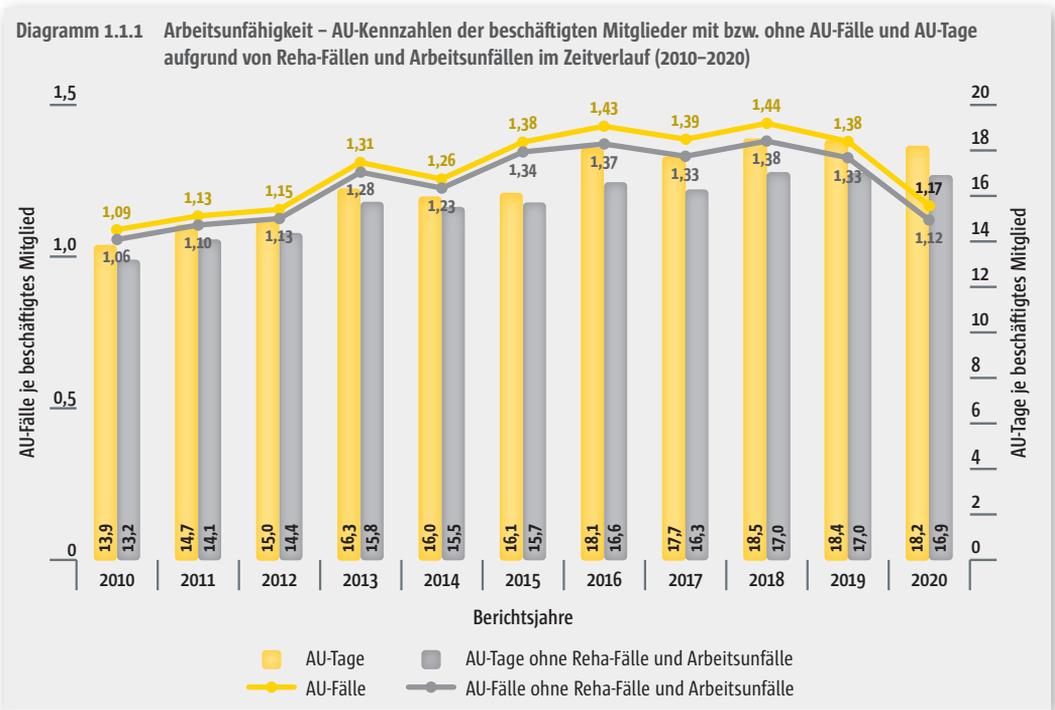
Wie sich die AU-Kennzahlen in der vergangenen Dekade entwickelt haben, zeigt das **»** Diagramm 1.1.1.

Um allgemein abschätzen zu können, inwieweit sich die in den **»** Methodischen Hinweisen erwähnte Änderung der Auswertungssystematik in 2016 auf

die längsschnittliche Entwicklung der AU-Kennzahlen auswirkt, werden die AU-Fälle und AU-Tagel mit bzw. ohne Reha-Fallanteilen bzw. Arbeitsunfallanteilen dargestellt. Wie zu erkennen ist, unterscheidet sich die Anzahl der AU-Fälle je Beschäftigten mit und ohne Korrektur für die Arbeitsunfälle und Reha-Fälle für alle Berichtsjahre nur marginal. Deutlicher hingegen sind die Abweichungen bei den AU-Tagen, die bis einschließlich 2015 im Durchschnitt nur einen halben AU-Tag betragen. Dass dieser Unterschied mit 1,3 bis 1,5 AU-Tagen je Beschäftigten zwischen 2016 und 2020 höher ausfällt, ist der Tatsache geschuldet, dass im Vergleich zu den Vorjahren alle AU-Fälle und AU-Tagel, die durch Arbeitsunfälle und Reha-Fälle verursacht werden, mitgezählt werden. Die Abweichungen zwischen 2016 bis 2020 gehen dabei jeweils etwa zu gleichen Anteilen auf Arbeitsunfälle bzw. Reha-Fälle zurück. Besonders auffällig ist der deutliche Rückgang der AU-Fälle im Jahr 2020, der v.a. durch die Coronavirus-Pandemie bedingt ist. Welche Ursachen hierfür im Detail für diesen Effekt verantwortlich sind, wird nachfolgend näher beleuchtet.

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

Beachtenswert ist auch der Blick auf die jeweiligen Prozentanteile der Beschäftigten nach der Anzahl der AU-Fälle pro Jahr, die in **»** Tabelle 1.1.1 zu sehen sind. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Beschäftigten, die in 2020 gar nicht krankgeschrieben waren, deutlich gestiegen (+4,6 Prozentpunkte). Während der Anteil der Beschäftigten mit nur einem AU-Fall im Berichtsjahr nahezu unverändert bleibt (+0,2 Prozentpunkte), ist insbesondere in der Gruppe der Beschäftigten mit 3 oder mehr AU-Fällen ein deutlicher Rückgang der Anteile Betroffener zu beobachten (-3,7%). Insgesamt sind somit nahezu Dreiviertel aller Beschäftigten (73,4%) gar nicht oder nur einmal im Jahr krankheitsbedingt



arbeitsunfähig gewesen. Auch hier ist die Corona-virus-Pandemie als Auslöser dieser deutlichen Veränderungen der AU-Quoten zu benennen. Das dies v.a. mit einem starken Rückgang von Kurzzeiterkrankungen zusammenhängt, wird im Folgenden deutlich.

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

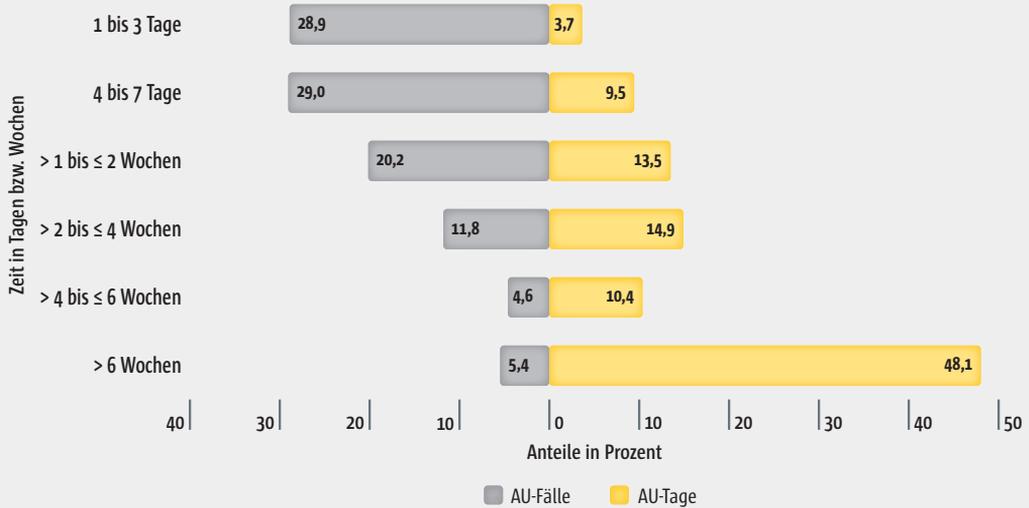
verursachen dabei sowohl für die Betroffenen selbst, als auch für die Sozialsysteme insgesamt eine nicht unerhebliche Belastung.

Betrachtet man zunächst nur die Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeit von maximal sieben Tagen Dauer, so trifft dies im Jahr 2020 auf einen deutlich geringeren Anteil der Fälle (2020: 58,0%; 2019: 64,3%) sowie der Tage (2020: 13,2%; 2019: 16,6%) als im Vorjahr zu. Wie gleichzeitig im **III** Diagramm 1.1.2 zu sehen ist, ist rund jeder zwanzigste AU-Fall (5,4%) einem Langzeitfall mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen zuzurechnen. Allerdings sind diese (wenigen) Langzeitfälle für fast die Hälfte aller AU-Tage (48,1%) und damit für die meisten Fehltage von allen Dauerklassen insgesamt verantwortlich. Im Vergleich zum Vorjahr haben sich hier ebenfalls deutliche Verschiebungen ergeben, waren 2019 doch mit 4,6% der AU-Fälle und 45,2% der AU-Tage deutlich geringere Anteile für diese Dauerklasse zu verzeichnen. Auch hier werden die Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie sichtbar: Der Anteil der mit Kurzeiterkrankungen (v.a. Atemwegserkrankungen) in Verbindung stehenden AU-Fälle und AU-Tage ist im Jahr 2020 deutlich zurückgegangen, was unter anderem mit den AHA-Regelungen, der Möglichkeit der telefonischen Krankschreibung bei leichten Atemwegs-

Tabelle 1.1.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2020)

Anzahl der AU-Fälle	Anteile in Prozent	Veränderung zum Vorjahr (Prozentpunkte)
kein AU-Fall	51,0	+4,6
1 AU-Fall	22,4	+0,2
2 AU-Fälle	12,4	-1,1
3 und mehr AU-Fälle	14,2	-3,7

Diagramm 1.1.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2020)



infektionen, vermehrtes Homeoffice und der nahezu komplett ausgebliebenen Grippe- und Erkältungswelle begründbar ist. Im Gegenzug hat der Anteil der AU-Zeiten, die in die Dauerklasse von einer Woche und mehr fallen, zugenommen. Ob es sich hierbei ebenfalls um einen Effekt der Coronavirus-Pandemie handelt, kann erst anhand der Kennzahlen der kommenden Jahre bewertet werden.

AU-Sonderregelungen im Rahmen der Coronavirus-Pandemie

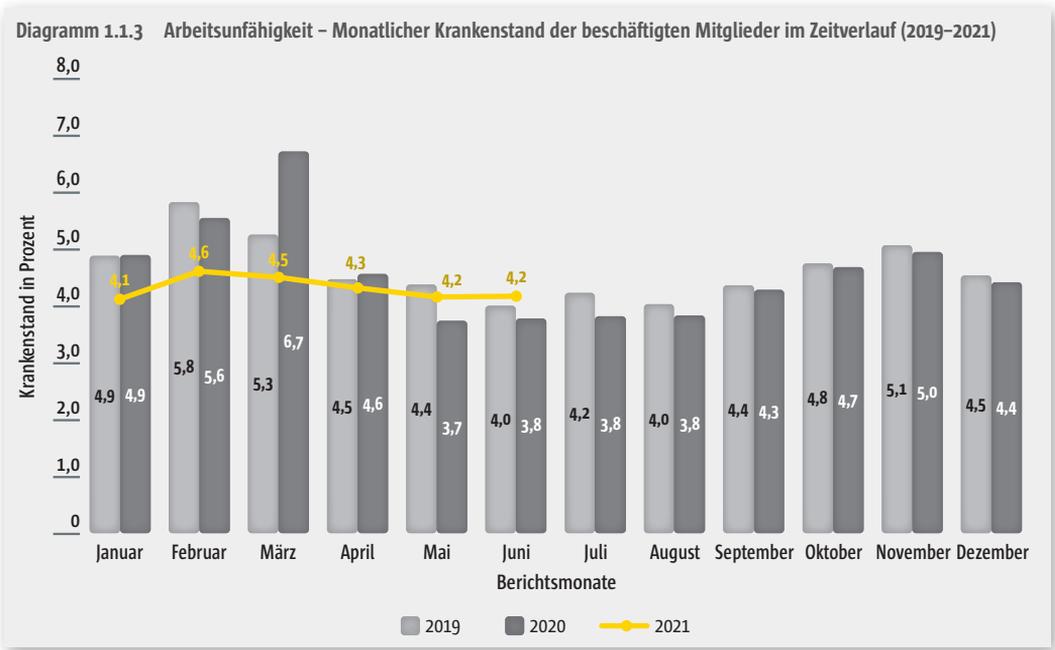
Im Zeitraum zwischen 9. März – 31. Mai 2020 bzw. seit dem 19. Oktober 2020¹ kann eine Arbeitsunfähigkeit bis zu 7 Tagen nach telefonischer Anamnese bei Versicherten mit Erkrankungen der oberen Atemwege, die keine schwere Symptomatik bzw. keine COVID-19-Symptomatik aufweisen, fernmündlich ohne persönlichen Arztkontakt festgestellt werden. Die Dauer der Krankschreibung kann auf gleichem Weg um maximal 7 weitere Kalendertage verlängert werden. Diese Anpassung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie wurde zur Vermeidung der Verbreitung zusätzlicher Atemwegsinfektionen im Rahmen des regulären Arzt-Patienten-Kontaktes eingeführt.

1 Zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Textes, war benannte Regelung bis zum 31.12.2021 gültig.

1.1.2 Entwicklung im Jahr 2021

- Vor allem im ersten Quartal des Jahres 2021 sind wesentlich niedrigere Krankenstände als in den Vorjahren zu verzeichnen.
- Insbesondere die AU-Zeiten, die im Zusammenhang mit meist leichten und kurzfristigen Atemwegserkrankungen in Verbindung stehen, sind in diesem Zeitraum stark zurückgegangen.
- Neben den durch die Coronavirus-Pandemie geltenden Hygiene- und Abstandsregeln, sind die vermehrte Nutzung des mobilen Arbeitens und die Möglichkeit, sich ohne direkten Arztkontakt bei leichten Atemwegsinfekten krankschreiben zu lassen, für den deutlichen Rückgang verantwortlich.

Neben den kalenderjährlichen Statistiken, stehen zusätzlich monatliche AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder zur Verfügung. Es handelt sich hierbei um eine monatliche Vollerhebung des AU-Geschehens. Berichtet werden die AU-Tage bzw. der Krankenstand insgesamt, sowie mit zusätzlicher Differenzierung nach Altersgruppen, Wirtschaftsgruppen, Berufsgruppen, Diagnosehauptgruppen und Bundesländern. Die monatliche Krankenstandstatistik ermöglicht es, schon frühzeitig Trends sowie saisonale Entwicklungen im laufenden Jahr zu erkennen.



Die Monatsstatistik der beschäftigten Mitglieder der Betriebskrankenkassen steht allen Interessierten auf der Internetseite des BKK Dachverbandes zur Verfügung. Aktuell werden deutschlandweit monatlich jeweils circa 4 Millionen Beschäftigte in diese Auswertung eingeschlossen. Insbesondere die Detailauswertungen nach Wirtschafts- und Berufsgruppen werden von zahlreichen Akteuren aus der Arbeitswelt als Referenz- und Vergleichswerte für eigene Analysen genutzt.

Ein Blick auf die aktuelle Entwicklung im Jahr 2021 zeigt, dass insbesondere im I. Quartal 2021 sehr niedrige Krankenstände zu verzeichnen sind (»» Diagramm 1.1.3). Dabei handelt es sich nicht nur im Vorjahresvergleich, sondern auch in der Betrachtung der letzten Dekade, um die mit Abstand niedrigsten Monatswerte im ersten Viertel eines Jahres. Was für diesen deutlichen Rückgang im Detail ursächlich ist, wird im »» Diagramm 1.1.4 sichtbar.

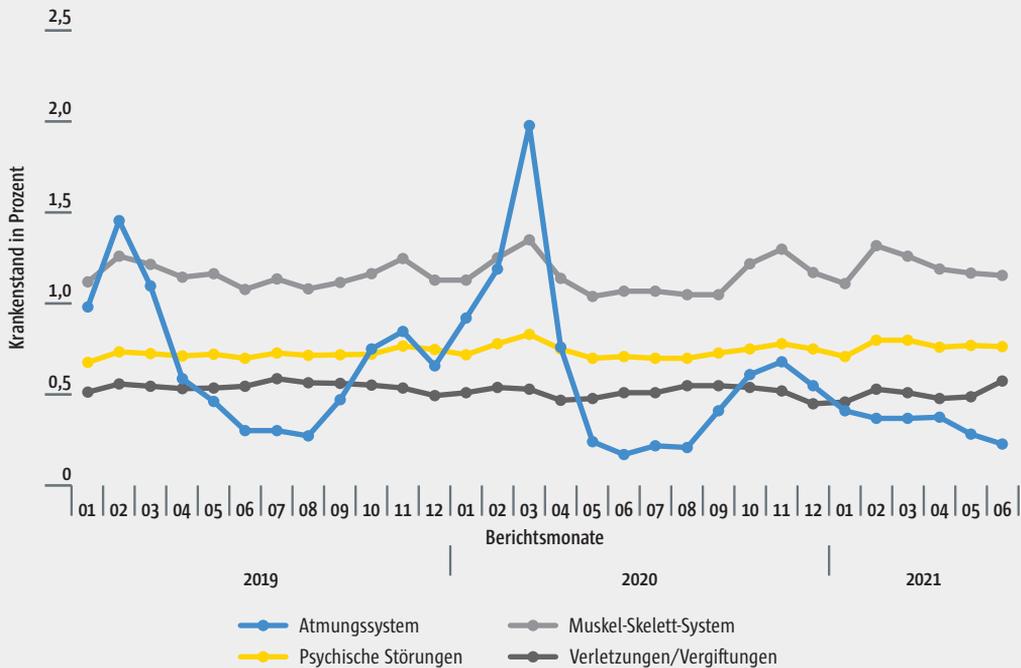
Die Grippe- und Erkältungswellen führen meist im I. Quartal eines Jahres dazu, dass der Krankenstand aufgrund von Atemwegserkrankungen deutlich ansteigt, während diese Erkrankungen im restlichen Kalenderjahr für das AU-Geschehen nur eine untergeordnete Rolle spielen. Dies ist sehr gut in den ersten Quartalen der Jahre 2019 und 2020 zu erkennen. Dieser Effekt bleibt aber im Frühjahr 2021 kom-

plett aus. Die Gründe hierfür sind vielfältig: Neben den durch die Coronavirus-Pandemie geltenden AHA-Regeln, sowie der vermehrten Nutzung des mobilen Arbeitens, spielt sicher auch die bereits benannte Möglichkeit der fernmündlichen Krankenschreibung bei leichten Atemwegserkrankungen eine Rolle. Diese hat, entgegen aller Befürchtungen, nicht zu einem massenhaften Missbrauch geführt, sondern im Gegenteil die gegenseitige Ansteckung in den Wartezimmern der Arztpraxen unterbunden. Insofern ist davon auszugehen, dass eine Verstärkung dieser Regelung auch in Zukunft dazu führen wird, den saisonalen Anstieg des Krankenstands deutlich abzuschwächen.

1.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen

- Im Jahr 2020 sind Atemwegserkrankungen (26,2%), gefolgt von Muskel-Skelett-Erkrankungen (17,4%) und Erkrankungen des Verdauungssystems (9,2%) die häufigsten Gründe für AU-Fälle.
- Die meisten AU-Tage verursachen die Muskel-Skelett-Erkrankungen (24,6%), psychische Störungen (17,5%) und Atemwegserkrankungen (14,0%).

Diagramm 1.1.4 Arbeitsunfähigkeit – Monatlicher Krankenstand der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2019–2021)



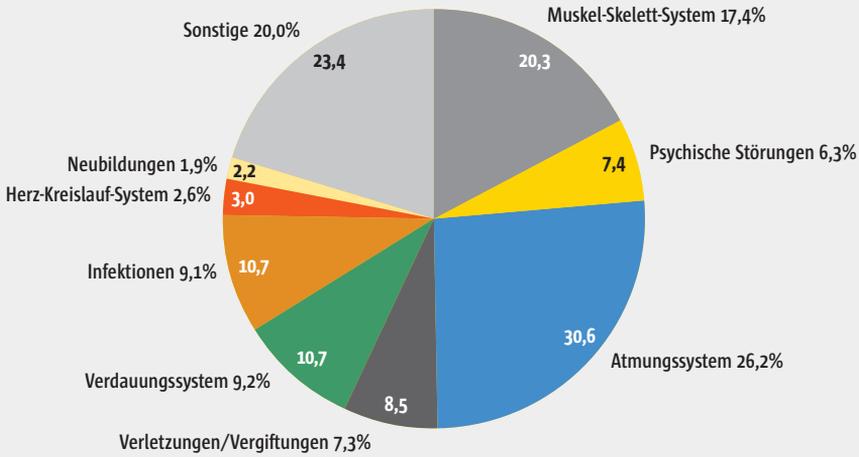
- Aufgrund der Coronavirus-Pandemie sind deutliche Rückgänge bei den AU-Fällen bzw. AU-Tagen vor allem bei Atemwegserkrankungen, Infektionen und Krankheiten des Verdauungssystems zu verzeichnen.

Für mehr als jeden sechsten AU-Fall (17,4%) und rund jeden vierten AU-Tag (24,6%) sind im Jahr 2020 Muskel- und Skeletterkrankungen verantwortlich. Dagegen geht mehr als jeder vierte AU-Fall (26,2%) aber nur 14,0% aller AU-Tage auf eine Atemwegserkrankung als Ursache zurück – ein Hinweis, dass es sich hierbei vor allem um Kurzeiterkrankungen handelt. Umgekehrt verhält es sich bei den psychischen Störungen, die zwar nur für 6,3% der AU-Fälle verantwortlich sind, aber im Verhältnis dazu einen fast dreimal so hohen Anteil an den AU-Tagen (17,5%) innehaben. Allein diese drei Diagnosehauptgruppen sind somit für fast exakt bzw. mehr als die Hälfte aller AU-Fälle (49,9%) bzw. AU-Tage (56,1%) bei den Beschäftigten verantwortlich. Weitere, für das AU-Geschehen der Beschäftigten relevante Krankheitsarten, sind im **»»** Diagramm 1.1.5 bzw. im **»»** Diagramm 1.1.6 dargestellt.

In **»»** Tabelle 1.1.2 sind ergänzend die diagnose-spezifischen Veränderungen der AU-Tage für das Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr abgebildet. Aufgrund der im Jahr 2020 faktisch nicht vorhandenen Grippe- und Erkältungswelle, sind insbesondere die AU-Tage in Verbindung mit Atemwegserkrankungen (-4,0%) sowie Infektionen (-8,3%) deutlich zurückgegangen. Gleiches gilt für die Fehltag aufgrund von Erkrankungen des Verdauungssystems (-8,0%). Für den Rückgang bei den drei genannten Krankheitsarten dürften zusätzlich auch die pandemiebedingten AHA-Regeln mitverantwortlich sein. Ein ebenfalls deutlicher Rückgang zeigt sich bei den Verletzungen und Vergiftungen (-5,3%). Hier spielt vermutlich das vermehrte Arbeiten im Homeoffice sowie das dadurch reduzierte Risiko von Wegeunfällen eine Rolle. Die mit +3,1% größte Zunahme ist hingegen bei den AU-Tagen aufgrund psychischer Störungen zu verzeichnen.

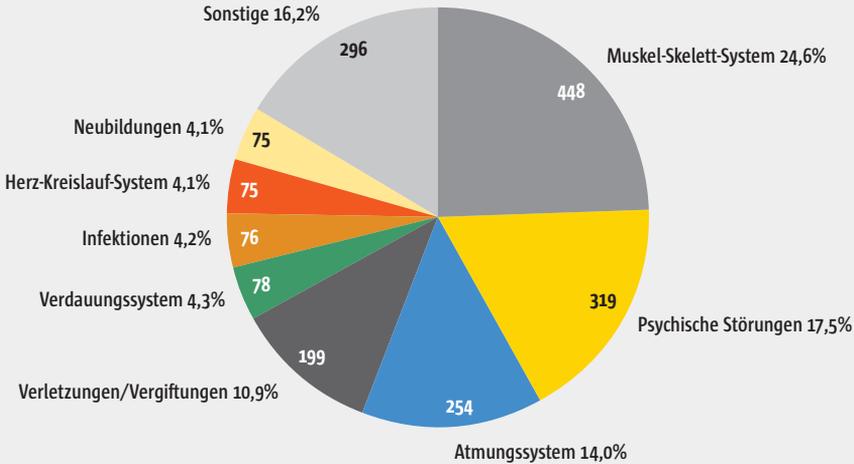
Um langfristige Entwicklungen in den AU-Kennzahlen abzubilden, ist die Betrachtung eines größeren Zeitausschnitts sinnvoll, wie er für die AU-Fälle in **»»** Diagramm 1.1.7 bzw. für die AU-Tage in **»»** Diagramm 1.1.8 dargestellt ist. Anhand der

Diagramm 1.1.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)



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

Diagramm 1.1.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)



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

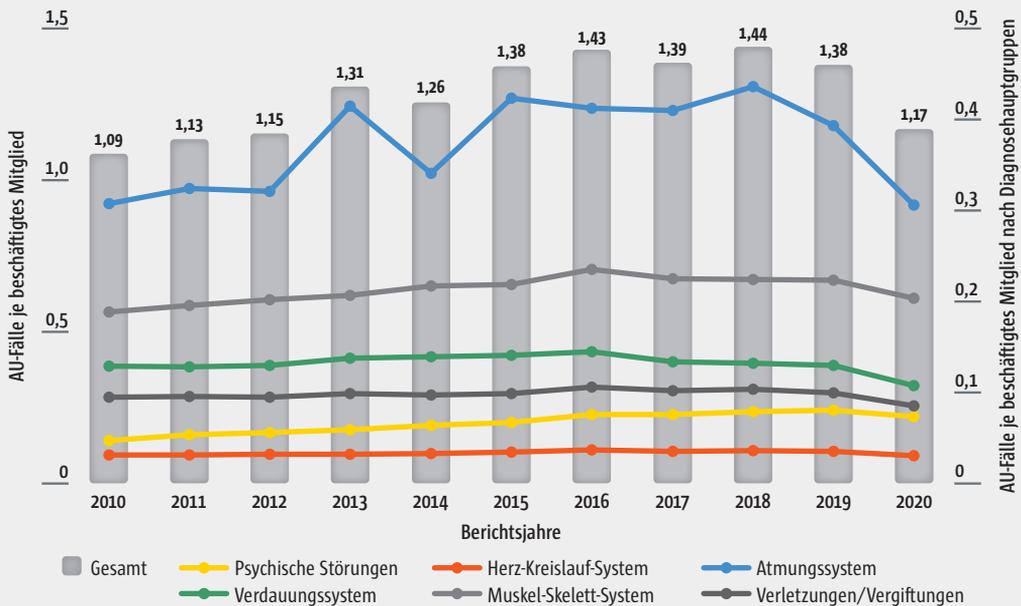
Gesamtkennzahlen wird eine Zunahme der AU-Fälle (+7,3%) bzw. AU-Tage (+31,4%) über den gesamten Beobachtungszeitraum erkennbar. Gleichzeitig zeigen sich in den Jahren 2013, 2015 und 2018 besonders hohe Werte, die mit den jeweils stark ausgeprägten Grippe- und Erkältungswellen zusammenhängen. Das

lässt sich eindrücklich an den jeweiligen Spitzen in den Fehlzeiten aufgrund von Atemwegserkrankungen zeigen. Ebenfalls gut erkennbar ist der im Kontext mit dem Ausbleiben der Grippe- und Erkältungswelle erklärable Einbruch bei den AU-Fällen aufgrund von Atemwegserkrankungen im Jahr 2020,

Tabelle 1.1.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2020)

Diagnosehauptgruppen	Berichtsjahr 2020	Berichtsjahr 2019	Veränderungen zum Vorjahr	
	AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder		in AU-Tagen je 100 beschäftigte Mitglieder	in Prozent
Muskel-Skelett-System	448	449	-0,7	-0,2
Psychische Störungen	319	310	+9,5	+3,1
Atmungssystem	254	265	-10,7	-4,0
Verletzungen/Vergiftungen	199	210	-11,2	-5,3
Verdauungssystem	78	85	-6,8	-8,0
Herz-Kreislauf-System	75	77	-1,5	-1,9
Infektionen	76	83	-6,9	-8,3
Neubildungen	75	75	-0,7	-0,9
Sonstige	296	291	+5,0	+1,7
Gesamt	1.821	1.845	-24,0	-1,3

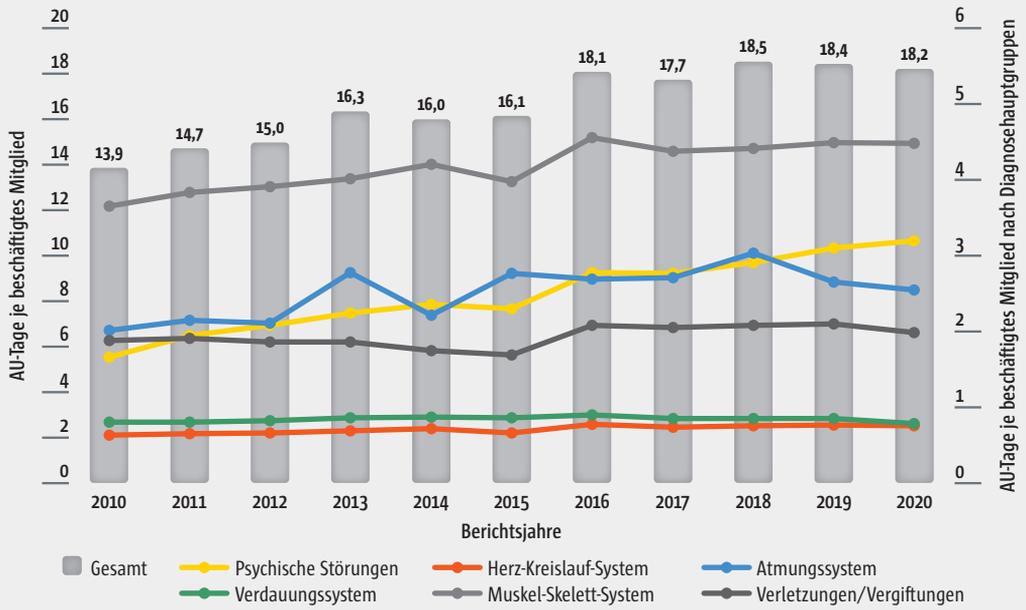
Diagramm 1.1.7 Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2010–2020)



mit dem niedrigsten Wert im gesamten Beobachtungszeitraum. Weiterhin wird deutlich, dass im Jahr 2016 sowohl für die AU-Fälle als auch für die AU-

Tage, trotz gering ausgeprägter Grippe- und Erkältungswelle, eine deutliche Zunahme auftritt. Dies ist mit der bereits im Kontext der (1) Diagramm 1.1.1.)

Diagramm 1.1.8 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2010–2020)



beschriebenen Umstellung in der Zählweise ab dem Jahr 2016 begründet. Insofern ist ein Vergleich mit den Vorjahren nur eingeschränkt möglich.

Bezogen auf den Zeitraum 2016 bis 2020 sind bei den AU-Fällen mit -18,4% ein deutlicher Rückgang und bei den AU-Tagen mit +0,6% kaum Veränderungen zu verzeichnen. Diese ungleiche Entwicklung der AU-Kennzahlen ist dadurch bedingt, dass vor allem die AU-Fälle in Verbindung mit Kurzeiterkrankungen deutlich zurückgegangen sind, wie in **III** Diagramm 1.1.2 zu sehen ist.

Entsprechend unterscheiden sich die Veränderungsdaten für Erkrankungen mit einer geringen durchschnittlichen Falldauer (**III** Diagramm 1.1.9), wie Atemwegserkrankungen (AU-Fälle: -25,7%; AU-Tage: -5,5%) oder Krankheiten des Verdauungssystems (AU-Fälle: -26,1%; AU-Tage: -12,8%) von solchen mit einer wesentlich höheren Falldauer, wie psychische Störungen (AU-Fälle: -2,5%; AU-Tage: +15,1%). Die geringe Veränderung bei den AU-Tagen wird dagegen primär durch die wesentlich seltener auftretenden Langzeiterkrankungen bestimmt, da hier schon wenige Fälle überproportional viele AU-Tage verursachen.

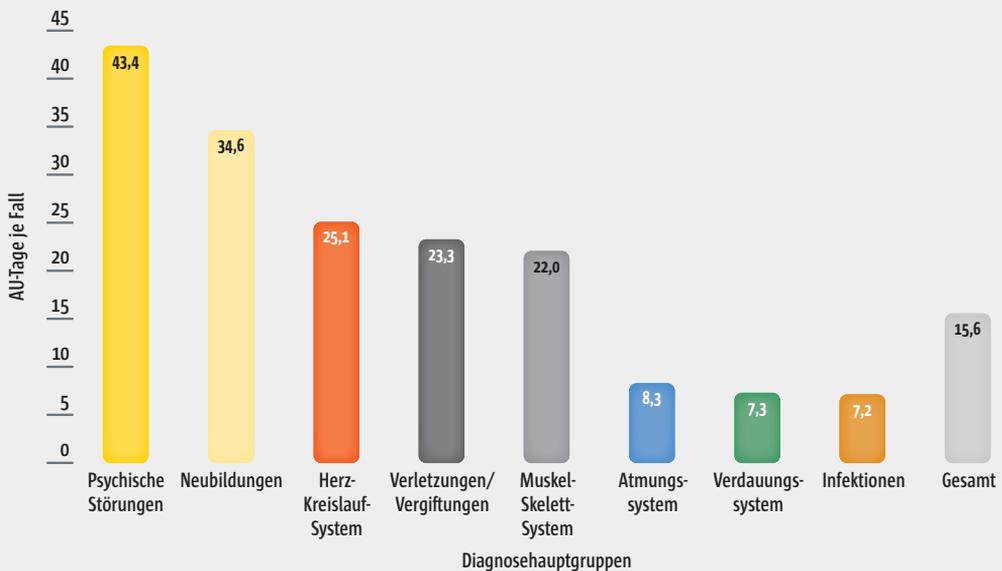
- Während im Jahr 2019 noch jeder vierte Beschäftigte (25,3%) mindestens einmal wegen einer Atemwegserkrankung arbeitsunfähig war, betrifft dies im Jahr 2020 nur etwa jeden fünften Beschäftigten (20,9%).
- Durch den massiven Rückgang der AU-Fälle im Zusammenhang mit Kurzeiterkrankungen ist die durchschnittliche Falldauer sprunghaft angestiegen (2019: 13,4 Tage je Fall; 2020: 15,6 Tage je Fall).
- Bei den relativ selten auftretenden AU-Fällen aufgrund von psychischen Störungen oder Neubildungen ist die Wahrscheinlichkeit am höchsten, dass solche Fälle zu einem Krankengeldbezug führen.

In **III** Tabelle 1.1.3 sind ergänzend zu den schon in **III** Tabelle 1.1.2 aufgeführten Kennzahlen, die AU-Quoten für die drei im AU-Geschehen wichtigsten Krankheitsarten aufgeführt. Die geringsten Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr zeigen sich bei den AU-Quoten aufgrund von psychischen Störungen. Weiterhin weist der überwiegende Teil der Beschäftigten keinen AU-Fall aufgrund dieser Krankheitsart auf (2020: 94,7%; 2019: 94,3% ohne AU-Fall), gleiches gilt auch für die Muskel- und Skeletterkrankungen (2020: 86,9%; 2019: 85,9% ohne AU-Fall).

Tabelle 1.1.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)

Anzahl der AU-Fälle	Muskel-Skelett-System	Atmungssystem	Psychische Störungen
	Anteile in Prozent		
kein AU-Fall	86,9	79,1	94,7
1 AU-Fall	9,6	15,8	4,4
2 AU-Fälle	2,5	3,9	0,7
3 und mehr AU-Fälle	1,1	1,2	0,2

Diagramm 1.1.9 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage je Fall der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)

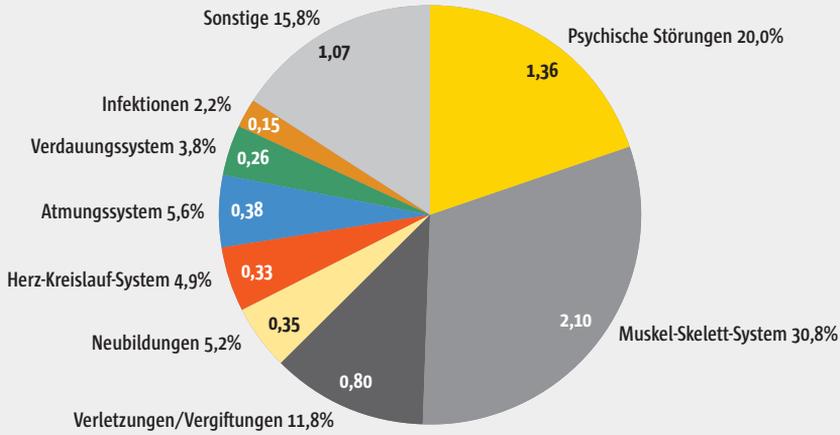


Erwartungsgemäß deutlich abgenommen hat der Anteil der Beschäftigten mit mindestens einer Atemwegserkrankung. Im Jahr 2019 waren mit 25,3% aufgrund der Grippe- und Erkältungswelle deutlich mehr Beschäftigte mindestens einmal im Jahr krankgeschrieben als dies 2020 mit 20,9% der Fall war.

Ein Blick auf die Falldauern nach den für das AU-Geschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen zeigt eine identische Reihung im Vergleich zu den Vorjahren (»» Diagramm 1.1.9). Nach wie vor sind die psychischen Störungen mit einer Falldauer von über 6 Kalenderwochen an der Spitze der Auflistung zu finden, gefolgt von den Neubildungen mit knapp

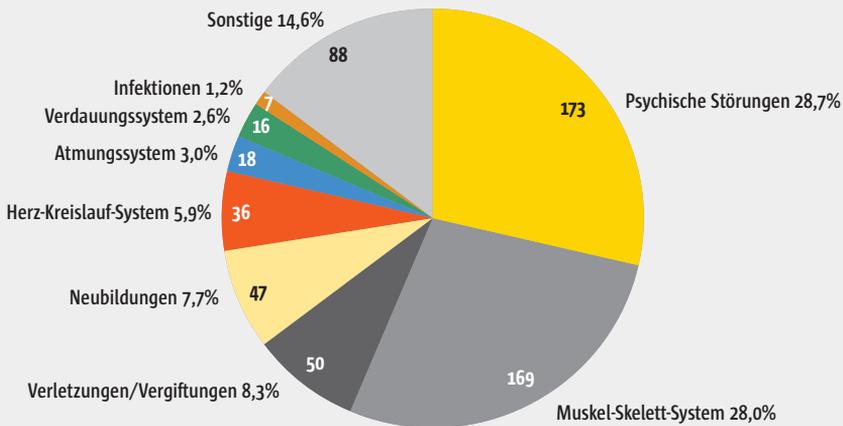
5 Kalenderwochen, sowie den Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit mehr als 3 Wochen Arbeitsunfähigkeitsdauer pro Fall. Insgesamt hat die durchschnittliche Falldauer mit 15,6 AU-Tagen je Fall im Vergleich zu den Vorjahren einen deutlichen Sprung gemacht (2016–2019: 12,7–13,4 AU-Tage je Fall). Hier dürfte ebenfalls der überdurchschnittliche Rückgang bei den Kurzzeiterkrankungen und somit die höhere Gewichtung der Langzeit-AU-Fälle eine Rolle spielen. Insbesondere bei den drei Krankheitsarten mit den längsten Falldauern ist im Vergleich zu den Vorjahren ein Anstieg zwischen 3 bis 5 Kalendertagen je Fall zu verzeichnen. Im Zusammenhang mit dem diagnosespezifischen Rückgang bei den AU-Fällen ist zu

Diagramm 1.1.10 Arbeitsunfähigkeit – KG-Fälle der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)



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

Diagramm 1.1.11 Arbeitsunfähigkeit – KG-Tage der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)



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

vemuten, dass auch bei diesen Krankheitsarten insbesondere die Kurzzeitfälle seltener als in der Vorjah- ren auftreten und sich somit die Zunahme bei den Falldauern erklären lassen.

Wie bereits in ►► Diagramm 1.1.2 zu erkennen ist, treten Langzeiterkrankungen zwar sehr selten

auf, sie sind jedoch im Verhältnis dazu für einen überproportional großen Teil aller AU-Tage verantwort- lich. In der Regel erhält ein Beschäftigter in den ersten sechs Wochen seiner Erkrankung Entgeltfort- zahlung durch seinen Arbeitgeber. Dauert die Er- krankung länger, erhält der Beschäftigte im An-

schluss an diese sechs Wochen von seiner Krankenkasse Krankengeld. Welche Krankheitsarten bei diesen Krankengeldfällen (KG-Fälle) bzw. Krankengeldtagen (KG-Tage) besonders häufig vorkommen, zeigen **»»»** Diagramm 1.1.10 bzw. **»»»** Diagramm 1.1.11. Wie bereits in den Vorjahren sind die Muskel-Skelett-Erkrankungen und die psychischen Störungen zusammen für mehr als die Hälfte aller KG-Fälle (50,8%) bzw. KG-Tage (56,7%) verantwortlich. Darüber hinaus wird mehr als jeder fünfte KG-Fall (21,8%) bzw. KG-Tag (21,9%) bei den Beschäftigten durch Verletzungen/Vergiftungen, Neubildungen und Herzkreislauf-Erkrankungen verursacht. Aufschlussreich ist zudem auch ein Blick auf die diagnosespezifischen Anteile der KG-Kennzahlen im Verhältnis zu den Gesamt-AU-Kennzahlen. Mit einem Anteil von 18,5% bzw. 16,3% der KG-Fälle an allen AU-Fällen und 54,2% bzw. 62,6% der KG-Tage an allen AU-Tagen ist bei psychischen Störungen bzw. Neubildungen die Wahrscheinlichkeit am höchsten, dass diese bei den Beschäftigten relativ selten auftretenden AU-Ursachen in einen Krankengeldbezug münden, da es sich meist um langwierige Erkrankungen handelt. Weitere Kennzahlen nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht bezogen auf die Krankengeldleistungen finden sich in **»»»** Tabelle A.2.

Exkurs Kinderkrankengeld

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

»»» Sonderregelungen zum Kinderkrankengeld im Jahr 2020

Seit dem 30. März 2020 haben Beschäftigte, die aufgrund einer durch die Coronavirus-Pandemie notwendig gewordenen Kinderbetreuung ihrer Arbeit nicht nachgehen kön-

nen, im Rahmen der Regelungen des Infektionsschutzgesetzes (§ 56 IfSG) die Möglichkeit, ihren Verdienstaussfall auszugleichen. Konkret bedeutet das, dass Beschäftigte für die ersten 6 Wochen weiterhin ihr Entgelt vom Arbeitgeber erhalten. Ab der 7. Kalenderwoche müssen Beschäftigte diesen Anspruch direkt bei der zuständigen Behörde beantragen. Diese Ausfallzeiten werden allerdings nicht in den hier dargestellten Kinderkrankengeld-Kennzahlen abgebildet.

Zusätzlich wurde mit Inkrafttreten des Krankenhaus-zukunftsgesetzes (KHZG) am 29.10.2020 die Anspruchsdauer auf das Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V für das Kalenderjahr 2020 erhöht. Pro Kind beträgt der Anspruch nun maximal 15 Tage (bisher 10 Tage), bei mehreren Kindern maximal 35 Tage (bisher 25 Tage). Bei Alleinerziehenden wurde der Anspruch bei einem Kind auf maximal 30 Tage (bisher 20 Tage) bzw. bei mehreren Kindern auf maximal 70 Tage (bisher 50 Tage) erhöht.

Im **»»»** Diagramm 1.1.12 sind die KKG-Fälle und -Tage aufgeschlüsselt nach dem Geschlecht der Betreuungsperson (in der Regel ein Elternteil) dargestellt. Wie in den vergangenen Jahren wird die Betreuung von erkrankten Kindern in der Mehrheit der Fälle von den beschäftigten Frauen realisiert. Bezogen auf alle KKG-Fälle bzw. KKG-Tage übernehmen die weiblichen Beschäftigten mehr als dreimal so häufig wie die Männer die Betreuung des erkrankten Kindes. Neben einem tradierten sozialen Rollenverständnis beeinflusst sicher auch die meist – zu Ungunsten der Frauen – ungleiche Einkommenssituation bei Doppelverdienern die Entscheidung für die Wahl der Betreuungsperson des Kindes. Der erkennbare deutliche Rückgang der KKG-Kennzahlen im Jahr 2020 hat vermutlich mehrere Ursachen: Zum einen geht durch die Sonderregelung im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes ein Teil der bisher bescheinigten Kinderkrankengeldtage nicht mehr in die vorliegende Statistik ein. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass ein nicht unerheblicher Teil der Beschäftigten nicht nur im Homeoffice tätig war, sondern zeitgleich die Betreuung ihrer ggf. auch kranken Kinder übernommen hat und eine ärztliche Bescheinigung somit nicht zwingend notwendig war. Des Weiteren ist es durch den massiven Rückgang der Atemwegserkrankungen im Jahr 2020 insbesondere in der Gruppe der Kinder nicht unwahrscheinlich, dass es sich größtenteils um einen realen Rückgang der KKG-Zahlen aufgrund des Krankheitsgeschehens handelt.

Diagramm 1.1.12 Arbeitsunfähigkeit – Kinderkrankengeld (KKG)-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Geschlecht im Zeitverlauf (2016–2020)



- Akute Infektionen der oberen Atemwege (J06), Rückenschmerzen (M54) und depressive Episoden (F32) sind nach wie vor die drei wichtigsten Einzeldiagnosen für das AU-Geschehen.
- Depressionen (F32, F33) treten zwar relativ selten als AU-Grund auf, verursachen dann aber meist überdurchschnittlich hohe Ausfallzeiten pro Fall.

Wurden in den bisherigen Analysen die wichtigsten Kennzahlen des AU-Geschehens auf Ebene der Diagnosehauptgruppen dargestellt, so rücken im folgenden Teil spezifische Einzeldiagnosen (im Folgenden Diagnosen genannt) in den Fokus. Dabei liegt das Hauptaugenmerk vor allem auf den drei Diagnosehauptgruppen, die den größten Anteil der AU-Tage der beschäftigten Mitglieder auf sich vereinen (»»» Diagramm 1.1.6). Da AU-Fälle und -Tage bei einzelnen Diagnosen zum Teil nur mit geringer Häufigkeit vorkommen, werden die Kennzahlen in diesem Abschnitt überwiegend je 1.000 Beschäftigte dargestellt. Weitere geschlechtsspezifische Auswertungen für die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen sind im »»» Kapitel 1.2 zu finden.

Insgesamt neun von zehn der nach AU-Tagen häufigsten Diagnosen gehören zu den drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen im AU-Geschehen: Gleich je-

weils vier Diagnosen sind der Gruppe der psychischen Störungen bzw. den Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie eine weitere den Atemwegserkrankungen zuzuordnen. Wie erwartet, sind die deutlichsten Rückgänge bei den AU-Fällen im Vergleich zum Vorjahr bei den Diagnosen, die in Verbindung mit einer Infektion stehen, zu verzeichnen. Bei den psychischen Störungen, insbesondere bei den Depressionen, zeigt sich hingegen trotz einer relativ unveränderten Fallzahl ein überdurchschnittlicher Anstieg der Falldauern. Betrug diese z. B. bei der depressiven Episode (F32) im Jahr 2019 noch 56,3 Tage je Fall, so liegt dieser Wert im Jahr 2020 bei 64,6 Tagen je Fall. Ein ähnliches Bild zeigt sich für die rezidivierende depressive Störung (F33) mit einer Zunahme um +9,3 Tage je Fall zwischen 2019 und 2020 (»»» Tabelle 1.1.4).

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

Tabelle 1.1.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2020)

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	187,2	1.454	7,8
M54	Rückenschmerzen	80,2	1.246	15,5
F32	Depressive Episode	14,5	936	64,6
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	25,6	773	30,2
F33	Rezidivierende depressive Störung	5,0	391	78,9
M75	Schulterläsionen	10,5	387	37,0
F48	Andere neurotische Störungen	11,4	351	30,7
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	8,9	325	36,7
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	50,3	275	5,5
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	12,9	264	20,5

1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Im folgenden Abschnitt wird das AU-Geschehen der Beschäftigten nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen betrachtet. Die Auswahl der entsprechenden Merkmale erfolgt insbesondere nach ihrem Einfluss auf die AU-Kennzahlen. Neben dem Alter und dem Geschlecht, stellt auch der Versichertenstatus, als ein indirekter Indikator der sozialen Lage, einen wichtigen Einflussfaktor für das AU-Geschehen dar. Bildungsvariablen, wie der höchste Schul- bzw. Berufsabschluss, finden ebenfalls Eingang in die Betrachtung. Die berufliche Tätigkeit und die damit verbundenen Merkmale, die im weiteren Sinne auch zur Soziodemografie gehören, werden in **»** Kapitel 1.4 im Kontext der arbeitsweltlichen Betrachtung separat dargestellt.

Neben der Betrachtung der allgemeinen AU-Kennzahlen der Beschäftigten, fokussiert sich dieser Teil zudem auf die für den AU-Bereich drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen: Die Muskel-Skelett-Erkrankungen, die psychischen Störungen sowie die Krankheiten des Atmungssystems. Vertiefend werden zusätzlich die aus den jeweiligen Krankheitsgruppen wichtigsten Diagnosen dargestellt.

1.2.1 AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht

- Beschäftigte Männer weisen über alle Altersgruppen hinweg im Durchschnitt weniger AU-Fälle bzw. AU-Tage als ihre weiblichen Kolleginnen auf.
- Bei älteren Beschäftigten tritt zwar viel seltener als bei den jüngeren Kollegen eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit auf, allerdings sind die Älteren in solch einem Fall im Mittel deutlich länger als die Jüngeren krankgeschrieben.

In **»** Diagramm 1.2.1 sind die AU-Fälle und AU-Tage der Beschäftigten nach Altersgruppen und Geschlecht² dargestellt. Über alle Altersgruppen hinweg weisen Frauen durchschnittlich mehr AU-Fälle sowie mehr AU-Tage auf. Der größte Geschlechtsunterschied – zuungunsten der Frauen – tritt mit einer Differenz von über vier AU-Tagen in der Altersgruppe der über 65-jährigen Beschäftigten auf.

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

Bezüglich der AU-Quote zeigen sich zwischen beschäftigten Frauen und Männern insgesamt ebenfalls geringe Unterschiede zuungunsten der Frauen (**»** Tabelle 1.2.1). 52,9% der Männer und 48,6% der Frauen weisen in 2020 gar keinen AU-Fall auf, jeweils etwas mehr als ein Fünftel ist maximal einmal im Jahr krankgeschrieben und etwa jeder Vierte hat zwei oder mehr Krankschreibungen im Jahr zu verzeichnen. Betrachtet man zusätzlich das Alter, so ist zu erkennen, dass der Anteil derjenigen ohne AU-Fall im Jahr mit zunehmendem Alter geringer wird.

2 Beschäftigte mit diversem Geschlecht weisen im Jahr 2020 keine AU-Fälle bzw. AU-Tage auf.

Diagramm 1.2.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

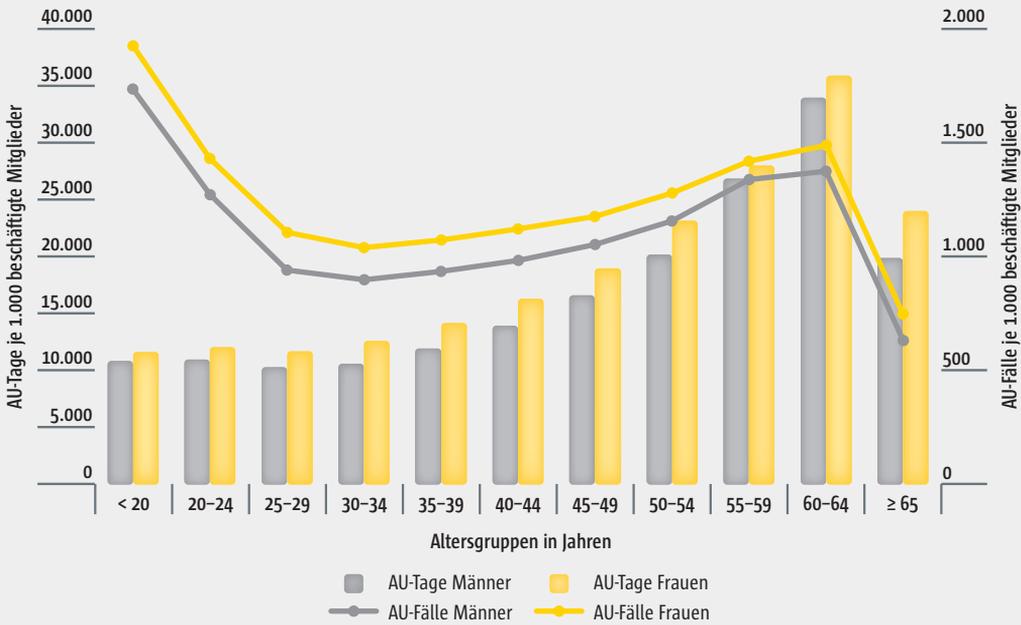


Tabelle 1.2.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

Anzahl der AU-Fälle	unter 35 Jahre		35 bis 49 Jahre		50 Jahre und älter		Gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Anteile in Prozent								
kein AU-Fall	58,6	54,2	55,0	50,2	46,0	41,8	52,9	48,6
1 AU-Fall	19,7	20,9	21,8	23,4	23,7	25,2	21,8	23,2
2 AU-Fälle	10,1	11,3	11,4	12,7	13,9	15,3	11,9	13,1
3 und mehr AU-Fälle	11,6	13,7	11,8	13,7	16,4	17,7	13,4	15,1

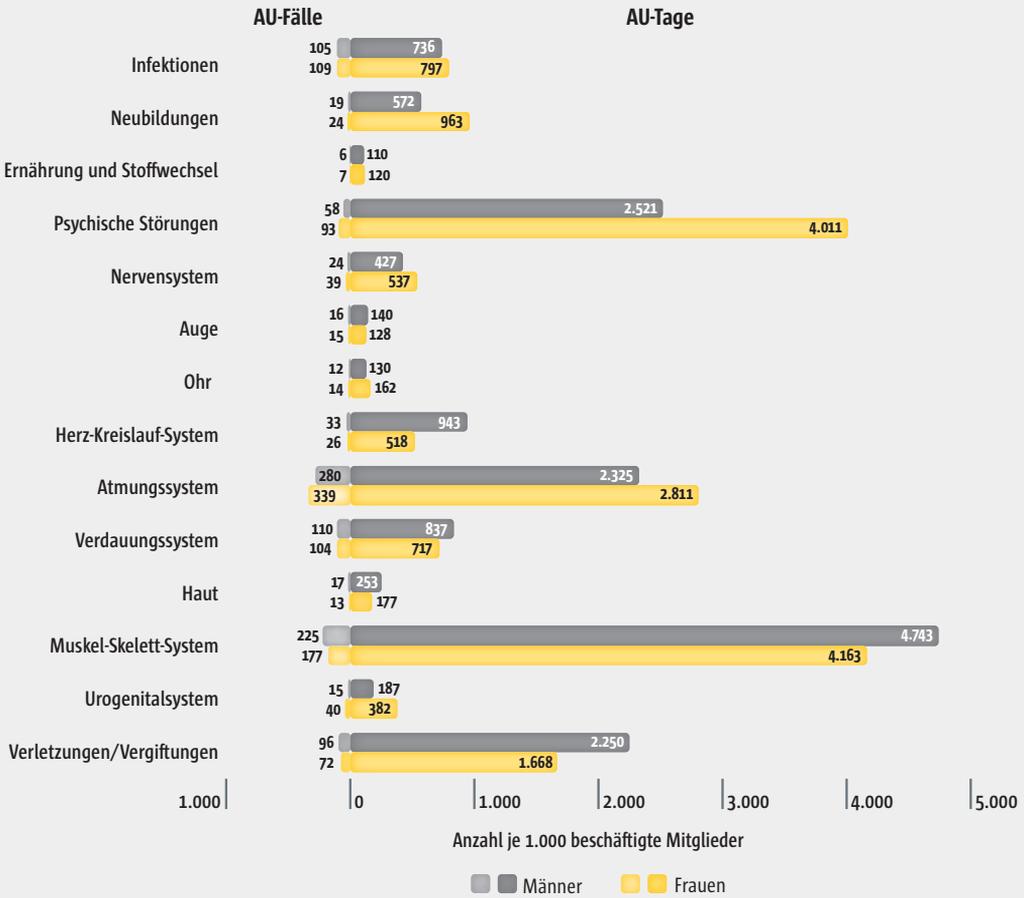
41,8% der Frauen und 46,0% der Männer, die 50 Jahre und älter sind, haben im Jahr gar keinen AU-Fall. Bei den unter 35-Jährigen sind diese Anteile mit 54,2% bei den Frauen und 58,6% bei den Männern deutlich höher ausgeprägt.

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

Männliche Beschäftigte weisen vor allem bei den Verletzungen und Vergiftungen, den Muskel-Ske-

lett-Erkrankungen sowie bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen durchschnittlich deutlich mehr AU-Fälle und AU-Tage als die weiblichen Beschäftigten auf. Dagegen sind bei Frauen im Mittel wesentlich mehr Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen, Atemwegserkrankungen und Neubildungen zu finden. Bei den psychischen Störungen ist die Geschlechterdifferenz mit deutlich mehr als einem AU-Tag am größten. Für alle anderen Diagnosehauptgruppen fallen die Unterschiede zwischen Männern und Frauen wesentlich geringer aus. Die Ursachen für

Diagramm 1.2.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



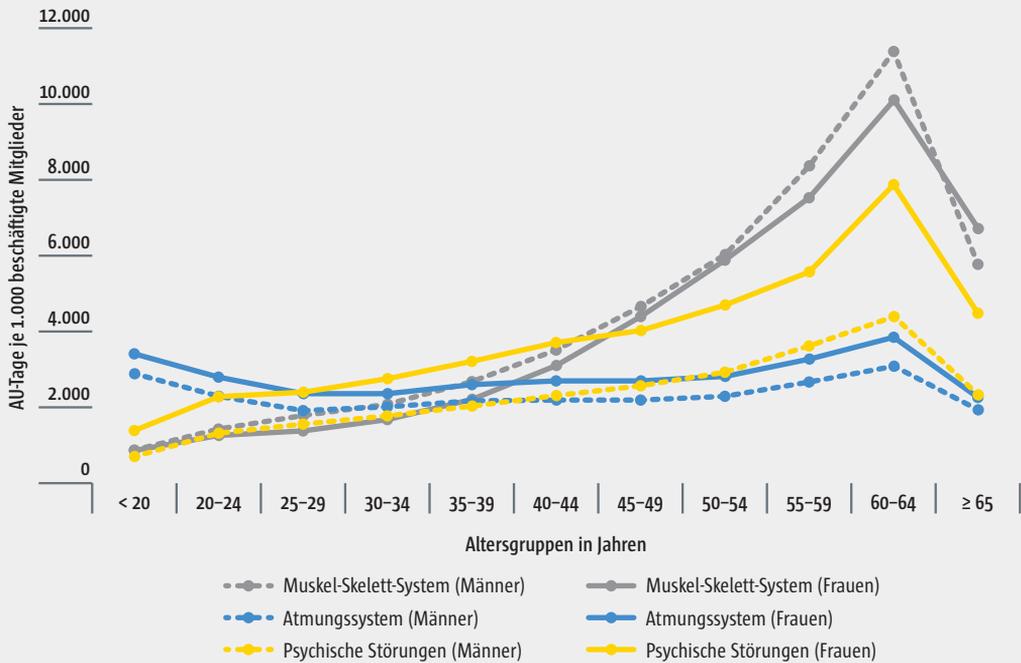
diese Geschlechtsunterschiede sind vielfältig, wobei biologische (unterschiedliche Anatomie), soziale (unterschiedliche Sozialisation im Umgang mit dem eigenen Körper) aber auch arbeitsweltliche (unterschiedliche Berufspräferenzen bei Männern und Frauen) Faktoren in Kombination miteinander wirksam werden.

In **»»»** Diagramm 1.2.3 sind die AU-Tage der drei für das AU-Geschehen wichtigsten Krankheitsarten differenziert nach Alter und Geschlecht dargestellt. Zu erkennen ist, dass Frauen altersunabhängig im Mittel mehr AU-Tage verursacht durch Atemwegserkrankungen bzw. durch psychische Störungen als Männer aufweisen. Dagegen wird für die AU-Tage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen ein Geschlechtsunterschied über die Mehrheit der Al-

tersgruppen zuungunsten der Männer sichtbar. Die Fehltag aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen sind zudem diejenigen, die altersbedingt den stärksten Anstieg verzeichnen. Auf einem geringeren Niveau ist diese altersbedingte Zunahme ebenfalls bei den psychischen Störungen zu beobachten, bei den Atemwegserkrankungen zeigt sich nahezu kein Zusammenhang mit dem Alter der Beschäftigten. Wiederum wird hier für alle Krankheitsarten der bereits beschriebene *healthy worker effect* bei den über 65-Jährigen als augenscheinlich besonders gesunde Beschäftigtengruppe sichtbar.

Ein Blick auf die durchschnittliche Dauer je Fall für die beschriebenen Diagnosehauptgruppen zeigt hingegen, dass sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die längste Falldauer jeweils bei den über

Diagramm 1.2.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



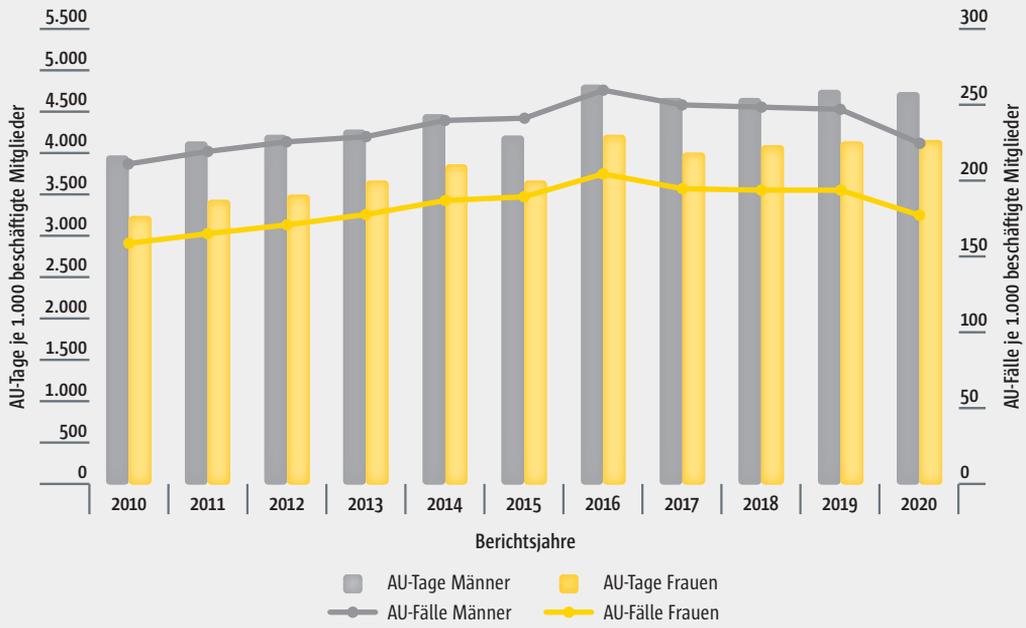
65-Jährigen auftritt. Wird also eine Person aus dieser Gruppe arbeitsunfähig, was gemessen an den AU-Fällen wesentlich seltener als in allen anderen Altersgruppen auftritt, so ist dies in dieser Altersgruppe mit einer längeren durchschnittlichen Ausfallzeit verbunden.

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

- Männer sind im Vergleich zu Frauen deutlich häufiger von Fehlzeiten aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen betroffen.
- Im Vergleich zum Vorjahr sind die AU-Fälle im Zusammenhang mit Muskel-Skelett-Erkrankungen, bei gleichzeitig unveränderten AU-Tagen, im Jahr 2020 deutlich zurückgegangen, was zu einem Anstieg der durchschnittlichen Falldauer bei Männern und Frauen geführt hat.
- Rückenschmerzen (M54) sind sowohl bei Männern als auch Frauen nach wie vor die häufigste Ursache von krankheitsbedingten Fehlzeiten innerhalb dieser Krankheitsgruppe.

Wie in **III** Diagramm 1.2.4 zu erkennen ist, zeigt sich 2020 im Vergleich zum Vorjahr vor allem bei den männlichen Beschäftigten ein Rückgang der AU-Kennzahlen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen. Während bei den weiblichen Beschäftigten die AU-Fälle ebenfalls zurückgegangen sind, sind im Gegenzug die AU-Tage leicht angestiegen. Unverändert bleibt weiterhin, dass die Männer durchschnittlich deutlich mehr AU-Fälle und AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart als die Frauen aufweisen – im Schnitt beträgt die Differenz etwas mehr als einen halben AU-Tag je Beschäftigten. Im Vergleich zum Jahr 2010 haben die AU-Fälle (Männer: +6,4%; Frauen: +11,5%) und die AU-Tage (Männer: +19,3%; Frauen: +28,6%) zugenommen, betrachtet man allerdings nur den Zeitraum für die neue Datensystematik (2016 bis 2020), so ist für die AU-Fälle ein deutlicher Rückgang (Männer: -15,6%; Frauen: -15,5%) bei gleichzeitiger relativer Stabilität der AU-Tage (Männer: -1,8%; Frauen: -1,5%) zu beobachten. Aus dieser ungleichen Entwicklung der AU-Tage und AU-Fälle resultiert im Wesentlichen auch der Anstieg der durchschnittlichen Falldauer aufgrund dieser Krankheitsart im Vergleich zu den Vorjahren (2019: 20,1 Tage je Fall; 2020: 22,0 Tage je Fall).

Diagramm 1.2.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2010–2020)



Wie die »» Tabelle 1.2.2 zeigt, ist die Diagnose Rückenschmerzen (M54) weiterhin die in dieser Krankheitsgruppe für das Fehlzeitengeschehen der Beschäftigten wichtigste Erkrankung bei beiden Geschlechtern. Mehr als jeder dritte AU-Fall (Männer: 40,6%; Frauen: 37,7%) bzw. mehr als jeder vierte AU-Tag (Männer: 29,4%; Frauen: 25,6%) werden innerhalb der Gruppe der Muskel- und Skeletterkrankungen allein durch diese Diagnose verursacht. Die Reihung und Zusammensetzung der zehn wichtigsten Diagnosen aus dem Spektrum der Muskel- und Skeletterkrankungen als Ursache für Arbeitsunfähigkeit ist sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen im Vergleich zu den Vorjahren nahezu unverändert. Sowohl die Mehrzahl der AU-Fälle (Männer: 76,4%; Frauen: 73,9%) als auch der AU-Tage (Männer: 75,0%; Frauen: 69,7%) sind innerhalb dieser Krankheitsgruppe auf die jeweiligen zehn gelisteten Diagnosen zurückzuführen.

Psychische Störungen

- Mehr als neun von zehn AU-Fällen bzw. AU-Tagen gehen bei den Beschäftigten auf die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen innerhalb der Gruppe der psychischen Störungen zurück.
- Die AU-Fälle aufgrund psychischer Störungen sind im Vergleich zum Vorjahr rückläufig, während die AU-Tage tendenziell ansteigen, was insgesamt zu einem teilweise deutlichen Anstieg bei der Falldauer führt.
- Die Coronavirus-Pandemie wirkt hier vermutlich ebenfalls als ein Verstärker, der vor allem die Falldauer von manifesten und schwerwiegenderen Fällen (z.B. Depressionen) negativ beeinflusst.

Die psychischen Störungen sind mit einem Anteil von 6,3% der AU-Fälle und 17,5% der AU-Tage an allen Fehlzeiten der Beschäftigten eine weitere wichtige Krankheitsgruppe im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. In »» Diagramm 1.2.5 sind die entsprechenden AU-Fälle und AU-Tage im Zeitverlauf zwischen 2010 und 2020 für Männer und Frauen dargestellt.

Ähnlich wie bei den Muskel- und Skeletterkrankungen wird hier im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls

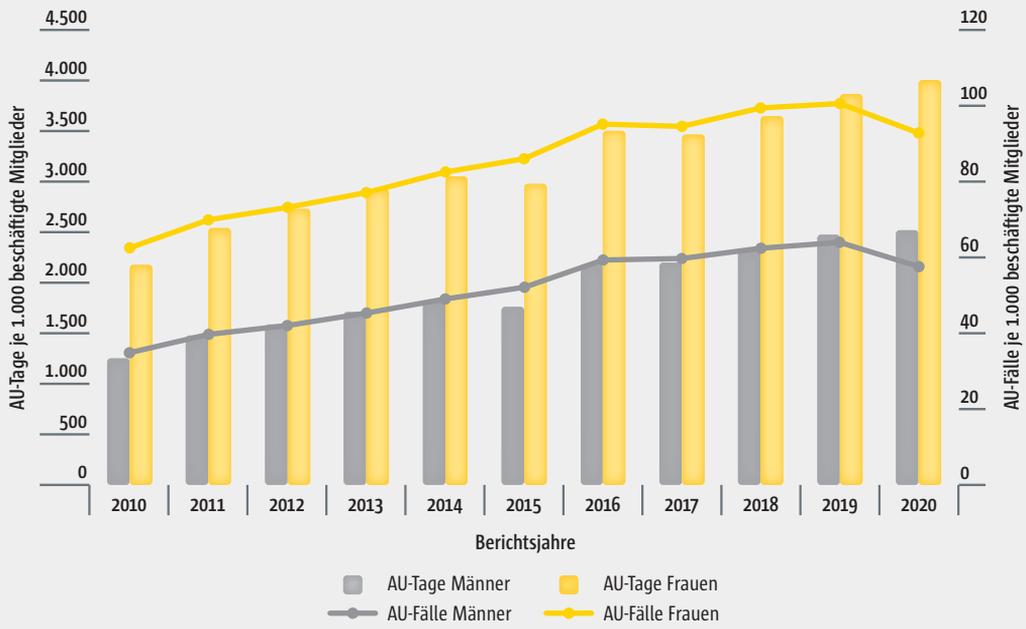
Tabelle 1.2.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		je Fall
Männer				
M54	Rückenschmerzen	91,3	1.393	15,3
M75	Schulterläsionen	11,5	418	36,4
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	9,9	349	35,3
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	8,9	303	34,1
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	15,3	300	19,6
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	5,5	233	42,2
M77	Sonstige Enthesopathien	10,1	192	19,0
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	2,7	133	50,2
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	6,4	118	18,3
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	10,1	117	11,5
Frauen				
M54	Rückenschmerzen	66,8	1.066	16,0
M75	Schulterläsionen	9,2	348	37,9
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	7,6	296	38,9
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	9,9	220	22,3
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	5,6	213	37,8
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	3,8	193	51,0
M77	Sonstige Enthesopathien	7,5	165	22,0
M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	7,4	138	18,6
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	7,4	132	17,8
M65	Synovitis und Tenosynovitis	5,8	130	22,5

ein deutlicher Rückgang der AU-Fälle (Männer: -10,1%; Frauen: -7,6%) bei gleichzeitiger Stagnation der AU-Tage (Männer: +1,8%; Frauen: +3,7%) erkennbar. Für die durchschnittliche Falldauer bedeutet dies im Vergleich zum Vorjahr einen deutlichen Anstieg (Männer: +5,1 Tage je Fall; Frauen: +4,7 Tage je Fall), für den gesamten Beobachtungszeitraum ist sogar ein Anstieg der Falldauer von mehr als einer Kalenderwoche für die psychischen Störungen zu verzeichnen. Vermutlich sind durch die Coronavirus-

Pandemie vor allem Kurzzeit-Fälle deutlich seltener in ärztlicher Behandlung bzw. krankgeschrieben gewesen, während die AU-Tage bei den mittelgradigen bis schweren Störungen im Vergleich zum Vorjahr noch einmal deutlich zugenommen haben (»» Tabelle 1.2.3). Über den gesamten Beobachtungszeitraum sind sowohl die AU-Fälle (Männer: +64,9%; Frauen: +48,5%) als auch die AU-Tage (Männer: +101,8%; Frauen: +83,9%) angestiegen. Welche besondere Bedeutung die psychischen Störungen nicht nur für das

Diagramm 1.2.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Geschlecht im Zeitverlauf (2010–2020)



AU-Geschehen, sondern auch für andere Lebensbereiche haben und wie deren epidemiologische Entwicklung und zunehmende gesellschaftliche Akzeptanz im Zusammenhang mit dem Leistungsgeschehen zu bewerten sind, wurde im Rahmen des Schwerpunktthemas im **»»»** BKK Gesundheitsreport 2019 ausführlich diskutiert.

Unverändert steht die depressive Episode (F32) nach AU-Tagen für beide Geschlechter auf dem 1. Platz der Ursachen für Fehltage innerhalb der Gruppe der psychischen Störungen (**»»»** Tabelle 1.2.3), etwa jeder fünfte AU-Fall (Männer: 20,6%; Frauen: 19,0%) sowie fast ein Drittel aller AU-Tage (Männer: 30,4%; Frauen: 29,5%) sind auf diese Diagnose zurückzuführen. Ähnlich wie bei den psychischen Störungen allgemein, zeigen sich auch hier die unterschiedlichen Veränderungstendenzen bei den AU-Fällen und AU-Tagen im Vergleich zum Vorjahr. Während die AU-Fälle bei allen betrachteten Diagnosen kaum verändert sind, steigen die AU-Tage gleichzeitig an. Dies spiegelt sich wiederum in einem überproportional hohen Anstieg der Falldauern wider, wie er beispielhaft bei der rezidivierenden depressiven Störung (F33) mit einem Anstieg von +10,6 Tagen je Fall bei den Männern und +8,2 Tagen je Fall bei den

Frauen zu beobachten ist. Die Coronavirus-Pandemie hat also weniger zu einem generellen Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Störungen geführt, sondern bewirkt vielmehr vor allem bei bereits manifesten und schwerwiegenden Störungsbildern einen Verstärkereffekt, der sich in den deutlich gestiegenen Falldauern zeigt. Allein durch die zehn hier aufgeführten Diagnosen werden fast alle AU-Fälle (Männer: 94,3%; Frauen: 96,3%) bzw. AU-Tage (Männer: 94,0%; Frauen: 95,8%) innerhalb der Gruppe der psychischen Störungen abgedeckt.

Exkurs Burn-out-Syndrom

Obwohl das Burn-out-Syndrom im ICD-10 mit der Zusatzdiagnose Z73 (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung) kodiert wird und somit weder zum Krankheitsspektrum im weiteren noch zu den psychischen Störungen im engeren Sinn zählt, wird es in der öffentlichen Wahrnehmung häufig dieser Krankheitsgruppe zugeordnet. Im **»»»** Diagramm 1.2.6 sind die entsprechenden AU-Kennzahlen der Beschäftigten für das Burn-out-Syndrom (Z73) seit dem Jahr 2014 dargestellt.

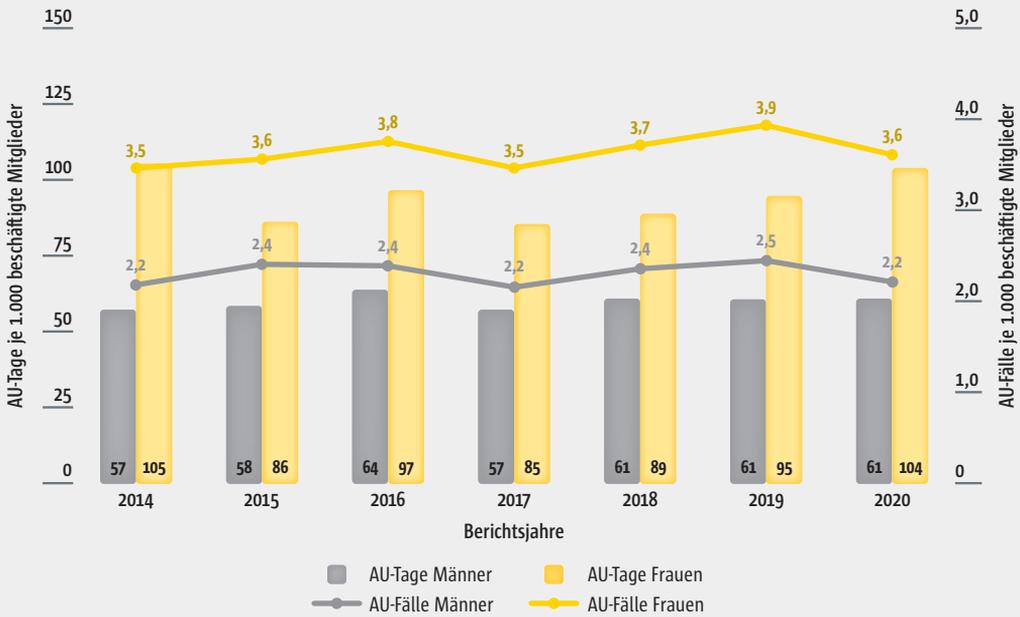
Tabelle 1.2.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		je Fall
Männer				
F32	Depressive Episode	11,9	765	64,5
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	18,4	558	30,3
F33	Rezidivierende depressive Störung	3,9	297	76,2
F48	Andere neurotische Störungen	8,3	250	30,1
F41	Andere Angststörungen	3,4	172	51,3
F45	Somatoforme Störungen	4,9	155	31,5
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2,4	104	43,0
F20	Schizophrenie	0,4	27	70,0
F31	Bipolare affektive Störung	0,3	22	76,2
F34	Anhaltende affektive Störungen	0,4	18	47,5
Frauen				
F32	Depressive Episode	17,7	1.143	64,6
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	34,3	1.035	30,2
F33	Rezidivierende depressive Störung	6,3	507	81,0
F48	Andere neurotische Störungen	15,2	474	31,2
F45	Somatoforme Störungen	8,4	277	32,9
F41	Andere Angststörungen	5,3	275	51,6
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,0	44	44,2
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	0,4	31	76,3
F31	Bipolare affektive Störung	0,4	29	82,9
F34	Anhaltende affektive Störungen	0,6	27	47,9

Deutlich wird, dass die AU-Kennzahlen im dargestellten Zeitraum nahezu unverändert geblieben sind. Anders als bei den psychischen Störungen allgemein bzw. bei den wichtigsten Einzeldiagnosen ist hier kein Anstieg zu beobachten, was konträr zum öffentlich wahrgenommenen Bedeutungszuwachs für dieses Syndrom steht. Grundsätzlich ist zudem beim Burn-out-Syndrom (Z73) die Frage weiter strittig, ob es sich hierbei um eine eigenständige

Erkrankung handelt. In der ICD-10-Systematik stellt diese Codierung eine Zusatzdiagnose dar, die Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung kennzeichnet und mit mindestens einer weiteren (Haupt-)Diagnose einhergehen sollte. Hinweise, dass es sich nicht um ein eigenständiges Krankheitsbild handelt, werden durch den Fakt verstärkt, dass nach aktuellem Stand auch in der kommenden neuen ICD-11-Klassifikation Burnout

Diagramm 1.2.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für das Burn-out-Syndrom (Z73) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2014–2020)



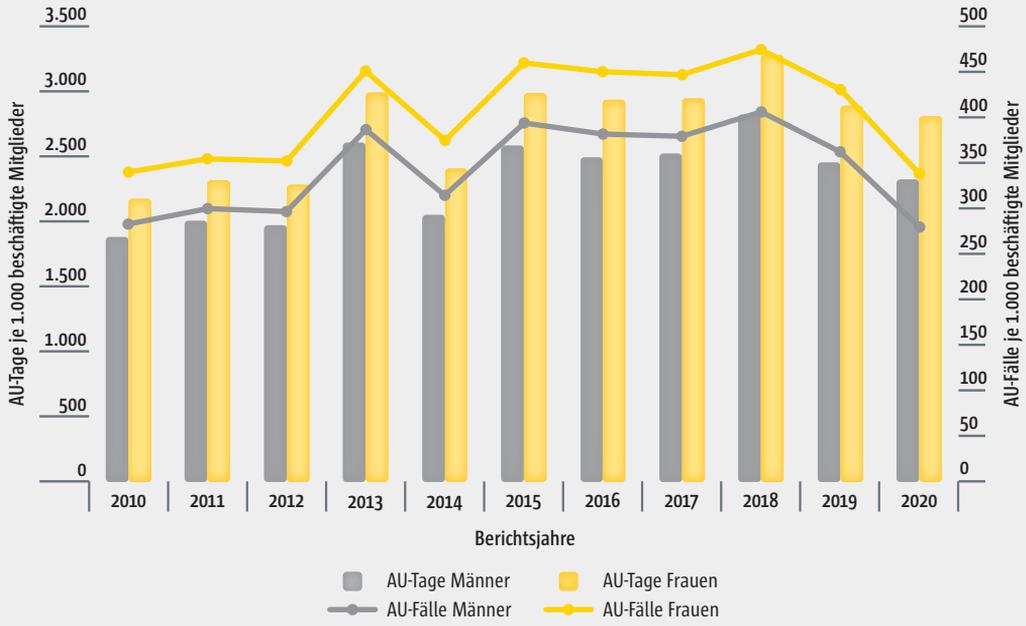
(QD85) zwar explizit benannt, allerdings weiterhin als Syndrom unter der Zusatzkategorie „Faktoren die den Gesundheitszustand beeinflussen oder zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen“ zugeordnet ist. Vermutlich ist ein Teil der Z73-Kodierungen eigentlich anderen psychischen Erkrankungen (z.B. Depressionen) zuzuordnen. Allerdings liegt die Vermutung nahe, dass in einer stark leistungsorientierten Gesellschaft ein Burn-out-Syndrom als Folge von Überarbeitung leichter akzeptiert wird, als eine immer noch eher stigmatisierte depressive Störung, die fälschlicherweise als Zeichen von Schwäche gilt. Zudem existieren neben der ICD-10-Codierung Z73 noch weitere einschlägige Diagnosen, die in der Praxis ebenfalls häufig – aber nicht ausschließlich – bei einem Burn-out-Syndrom verwendet werden. Hierzu zählen unter anderem die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) sowie die anderen neurotischen Störungen (F48) aber auch aus der Gruppe der Symptome der ICD-10-Code R53 (Unwohlsein und Ermüdung).

Krankheiten des Atmungssystems

- Während die AU-Fälle aufgrund von Atemwegserkrankungen im Vergleich zum Vorjahr insbesondere wegen der ausgebliebenen Grippe- und Erkältungswelle deutlich zurückgegangen sind, haben sich die zugehörigen AU-Tage kaum verändert.
- Der Rückgang der AU-Fälle im Zusammenhang mit Kurzeiterkrankungen der Atemwege wirkt sich nur in geringem Maß auf die AU-Tage aus, da diese vor allem durch Langzeiterkrankungen beeinflusst werden.
- Entsprechend steigt auch hier – beeinflusst durch die Coronavirus-Pandemie – die durchschnittliche Falldauer im Vergleich zum Vorjahr deutlich an.

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bei den Atemwegserkrankungen wird ganz wesentlich durch die saisonal meist zu Beginn bzw. Ende eines Jahres auftretenden Grippe- und Erkältungswellen bestimmt. Besondere Ereignisse, wie die Coronavirus-Pandemie, nehmen zusätzlich indirekten Einfluss auf die Entwicklung, wie in [III](#) Kapitel 1.1.2 zu sehen ist.

Diagramm 1.2.7 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Atmungssystems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2010–2020)



Der in **III** Diagramm 1.2.7 dargestellte Zeitverlauf für die Atemwegserkrankungen zeigt die Jahre mit einer erhöhten Erkältungs- und Grippeaktivität an. Besonders deutlich ist das an den Jahren 2009, 2013, 2015 und 2018 erkennbar. In den benannten Jahren sind die Fehlzeiten aufgrund von Atemwegserkrankungen besonders ausgeprägt. Wie sich bereits im **III** Diagramm 1.1.4 zur Auswertung der monatlichen Krankenstände abgezeichnet hat, sind die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen im Jahr 2020 deutlich zurückgegangen. Der größte Rückgang ist im Vergleich zum Vorjahr bei den AU-Fällen (Männer: -29,6%; Frauen: -27,3%) im Vergleich zu den wenig veränderten AU-Tagen (Männer: -5,6%; Frauen: -2,9%) zu verzeichnen. Auch hier hat vor allem der Rückgang von Fällen mit kurzer Dauer insgesamt zu einem Anstieg der durchschnittlichen Falldauern geführt (2019: 6,7 Tage je Fall; 2020: 8,3 Tage je Fall). Insbesondere durch das nahezu vollständige Ausbleiben der Grippe- und Erkältungswelle im Jahr 2020 ist dieser massive Rückgang bei den krankheitsbedingten Fehlzeiten mit kurzer Dauer im Zusammenhang mit den Atemwegserkrankungen zu erklären.

Wie in den vergangenen Jahren sind es die akuten Infektionen der oberen Atemwege (Jo6), die auch diesmal bei beiden Geschlechtern die mit Abstand meisten AU-Fälle und AU-Tage innerhalb der Gruppe der Atemwegserkrankungen verursachen (**III** Tabelle 1.2.4). Diese Diagnose ist für mehr als jeden zweiten AU-Fall (Männer: 61,8%; Frauen: 60,5%) bzw. mehr als jeden zweiten AU-Tag (beide 57,2%) innerhalb der Gruppe der Atemwegserkrankungen verantwortlich. Ein Blick auf die konkreten Zahlen zeigt, dass die mit dieser Diagnose in Verbindung stehenden AU-Fälle für Männer und Frauen zwar gesunken, die zugehörigen AU-Tage aber gleichzeitig leicht angestiegen sind. Das führt dazu, dass die Falldauer um durchschnittlich +1,6 Tage je Fall angestiegen ist. Trotz einer geringeren Anzahl Betroffener, ist bei dieser geringeren Anzahl der Fälle eine höhere Arbeitsunfähigkeitsdauer zu verzeichnen. Ein ähnlicher Effekt zeigt sich ebenfalls bei den chronischen Atemwegserkrankungen, wie z. B. bei der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD; J44). Auch hier ist die durchschnittliche Falldauer, bei gleichzeitig zurückgegangenen AU-Fällen, im Vergleich zum Vorjahr um mehr als eine Kalenderwoche gestiegen (Männer: +7,0 Tag je Fall; Frauen: +8,4 Tage je Fall). Wie bereits bei den

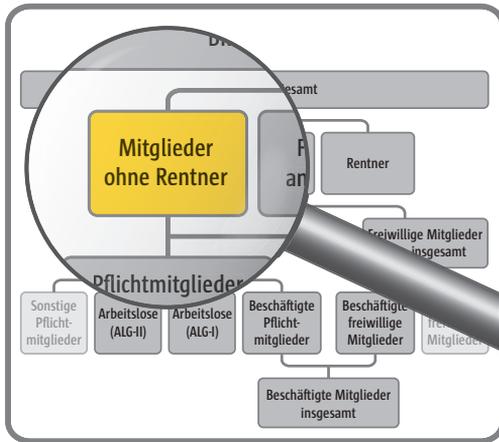
Tabelle 1.2.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen des Atmungssystems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		je Fall
Männer				
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	172,8	1.329	7,7
J20	Akute Bronchitis	13,9	135	9,7
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	17,2	122	7,1
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	10,0	98	9,8
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	10,6	85	8,0
J32	Chronische Sinusitis	6,9	59	8,6
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	2,1	58	28,5
J02	Akute Pharyngitis	8,0	56	7,0
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	6,4	54	8,5
J03	Akute Tonsillitis	7,4	53	7,1
Frauen				
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	204,8	1.607	7,9
J20	Akute Bronchitis	15,1	151	10,0
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	19,8	142	7,2
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	11,3	114	10,1
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	13,2	108	8,2
J32	Chronische Sinusitis	11,0	89	8,1
J01	Akute Sinusitis	10,9	82	7,6
J02	Akute Pharyngitis	11,5	81	7,0
J03	Akute Tonsillitis	11,2	80	7,1
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	7,0	64	9,1

Muskel-Skelett-Erkrankungen und den psychischen Störungen beschrieben, ist auch bei den Atemwegserkrankungen vor allem ein Rückgang der Kurzzeiterkrankungen mit meist milden Verläufen beob-

achtbar. Gleichzeitig verschiebt sich dadurch das Spektrum in Richtung der Langzeit- bzw. chronischen Erkrankungen, was in dem deutlichen Anstieg der Falldauern resultiert.

1.2.2 AU-Geschehen nach Versichertenstatus



- Bedingt durch die Coronavirus-Pandemie haben in allen Versichertengruppen die AU-Fälle deutlich, die AU-Tage jedoch nur marginal abgenommen, was gleichzeitig zu einem überproportionalen Anstieg der durchschnittlichen Falldauer führt.

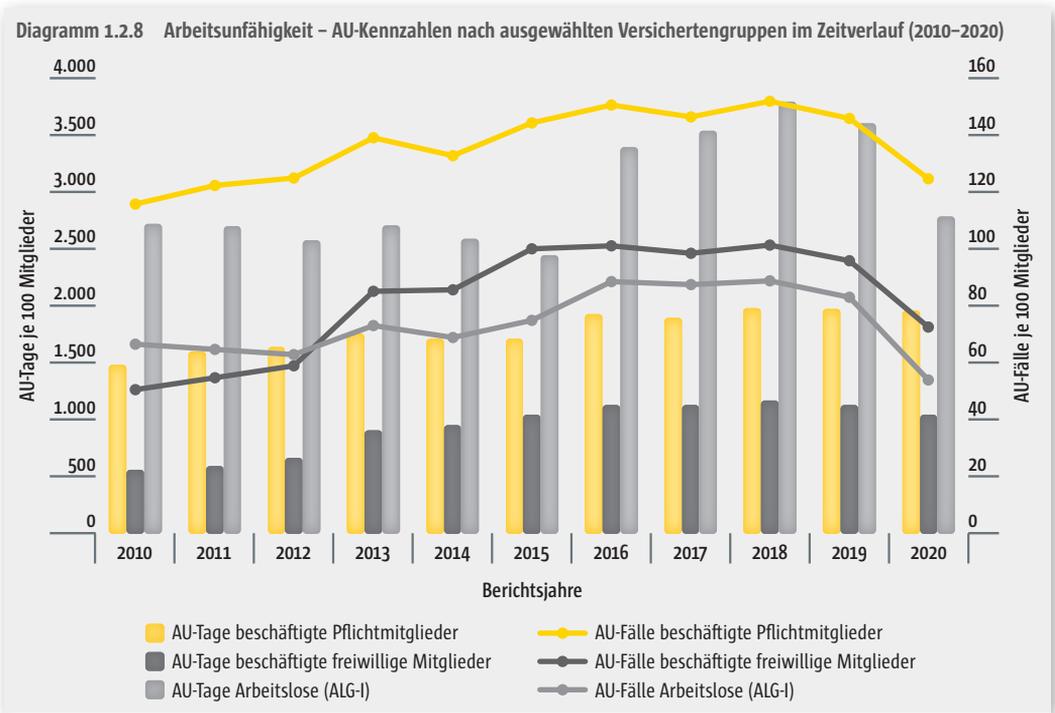
Neben dem Alter und dem Geschlecht der Mitglieder übt die soziale Lage ebenfalls einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit und somit auch auf das AU-Geschehen aus. Da die soziale Lage über die vorliegenden Routinedaten nur eingeschränkt abbildbar ist, wird an dieser Stelle die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe als alternativer Indikator herangezogen. Insofern werden im Folgenden insbesondere die Arbeitslosen (ALG-I), die beschäftigten Pflichtmitglieder sowie die beschäftigten freiwilligen Mitglieder als die relevantesten Teilgruppen der Mitglieder ohne Rentner betrachtet. Ausgehend vom durchschnittlichen Monatseinkommen als einem wichtigen Faktor des sozialen Status kann angenommen werden, dass im Vergleich zwischen den drei genannten Versichertengruppen die Arbeitslosen einen relativ niedrigen, die beschäftigten Pflichtmitglieder einen mittleren und die beschäftigten freiwilligen Mitglieder einen relativ hohen Sozialstatus innehaben. Die hier vorgenommene Einteilung stellt allerdings keine wie auch immer geartete Ab- oder Aufwertung der einzelnen

- Arbeitslose (ALG-I) sind deutlich häufiger und stärker von krankheitsbedingten Fehlzeiten aufgrund von psychischen Störungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen betroffen, wesentlich seltener jedoch von solchen im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen.
- Entsprechend liegt die durchschnittliche Falldauer bei den Arbeitslosen (ALG-I) um das Dreifache über der der Beschäftigten.

Tabelle 1.2.5 Arbeitsfähigkeit – AU-Kennzahlen nach ausgewählten Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

Versichertengruppen ¹	Geschlecht	AU-Kennzahlen				
		AU-Fälle je 100 Mitglieder	AU-Tage	Tage je Fall	Krankenstand in Prozent	AU-Quote
Beschäftigte Pflichtmitglieder	Männer	122,8	1.952	15,9	5,3	49,2
	Frauen	126,6	1.967	15,5	5,4	52,1
	Gesamt	124,7	1.960	15,7	5,4	50,6
Beschäftigte freiwillige Mitglieder	Männer	71,7	1.021	14,2	2,8	38,0
	Frauen	76,5	1.142	14,9	3,1	38,5
	Gesamt	72,7	1.046	14,4	2,9	38,1
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	51,1	2.633	51,5	7,2	14,6
	Frauen	57,7	2.978	51,6	8,1	16,6
	Gesamt	54,1	2.789	51,6	7,6	15,5

¹ Zur Zuordnung der einzelnen Versichertengruppen sei auf das Diagramm 0.1.1 verwiesen.



Versichertengruppen dar, sondern dient lediglich der plausiblen Einordnung der im Folgenden dargestellten Zusammenhänge mit den zugehörigen AU-Daten. In **»»** Tabelle A.1 sind ergänzend die AU-Kennzahlen der verschiedenen Versichertengruppen nach Geschlecht und Diagnosehauptgruppen dargestellt.

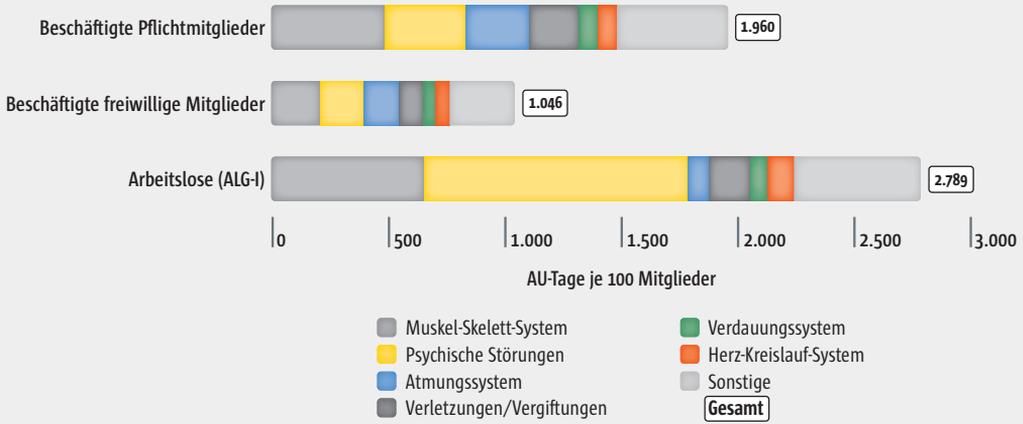
Einleitend werden zunächst die allgemeinen AU-Kennzahlen der benannten Versichertengruppen betrachtet (**»»** Tabelle 1.2.5). ALG-II-Empfänger bleiben bei den Fehlzeiten unberücksichtigt, da sie keinen Anspruch auf Krankengeld besitzen und somit bei den Krankenbesuchen in der Regel keine diesbezüglichen Leistungsfälle (AU-Fälle) angelegt werden. Dies gilt auch für die sonstigen Pflichtmitglieder (**»»** Diagramm 0.1.1).

Während die beschäftigten freiwilligen Mitglieder im Jahr 2020 durchschnittlich nur 10,5 AU-Tage je Berufstätigen aufweisen, liegt dieser Wert bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern mit 19,6 AU-Tagen mehr als eine Kalenderwoche darüber. Mit deutlichem Abstand folgen die Arbeitslosen (ALG-I), die im Durchschnitt 27,9 Kalendertage und damit knapp dreimal so viele AU-Tage wie die beschäftigten freiwilligen Mitglieder aufweisen. Ein deutlicher Hinweis auf die Tatsache, dass die AU-Tage der Arbeitslosen (ALG-I) v.a. durch Langzeiterkrankungen verursacht werden, lässt

sich an der Falldauer ablesen. Diese ist mit durchschnittlich mehr als 7 Kalenderwochen (51,6 Tage je Fall) im Mittel ebenfalls mehr als dreimal so hoch, wie bei den anderen beiden Versichertengruppen. Gleichzeitig haben die Arbeitslosen (ALG-I) mit 15,5% die niedrigste AU-Quote. Das ist nur scheinbar ein Widerspruch, der v.a. dadurch erklärt werden kann, dass in dieser Versichertengruppe Kurzzeiterkrankungen (z.B. Infektionen der oberen Atemwege u.ä.) zwar genauso häufig auftreten, betroffene Arbeitslose diese aber wesentlich seltener ärztlich behandeln lassen. Belegbar wird dies zusätzlich durch die Kennzahlen aus der ambulanten Versorgung (**»»** Kapitel 2.2).

Im **»»** Diagramm 1.2.8 ist für die drei ausgewählten Versichertengruppen die längsschnittliche Entwicklung der AU-Kennzahlen dargestellt. Erkennbar ist für alle betrachteten Gruppen, dass die krankheitsbedingten Fehltage bis 2019 angestiegen sind. Zudem wird hier im Vergleich zwischen den Jahren 2019 und 2020 bei allen Versichertengruppen der bereits beschriebene Coronavirus-Pandemie-Effekt sichtbar: Durch den massiven Wegfall von Kurzzeiterkrankungen sind zwar die AU-Fälle in allen Gruppen deutlich zurückgegangen, bei den AU-Tagen, die vor allem durch Langzeiterkrankungen beeinflusst werden, zeichnen sich hingegen im Verhältnis wesentlich ge-

Diagramm 1.2.9 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage nach ausgewählten Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)



ringere Veränderungen ab. Dieser Effekt führt wiederum dazu, dass die durchschnittliche Falldauer im Vergleich zum Vorjahr bei den Beschäftigten tendenziell (+2,2 bzw. +2,6 Tage je Fall) bzw. bei den Arbeitslosen (ALG-I) sehr deutlich ansteigt (+8,2 Tage je Fall).

Der bei den Arbeitslosen (ALG-I) zu beobachtende Sprung der AU-Kennzahlen im Jahr 2016 ist vor allem durch die in diesem Berichtsjahr geänderte Methodik der Auswertung zu erklären. Dabei sind es mehrheitlich die mit medizinischen Rehabilitationsleistungen verbundenen AU-Tage, die hier den größten Anteil am vermeintlichen Zuwachs ausmachen. Aufgrund der im Verhältnis zu den anderen Versichertengruppen relativ geringen Anzahl der Arbeitslosen (» Diagramm 0.1.1), wirken sich in dieser Gruppe schon wenige (Langzeit-)Fälle wesentlich stärker auf die durchschnittlichen AU-Kennzahlen aus. Dies ist zudem eine der Hauptursachen für die größeren Schwankungen im Längsschnitt innerhalb dieser Gruppe und wird auch in der weiteren Betrachtung in den folgenden Kapiteln immer wieder erkennbar.

In » Diagramm 1.2.9 sind die für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen nach Versichertengruppen dargestellt. Allein auf die schon erwähnten nach AU-Tagen wichtigsten drei Diagnosehauptgruppen gehen zwischen 52,7% (beschäftigte freiwillige Mitglieder) und 67,4% (Arbeitslose ALG-I) aller AU-Tage im Jahr 2020 zurück. Zudem weisen die Arbeitslosen (ALG-I) mit Abstand die meisten Fehltage aufgrund von psychischen Störungen auf und zwar im Mittel mehr als sechsmal so viele, wie die beschäftigten freiwilligen Mitglieder (1.134 vs. 188 AU-Tage je 100 Mitglieder). Ähnlich

stellt sich das Bild auch bei den Muskel- und Skeletterkrankungen dar, wobei hier der Unterschied rund das Dreifache beträgt (656 vs. 209 AU-Tage je 100 Mitglieder). Wie erwartet, liegen hingegen die Fehltage aufgrund von Atemwegserkrankungen bei den Arbeitslosen (ALG-I) deutlich unter denen der beiden Beschäftigtengruppen.

Im Folgenden gibt ein genauerer Blick auf das AU-Geschehen differenziert nach dem Alter bei den Versichertengruppen weitere Hinweise auf den Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Gesundheit von Versicherten im erwerbsfähigen Alter.

Die meisten AU-Fälle bzw. AU-Tage sind aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen in den beiden Beschäftigtengruppen bei den 60- bis 64-Jährigen zu finden (» Diagramm 1.2.10). Auch hier zeigt sich in der Altersgruppe ab 65 Jahren deutlich der *healthy worker effect*. Bei den Arbeitslosen (ALG-I) treten die Höchstwerte hingegen schon in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen auf. Hier dürfte für den Rückgang in den höheren Altersgruppen ebenfalls ein Selektionseffekt dergestalt wirksam sein, dass ein großer Teil aus dieser Gruppe vermutlich vorzeitig eine Alters- bzw. Erwerbsminderungsrente antritt. Insgesamt wird erneut bestätigt, dass sich die hinter dem Versichertenstatus stehende anfangs postulierte Rangfolge nach sozialem Status eindrucksvoll insbesondere bei den AU-Tagen widerspiegelt und sich mit zunehmendem Alter sogar noch verstärkt. Erst ab der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren werden die Differenzen zwischen den AU-Kennzahlen deutlich kleiner, weil die besonders von dieser Krankheitsgruppe Betroffenen in diesem Alter häufig im

Diagramm 1.2.10 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach ausgewählten Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2020)

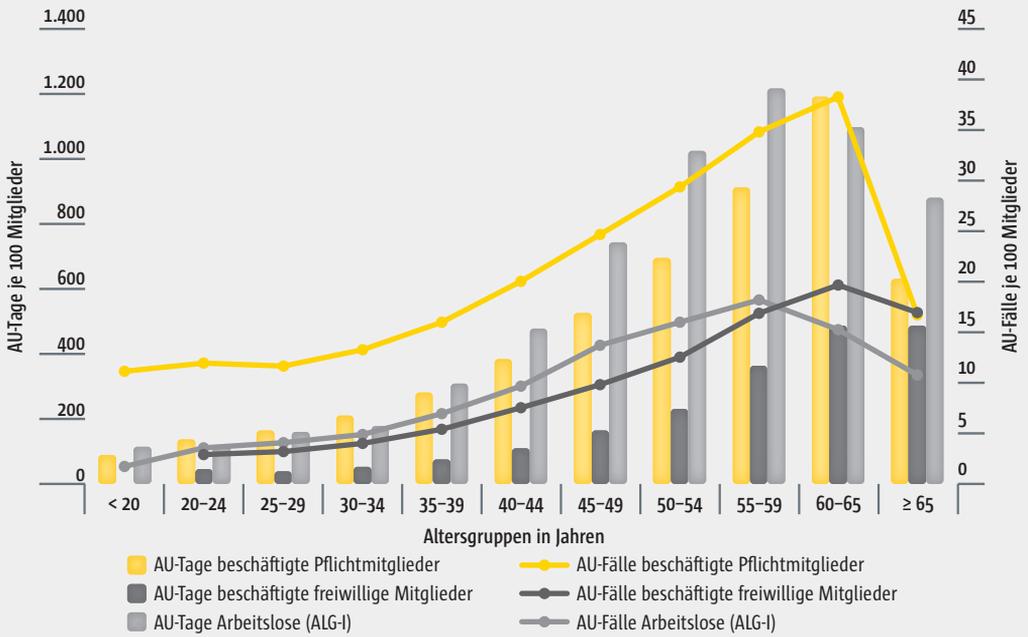
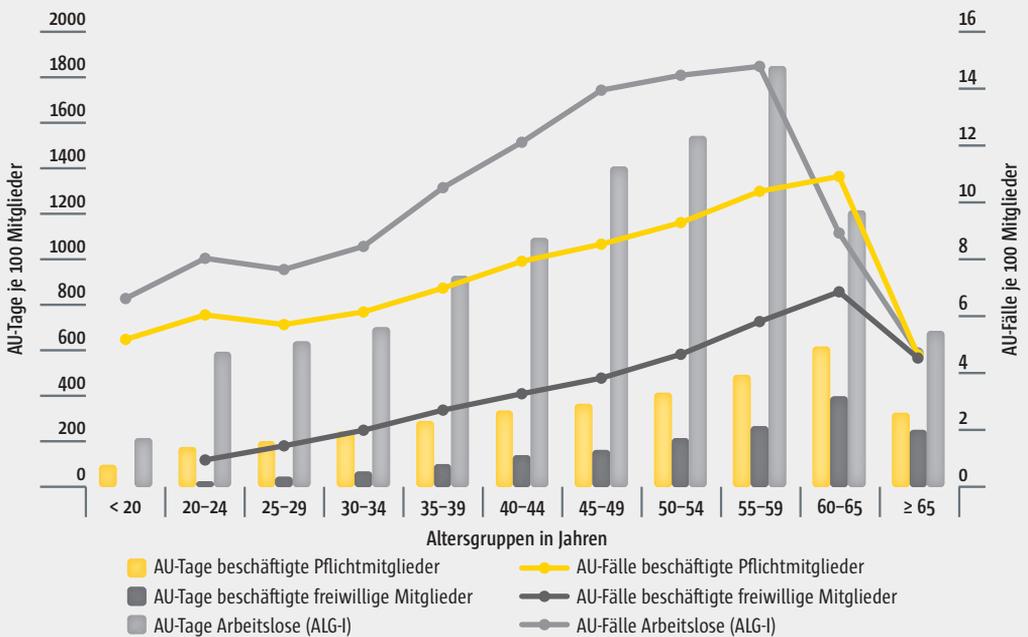


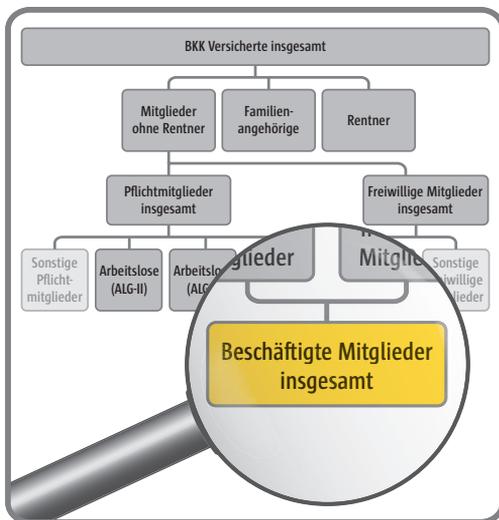
Diagramm 1.2.11 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen für Psychische Störungen nach ausgewählten Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2020)



Ruhestand sind oder ihren regulären Rentenbeginn gesundheitsbedingt vorziehen (müssen).

Etwas anders stellt sich der Zusammenhang bei den Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen dar (»» Diagramm 1.2.11). Während für die Arbeitslosen zwischen dem 30. und dem 59. Lebensjahr ein bedeutsamer Anstieg der AU-Fälle und AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart erkennbar wird, fällt diese Zunahme für die anderen beiden Versichertengruppen wesentlich moderater aus. Zudem zeigt sich, dass die Differenz zwischen den pflicht- und freiwillig versicherten Beschäftigten bei den psychischen Störungen (+3,8 AU-Fälle bzw. +154 AU-Tage je 100 Beschäftigte) geringer ausfällt, als dies bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen (+11,2 AU-Fälle bzw. +282 AU-Tage je 100 Beschäftigte) zu beobachten ist. Zu vermuten ist, dass beschäftigte Pflichtmitglieder einen höheren Anteil an körperlich schwerer Arbeit leisten müssen und somit die Wahrscheinlichkeit in dieser Gruppe höher ist, aufgrund einer Muskel-Skelett-Erkrankung arbeitsunfähig zu werden. Bei den psychischen Erkrankungen und den damit verbundenen Fehlzeiten spielen neben der konkreten beruflichen Belastung zusätzliche Faktoren, wie Ressourcen und Handlungsspielräume, bei der Arbeit eine Rolle.

1.2.3 AU-Geschehen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen



- Allgemein gilt: Je höher der Schul- bzw. Berufsabschluss eines Beschäftigten, desto niedriger sind seine krankheitsbedingten Fehlzeiten.
- Beschäftigte mit niedrigeren Schul- bzw. Berufsabschlüssen, die meist eher physisch belastende Tätigkeiten ausüben, haben überdurchschnittlich viele Fehltag aufgrund körperlicher Erkrankungen.
- Bei den Beschäftigten mit einem höheren Schul- bzw. Berufsabschluss dominieren hingegen die Fehlzeiten wegen psychischer Störungen.

Höchster Schulabschluss

Ein ebenfalls für das AU-Geschehen wichtiges soziodemografisches Merkmal stellt der höchste allgemeinbildende Schulabschluss der Beschäftigten dar. In »» Diagramm 1.2.12 wird erkennbar, dass mit höherem schulischem Bildungsgrad eine Abnahme der durchschnittlichen Zahl der AU-Fälle und -Tage einhergeht. Gleichzeitig wird hier auch über alle Gruppen hinweg sichtbar, dass die Frauen im Vergleich zu den Männern tendenziell mehr AU-Fälle und insbesondere AU-Tage aufweisen. Besonders deutlich zeigt sich zudem der Unterschied im Bildungsstatus bezogen auf die Fehlzeiten in Gegenüberstellung zwischen Erwerbstätigen ohne Schulabschluss bzw. mit Volks- bzw. Hauptschulabschluss und solchen mit (Fach-)Abitur – der Unterschied beträgt mehr als das Doppelte zugunsten der Beschäftigten mit dem höheren Schulabschluss.

Die Unterschiede zwischen höchsten Schulabschlüssen und ausgewählten Krankheitsarten im Zusammenhang mit dem Geschlecht sind in »» Diagramm 1.2.13 zu sehen. Für alle drei dargestellten Diagnosehauptgruppen gilt, dass die durchschnittliche Anzahl der krankheitsbedingten Fehltag mit zunehmend höherem Schulabschluss geringer wird. Die größten Differenzen nach Schulabschluss werden bei den Muskel- und Skeletterkrankungen sichtbar, die geringsten hingegen bei den psychischen Störungen. Vermutlich sind diese diagnosespezifischen Muster auch durch die unterschiedlichen Tätigkeitsschwerpunkte (vorwiegend körperliche vs. vorwiegend geistige Tätigkeiten) in Verbindung mit den einzelnen Schulabschlusstypen begründbar. Während bei den Beschäftigten mit Haupt-/Volksschulabschluss die Muskel-Skelett-Erkrankungen gemessen an den AU-Tagen klar dominieren, sind es in der Gruppe der Beschäftigten mit einem (Fach-)Abitur hingegen die psychischen Störungen, die innerhalb dieser Gruppe der Beschäftigten am stärksten ausgeprägt sind.

Diagramm 1.2.12 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

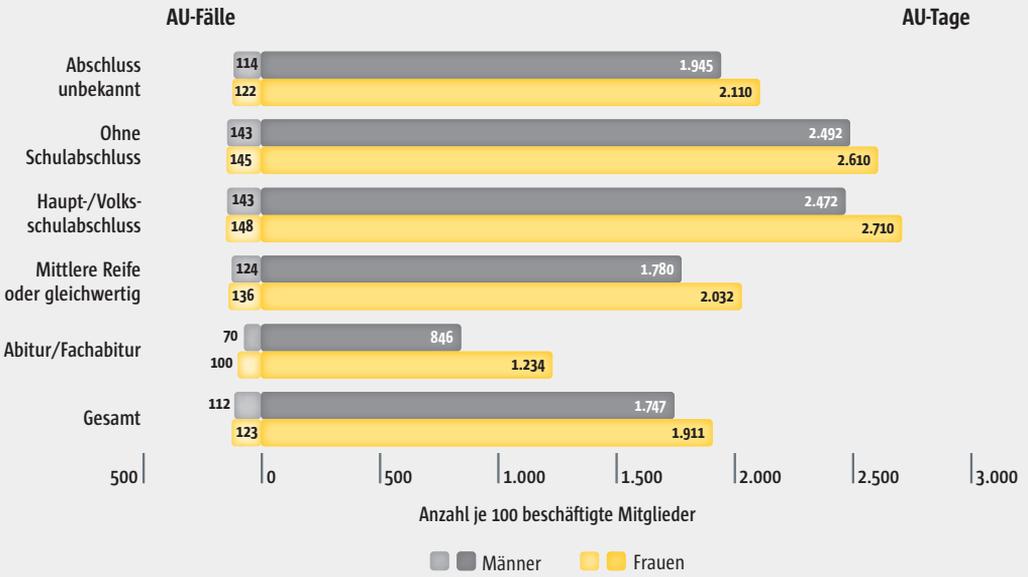


Diagramm 1.2.13 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

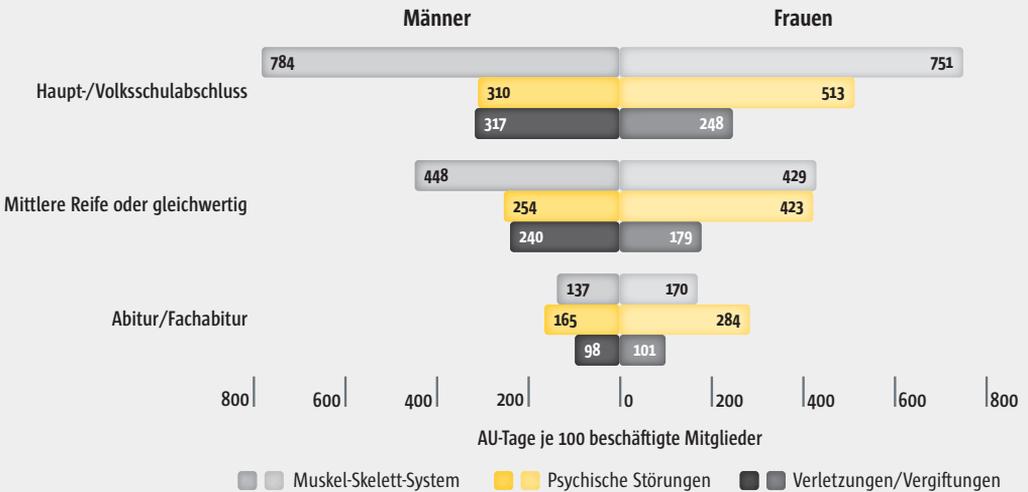
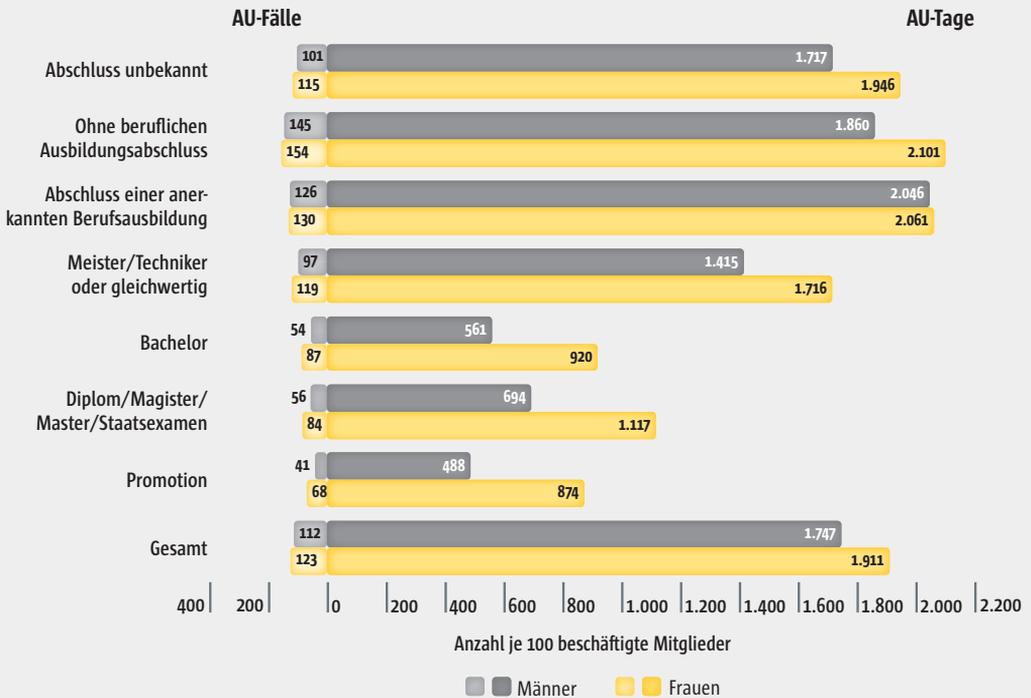


Diagramm 1.2.14 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



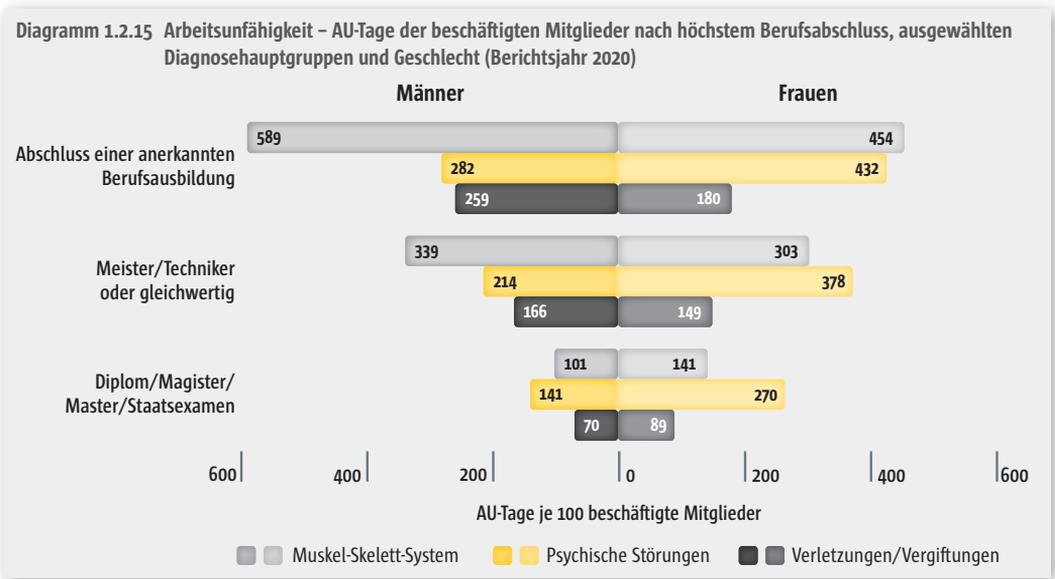
Höchster Berufsabschluss

Der bereits beim höchsten Schulabschluss erkennbare Zusammenhang mit den krankheitsbedingten Fehlzeiten lässt sich in ähnlicher Weise für den höchsten Berufsabschluss zeigen (■) Diagramm 1.2.14). Der Unterschied bezogen auf die AU-Kennzahlen zwischen einer anerkannten Berufsausbildung und einer Promotion beträgt bei den Männern mehr als das Vierfache und bei den Frauen mehr als das Doppelte. Ähnlich wie beim höchsten Schulabschluss zeigt sich auch hier, dass die Fehlzeiten zwischen den einzelnen Abschlussarten deutlich stärker für die Männer als für die Frauen variieren und insbesondere bei den höheren Berufsabschlüssen der Geschlechtsunterschied zu Ungunsten der berufstätigen Frauen sehr deutlich ausgeprägt ist.

Im ■ Diagramm 1.2.15 ist der Zusammenhang zwischen dem AU-Geschehen für die drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen bei den Beschäftigten mit einer anerkannten Berufsausbildung mit einem Abschluss als Meister oder Techniker und mit Diplom/Magister/Magister bzw. Staatsexamen zu sehen.

Auch hier zeigt sich, dass bei den Beschäftigten mit zunehmend höherem Ausbildungsgrad die AU-Tage für die drei betrachteten Diagnosehauptgruppen sukzessive abnehmen. Dies trifft, wie schon beim höchsten Schulabschluss (■) Diagramm 1.2.13), insbesondere auf die Muskel- und Skeletterkrankungen zu. Mit zunehmend höherem Berufsabschluss wird deren Bedeutung für das AU-Geschehen immer geringer, während zumindest anteilig die der psychischen Störungen steigt. Hier gilt ebenfalls, dass der Anteil körperlich belastender Tätigkeiten bei höheren Berufsabschlüssen abnimmt, im Gegenzug rücken die psychischen Belastungen und die damit in Verbindung stehenden Fehlzeiten mehr in den Vordergrund.

Deutlich wird in diesen Abbildungen, dass sowohl der schulische als auch der berufliche Ausbildungsgrad als ein weiterer Aspekt des sozialen Status der Erwerbstätigen Einfluss auf deren Gesundheit bzw. Arbeits(un)fähigkeit ausübt. Mehrere Gründe sind hierfür ursächlich. So weisen Berufstätige mit einem akademischen Abschluss in der Regel ein gesundheitsbewussteres Verhalten bezüglich



körperlicher Aktivität, gesunder Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum als Personen ohne einen solchen Abschluss auf³. Zudem verfügen Akademiker im arbeitsweltlichen Bezug meist über einen größeren Handlungs- und Gestaltungsspielraum, die mit geringeren motivations- und belastungsbedingten Fehlzeiten einhergehen. Auch im privaten Umfeld stehen den Berufstätigen mit einem akademischen Abschluss durch meist höhere Gehälter andere Handlungsspielräume zur Verfügung. So nehmen die dadurch bedingte Auswahl der Wohngegend und der Freizeitaktivitäten ebenfalls Einfluss auf den Gesundheitszustand.

Zu erkennen ist zudem, dass Frauen über alle Bildungsabschlüsse hinweg mehr AU-Fälle und -Tage aufweisen. Das liegt weniger daran, dass Frauen generell krankheitsanfälliger sind, sondern primär an deren Gesundheitsverhalten. Frauen suchen bei

einer Erkrankung eher einen Arzt als Männer auf, da sie über eine höhere Sensibilität gegenüber dem eigenen Körper und der eigenen Gesundheit verfügen und zudem meist auch eine größere Bereitschaft aufweisen, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen⁴. Zudem ist bei Frauen häufiger als bei Männern davon auszugehen, dass das AU-Geschehen durch potenziell zusätzliche Belastungen (z.B. Kinderbetreuung oder Pflege von Angehörigen) beeinflusst wird. Bildung stellt somit – neben der elterlichen Vorbildfunktion – eine der wichtigsten Voraussetzungen gesundheitsförderlichen Verhaltens dar und bahnt gleichzeitig über die verschiedenen Einstiege in das Erwerbsleben auch den Gesundheitszustand in späteren Jahren. Insofern ist dies ein eindrucksvoller Beleg für die zentrale Rolle von Bildung und deren Einfluss auf zahlreiche Aspekte des privaten und gesellschaftlichen Lebens.

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

4 Robert Koch-Institut (Hrsg.) Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsmechanismen. Berlin, 2004.

1.3 AU-Geschehen in Regionen

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

1.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise

- Beschäftigte mit Wohnort in den Ostbundesländern weisen deutlich mehr AU-Tage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen auf.
- Bei den krankheitsbedingten Fehltagen aufgrund psychischer Störungen zeigt sich ein weitaus heterogenes Regionalmuster mit einem tendenziellen Nord-Süd-Gefälle.
- Bei Beschäftigten, die in Bayern und Baden-Württemberg wohnhaft sind, sind in allen Betrachtungen die mit Abstand geringsten krankheitsbedingten Fehlzeiten im Bundeslandvergleich zu finden.

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

In **»»** Tabelle 1.3.1 sind zunächst die AU-Kennzahlen nach Bundesländern für das Jahr 2020 im Vergleich zum Jahr 2010 dargestellt.

Im Zehnjahresvergleich zeigt sich, dass bei den AU-Tagen in den Ostbundesländern nicht nur der höchste Wert (Thüringen mit 24,5 AU-Tagen je Beschäftig-

ten), sondern auch die größte Steigerung im Beobachtungszeitraum (Thüringen mit +8,3 AU-Tagen je Beschäftigten) zu verzeichnen ist. Baden-Württemberg weist dagegen mit durchschnittlich 14,9 AU-Tagen je Beschäftigten deutlich weniger Fehltag und gleichzeitig eine wesentlich geringere Steigerung (+2,7 AU-Tagen je Beschäftigten) im Beobachtungszeitraum auf.

Als wesentliche Ursachen des weiterhin bestehenden Ost-West-Unterschiedes (ausgenommen Berlin) sind vor allem die sozioökonomischen und soziodemografischen Faktoren zu sehen. Eine ungünstigere Arbeitsmarktlage, höhere Arbeitslosigkeit, mehr prekäre Beschäftigung sowie nach wie vor spürbare Folgen der großen Abwanderungswellen v.a. junger Fachkräfte in die Westbundesländer zu Beginn der 1990er-Jahre bzw. zur Jahrtausendwende und das damit einhergehende höhere Durchschnittsalter der Beschäftigten in den Ostbundesländern, wie im Kapitel **»»** Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten ausführlich dargestellt, sind hier beispielhaft zu nennen.

Dagegen weisen die AU-Fälle im Beobachtungszeitraum nur eine sehr geringe regionale Variabilität auf. Während also die Fallzahlen relativ stabil bleiben, steigen die zugehörigen Fehltag an, was auf eine u. a. durch die demografische Entwicklung bedingte Verschiebung des Krankheitsspektrums zu chronischen bzw. Langzeiterkrankungen hinweist.

Welchen Einfluss das Alter und das Geschlecht auf die Fehlzeiten ausüben, wird im Folgenden erkennbar. Um die regionalen Unterschiede unabhängig von der vorhandenen Alters- und Geschlechtsstruktur der beschäftigten Mitglieder betrachten zu können, werden die AU-Daten anhand der Gesamtheit aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten standardisiert (**»»** Methodische Hinweise). Bei der hier angewendeten direkten Standardisierung werden die entsprechenden AU-Kennzahlen so berechnet, als würde die Alters- und Geschlechtsstruktur der Beschäftigten in den Regionen denen aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland

Tabelle 1.3.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) im Zehnjahresvergleich (2010 und 2020)

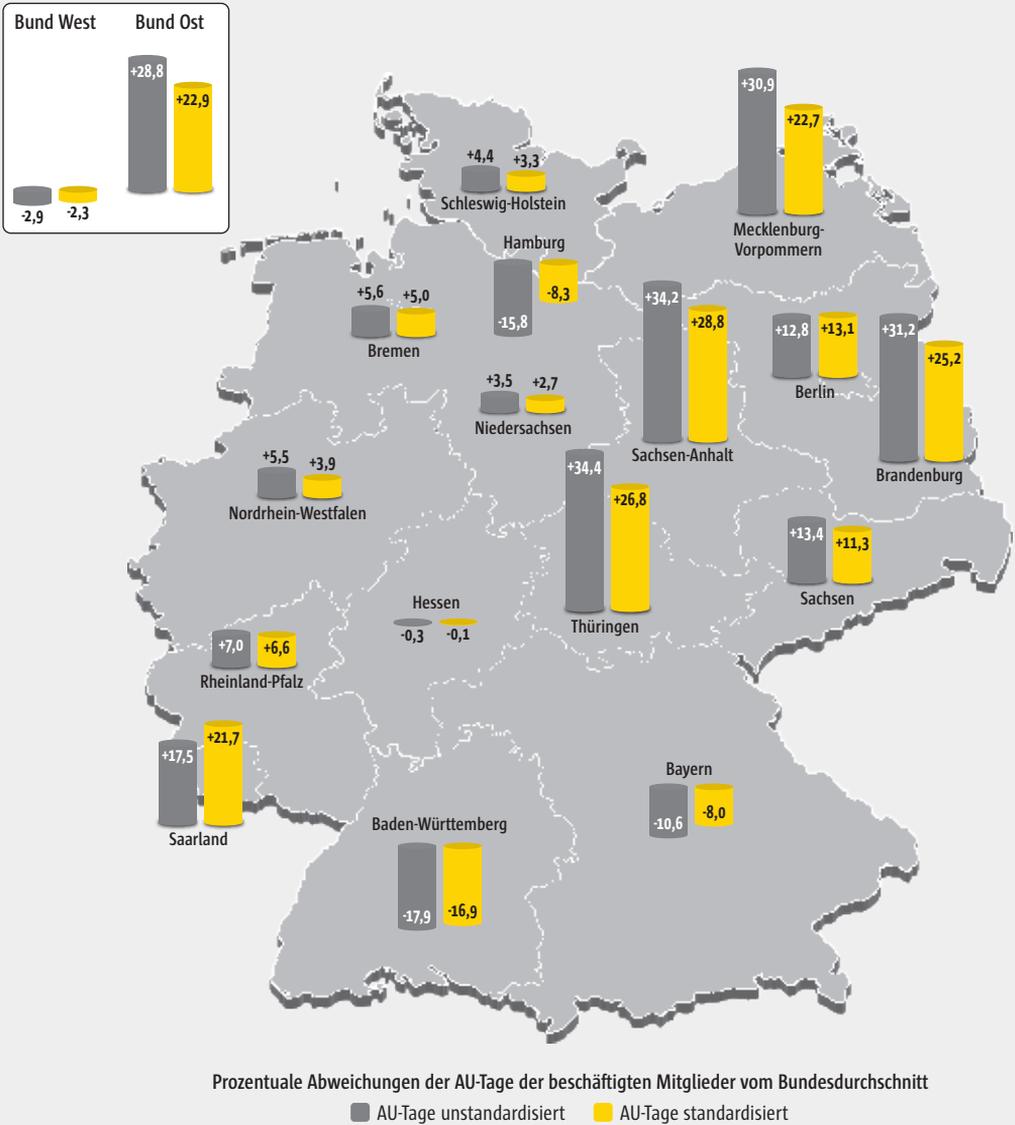
Bundesländer	AU-Fälle	Differenz zu 2010	AU-Tage	Differenz zu 2010	Tage je Fall	Differenz zu 2010
	je beschäftigtes Mitglied					2010
Baden-Württemberg	1,1	+0,3	14,9	+2,7	14,0	+2,5
Bayern	1,1	+0,4	16,3	+4,3	14,6	+2,5
Berlin	1,2	+0,4	20,5	+3,4	17,8	+2,6
Brandenburg	1,4	+0,6	23,9	+6,5	17,4	+2,7
Bremen	1,2	+0,4	19,2	+4,1	15,5	+2,5
Hamburg	1,0	+0,2	15,3	+0,9	16,0	+2,1
Hessen	1,2	+0,4	18,2	+4,4	15,1	+2,6
Mecklenburg-Vorpommern	1,4	+0,5	23,8	+6,9	17,0	+3,0
Niedersachsen	1,2	+0,4	18,8	+4,4	15,4	+2,7
Nordrhein-Westfalen	1,2	+0,4	19,2	+5,2	16,4	+3,2
Rheinland-Pfalz	1,2	+0,5	19,5	+4,2	16,3	+4,8
Saarland	1,2	+0,5	21,4	+5,4	17,7	+2,8
Sachsen	1,3	+0,6	20,7	+4,8	15,5	+1,8
Sachsen-Anhalt	1,5	+0,6	24,4	+7,4	16,7	+2,3
Schleswig-Holstein	1,2	+0,4	19,0	+4,9	16,3	+3,0
Thüringen	1,4	+0,7	24,5	+8,3	17,0	+3,1
Bund West	1,1	+0,6	17,7	+4,2	15,4	+2,9
Bund Ost	1,4	+0,4	23,4	+6,8	16,9	+2,7
Gesamt	1,2	+0,4	18,2	+4,3	15,6	+2,9

entsprechen. Äquivalent gilt dieses Vorgehen auch an den einschlägigen Stellen in den anderen Kapiteln zu den weiteren Leistungsbereichen. Damit sind von der Verteilung des Alters und des Geschlechts unabhängige Vergleiche sowohl zwischen den beschäftigten BKK Mitgliedern als auch – bei Anwendung der identischen Methoden – mit externen Berichten bzw. Statistiken möglich.

In **III** Diagramm 1.3.1 zeigt sich der zum Teil deutliche Einfluss der Alters- und Geschlechtsstruktur bei den regionalspezifischen AU-Tagen. Dargestellt sind hier die prozentualen Abweichungen der standardisierten bzw. unstandardisierten Fehltag je Beschäftigten vom Bundesdurchschnitt. Zunächst zeigt sich bei der Mehrzahl der Bundesländer eine höhere Abweichung vom Bundesdurchschnitt bezogen auf die unstandardisierten im Vergleich zu den

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

Diagramm 1.3.1 Arbeitsfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2020)

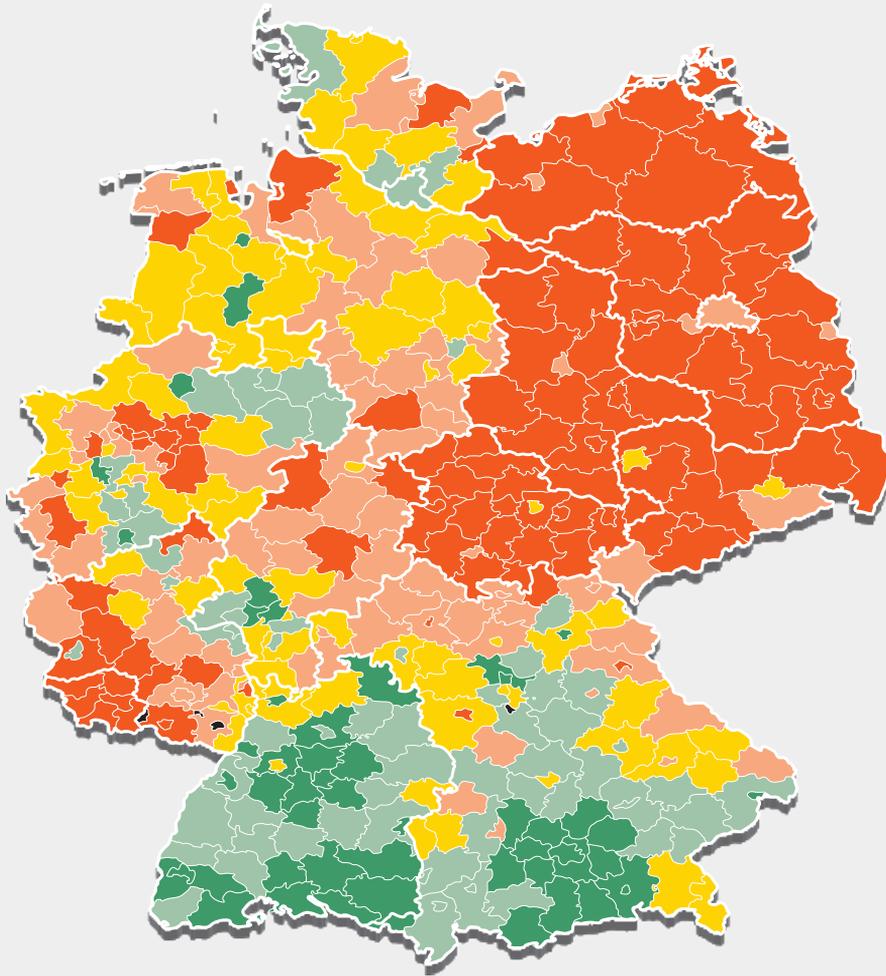


Gesamt: unstandardisiert: 18,2 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied; standardisiert: 18,0 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied

derungspflichtig Beschäftigten häufig sogar etwas günstiger. Besonders deutlich wird dies im Stadtstaat Hamburg: Würden das Alter und das Geschlecht der beschäftigten BKK Mitglieder dem aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten entspre-

chen, so wäre die Anzahl an Fehltagen immer noch um -8,3% geringer als der Bundesdurchschnittswert ausgeprägt. Da die in Hamburg wohnhaften beschäftigten BKK Mitglieder aber eine wesentlich günstigere Soziodemografie aufweisen, beträgt der

Diagramm 1.3.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2020)



Prozentuale Abweichungen der AU-Tage der beschäftigten Mitglieder vom Bundesdurchschnitt (18,0 AU-Tage)

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

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

unstandardisierte Unterschied sogar -15,8%. Insgesamt gleichen sich diese regionalen Unterschiede auf Bundesebene aber nahezu vollständig aus (unstandardisiert: 18,2 AU-Tage je Beschäftigter; standardisiert: 18,0 AU-Tage je Beschäftigter).

Noch detaillierter lässt sich das AU-Geschehen bei der Betrachtung auf Ebene der Landkreise differenzieren – die Spannweite der AU-Tage innerhalb eines Bundeslandes ist hier meistens genauso groß wie zwischen den Bundesländern selbst. Im **»»»** Diagramm 1.3.2 wird

deutlich, dass – auch nach Standardisierung für Alter und Geschlecht – die durchschnittlichen Fehltagelänge der Mitglieder in den Ostbundesländern fast durchweg über dem standardisierten Bundesdurchschnittswert von 18,0 AU-Tagen je Beschäftigten liegen. Entsprechend finden sich neun der zehn Kreise mit den meisten Fehltagen in den Ostbundesländern. Spitzenreiter ist dabei mit durchschnittlich 28,0 AU-Tagen je Beschäftigten der Landkreis Sonneberg in Thüringen. In den Westbundesländern sind das Saarland sowie größere Teile von Rheinland-Pfalz, Niedersachsen, Hessen und Nordrhein-Westfalen ebenfalls von überdurchschnittlich vielen AU-Tagen in einzelnen Landkreisen betroffen. Die gemessen an den AU-Tagen gesündeste Region ist im Jahr 2020 wiederum Freiburg im Breisgau (Baden-Württemberg) mit 11,3 AU-Tagen je Beschäftigten. Auch insgesamt sind vor allem in Bayern und in Baden-Württemberg die meisten Kreise mit den im Durchschnitt wenigsten AU-Tagen je Beschäftigten zu finden.

1.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen

Für einen Einblick in die krankheitsspezifische regionale Variabilität werden im Folgenden exemplarisch die AU-Tage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie aufgrund von psychischen Störungen auf Ebene der Landkreise betrachtet. Die entsprechenden Kennzahlen sind wiederum für Alter und Geschlecht standardisiert, um einen davon unabhängigen Vergleich zwischen den Regionen zu ermöglichen.

Betrachtet man die AU-Tage der Beschäftigten, die auf Muskel- und Skeletterkrankungen zurückzuführen sind (■ Diagramm 1.3.3), so zeigt sich hier ein ähnliches Regionalmuster, wie es bereits in ■ Diagramm 1.3.2 zu erkennen ist. Neben dem Schwerpunkt in den Ostbundesländern sind es ebenfalls zahlreiche Landkreise in den Westbundesländern, die auffällig hohe Werte zeigen. Insbesondere in Ostbayern, im Saarland, in Rheinland-Pfalz, in Teilen Hessens sowie in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen sind überdurchschnittliche Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart zu erkennen. Unter den zehn Landkreisen mit den meisten AU-Tagen je Beschäftigten stammen genau die Hälfte jeweils aus den Ost- bzw. Westbundesländern. Der Landkreis Hildburghausen in Thüringen weist in diesem Jahr mit 7,4 AU-Tagen je Beschäftigten den

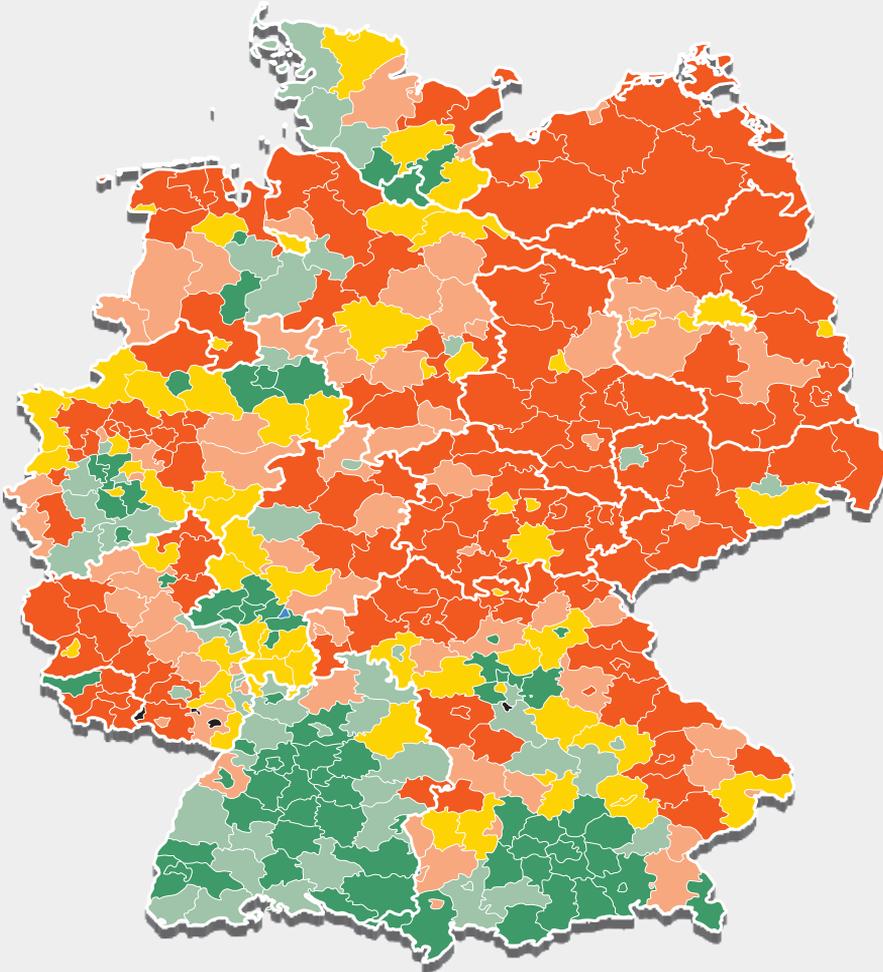
höchsten Wert auf. Die zehn Landkreise mit den wenigsten AU-Tagen liegen in dieser Betrachtung hingegen ausschließlich in den Westbundesländern mit regionalem Schwerpunkt in Bayern und Baden-Württemberg. In diesem Jahr ist der Landkreis Starnberg (Bayern) mit 1,8 AU-Tagen je Beschäftigten derjenige mit den geringsten Fehlzeiten für diese Krankheitsart.

Die AU-Tage aufgrund psychischer Störungen zeigen auf Kreisebene ein eher heterogenes Muster (■ Diagramm 1.3.4). Wie in den vorhergehenden Regionalbetrachtungen sind in Bayern und Baden-Württemberg, bis auf einige Städte, die wenigsten AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen in der Mehrzahl der Kreise zu finden. Entsprechend verteilen sich zehn Landkreise mit den meisten AU-Tagen bei den Beschäftigten auf insgesamt sechs verschiedene Bundesländer (Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und Thüringen). Der diesjährige Spitzenreiter – der Landkreis Merzig-Wadern im Saarland – weist mit durchschnittlich 5,9 AU-Tagen je Beschäftigten ein Vielfaches des Wertes der Beschäftigten mit Wohnort im Landkreis Esslingen (Baden-Württemberg) auf (1,8 AU-Tage je Beschäftigten).

Abschließend werden in ■ Diagramm 1.3.5 die AU-Tage der Beschäftigten je Bundesland differenziert nach den wichtigsten Krankheitsarten im Überblick dargestellt.

Neben dem bereits in ■ Tabelle 1.3.1 dargestellten Regionalmuster soll nun der Fokus auf den krankheitsspezifischen Unterschieden liegen. Wenig überraschend ist auch für die einzelnen Krankheitsarten ein deutliches Ost-West-Muster erkennbar. Bei sechs von sieben Krankheitsarten finden sich in den Ostbundesländern durchschnittlich die meisten AU-Tage je Beschäftigten und zwar in Sachsen-Anhalt (Muskel-Skelett-System, Verletzungen und Herz-Kreislauf-System), in Thüringen (Verdauungssystem sowie sonstige Erkrankungen) und in Brandenburg (Atmungssystem). Lediglich bei den Fehltagen aufgrund psychischer Störungen liegt mit dem Saarland ein Westbundesland auf dem ersten Platz. Dagegen treten bei insgesamt fünf Krankheitsarten (Muskel-Skelett-System, Atmungssystem, Verletzungen und Vergiftungen, Verdauungssystem, Herz-Kreislauf-System) bei Beschäftigten in Hamburg die jeweils geringsten Fehltagelänge auf. Die jeweils niedrigsten AU-Tage bei psychischen Störungen und sonstigen Erkrankungen sind hingegen in Baden-Württemberg zu finden.

Diagramm 1.3.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2020)

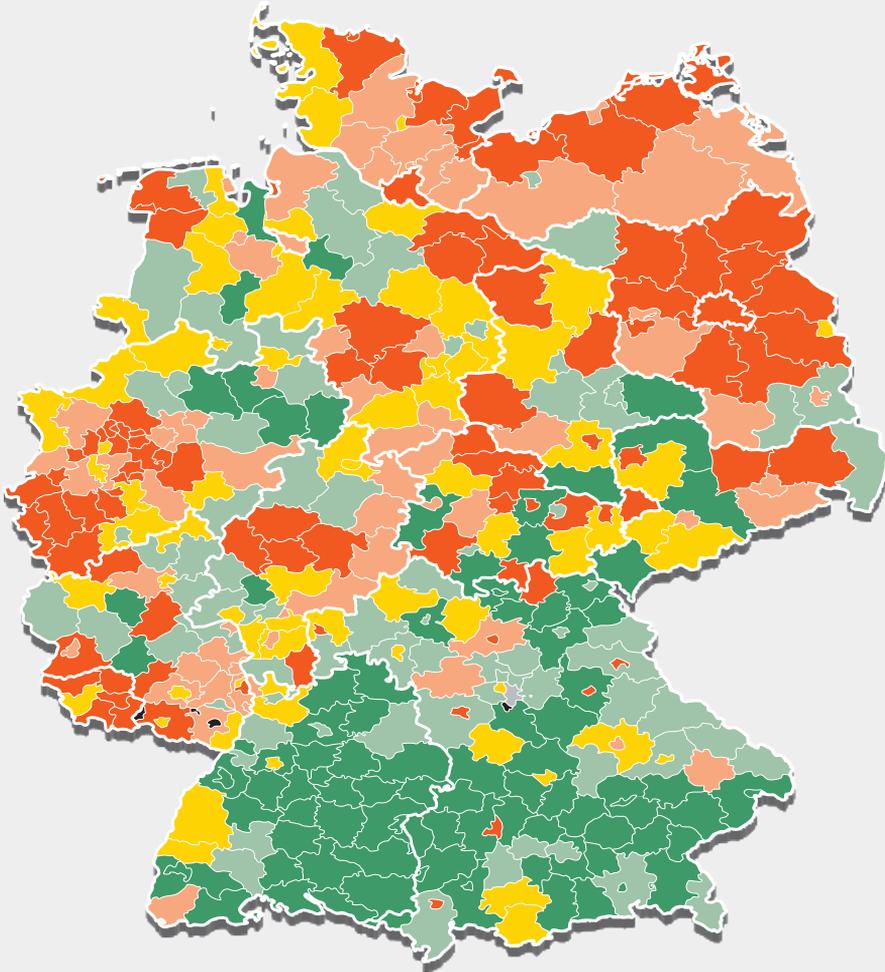


Prozentuale Abweichungen der AU-Tage der beschäftigten Mitglieder vom Bundesdurchschnitt (4,4 AU-Tage)

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

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

Diagramm 1.3.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Psychische Störungen – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2020)

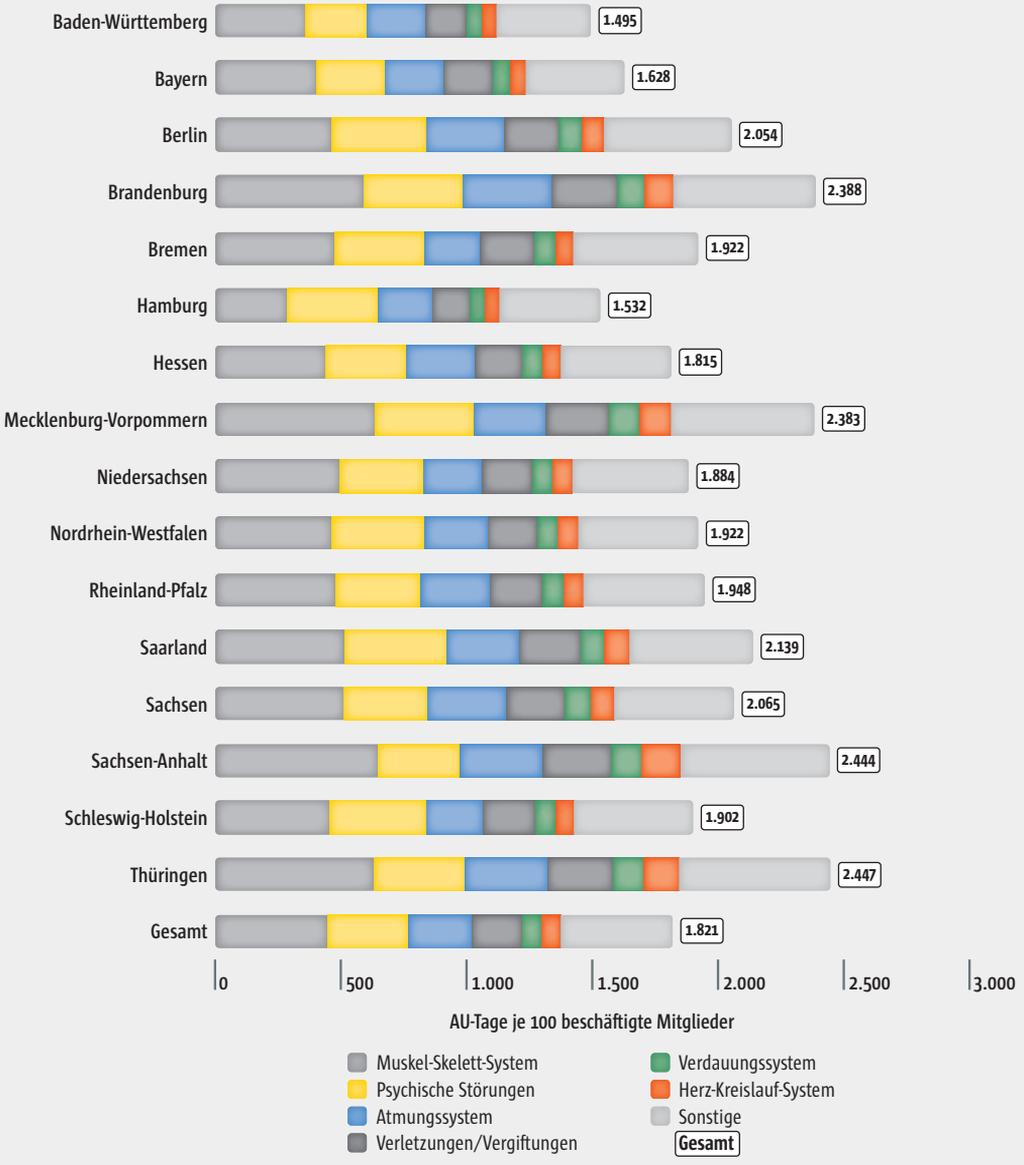


Prozentuale Abweichungen der AU-Tage der beschäftigten Mitglieder vom Bundesdurchschnitt (3,2 AU-Tage)

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

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

Diagramm 1.3.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)



1.4 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Der nachfolgende Abschnitt beleuchtet den Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit. Im Fokus der Betrachtungen stehen dabei wiederum alle beschäftigten BKK Mitglieder. Zahlreiche arbeitsweltliche Indikatoren stehen auf Basis der BKK Routinedaten für eine Betrachtung zur Verfügung. Unter anderem lassen sich Analysen nach der Wirtschaftsgruppe, der Berufsgruppe sowie weiteren Merkmalen der beruflichen Tätigkeit darstellen. Die deskriptive Struktur der Arbeitsumfeld- und Tätigkeitsmerkmale der beschäftigten BKK Mitglieder sind im Kapitel **»** Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten dargestellt.

1.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

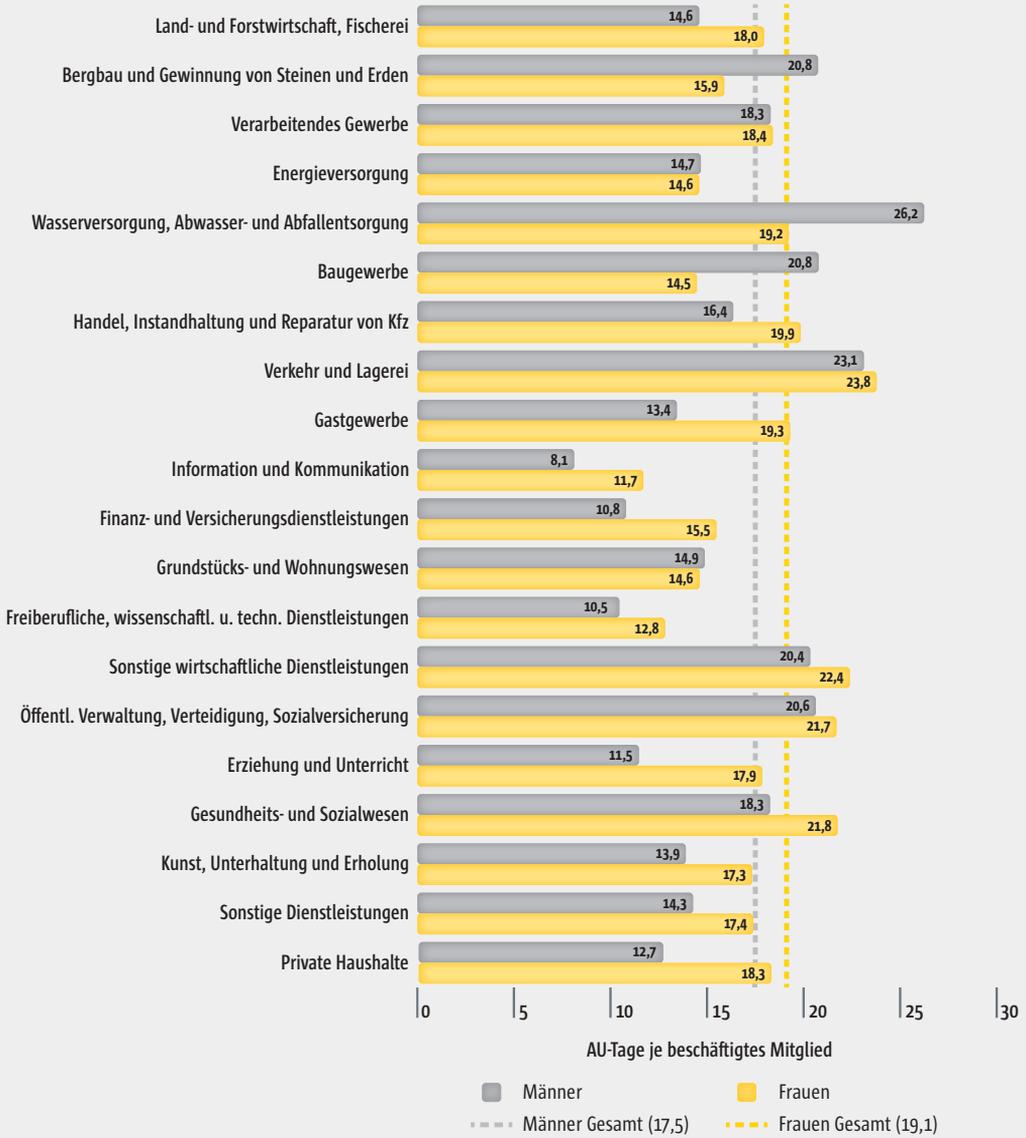
Die folgenden Auswertungen basieren ausschließlich auf der offiziellen Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008 (WZ 2008 siehe **»** Tabelle B.3) und ersetzen somit die bisherigen Auswertungen nach den sogenannten BKK Wirtschaftsgruppen. Detailauswertungen für beide Systematiken sind aber weiterhin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

- Beschäftigte in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sowie in Verkehr und Lagerei weisen insgesamt die meisten Fehltag in Wirtschaftsgruppenvergleich auf.
- Die niedrigsten krankheitsbedingten Fehlzeiten sind hingegen bei den Beschäftigten in der Information und Kommunikation bzw. in den Finanzdienstleistungen zu finden.
- AU-Tage wegen Muskel- und Skeletterkrankungen sind in Wirtschaftsgruppen mit großem körperlichen Arbeitsanteil (z.B. Baugewerbe oder Abfallbeseitigung) besonders hoch.

- Dagegen sind die meisten Fehltag wegen psychischer Störungen vor allem in solchen Wirtschaftsgruppen zu finden, deren Tätigkeit aus der Interaktion mit Menschen besteht (z.B. Gesundheits- und Sozialwesen oder Erziehung und Unterricht).

Wie bereits in den vergangenen Jahren, sind die Beschäftigten in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung (24,7 AU-Tage je Beschäftigten) sowie Verkehr und Lagerei (23,3 AU-Tage je Beschäftigten) und sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen zusammen mit der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung (jeweils 21,3 AU-Tage je Beschäftigten) am stärksten von krankheitsbedingten Fehlzeiten betroffen. Im Durchschnitt etwa halb so viele bzw. noch weniger AU-Tage finden sich bei den Erwerbstätigen in den Wirtschaftsabschnitten Finanz- und Versicherungsdienstleistungen (13,5 AU-Tage je Beschäftigten), den freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen (11,7 AU-Tage je Beschäftigten) sowie im Bereich Information und Kommunikation (9,4 AU-Tage je Beschäftigten). Geschlechtsunterschiede treten immer dann besonders deutlich zutage, wenn Männer und Frauen innerhalb einer Wirtschaftsgruppe jeweils andere Tätigkeiten ausüben, die meist auch mit einem unterschiedlichen Grad von körperlichen und psychischen Beanspruchungen einhergehen. Dies wird besonders in den Gruppen Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sowie im Baugewerbe sichtbar. In beiden Branchen sind Frauen sehr häufig mit den verwaltenden Aufgaben bzw. Büro-tätigkeit betraut. Die in größeren Anteilen vorrangig körperlich arbeitenden Männer weisen hier im Durchschnitt eine Kalenderwoche mehr krankheitsbedingter Fehltag pro Jahr als die Frauen auf. Auf der anderen Seite sind die im Gastgewerbe und in Erziehung und Unterricht beschäftigten Frauen im Mittel länger krankheitsbedingt arbeitsunfähig als

Diagramm 1.4.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



ihre männlichen Kollegen, was auch hier durch die in der jeweiligen Branche unterschiedlichen Tätigkeitsschwerpunkte begründet ist (»» Diagramm 1.4.1).

Wie bereits festgestellt, weicht der Gesamtwert der standardisierten AU-Tage (18,0) nur minimal von dem der unstandardisierten AU-Tage (18,2) je Be-

schäftigten ab (»» Diagramm 1.4.2). Betrachtet man dagegen die jeweiligen Werte bezogen auf die einzelnen Wirtschaftsgruppen, so zeigen sich zum Teil deutliche Differenzen. So reduzieren sich die Fehltagelänge bei der Metallerzeugung und -verarbeitung von 24,4 AU-Tagen (unstandardisiert) auf 19,3 AU-Tage je Beschäftigten (standardisiert). Das bedeutet, dass

Diagramm 1.4.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabteilungen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2020)

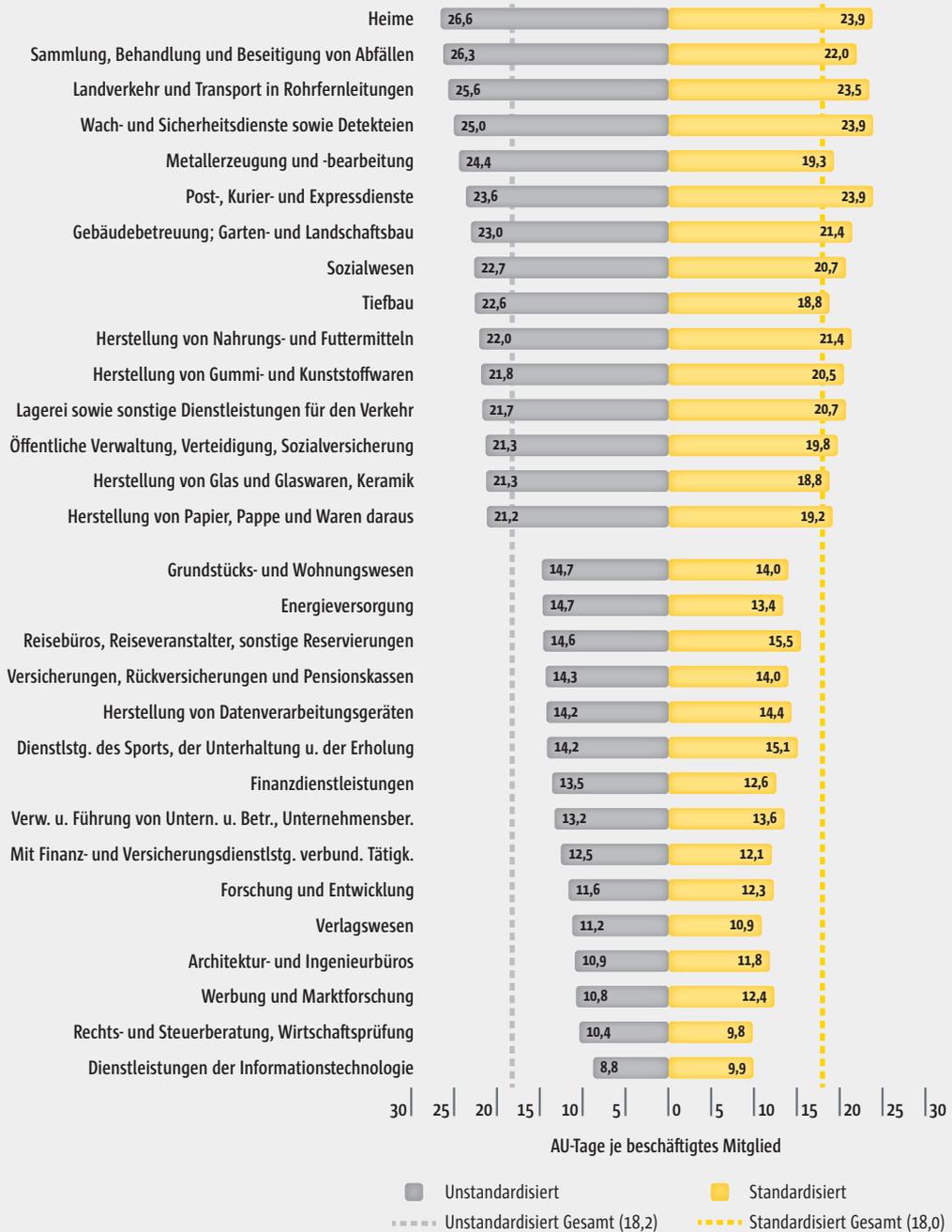
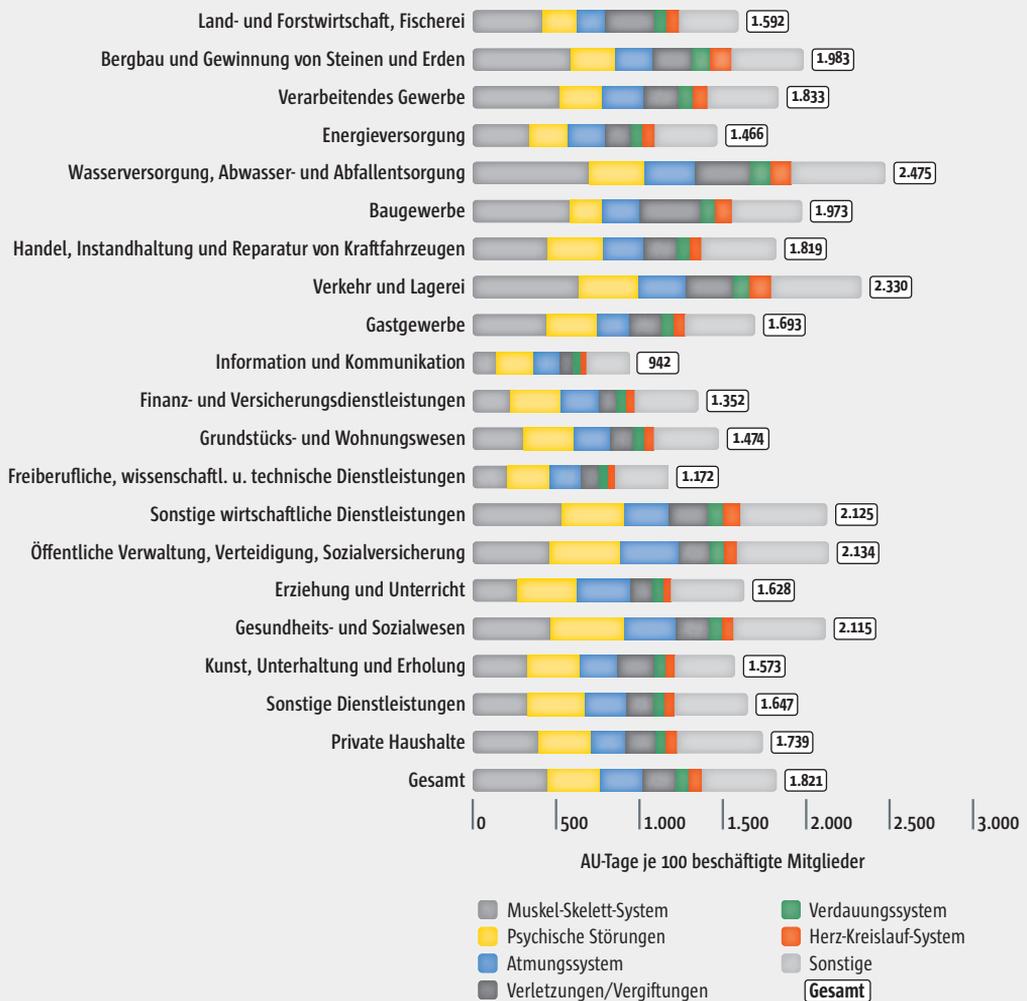


Diagramm 1.4.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)



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

gen die standardisierten AU-Tage über den unstandardisierten Werten, allerdings sind die entsprechenden Differenzen nur gering ausgeprägt.

In **»»** Diagramm 1.4.3 sind die AU-Tage der verschiedenen Wirtschaftsabschnitte noch einmal differenziert für die wichtigsten Krankheitsarten dargestellt. Nicht nur die meisten AU-Tage insgesamt, sondern vor allem aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen sind bei den Beschäftigten in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung (695 AU-Tage je 100 Beschäftigte) zu finden. Im Vergleich hierzu weisen Beschäftigte der Wirtschafts-

gruppe Information und Kommunikation gerade einmal ein Fünftel dieses Wertes auf (139 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Diese Differenzen sind insbesondere durch die unterschiedlichen arbeitsbedingten Beanspruchungen und Belastungen in den einzelnen Branchen begründet: Insgesamt haben bei dieser Diagnosehauptgruppe vor allem Wirtschaftsgruppen des produzierenden Gewerbes bzw. des Handwerks (z.B. Baugewerbe) oder Dienstleister mit besonders körperlich beanspruchender Arbeit (z.B. Abfallbeseitigung) auffällig viele krankheitsbedingte Fehltag.

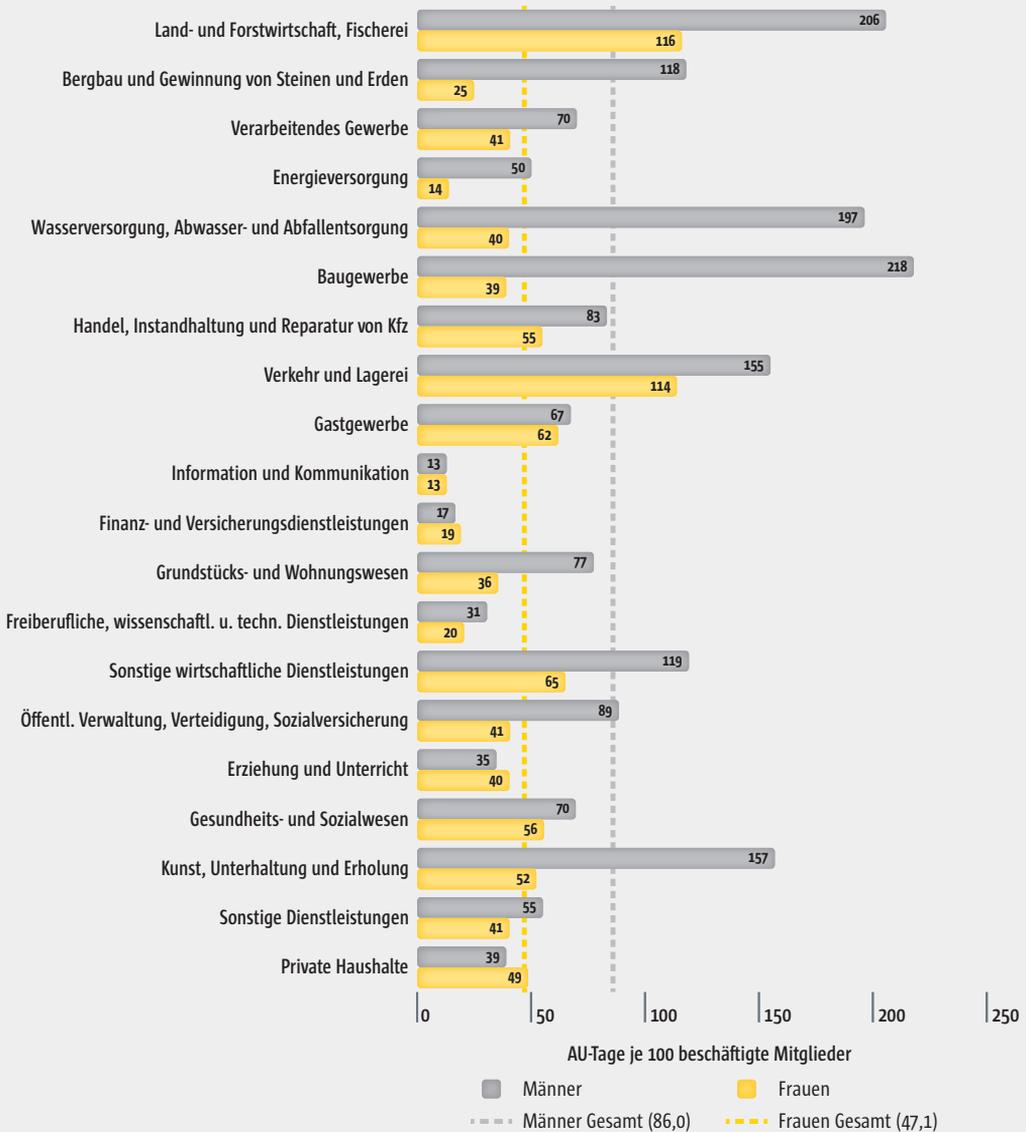
Ein anderes Muster zeigt sich bei den psychischen Störungen: Mit 443 AU-Tagen je 100 Beschäftigten steht hier das Gesundheits- und Sozialwesen wie schon im vergangenen Jahr wieder an der Spitze mit den meisten Fehltagen. Beschäftigte im Baugewerbe haben dagegen nicht einmal halb so viele Fehltag (197 AU-Tage je 100 Beschäftigte) aufgrund dieser Krankheitsart. Auch andere Branchen, deren Tätigkeit vorrangig durch die Interaktion mit Menschen geprägt ist (z.B. Verwaltung oder Erziehung und Unterricht), weisen überdurchschnittlich viele AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen auf.

Von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen sind wiederum solche Wirtschaftsgruppen (z.B. Baugewerbe, Abfallbeseitigung, Verkehr und Lagerei) stärker betroffen, deren Tätigkeit durch körperliche Belastungen bzw. ein generell höheres Unfallrisiko (z.B. durch einen Tätigkeitsschwerpunkt im Straßenverkehr bzw. an Maschinen) geprägt ist. An der Spitze steht im Jahr 2020 bei diesem Krankheitsgrund das Baugewerbe mit 365 AU-Tagen je 100 Beschäftigten, während die wenigsten Fehltag bei den Beschäftigten der Branche Information und Kommunikation mit lediglich 78 AU-Tagen je 100 Beschäftigten zu finden sind.

- Krankheitsbedingte Fehlzeiten, die durch Arbeitsunfälle verursacht werden, sind in den letzten Jahren sukzessive zurückgegangen.
- Wirtschaftsgruppen, in denen v.a. Tätigkeiten mit hoher körperlicher Belastung ausgeübt werden (z.B. Baugewerbe), weisen die meisten AU-Tage im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen auf.
- Männer weisen sehr häufig höhere durch Arbeitsunfälle verursachte Fehlzeiten als Frauen auf, da sich deren konkrete Tätigkeiten im Unternehmen und das damit verbundene Unfallrisiko deutlich voneinander unterscheiden.

Neben den bisher dargestellten krankheitsbedingten Ursachen der Arbeitsunfähigkeit, spielen auch Arbeitsunfälle und die damit verbundenen Fehlzeiten bei den Beschäftigten eine wichtige Rolle. Die positive Botschaft zuerst: Die AU-Fälle und AU-Tage aufgrund von Arbeitsunfällen weisen seit Einführung der vollständigen Zählung in 2016 (77 AU-Tage je 100 Beschäftigte) bis 2020 (68 AU-Tage je 100 Beschäftigte) insgesamt eine abnehmende Tendenz auf. Rund 4% aller Fehltag der Beschäftigten werden im Jahr 2020 durch Arbeitsunfälle verursacht. Im Jahr 2020 wird ein Großteil des Rückgangs auf die Maßnahmen in Verbindung mit der Coronavirus-Pandemie zurückzuführen sein, was vor allem mit der deutlich vermehrten Nutzung von Homeoffice bzw. Kurzarbeit zusammenhängen dürfte. In **»»** Diagramm 1.4.4 wird der Zusammenhang zwischen den mit Arbeitsunfällen verbundenen Fehlzeiten und der Wirtschaftsgruppe sowie dem Geschlecht sichtbar: Wiederum sind es Beschäftigte in Bereichen mit hoher körperlicher Belastung (z.B. Landwirtschaft oder Baugewerbe) bzw. mit einer potenziell weitaus höheren Unfallgefahr beispielsweise im Straßenverkehr (z.B. Verkehr und Lagerei oder Abfallbeseitigung), die deutlich stärker von Fehltagen aufgrund von Arbeitsunfällen betroffen sind, als solche in Wirtschaftsgruppen mit geringer körperlicher Belastung und/oder vorwiegender Bürotätigkeit (z.B. Finanz- und Versicherungsdienstleistungen). Insbesondere bei den Wirtschaftsgruppen mit besonders hohen Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfällen gibt es jeweils ausgeprägte Geschlechtsunterschiede. Ursache hierfür ist vermutlich der bereits erwähnte Fakt, dass Männer und Frauen innerhalb solcher Unternehmen bzw. Branchen meist völlig unterschiedliche Tätigkeiten ausüben, die einer sehr unterschiedlichen körperlichen Belastung unterliegen und entsprechend mit einem geringeren bzw. höheren Unfallrisiko verbunden sind. In Branchen mit geringen Geschlechtsunterschieden ist davon auszugehen, dass Männer und Frauen hier Tätigkeiten ausüben, die sich bzgl. ihres Risikos für einen Arbeitsunfall nicht wesentlich unterscheiden. Um welche beruflichen Tätigkeiten es sich dabei handelt und in welchem Zusammenhang diese mit der Gesundheit von Beschäftigten stehen, soll im nun folgenden **»»** Kapitel 1.4.2 näher betrachtet werden.

Diagramm 1.4.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

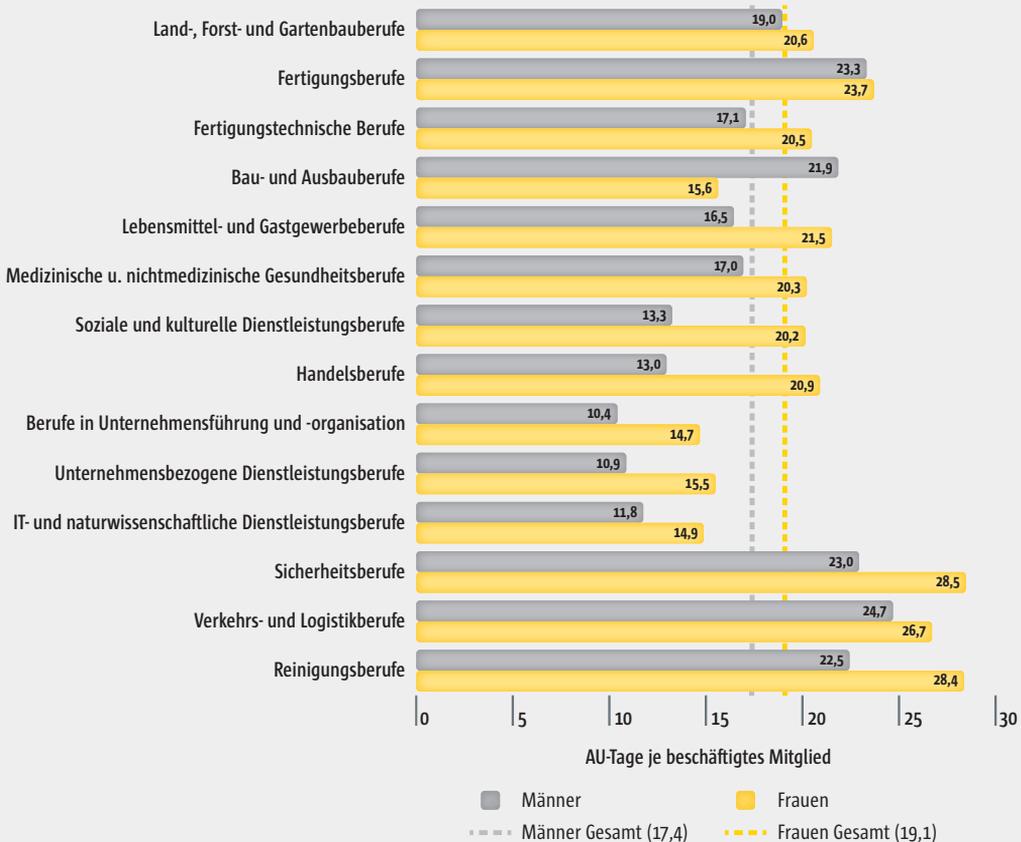


1.4.2 Auswertungen nach Berufsgruppen

Neben der Betrachtung des AU-Geschehens im Sinne der Zuordnung der Betriebe und somit auch des Berufstätigen zu einer bestimmten Wirtschaftsgruppe gibt die vom Beschäftigten ausgeübte Tätigkeit weiteren Aufschluss über den Einfluss arbeitsweltlicher Faktoren auf die Gesundheit. Die Basis bildet

hierbei der Tätigkeitsschlüssel aus der Klassifikation der Berufe (KldB 2010). Dieser zeigt nicht nur die aktuell ausgeübte Tätigkeit des Beschäftigten, sondern beinhaltet zudem noch weitere Merkmale. In diesem Abschnitt soll der Fokus zunächst auf dem ausgeübten Beruf der Beschäftigten liegen. Das sich anschließende **III** Kapitel 1.4.3 widmet sich weiteren, für den Zusammenhang zwischen Arbeitswelt und

Diagramm 1.4.5 Arbeitsfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

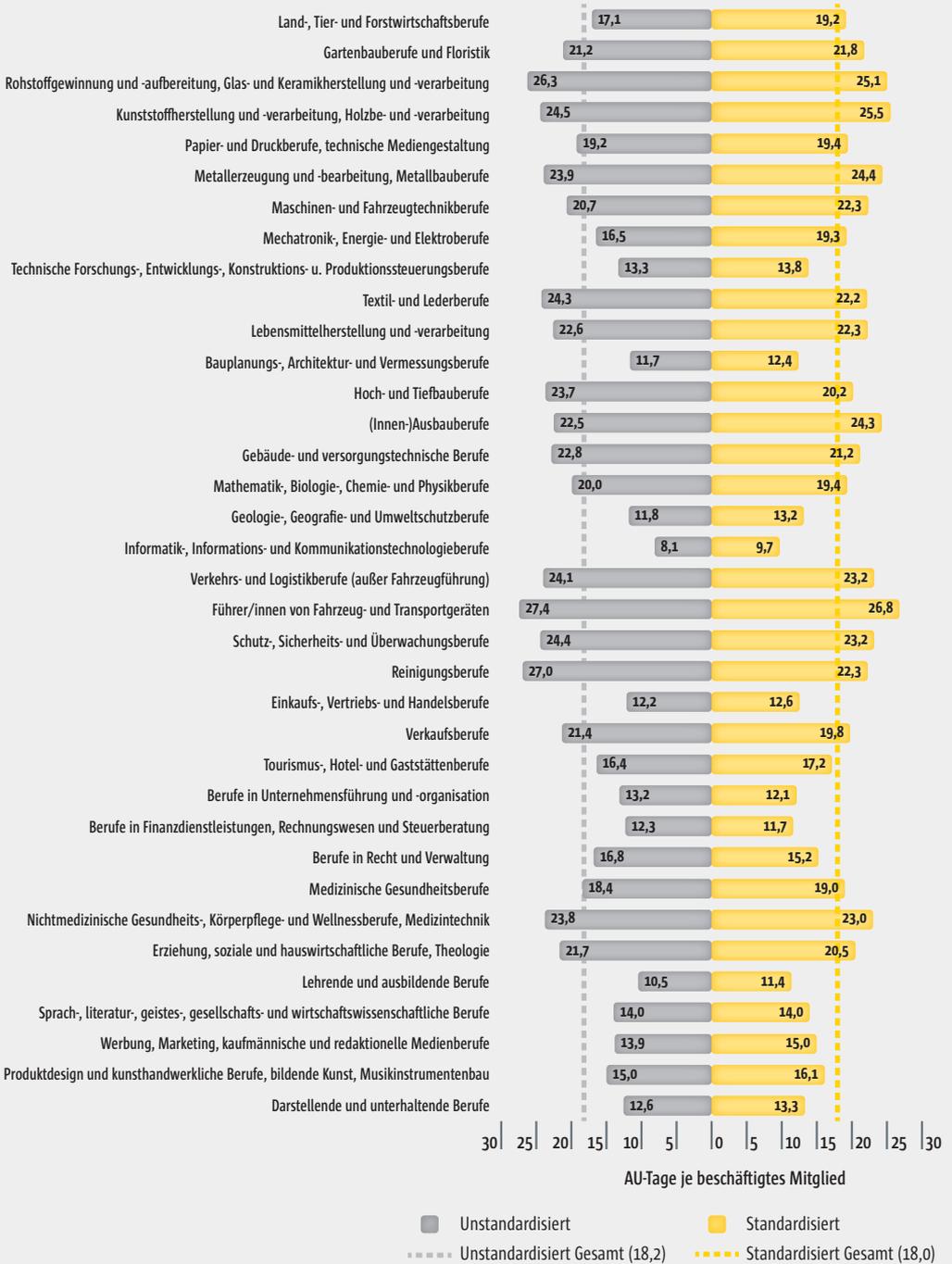


Gesundheit relevanten Tätigkeitsmerkmalen. In **»»** Tabelle A.10 sind ergänzend die wichtigsten AU-Kennzahlen der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssektoren, -segmenten und -hauptgruppen im Überblick sowie im Zusammenhang mit Diagnosehauptgruppen und Geschlecht zu finden.

- Die krankheitsbedingten Fehltage unterscheiden sich zwischen den verschiedenen Berufsgruppen um mehr als 2 Kalenderwochen.
- Unterschiede zwischen Männern und Frauen innerhalb einer Berufsgruppe sind vor allem auf die ungleiche Verteilung weiterer Tätigkeitsmerkmale (Anforderungsniveau, Vertragsverhältnis, Stellung im Beruf) und damit verbundener unterschiedlicher Belastungen zurückzuführen.

In **»»** Diagramm 1.4.5 sind die AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht dargestellt. Mit durchschnittlich 27,0 AU-Tagen je Beschäftigten stehen die Reinigungsberufe hier an der Spitze, gefolgt von den Verkehrs- und Logistikberufen (u. a. Beschäftigte der Postdienste) mit 25,1 AU-Tagen je Beschäftigten. Bei den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen treten dagegen mit 12,5 AU-Tagen je Beschäftigten weniger als halb so viele Fehltage wie bei den in Reinigungsberufen Beschäftigten auf. Aus den Geschlechtsunterschieden ist zu erkennen, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (einzige Ausnahme sind die Bau- und Ausbauberufe) die Werte der Frauen zum Teil deutlich über denen der Männer liegen – die größten Differenzen finden sich im Bereich der Handelsberufe (7,4 AU-Tage Abweichung) sowie bei den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen (6,7 AU-Tage

Diagramm 1.4.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufshauptgruppen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2020)



Abweichung). Hier spielen mindestens zwei weitere Faktoren eine Rolle und zwar das Alter der Beschäftigten in Kombination mit dem Anforderungsniveau der Tätigkeit. So sind Frauen in Handelsberufen am häufigsten im Bereich der fachlich ausgerichteten Tätigkeiten beschäftigt, wobei deren Durchschnittsalter über dem der Männer liegt. Männliche Beschäftigte in diesem Berufssegment sind hingegen häufiger bei komplexen bzw. hoch komplexen Tätigkeiten zu finden, was meist mit einer gehobeneren Position (z. B. Führung oder Aufsicht) und einem höheren schulischen- bzw. beruflichen Bildungsgrad einhergeht. Auch für die anderen beobachtbaren Geschlechtsunterschiede gilt, dass neben der eigentlichen Berufsordnung weitere Tätigkeitsmerkmale (z. B. Vertragsform, Stellung im Beruf, Anforderungsniveau der Tätigkeit), die zwischen Frauen und Männern teils sehr unterschiedlich verteilt sind, Einfluss auf die Ausprägung der Fehlzeiten nehmen. Eine detaillierte Betrachtung dieser zusätzlichen arbeitsweltlichen Indikatoren ist im **III** Kapitel 1.4.4 zu finden.

Da das Alter und das Geschlecht eines Beschäftigten einen bedeutsamen Einfluss auf das Fehlzeitengeschehen nehmen kann, bietet sich auf Basis einer Standardisierung für genannte Merkmale die Möglichkeit eines alters- und geschlechtsunabhängigen Vergleichs, bezogen auf alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland an. In **III** Diagramm 1.4.6 sind diese Kennzahlen pro Berufsgruppe einander gegenübergestellt. Liegen die standardisierten Fehltagelagen unter den unstandardisierten Angaben, so ist dies ein Indiz, dass die BKK Beschäftigten bezogen auf ihre Morbidität eine ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland aufweisen.

Auf Ebene der einzelnen Berufshauptgruppen gibt es teilweise deutliche Abweichungen. So zeigt sich bei den Reinigungsberufen mit einer Abweichung von 4,7 AU-Tagen, dass die Beschäftigten in dieser Berufsgruppe eine deutlich ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aufweisen. Gleiches gilt beispielsweise auch für die Hoch- und Tiefbauberufe (Abweichung 3,5 AU-Tagelagen). Auf der anderen Seite gibt es aber auch Tätigkeitsfelder, bei denen die beschäftigten BKK Mitglieder eine im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten günstigere Alters- und Geschlechtsstruktur und somit geringere Werte bei den unstandardisierten im Vergleich zu den standardisierten AU-Tagen aufweisen. Hierzu zählen z. B. die Mechatronik-, Energie- und Elektroberufe (Abweichung 2,8 AU-Tagelagen) oder die IT- und Kommunikationsberufe (Abweichung 1,6 AU-Tagelagen).

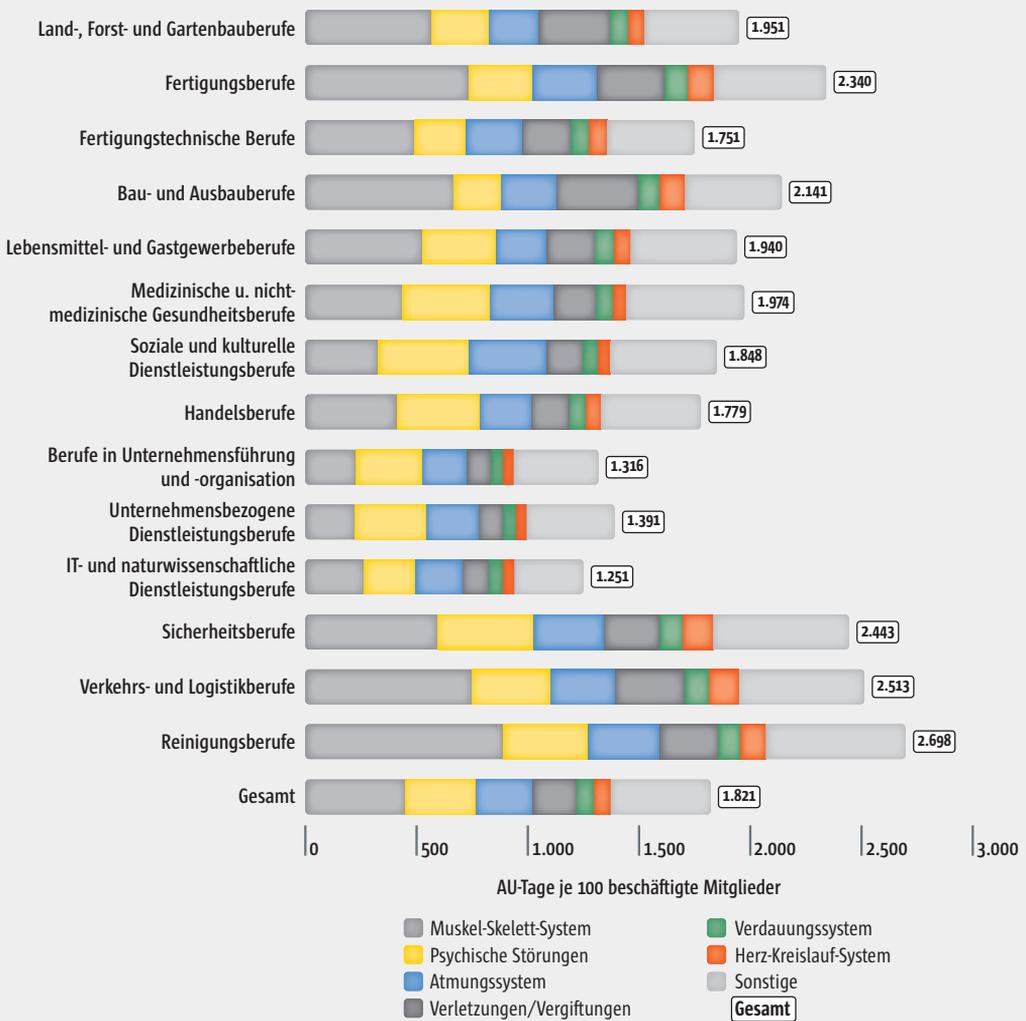
Aber auch nach Standardisierung für Alter und Geschlecht gibt es weiterhin bedeutsame Unterschiede bei den Fehlzeiten zwischen den einzelnen Berufshauptgruppen. Das ist ein weiterer Beleg dafür, dass neben dem Alter und dem Geschlecht der Beschäftigten insbesondere Beanspruchungen und Belastungen, die durch die jeweilige Tätigkeit verursacht werden, die Fehlzeiten beeinflussen. Im Folgenden wird dies anhand der Zuordnung von spezifischen Belastungen und den entsprechenden diagnosespezifischen Fehlzeiten verdeutlicht.

- Beschäftigte mit körperlich besonders beanspruchenden Berufen (z. B. in der Fertigung oder Produktion), weisen besonders hohe Fehlzeiten aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen bzw. Verletzungen und Vergiftungen auf.
- Berufstätige, deren Haupttätigkeit die Arbeit mit Menschen ist (z. B. Erziehungs- und Gesundheitsberufe), sind besonders häufig von Fehlzeiten wegen psychischer Störungen betroffen.
- Aufgrund der Coronavirus-Pandemie ist in allen Berufsgruppen ein Anstieg der durchschnittlichen Falldauer verursacht durch den massiven Rückgang von Kurzzeiterkrankungen erkennbar.

Das **III** Diagramm 1.4.7 stellt die AU-Tage nach den wichtigsten Diagnosehauptgruppen für die einzelnen Berufssegmente dar. Nicht nur insgesamt, sondern auch bei den AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen, liegen wiederum die Reinigungsberufe mit durchschnittlich 890 AU-Tagen je 100 Beschäftigten an der Spitze. Dagegen wird nicht einmal ein Drittel dieses Wertes bei Beschäftigten in der Unternehmensführung und -organisation erreicht (223 AU-Tagelagen je 100 Beschäftigte). Fehltagelagen wegen Muskel- und Skeletterkrankungen sind vor allem bei Berufen mit einer hohen körperlichen Beanspruchung und Belastung (z. B. Fertigungsberufe, Bau- und Ausbauberufe etc.) zu finden.

Ein anderes Muster wird bei den Fehltagelagen aufgrund psychischer Störungen sichtbar – hier sind die in den Sicherheitsberufen Tätigen mit 434 AU-Tagen je 100 Beschäftigten am stärksten betroffen, gefolgt von den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen (je 413 AU-Tagelagen je 100 Beschäftigte) sowie den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen (je 394 AU-Tagelagen je 100 Beschäftigte). Auch hier zeigt sich, dass Berufe, deren Hauptinhalt die Interaktion mit anderen Menschen darstellt und somit mehr (zwischenmenschliche) Stresssituationen beinhaltet, überdurchschnittlich von Fehlzeiten

Diagramm 1.4.7 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)



aufgrund dieser Krankheitsart betroffen sind. Zusätzlich spielt hier auch der wesentlich höhere Anteil beschäftigter Frauen in den besonders stark betroffenen Berufssegmenten eine Rolle (»» Diagramm 0.2.2).

Bei den AU-Tagen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen sind vor allem solche Berufe betroffen, die einer hohen körperlichen Beanspruchung und Unfallgefahr ausgesetzt sind. Hierzu zählen zum Beispiel die Bau- und Ausbauberufe (370 AU-Tage je 100 Beschäftigte) oder die Land-, Forst- und Gartenbauberufe (323 AU-Tage je 100 Beschäftigte).

Eine detaillierte Darstellung des AU-Geschehens auf Ebene einzelner Berufe zeigt die »» Tabelle 1.4.1. Darin aufgeführt sind jeweils die zehn Berufsgruppen, die im Jahr 2020 die meisten bzw. wenigsten Fehlzeiten bezogen auf deren AU-Tage auf sich vereinen. Mit durchschnittlich 29,8 AU-Tagen je Beschäftigten stehen die in der Industriellen Glasherstellung und -verarbeitung Beschäftigten an der Spitze der Rangliste. Mehrheitlich entstammen die weiteren dieser zehn Berufe mit den meisten Fehltagen aus der Gruppe der Fertigungsberufe und der Verkehrs- und Logistikberufe. Auch die in der Alten-

Tabelle 1.4.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2020)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
213	Industrielle Glasherstellung und -verarbeitung	1.570	29.818	19,0
525	Bau- und Transportgeräteführung	1.491	29.371	19,7
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	1.486	29.006	19,5
821	Altenpflege	1.405	28.926	20,6
532	Polizeivollzugs- und Kriminaldienst, Gerichts- und Justizvollzug	1.580	27.791	17,6
832	Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	1.404	27.712	19,7
521	Fahrzeugführung im Straßenverkehr	1.220	27.669	22,7
512	Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur	1.699	27.289	16,1
281	Textiltechnik und -produktion	1.531	27.130	17,7
241	Metallerzeugung	1.486	27.054	18,2
	Gesamt	1.168	18.208	15,6
431	Informatik	733	8.224	11,2
914	Wirtschaftswissenschaften	547	8.195	15,0
411	Mathematik und Statistik	646	7.989	12,4
432	IT-Systemanalyse, IT-Anwendungsberatung und IT-Vertrieb	647	7.781	12,0
523	Fahrzeugführung im Flugverkehr	567	7.762	13,7
271	Technische Forschung und Entwicklung	669	7.536	11,3
944	Theater-, Film- und Fernsehproduktion	529	7.481	14,1
434	Softwareentwicklung und Programmierung	636	6.940	10,9
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	636	6.016	9,5
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	382	4.426	11,6

pflge Tätigen sind als einzige der nichtmedizinischen Gesundheitsberufe mit durchschnittlich 29,0 AU-Tagen je Beschäftigten vertreten.

Die in der unteren Hälfte der Tabelle aufgeführten Berufsgruppen sind hingegen diejenigen mit den wenigsten krankheitsbedingten Fehltagen im Berichtsjahr. Mit durchschnittlich 4,4 AU-Tagen haben, wie im Vorjahr, Beschäftigte mit Lehr- und Forschungstätigkeiten an Hochschulen die wenigsten Fehltag – das entspricht nur einem Sechstel des berichteten Höchstwerts. Im Gegensatz zu den zehn Berufsgruppen mit den meisten Fehltagen entstammt hier die Mehrzahl dem Dienstleistungs- bzw. geistes- und naturwissenschaftlichen Bereich.

Wie bereits im **»»** Kapitel 1.1.3 zu sehen war, ist auch hier die Anzahl der AU-Fälle, nicht jedoch die der AU-Tage, im Vergleich zum Vorjahr bedingt durch die Coronavirus-Pandemie zurückgegangen, was vor allem am starken Rückgang der Kurzzeiterkrankungen liegt. Das hat zur Folge, dass bei den einzelnen Berufsgruppen jeder AU-Fall im Durchschnitt 2 Tage länger als im Jahr 2019 dauert. Vermutlich wird dieser Effekt für das Kalenderjahr 2021 in ähnlicher Weise sichtbar werden.

In **»»** Tabelle 1.4.2 sind jeweils die zehn Berufsgruppen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen dargestellt. Hier sind wiederum die Beschäftigten der in-

Tabelle 1.4.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Berichtsjahr 2020)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
213	Industrielle Glasherstellung und -verarbeitung	390	10.130	26,0
525	Bau- und Transportgeräteführung	410	9.824	24,0
214	Industrielle Keramikerstellung und -verarbeitung	421	9.538	22,7
281	Textiltechnik und -produktion	394	9.508	24,1
322	Tiefbau	393	9.351	23,8
241	Metallerzeugung	403	9.191	22,8
512	Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur	438	9.147	20,9
243	Metalloberflächenbehandlung	389	9.058	23,3
331	Bodenverlegung	359	8.969	25,0
221	Kunststoff- und Kautschukherstellung und -verarbeitung	403	8.932	22,2
	Gesamt	203	4.482	22,0
912	Geisteswissenschaften	77	1.055	13,8
431	Informatik	71	1.050	14,8
432	IT-Systemanalyse, IT-Anwendungsberatung und IT-Vertrieb	67	992	14,9
931	Produkt- und Industriedesign	75	990	13,2
434	Softwareentwicklung und Programmierung	62	952	15,4
914	Wirtschaftswissenschaften	52	883	16,9
944	Theater-, Film- und Fernsehproduktion	53	788	14,8
922	Öffentlichkeitsarbeit	54	766	14,1
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	54	761	14,1
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	29	377	12,8

dustriellen Glasherstellung und -verarbeitung mit durchschnittlich 10,1 AU-Tagen je Beschäftigten auf dem ersten Platz nach Fehltagen aufgrund dieser Krankheitsart zu finden. Auch hier stammt die Mehrzahl der zehn aufgeführten Professionen aus den Fertigungsberufen bzw. den Bau- und Ausbauberufen. Für alle genannten Berufe gilt dabei gleichermaßen ein hoher Anteil an körperlich beanspruchender Tätigkeit und der daraus resultierenden Krankheitslast in Form der berichteten Fehltag. Umgekehrt zeigt sich, dass vor allem Berufe aus den Bereichen Dienstleistungen und Geisteswissenschaften mit einer meist nur geringen körperlichen Beanspruchung die Liste der Berufe mit den wenigsten AU-Tagen auf-

grund von Muskel- und Skeletterkrankungen dominieren. Wiederum sind es die Beschäftigten mit einer Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen, die mit gerade einmal 0,4 AU-Tagen je Beschäftigten nur einen Bruchteil der Fehltag im Vergleich zu den Berufen mit den meisten AU-Tagen aufweisen. Wie bereits in [»»](#) Tabelle 1.4.1 zu sehen ist, zeigt sich hier ebenfalls durch die Coronavirus-Pandemie bedingt ein Rückgang bei den AU-Fällen, was, verbunden mit einer Stagnation bei den AU-Tagen, ebenfalls zu einem Anstieg bei der Falldauer um durchschnittlich etwa 2 Tage je Fall bei den Berufsgruppen führt.

Die Auflistung der Berufe mit den meisten bzw. wenigsten Fehltagen aufgrund psychischer Störun-

Tabelle 1.4.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Psychischen Störungen (Berichtsjahr 2020)

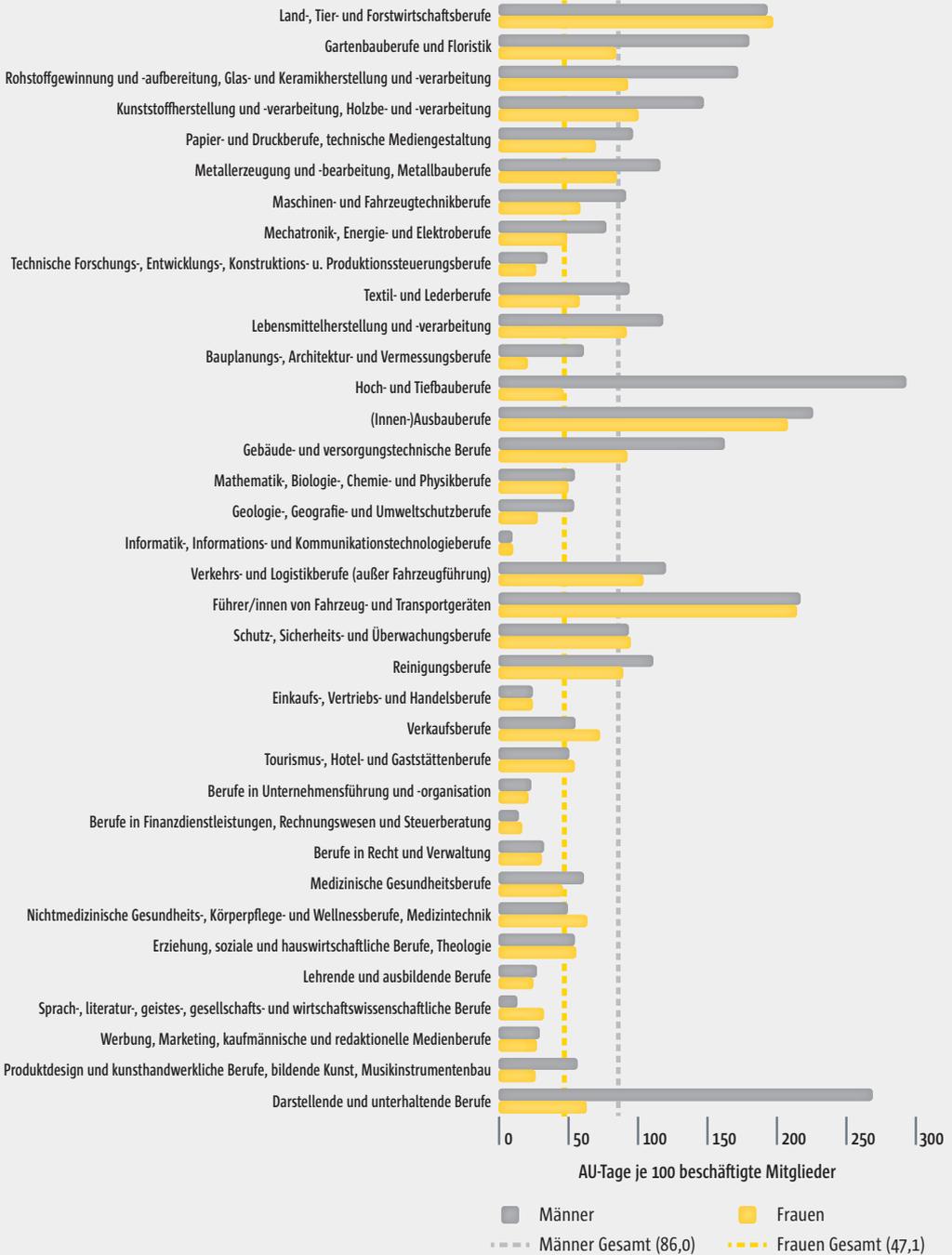
KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tag	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
821	Altenpflege	130	6.262	48,3
115	Tierpflege	96	4.993	51,9
832	Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	103	4.989	48,6
831	Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	118	4.825	40,8
514	Servicekräfte im Personenverkehr	119	4.720	39,7
233	Fototechnik und Fotografie	95	4.708	49,5
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	102	4.684	45,8
624	Verkauf von drogerie- und apothekenüblichen Waren, Sanitäts- und Medizinbedarf	106	4.652	43,9
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	110	4.577	41,8
621	Verkauf (ohne Produktspezialisierung)	91	4.506	49,8
	Gesamt	74	3.192	43,4
434	Softwareentwicklung und Programmierung	36	1.520	41,9
321	Hochbau	36	1.465	40,8
815	Tiermedizin und Tierheilkunde	35	1.318	37,4
814	Human- und Zahnmedizin	35	1.232	35,3
261	Mechatronik und Automatisierungstechnik	39	1.219	31,7
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	33	1.181	36,3
271	Technische Forschung und Entwicklung	30	1.157	38,1
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	27	1.077	40,0
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	17	564	33,1
523	Fahrzeugführung im Flugverkehr	10	418	41,0

gen ist in **»»** Tabelle 1.4.3 zu finden. Anders als bei den Muskel- und Skeletterkrankungen, sind es hier vor allem die erzieherischen und sozialen Berufe (z. B. Altenpfleger bzw. Erzieher und Sozialarbeiter) sowie die Verkaufsberufe, die besonders häufig Fehltag aufgrund dieser Krankheitsart aufweisen. Dagegen ist das Bild bei den zehn am wenigsten betroffenen Berufen wiederum v. a. durch geistes- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe (z. B. Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen), aber auch durch handwerkliche und ärztliche Berufe geprägt. Insbesondere bei den Berufen mit den meisten AU-

Tagen ist, wie auch schon bei der Auswertung nach Wirtschaftsgruppen erwähnt, zu vermuten, dass hier psychosozialer Stress als arbeitsweltliche Beanspruchung wesentlichen Einfluss auf die Fehlzeiten ausübt. So sind zum Beispiel Beschäftigte in der Altenpflege oder Servicekräfte im Personenverkehr immer wieder besonderen zwischenmenschlichen Stresssituationen ausgesetzt, die zu den hier aufgezeigten hohen Fehlzeiten führen können.

Auch hier zeigt sich ein ähnlicher durch die Coronavirus-Pandemie bedingter Effekt, mit zurückgehenden AU-Fällen bei gleichzeitig stagnierenden AU-

Diagramm 1.4.8 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Arbeitsunfälle nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



Tagen. Die Auswirkungen auf die durchschnittliche Falldauer werden bei den psychischen Störungen am deutlichsten sichtbar. Im Schnitt nimmt die Falldauer im Vergleich zu 2019 über 4 Tage je Fall zu, bei einzelnen Berufsgruppen fällt dieser Zuwachs sogar noch größer aus. Bei diesem überproportional hohen Anstieg der Falldauer spielt vor allem die Tatsache eine Rolle, dass die Langzeitfälle, die die psychischen Störungen dominieren, noch stärker durch den Wegfall der ohnehin wenigen Kurzzeitfälle zur Geltung kommen. Inwieweit sich dieser Trend auch im Jahr 2021 wiederfinden wird, hängt maßgeblich von der weiteren Entwicklung der Coronavirus-Pandemie ab.

Wie bereits bei den Wirtschaftsgruppen werden in **»»»** Diagramm 1.4.8 ergänzend die Fehlzeiten betrachtet, die ausschließlich durch meldepflichtige Arbeitsunfälle verursacht werden. Dabei zeigen sich sowohl zwischen den einzelnen Berufsgruppen als auch innerhalb dieser zwischen Männern und Frauen deutliche Unterschiede bei den Fehlzeiten. Insbesondere bei den produzierenden und handwerklichen Berufen mit einem höheren Arbeitsunfallrisiko sind v.a. bei den männlichen Beschäftigten deutlich überdurchschnittliche Werte zu finden, so wie bei den Hoch- und Tiefbauberufen mit dem höchsten Gesamtwert von 289 AU-Tagen je 100 Beschäftigten. Gleichzeitig sind es diese Berufe, bei denen auch die größten Unterschiede zwischen den Geschlechtern auftreten (z.B. Hoch- und Tiefbauberufe bzw. darstellende und unterhaltende Berufe). Auch hier liegt vermutlich der Hauptgrund der Differenzen im heterogenen Tätigkeitsspektrum für Männer und Frauen, während sich beispielsweise in den IT- und Kommunikationsberufen – im Vergleich der niedrigste Wert mit 10 AU-Tagen je 100 Beschäftigten – oder den Berufen in Recht und Verwaltung die konkreten Tätigkeiten von Männern und Frauen sehr ähneln und somit auch die durch Arbeitsunfälle verursachten Fehlzeiten wenig unterschiedlich ausfallen.

Bei der Betrachtung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit lässt sich feststellen, dass neben Merkmalen wie Alter und Geschlecht vor allem die mit der Tätigkeit verbundenen Arbeitsbedingungen Einfluss auf körperliche und psychische Beanspruchung und Belastung und somit auch auf das Fehlzeitengeschehen nehmen. Für eine zielgerichtete Betriebliche Gesundheitsförderung bzw. ein ganzheitliches Gesundheitsmanagement ist es dabei von großer Bedeutung, möglichst alle Bedingungsfaktoren, wie z.B. Schwerpunkte bei den Krankheitsarten sowie alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten, einzu beziehen. Neben der Verhaltensprävention, die bei

der Person und ihrem (Gesundheits-)Verhalten selbst ansetzt, sind Maßnahmen der Verhältnisprävention mindestens genauso relevant, nicht zuletzt weil diese auch im Wettbewerb um die besten Köpfe zunehmend zu wichtigen Kriterien für Beschäftigte bei der Auswahl eines Arbeitgebers werden.

1.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

Neben der Betrachtung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Wirtschafts- und Berufsgruppen, stehen noch weitere arbeitsweltliche Indikatoren für eine differenzierte Betrachtung zur Verfügung, die über den Tätigkeitsschlüssel des Beschäftigten erfasst werden. So kann z.B. zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigten mit und ohne befristetem Arbeitsvertrag, nach dem Anforderungsniveau der Tätigkeit, der Wahrnehmung einer Aufsichts- bzw. Führungsfunktion sowie einer Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) unterschieden werden.

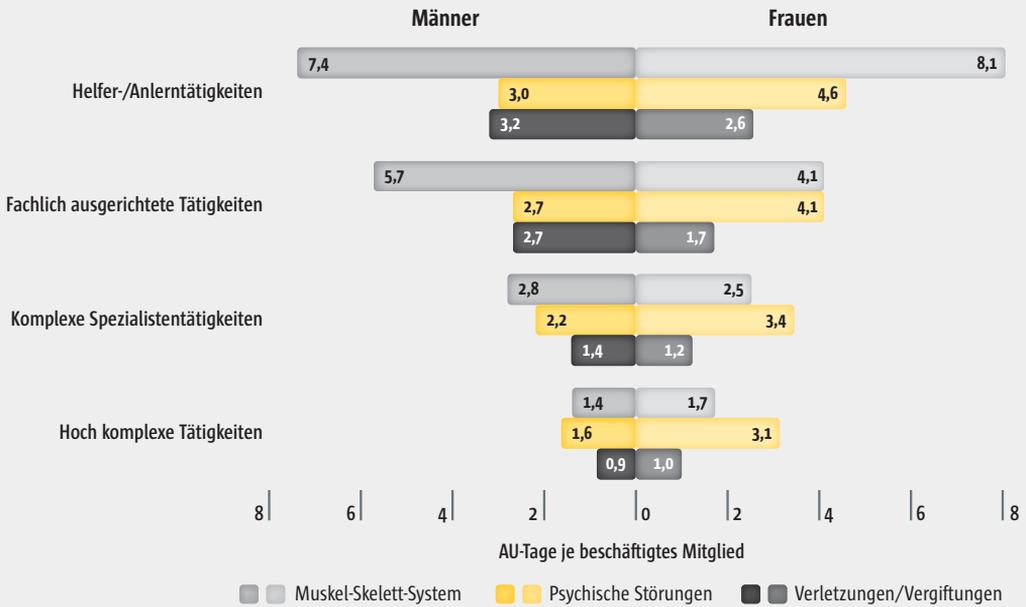
Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

- Beschäftigte mit komplexen Tätigkeiten haben im Vergleich zu Erwerbstätigen mit Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten vor allem weniger Fehlzeiten aufgrund von körperlichen Erkrankungen.

Mit dem Anforderungsniveau der Berufstätigkeit sind in der Regel bestimmte schulische und berufliche Bildungsabschlüsse verbunden. So stehen zum Beispiel fachlich ausgerichtete Tätigkeiten meist mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung in Verbindung, bei hoch komplexen Tätigkeiten sind dagegen in der Regel Hochschulabsolventen anzutreffen. Insofern werden hier Parallelen zur Betrachtung des AU-Geschehens nach dem höchsten Berufsabschluss (**»»»** Diagramm 1.2.14) sichtbar.

Entsprechend wird in **»»»** Diagramm 1.4.9 ein ähnliches Muster sichtbar – die AU-Tage nehmen insgesamt mit zunehmendem Anforderungsniveau deutlich ab. Bezogen auf die drei dargestellten Krankheitsarten lässt sich dieses Muster am deutlichsten bei den Muskel- und Skeletterkrankungen erkennen. So weisen die in Helfer- und Anlernertätigkeiten beschäftigten Frauen und Männer ein Mehrfaches der Fehltagelast auf, als die Beschäftigten mit einer hoch komplexen Tätigkeit. Eine Ursache hierfür ist, dass mit steigendem Komplexitätsgrad der Tätigkeit, die

Diagramm 1.4.9 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



körperlich beanspruchenden und belastenden Arbeitsanteile abnehmen. Auch für die Fehltag aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen lässt sich ein ähnlicher Zusammenhang aufzeigen. Bei den AU-Tagen aufgrund psychischer Erkrankungen ist zwar ebenfalls eine tendenzielle Abnahme in gleicher Richtung zu beobachten, allerdings ist diese deutlich weniger stark als bei den anderen beiden Krankheitsarten ausgeprägt. Auch hier spielt die zunehmende Komplexität der Tätigkeit eine Rolle, wobei die psychische Arbeitsbelastung eher zunimmt. Dass hier kein entsprechender Zuwachs bei den AU-Tagen zu beobachten ist, liegt wahrscheinlich vor allem daran, dass (hoch) komplexe Tätigkeiten meist über mehr Ressourcen, wie z.B. einen höheren Handlungs- und Entscheidungsspielraum, freiere Zeit- und Arbeitsgestaltung, bessere Bezahlung usw. zum besseren Ausgleich solcher Belastungen verfügen.

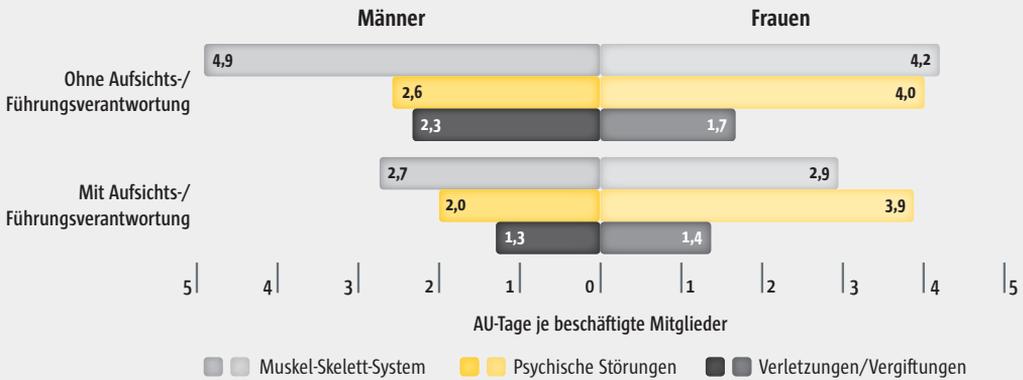
Aufsichts- und Führungsverantwortung

- Beschäftigte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung weisen sowohl insgesamt als auch krankheitspezifisch weniger AU-Tage als andere Fachkräfte auf.

- Die geringsten Unterschiede zeigen sich zwischen beiden Beschäftigtengruppen bei den AU-Tagen aufgrund psychischer Störungen.

Nur ein geringer Teil der beschäftigten BKK Mitglieder (5,4%) übt eine Tätigkeit mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung aus, wobei Männer mehr als doppelt so häufig wie Frauen eine solche berufliche Position innehaben (7,3% vs. 3,1%). In **III** Diagramm 1.4.10 sind die AU-Tage für die drei wichtigsten Krankheitsarten der Beschäftigten mit bzw. ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung gegenübergestellt. Über alle Diagnosen hinweg zeigt sich sowohl bei den Männern (12,1 vs. 17,9 AU-Tage je Beschäftigten) als auch bei den Frauen (15,8 vs. 19,2 AU-Tage je Beschäftigten), dass Beschäftigte mit Führungsverantwortung weniger krankheitsbedingte Fehltag aufweisen. Am größten ist dieser Unterschied für beide Geschlechter bei den Muskel- und Skeletterkrankungen, wobei die Differenz bei den Männern deutlich größer als bei den Frauen ausfällt. Zu vermuten ist, dass der Anteil der körperlich beanspruchenden und belastenden Tätigkeiten bei den Fachkräften ohne Führungsverantwortung deutlich höher ist und dadurch auch mehr Fehltag aufgrund dieser Krankheitsart anfallen. Ebenfalls in gleicher

Diagramm 1.4.10 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



Richtung, wenn auch nicht so stark ausgeprägt, zeigt sich dieser Effekt bei den Verletzungen und Vergiftungen. Eine Ausnahme bilden die psychischen Störungen: Der Unterschied zwischen Beschäftigten mit bzw. ohne Führungsverantwortung ist nur sehr gering ausgeprägt. Das Ergebnis überrascht dennoch wenig, sind doch (auch) Aufsichts- und Führungskräfte besonderen psychosozialen Beanspruchungen und Belastungen ausgesetzt.

Vertragsformen

Auch die Vertragsform hat einen nicht unerheblichen Einfluss auf das AU-Geschehen der Beschäftigten, wie in **»»»** Diagramm 1.4.11 zu sehen ist. Insgesamt haben die unbefristet angestellten Beschäftigten mehr Fehltag als diejenigen mit einem befristeten Arbeitsverhältnis (18,7 vs. 15,2 AU-Tage je Beschäftigten). Insbesondere bei der Gruppe der befristeten Vollzeitbeschäftigten ist als ein Grund für die niedrigen Kennwerte zu vermuten, dass die Berufstätigen krankheitsbedingte Ausfallzeiten vermeiden, weil sie (z.B. in der Probezeit oder noch in Ausbildung) sich somit höhere Chancen auf eine Entfristung erhoffen. Als ein weiterer Grund ist deren wesentlich niedrigeres Durchschnittsalter (31,0 Jahre) im Vergleich zu den anderen hier dargestellten Gruppen (41,0 bis 46,6 Jahre) anzuführen, was mit einer dementsprechend niedrigeren Morbidität im Sinne des AU-Geschehens einhergeht (**»»»** Diagramm 1.2.1).

Nach wie vor bilden Frauen die überwiegende Mehrheit der befristet bzw. unbefristet Teilzeitbeschäftigten (77,3% bzw. 84,3%). Die – befristet sowie

unbefristet – in Teilzeit beschäftigten Frauen weisen im Vergleich zu den Männern trotzdem höhere Fehlzeiten auf. Dies hängt wahrscheinlich mit der nach wie vor dominierenden Rollenaufteilung zusammen, da sich meist die Frauen um die Erziehung der Kinder oder die Betreuung von (erkrankten) Angehörigen kümmern und entsprechend verkürzt arbeiten gehen. Dieses tradierte Rollenbild hat sich insbesondere für Frauen mit Kindern in der Coronavirus-Pandemie im Rahmen der Kita- und Schulschließungen verfestigt bzw. teilweise sogar verstärkt⁵.

Arbeitnehmerüberlassung

- Beschäftigte in Leih- bzw. Zeitarbeit haben sowohl insgesamt als auch krankheitspezifisch höhere Fehlzeiten als solche in einer regulären Anstellung.
- Berufsspezifisch differieren die Fehlzeiten zwischen beiden Anstellungsformen bedeutsam, teils in gegenläufige Richtungen. Dies hängt maßgeblich mit der jeweils aktuellen Situation am Arbeitsmarkt zusammen.

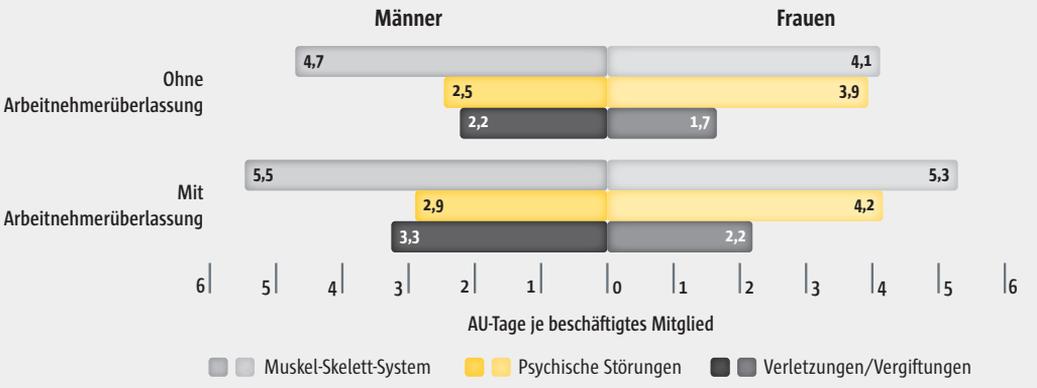
Zum Abschluss des Kapitels geht es um die Frage, inwieweit sich Zusammenhänge zwischen der Anstellung über eine Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) und dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

5 Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2020) Eltern während der Corona-Krise. Zur Improvisation gezwungen. Verfügbar unter: <https://www.bib.bund.de/Publikation/2020/pdf/Eltern-waehrend-der-Corona-Krise.pdf> [abgerufen am: 01.09.2021]

Diagramm 1.4.11 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



Diagramm 1.4.12 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

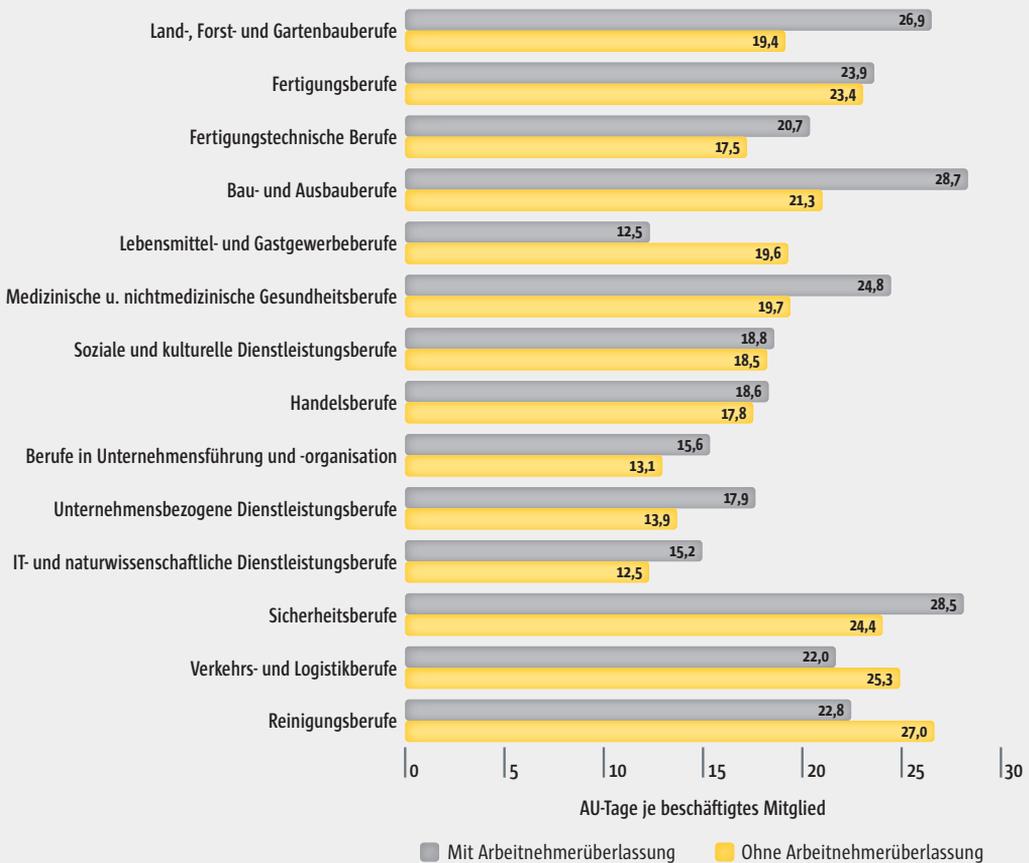


der Beschäftigten aufzeigen lassen. Zunächst sei angemerkt, dass lediglich 1,5% aller beschäftigten Mitglieder bei den Betriebskrankenkassen über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, über alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland hinweg beträgt der Anteil 2,5% (» Tabelle o.2.1). Über eine Arbeitnehmerüberlassung Beschäftigte sind zudem in der Mehrheit Männer, wo-

bei diese etwas jünger als Beschäftigte mit einer regulären Anstellung sind.

Wie in » Diagramm 1.4.12 zu sehen ist, weisen sowohl die Männer als auch die Frauen, die über eine Arbeitnehmerüberlassung beschäftigt sind, mehr Fehlzeiten als solche mit einer regulären Anstellung auf. Leiharbeiter sind häufiger von Fehltagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen sowie

Diagramm 1.4.13 Arbeitsfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2020)

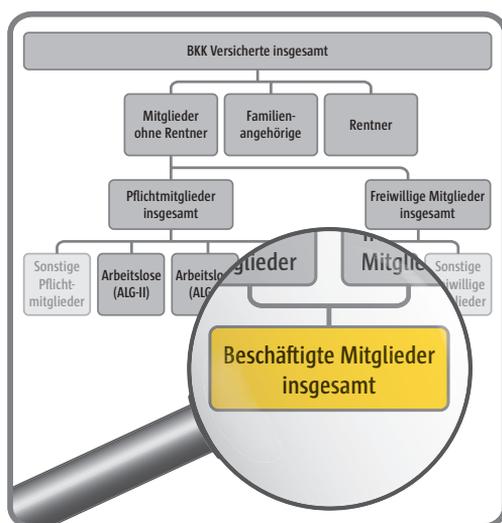


von Verletzungen und Vergiftungen betroffen. Auch Fehltage aufgrund psychischer Störungen treten vermehrt bei Leiharbeitern im Vergleich zu regulären Beschäftigten auf. Es ist zu vermuten, dass Leiharbeiter trotz gleicher Tätigkeit unter einer höheren Arbeitsbelastung insbesondere aufgrund häufiger wechselnder Arbeitsstätten tätig sind. Zudem wirkt sich vermutlich bei einem Teil die Arbeitsplatzunsicherheit ebenfalls negativ auf den Gesundheitszustand dieser Beschäftigtengruppe aus.

Dass der Zusammenhang zwischen Arbeitnehmerüberlassung und AU-Geschehen nicht für alle Berufe in gleichem Maße gilt, wird in ►► Diagramm 1.4.13 erkennbar. Während bei einigen Berufsgruppen die re-

gulär Angestellten mehr krankheitsbedingte Fehlzeiten als solche mit einer Arbeitnehmerüberlassung aufweisen (z.B. Reinigungsberufe oder Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe), ist es bei anderen Berufen genau umgekehrt (z.B. Bau- und Ausbauberufe oder medizinische und nichtmedizinische Gesundheitsberufe). Neben den unterschiedlichen Arbeitsbedingungen und Belastungen in den einzelnen Berufsgruppen, spielt sicherlich auch der jeweils aktuelle Arbeitskräftebedarf eine wesentliche Rolle. So gibt es im Gesundheitswesen (z.B. Alten- und Krankenpflege) oder auch im Bausektor eine weitaus höhere Nachfrage im Vergleich zur Zahl der Fachkräfte, die aktuell auf dem Arbeitsmarkt vorhanden sind.

1.5 Schwerpunktthema Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie



1.5.1 Einleitung

Im Schwerpunktteil des diesjährigen Reports wird das AU-Geschehen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose in der Arbeitswelt anhand der Gruppe der beschäftigten BKK Mitglieder betrachtet. Neben der Jahresstatistik stehen aus dem Monatsverfahren der Betriebskrankenkassen zusätzlich detaillierte Kennwerte zur Verfügung, die saisonale bzw. maßnahmenbezogene Effekte erkennbar werden lassen.

Methodische Grundlagen

Die im Folgenden dargestellten Kennzahlen beziehen sich auf die AU-Fälle, die im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose dokumentiert worden sind. Aufgrund der Novität der Erkrankung wurden im Laufe des Jahres 2020 durch die WHO hierfür

ICD-10-Codes aus dem Kapitel XXII (U00-U99 – Schlüsselnummern für besondere Zwecke) vergeben. Für die vorliegenden Auswertungen werden die ICD-10-Codes U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen) sowie U07.2 (COVID-19, Virus nicht nachgewiesen) kumuliert verwendet. Eine separate Analyse beider Einzeldiagnosen ist aus statistischer Sicht bzw. aus Datenschutzgründen aufgrund der relativ niedrigen Anzahl der entsprechenden AU-Fälle insbesondere bei der differenzierten arbeitsweltlichen Betrachtung in der Regel nicht möglich.

Im Rahmen der Coronavirus-Pandemie fanden bzw. finden zahlreiche Sonder- und Ausnahmeregelungen Anwendung. Die im Rahmen der folgenden AU-Datenanalysen wichtigsten Regelungen werden an dieser Stelle in einer kurzen Übersicht dargestellt. Für einen detaillierten Gesamtüberblick sei zusätzlich auf die Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) verwiesen⁶.

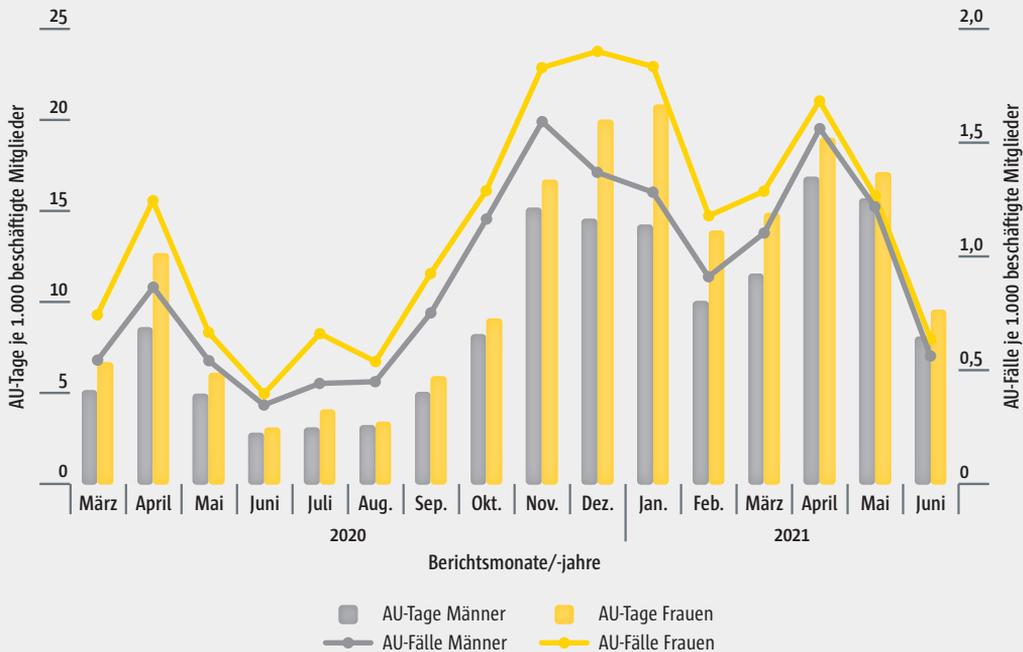


Sonderregelungen im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes

Arbeitnehmer, die im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) bei Verdacht bzw. mit einem positiven Testergebnis unter (häuslicher) Quarantäne gestellt werden und gleichzeitig keinerlei COVID-19-Symptome mit Krankheitswert aufzeigen, erhalten entsprechend keine AU-Bescheinigung für diesen Zeitraum. Der Beschäftigte erhält für diese Zeit weiterhin sein Entgelt vom Arbeitgeber. Der Arbeitgeber wird wiederum im Rahmen des IfSG (§ 56 Abs. 1) für diese Entgeltfortzahlung entschädigt. Da in beschriebenen Fall keine AU-Bescheinigung ausgestellt wird, werden diese Ausfallzeiten nicht in den vorliegenden Auswertungen abgebildet.

6 G-BA. Befristete Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie. <https://www.g-ba.de/service/sonderregelungen-corona/> [abgerufen am 01.09.2021]

Diagramm 1.5.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Geschlecht im Zeitverlauf (März 2020 bis Juni 2021)



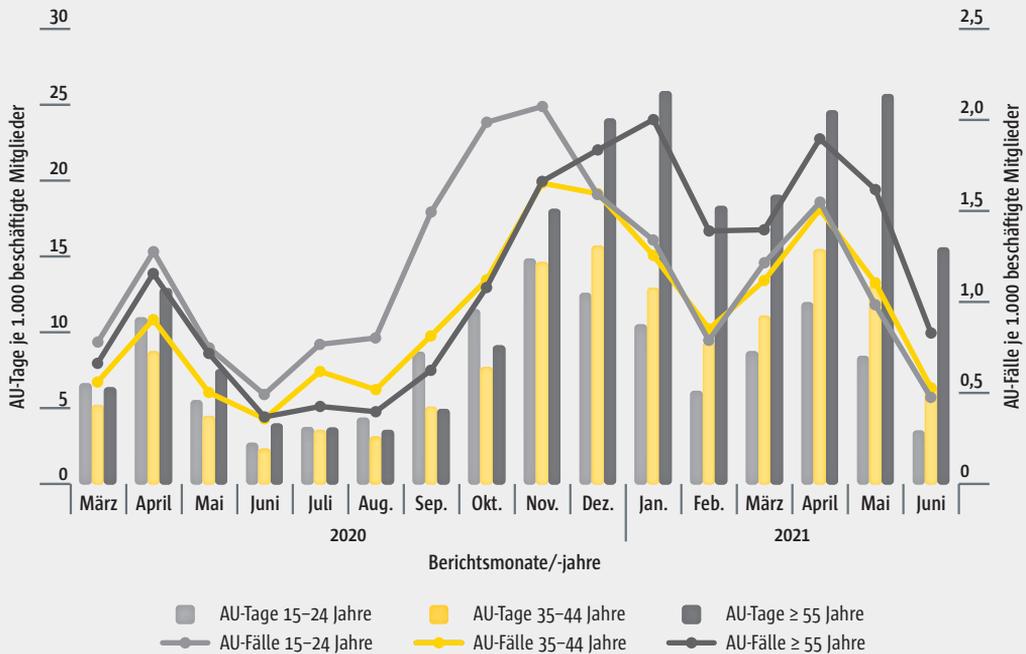
1.5.2 Auswertungen im Rahmen der Monatsstatistik

Die monatliche Krankenstandstatistik der Betriebskrankenkassen ermöglicht es unter anderem, den Verlauf des AU-Geschehens im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose innerhalb eines Jahres mit den entsprechenden saisonalen Schwankungen zu betrachten. Damit lassen sich Entwicklungen bei den Beschäftigten abbilden, die mit dem Verlauf der Pandemie selbst sowie mit den darauf bezogenen Maßnahmen zu verschiedenen Zeitpunkten im Zusammenhang stehen. Im Folgenden Abschnitt soll im Detail auf die wichtigsten Aspekte eingegangen werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Anteil der AU-Fälle bzw. AU-Tage im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose an allen AU-Fällen bzw. -Tagen im Zeitraum März 2020 bis Juni 2021 zwischen 0,3%-1,6% (AU-Fälle) bzw. zwischen 0,3%-1,4% (AU-Tage) beträgt.

- Beschäftigte Frauen weisen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen durchschnittlich mehr AU-Fälle und -Tage im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose auf.
- Eine mögliche Ursache des Geschlechtsunterschiedes ist der überproportional hohe Anteil von Frauen in Berufen (z.B. Gesundheits- und Pflegeberufe), die ein erhöhtes Infektions- bzw. Erkrankungsrisiko und somit auch AU-Risiko haben.
- Ältere Beschäftigte sind bei einem AU-Fall aufgrund einer COVID-19-Diagnose deutlich länger als ihre jüngeren Kollegen krankheitsbedingt arbeitsunfähig.

Im **»** Diagramm 1.5.1 sind die AU-Kennzahlen der beschäftigten Männer und Frauen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose zwischen März 2020 und Juni 2021 dargestellt. Die Entwicklung der AU-Kennzahlen – wie auch in den noch folgenden Diagrammen in diesem Abschnitt zu erkennen ist – folgt dabei im Wesentlichen dem Muster, dass bei dem vom Robert Koch-Institut (RKI) berichteten administrativen Inzidenzen auf Basis der Meldungen

Diagramm 1.5.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Altersgruppen im Zeitverlauf (März 2020 bis Juni 2021)

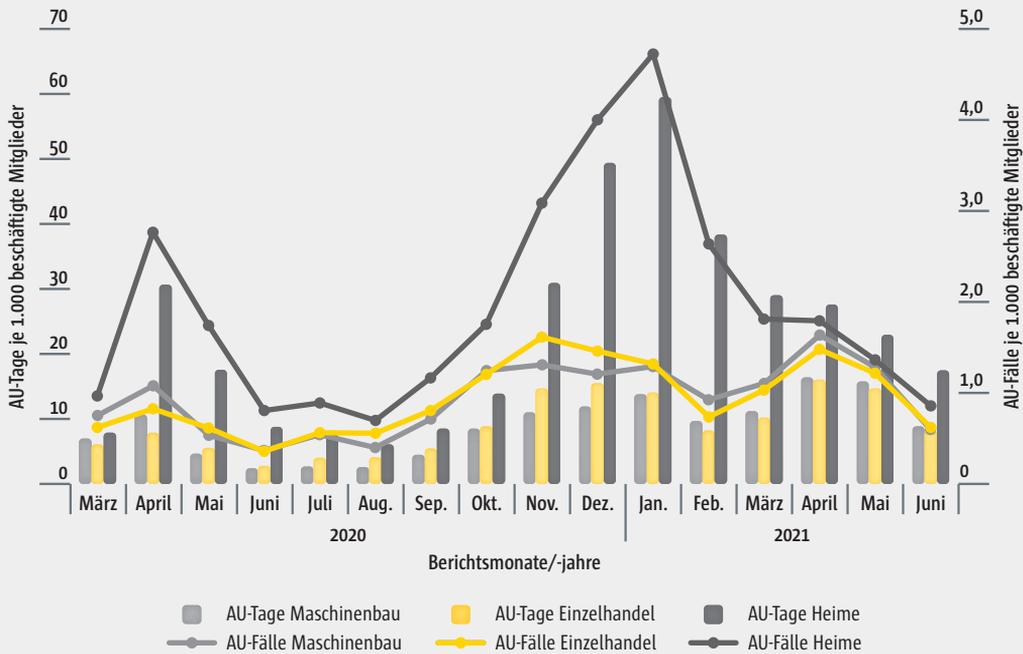


der Gesundheitsämter zu finden ist⁷. In beiden Verläufen treten jeweils im Frühjahr 2020 und 2021 sowie in den Monaten um den Jahreswechsel 2020/2021 erhöhte Kennwerte auf. Durchgehend weisen dabei die beschäftigten Frauen tendenziell höhere AU-Kennwerte als die Männer auf. Dieser Geschlechtsunterschied ist vor allem dadurch begründet, dass Frauen überproportional häufig in Branchen bzw. Berufen (z. B. im Sozial- und Gesundheitswesen bzw. in der Altenpflege) tätig sind. In diesen Tätigkeitsfeldern ist das Risiko einer Ansteckung (z. B. als Intensivpflegerin im Krankenhaus oder als Altenpflegerin im Pflegeheim) aufgrund einer höheren Exposition gegenüber dem Coronavirus höher, als beispielsweise im Fertigungs- oder Produktionsbereich, wo mehrheitlich Männer beschäftigt sind. Diese Geschlechtsunterschiede setzen sich bei den nachfolgenden Betrachtungen nach Wirtschafts- und Berufsgruppen fort.

Im Rahmen der Monatsstatistik stehen zahlreiche Merkmale zur differenzierten Darstellung des AU-Geschehens zur Verfügung. Ein Merkmal ist das Alter der Beschäftigten, welches im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit im Verlauf anhand exemplarisch ausgewählter Gruppen in **»»»** Diagramm 1.5.2 dargestellt ist. Während sich zu Beginn des Jahres 2020 die altersspezifischen Kennzahlen nur geringfügig unterscheiden bzw. im Verlauf des Jahres die 15- bis 24-Jährigen Beschäftigten tendenziell höhere Werte aufweisen, so ändert sich dieses Muster im Jahr 2021 mit tendenziell höheren Kennwerten für die Gruppe der älteren Beschäftigten (55 Jahre und älter). Insgesamt sind diese Unterschiede in Bezug auf die AU-Fälle und -Tage allerdings als gering einzuschätzen. Deutlichere Unterschiede zeigen sich bei der Falldauer: Liegen die monatlichen Durchschnittswerte bei den 15- bis 24-Jährigen zwischen 5,0–8,6 Tagen je Fall bzw. bei den 35- bis 44-Jährigen zwischen 5,8–12,3 Tagen je Fall, so weisen die 55-Jährigen und Älteren mit durchschnittlich 8,0–18,8 Tagen je Fall im Mittel deutlich höhere Werte auf. Mit zunehmendem Alter ist die Wahrscheinlichkeit von schwereren Krankheitsverläufen im Zusammenhang mit einer

7 Robert Koch-Institut. Dashboard mit täglich aktualisierten Fallzahlen nach Bundesland und Landkreis: <https://corona.rki.de/> [abgerufen am 01.09.2021]

Diagramm 1.5.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen im Zeitverlauf (März 2020 bis Juni 2021)



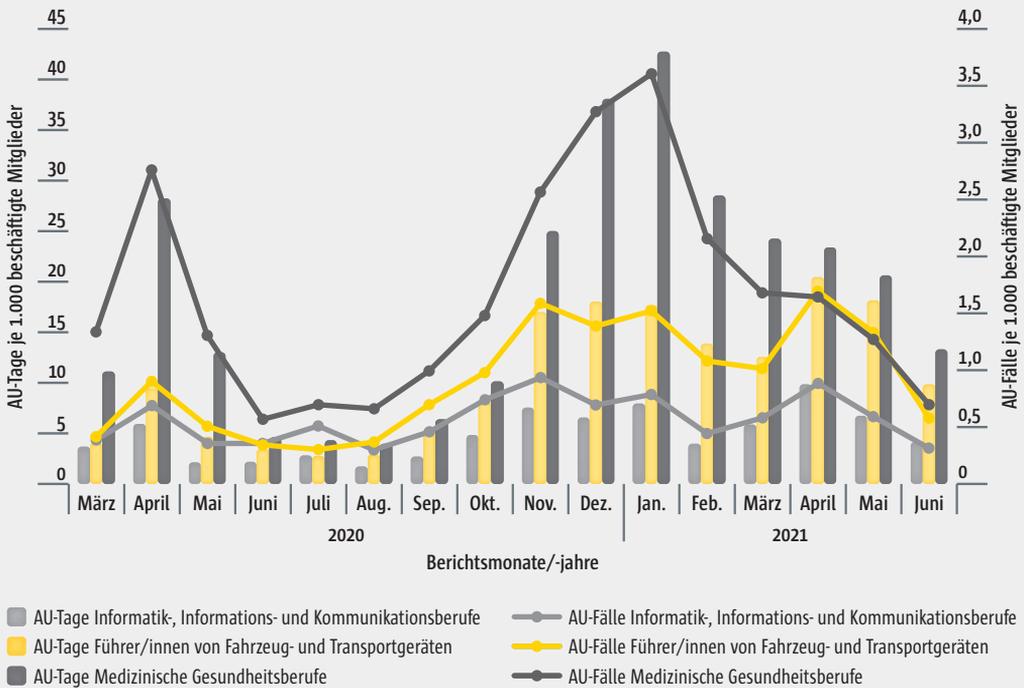
COVID-19-Infektion höher⁸, was vermutlich die durchschnittlich höheren Falldauern in der Gruppe der 55-Jährigen und Älteren verursacht.

- Beschäftigte in Branchen (z.B. Alten- und Pflegeheime) bzw. Berufen (z.B. medizinische Gesundheitsberufe) weisen aufgrund des hohen Expositionsrisikos mit COVID-19-Infizierten deutlich mehr AU-Fälle bzw. -Tage als Beschäftigte mit anderen Tätigkeiten auf.
- In Branchen bzw. Berufen (z.B. im IT-Bereich) in denen die Möglichkeit für Homeoffice besteht bzw. die Nutzung sehr häufig ist, sind die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit COVID-19 im Vergleich am geringsten.
- Die frühzeitige Möglichkeit zur Impfung gegen COVID-19 für Berufstätige im Gesundheitswesen zeigt ihre positive Wirkung bereits im II. Quartal 2021 anhand der überproportional stark gesunkenen AU-Kennzahlen bei diesen Beschäftigten.

Beschäftigte waren bzw. sind je nach Branche, in der sie beschäftigt sind, sehr unterschiedlich von Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose betroffen, wie an den Kennzahlen für die ausgewählten Wirtschaftsgruppen in **»»»** Diagramm 1.5.3 zu erkennen ist. Die Ursachen hierfür sind vielfältig, u.a. spielen die im jeweiligen beruflichen Kontext geltenden Hygieneregeln, die Möglichkeit von Homeoffice sowie die Wahrscheinlichkeit des Kontakts mit infizierten Personen eine Rolle. Ab dem Jahr 2021 beeinflusst zudem die Impfung gegen COVID-19 die Entwicklung des AU-Geschehens. Wenig überraschend sind es die Beschäftigten in den Heimen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit des Kontakts mit Infizierten, die nicht nur durchgehend die höchsten AU-Kennzahlen aufweisen, sondern bei denen sich zudem deutlich im Frühjahr 2020 sowie um den Jahreswechsel 2020/2021 jeweils die höchsten AU-Kennzahlen im hier gezeigten Vergleich abzeichnen. Bei den im Maschinenbau bzw. im Einzelhandel Tätigen sind zusätzlich zu den beiden benannten Zeiträumen auch erhöhte Werte im Frühjahr 2021, allerdings mit einer insgesamt niedrigeren Ausprägung, erkennbar. Ein anderes Muster zeigt sich hier bei den in Heimen Beschäftigten, da diese (sowie

8 Robert Koch-Institut (2021) Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html [abgerufen am 01.09.2021]

Diagramm 1.5.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Berufsgruppen im Zeitverlauf (März 2020 bis Juni 2021)



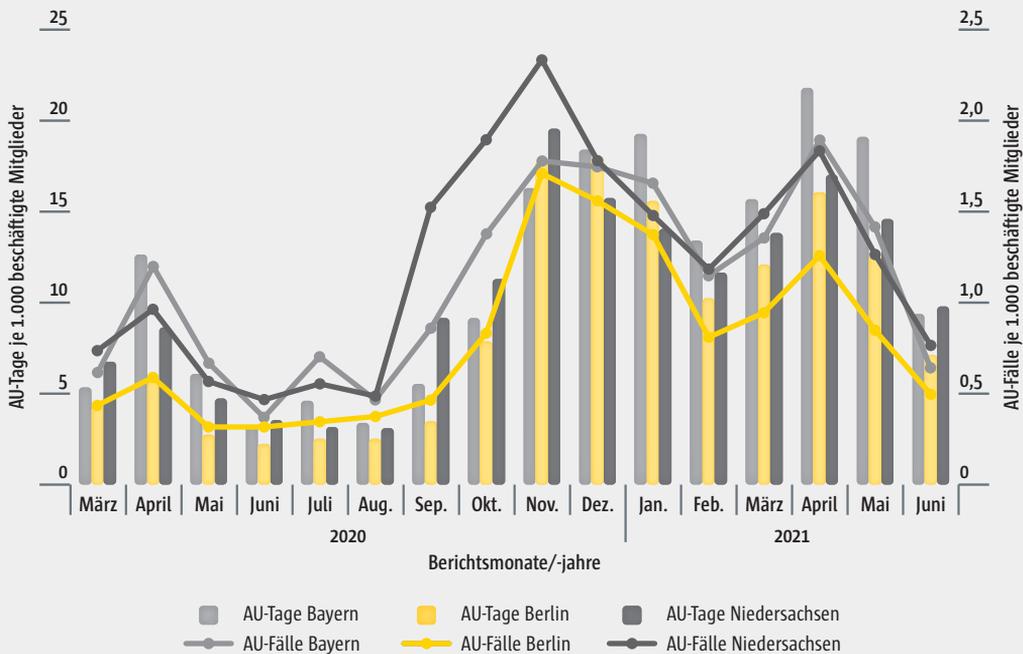
auch die Bewohner der Alten- und Pflegeheime) aufgrund der Priorisierung zeitiger als andere Beschäftigte eine Impfung gegen COVID-19 erhalten haben, was wiederum einen ebenso deutlichen Anstieg der AU-Kennzahlen im Frühjahr 2021 wie in den vorangegangenen Wellen in dieser Wirtschaftsgruppe im Wesentlichen verhindert hat.

Ähnlich wie bei den Wirtschaftsgruppen zeigen sich auch bei den Berufsgruppen sehr unterschiedlich ausgeprägte Verläufe, die durch die bereits erwähnten Faktoren (u.a. Möglichkeit zum Homeoffice, Kontaktwahrscheinlichkeit mit Infizierten, arbeitsspezifische Hygieneregeln) beeinflusst werden (»»» Diagramm 1.5.4). Hier zeigen sich bei den medizinischen Gesundheitsberufen (u.a. Krankenpfleger und Ärzte) aufgrund des höheren Risikos des Kontakts mit Infizierten durchgehend die höchsten AU-Kennzahlen mit besonders starken Ausprägungen im Frühjahr 2020 sowie zum Jahreswechsel 2021, während der erwartete Anstieg im Frühjahr 2021 bedingt durch die Impfpriorisierung in dieser Berufsgruppe ausbleibt. Die IT- und Kommunikationsberufe weisen hingegen nicht nur im gesamten Zeit-

verlauf die geringsten Fehlzeiten im Zusammenhang mit COVID-19 auf, es zeigen sich zudem nur geringe Schwankungen bzw. Auswirkungen der Zeiten mit besonders hohen Inzidenzen. Wesentliche Ursache dafür ist, dass in dieser Berufsgruppe der mit Abstand größte Anteil der Beschäftigten im Vergleich mobil bzw. im Homeoffice arbeitet und somit das Expositionsrisiko deutlich geringer als bei Berufsgruppen mit höherem Präsenzanteil ausfällt. Eine Übersicht der Anteile Beschäftigter, die mobil bzw. im Homeoffice tätig sind, ist differenziert nach Berufs- und Wirtschaftsgruppen auf Basis der diesjährigen Beschäftigtenbefragung im Kapitel »»» Krise – Wandel – Aufbruch: Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung 2021 in »»» Diagramm 4 zu finden.

Zwischen den Bundesländern variieren die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose nur geringfügig und folgen im Wesentlichen dem Trend der epidemiologischen Gesamtentwicklung in der Gruppe der Personen im erwerbsfähigen Alter in Deutschland.

Diagramm 1.5.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Bundesländern im Zeitverlauf (März 2020 bis Juni 2021)



Abschließend soll noch ein Blick auf die regionale Entwicklung der monatlichen AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose geworfen werden. In **»»»** Diagramm 1.5.5 sind die AU-Fälle und -Tage für drei ausgewählte Bundesländer aufgeführt. Insgesamt zeigt sich hier ein sehr einheitliches bzw. ähnliches Muster mit geringer regionaler Variabilität sowie den bereits erwähnten Höchstwerten in Frühjahr 2020 bzw. 2021 sowie zum Jahreswechsel zwischen beiden Jahren, die parallel zu der Entwicklung der Infektionszahlen in der Gesamtbevölkerung verlaufen. Inwieweit diese Parallelität in den kommenden Monaten weiterbesteht, wird vom Fortschritt der Impfkampagne insbesondere in der Gruppe der Erwerbstätigen, abhängig sein. Dass die Impfung nicht nur einen positiven Effekt auf das Infektion- bzw. Erkrankungsrisiko, sondern auch auf die Wahrscheinlichkeit einer dadurch bedingten Arbeitsunfähigkeit ausübt, konnte bereits anhand der vorhergehenden Auswertung nach Wirtschafts- und Berufsgruppen gezeigt werden.

Neben den Analysen auf Basis der Monatsstatistik, stehen zudem Jahresdaten zur Verfügung, die für den Großteil der im BKK Gesundheitsreport berichteten AU-Kennzahlen verwendet werden. Die Jahresdaten haben dabei gegenüber den Monatsdaten den Vorteil, dass hier aufgrund des größeren Berichtszeitraums deutlich mehr AU-Fälle und -Tage in die Analysen eingehen und somit differenzierte Betrachtungen für die verschiedenen arbeits- und lebensweltlichen Indikatoren möglich sind, wie in den nun folgenden Abschnitten zu sehen sein wird.

1.5.3 Auswertungen nach soziodemografischen Merkmalen

- Im Jahr 2020 werden insgesamt 0,66% aller AU-Fälle bzw. 0,39% aller AU-Tage durch eine COVID-19-Diagnose verursacht.
- Der größere Teil der AU-Fälle bzw. AU-Tage geht dabei auf die Diagnose U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen) zurück.

Tabelle 1.5.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten COVID-19-Diagnosen (U07.1 oder U07.2) und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

ICD-10-Code	Geschlecht	AU-Kennzahlen		
		AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen)	Männer	3,7	41	11,0
	Frauen	4,8	53	10,9
	Gesamt	4,2	46	10,9
U07.2 (COVID-19, Virus nicht nachgewiesen)	Männer	3,2	23	7,4
	Frauen	3,9	28	7,1
	Gesamt	3,5	25	7,2
U07.1 und U07.2 Gesamt	Männer	6,9	64	9,4
	Frauen	8,8	80	9,2
	Gesamt	7,7	71	9,3

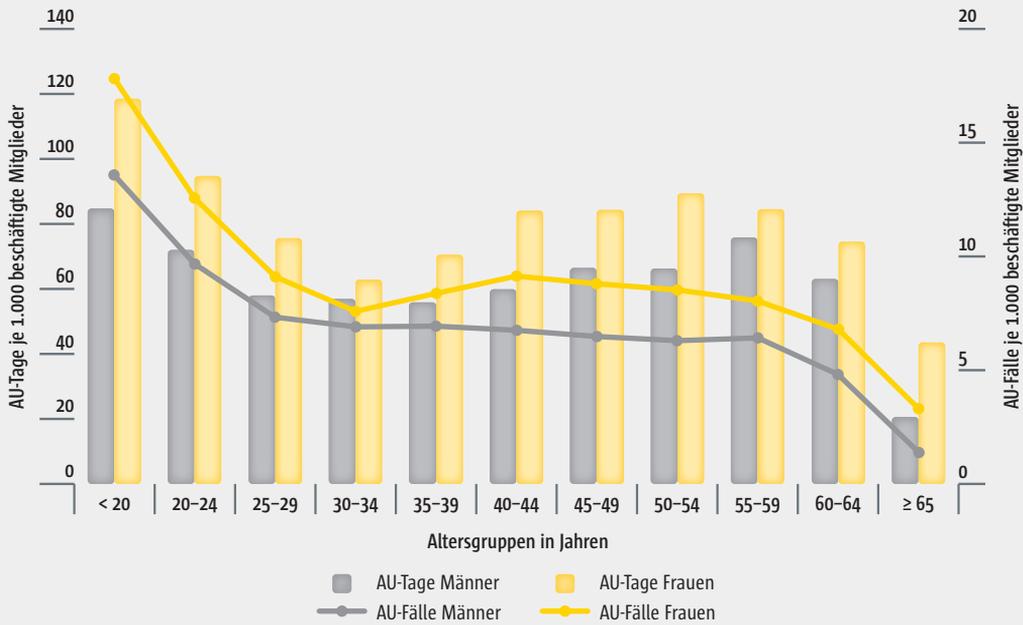
Im Jahr 2020 sind insgesamt 33.747 AU-Fälle und 312.601 AU-Tage im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose bei den beschäftigten Mitgliedern aufgetreten, die zu einer bescheinigten krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit geführt haben. Das entspricht einem Anteil von 0,66% an allen AU-Fällen bzw. 0,39% an allen AU-Tagen. Bezogen auf die beiden einbezogenen ICD-10-Codes gehen 54,7% der AU-Fälle bzw. 64,6% der AU-Tage auf die Diagnose U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen) zurück. Wie bereits bei den Auswertungen zur Monatsstatistik zeigen sich auch für das gesamte Jahr 2020 bei den beschäftigten Frauen durchschnittlich mehr AU-Fälle bzw. -Tage, was vor allem mit deren überproportionalem Anteil in Branchen bzw. Berufen (z. B. Gesundheits- und Pflgeberufe) mit einem erhöhten Infektionsrisiko im Zusammenhang steht. Dagegen zeigt sich bei der Falldauer für beide ICD-10-Diagnosen nahezu kein Unterschied zwischen Männern und Frauen. Im Vergleich zwischen den beiden Diagnosen ist allerdings eine Differenz bei der Krankheitsdauer mit höheren Werten für die ICD-10-Diagnose U07.1 erkennbar (»»» Tabelle 1.5.1).

- Bei den Beschäftigten, die jünger als 20 Jahre sind, sind die höchsten AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose zu verzeichnen.
- Über alle Altersgruppen hinweg treten bei beschäftigten Frauen tendenziell mehr AU-Fälle bzw. AU-Tage als bei den berufstätigen Männern auf.

- Die Falldauer der Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit COVID-19 steigt mit zunehmendem Alter nahezu linear an.

Die AU-Kennzahlen, differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen, die im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose stehen, sind in »»» Diagramm 1.5.6 zu sehen. Auch hier wird über alle Altersgruppen erkennbar, dass beschäftigte Frauen im Durchschnitt tendenziell sowohl mehr AU-Fälle als auch mehr AU-Tage aufgrund einer COVID-19-Diagnose aufweisen. Gleichzeitig sind insbesondere die jüngeren Beschäftigten von einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer COVID-19-Diagnose stärker als die älteren Berufstätigen betroffen. Ein deutlicher Rückgang der AU-Kennzahlen ist bei den über 65-jährigen Beschäftigten zu beobachten. Auch hier wird der *healthy-worker-effect* dergestalt wirksam, dass in dieser Gruppe überproportional viele Beschäftigte mit einem guten Gesundheitszustand und meist besonders gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen zu finden sind. Betrachtet man zusätzlich die Falldauer, so wird hingegen ein nahezu linearer Anstieg im Zusammenhang mit dem Alter sichtbar. Sowohl bei den Frauen (5,1 bis 17,0 Tage je Fall) als auch bei den Männern (5,4 bis 13,6 Tage je Fall) steigt die Falldauer zwischen der Gruppe der jüngsten und der ältesten Beschäftigten sukzessive an, was im Zusammenhang mit dem höheren Risiko eines längeren

Diagramm 1.5.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



bzw. schwerwiegenderen Verlaufs von COVID-19 mit zunehmendem Lebensalter steht. An dieser Stelle sei noch erwähnt, dass das Alters- und Geschlechtsmuster im Wesentlichen dem der Diagnosehauptgruppe der Atemwegserkrankungen entspricht (»» Tabelle A.5).

- Mit zunehmend höherem Schul- bzw. Berufsabschluss geht ein Rückgang der AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose einher.
- Dieser Rückgang ist bei den beschäftigten Männern deutlich stärker als bei den berufstätigen Frauen ausgeprägt.
- Die durchschnittliche Dauer eines COVID-19-AU-Falls variiert hingegen zwischen den verschiedenen Schul- bzw. Berufsabschlüssen nur geringfügig.

Neben dem Alter und dem Geschlecht nimmt der Bildungsgrad der Beschäftigten nicht nur Einfluss auf das AU-Geschehen im Allgemeinen (»» Diagramm 1.2.12), sondern ebenfalls im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (»» Diagramm 1.5.7). Während die AU-Fälle zwischen den

einzelnen Schulabschlusstypen nur wenig variieren, nehmen mit einem höheren Schulabschluss die AU-Tage – insbesondere bei den männlichen Beschäftigten – deutlich ab. Weibliche Beschäftigte mit einem Schulabschluss weisen dabei nicht nur mehr AU-Tage als ihre männlichen Kollegen, sondern tendenziell auch mehr AU-Fälle auf. Vermutlich spielen hier verschiedene, bereits an andere Stelle erwähnte Faktoren eine Rolle: Neben der Tatsache, dass Frauen überproportional häufig in Berufsfeldern mit einem höheren Infektionsrisiko arbeiten, betreuen sie zudem wesentlich häufiger als ihre männlichen Kollegen zusätzlich ihre Kinder bzw. ggf. pflegebedürftige Angehörige, was zusätzliche Risikofaktoren für eine COVID-19-Infektion darstellen können. Unabhängig von den gezeigten Geschlechtsunterschieden zeigt sich aber auch hier, dass die durchschnittlichen Falldauern sowohl bei den unterschiedlichen Schulabschlüssen als auch zwischen Männern und Frauen nur wenig voneinander abweichen (durchschnittlich 8,6 bis 11,1 Tage je Fall).

Ein ähnliches Muster wie beim höchsten Schulabschluss wird bei der Betrachtung der AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose auch mit dem höchsten Berufsabschluss sichtbar (»» Diagramm 1.5.8). Schul- und Berufsabschluss

Diagramm 1.5.7 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

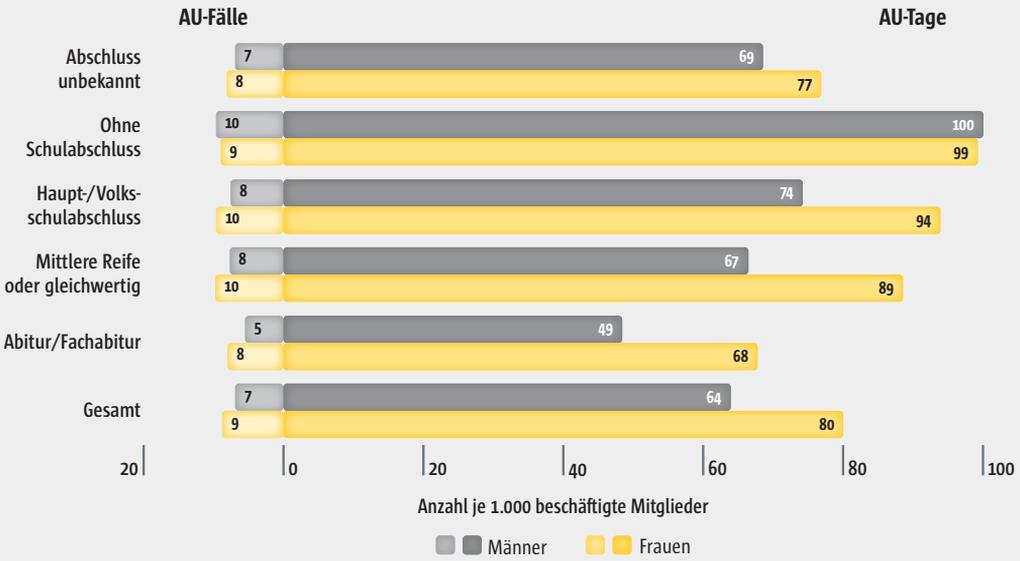


Diagramm 1.5.8 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

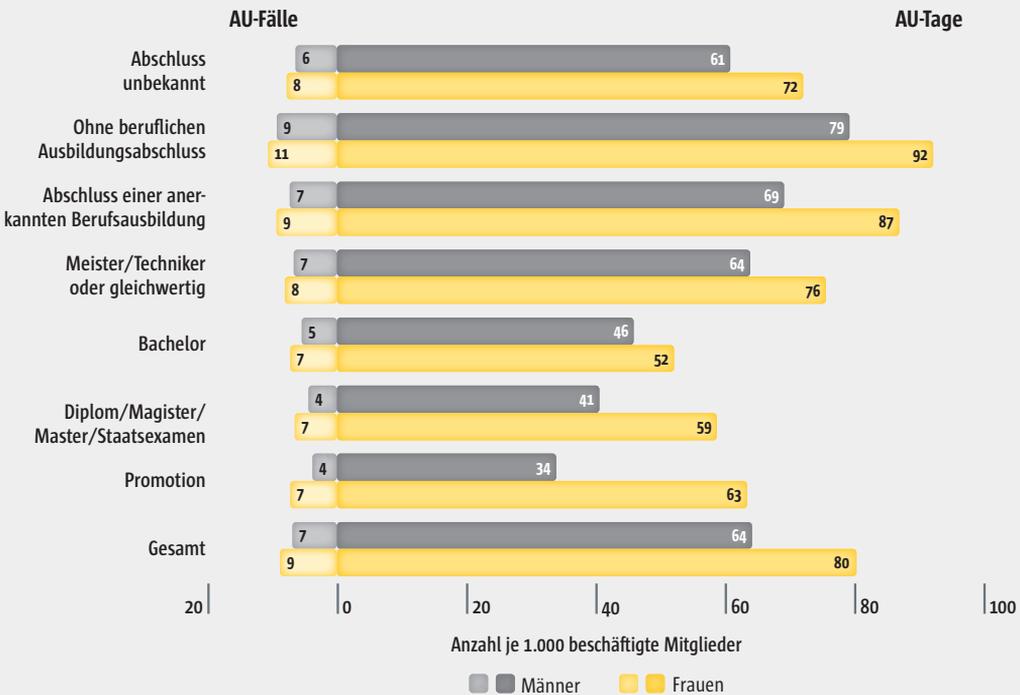
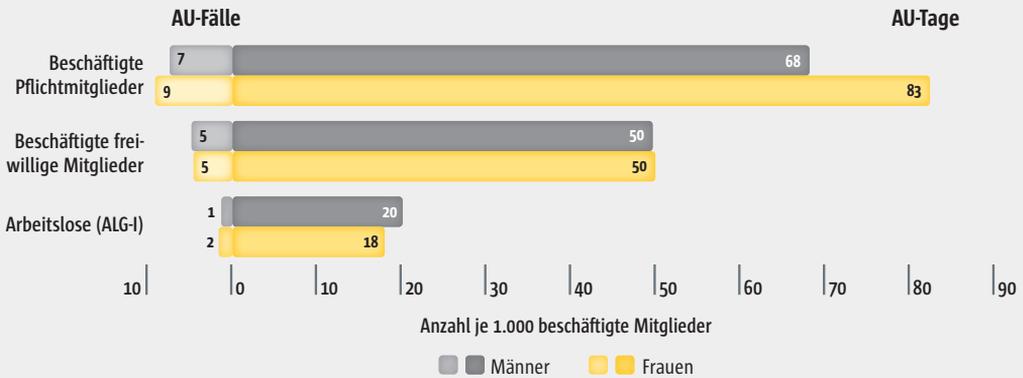


Diagramm 1.5.9 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) für ausgewählte Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



korrelieren in hohem Maße miteinander, da für die meisten Berufsabschlüsse ganz bestimmte Schulabschlüsse (z.B. Abitur für einen Hochschulabschluss) Voraussetzung sind. Entsprechend zeigen sich hier ähnliche Zusammenhänge, wie sie bereits beim höchsten Schulabschluss zu sehen sind: Mit zunehmender beruflicher Qualifikation nehmen die AU-Fälle und AU-Tage im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose – bei den Männern stärker als bei den Frauen – ab. Die jeweilige Dauer pro AU-Fall differiert zwischen den beschäftigten Männern und Frauen mit unterschiedlichen Berufsabschlüssen dagegen ebenfalls nur minimal.

- Beschäftigte Pflichtmitglieder weisen im Vergleich der drei Versichertengruppen durchschnittlich die meisten AU-Fälle und -Tage im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose auf.
- Dass die entsprechenden AU-Kennzahlen bei den Arbeitslosen (ALG-I) mit Abstand am niedrigsten sind, ist vor allem durch die meist fehlende Notwendigkeit einer AU-Bescheinigung bei einer Erkrankung in dieser Versichertengruppe begründet.

Als Abschluss der soziodemografischen Betrachtung des AU-Geschehens im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose werden in **III** Diagramm 1.5.9 die krankheitsbedingten Fehlzeiten für ausgewählte Versichertengruppen nach Geschlecht betrachtet. Anders als bei den Gesamtkennzahlen (**III** Diagramm 1.2.8) weisen hier die Arbeitslosen (ALG-I) die mit Abstand geringsten AU-Fälle und -Tage im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose auf, ge-

folgt von den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern sowie den beschäftigten Pflichtmitgliedern. Das ist insofern bemerkenswert, da der soziale Status – wie im Folgenden anhand weiterer arbeitsweltlicher Merkmale noch zu sehen sein wird – einen meist ungünstigen Einfluss auf das Infektionsrisiko und damit verbundenen krankheitsbedingten Fehltagen ausübt. Sehr wahrscheinlich ist dieser Effekt bei den Arbeitslosen (ALG-I) darauf zurückzuführen, dass die Bundesagentur für Arbeit richtigerweise frühzeitig mit Beginn der Pandemie alle persönlichen Kontakte auf ein absolutes Minimum begrenzt hat, um somit das potenzielle Infektionsrisiko zu minimieren⁹. Das gilt auch für etwaige Schulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen. Damit ist für die Arbeitslosen (ALG-I) die Notwendigkeit, eine AU-Bescheinigung im Zusammenhang mit einer COVID-19-Infektion zu erhalten, nur sehr gering gewesen. Inwieweit sich dieses Muster auch in der ambulanten (**III** Kapitel 2) bzw. stationären (**III** Kapitel 3) Versorgung zeigt, wo auch Fälle ohne eine AU-Bescheinigung erfasst werden, wird in den jeweiligen Schwerpunktteilen sichtbar.

9 Bundesagentur für Arbeit (2020) Presseinfo Nr. 11 vom 15.03.2020 <https://www.arbeitsagentur.de/presse/2020-11-informationen-corona> [abgerufen am 01.09.2021]

1.5.4 Auswertungen nach Regionen

- In ostdeutschen Kreisen sind im Vergleich zum Bundesdurchschnitt mehrheitlich weniger AU-Fälle im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose bei den Beschäftigten zu finden.
- In den westdeutschen Kreisen zeigen sich hingegen mehrere Cluster benachbarter Regionen mit überdurchschnittlich vielen AU-Fällen, wobei diese gehäuft in den Grenzregionen zu den benachbarten europäischen Staaten liegen.

Die Coronavirus-Pandemie war bzw. ist auch dadurch geprägt, dass regionale Häufungen im Infektionsgeschehen zu beobachten sind. Wie **»»»** Diagramm 1.5.5 zeigen konnte, unterliegen diese im Laufe des Jahres durchaus erheblichen Schwankungen. Entsprechend zeigt sich, bezogen auf das gesamte Jahr 2020, ein teilweise sehr heterogenes Bild (**»»»** Diagramm 1.5.10). Während in den ostdeutschen Kreisen überwiegend deutlich weniger AU-Fälle als im Bundesdurchschnitt im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose auftreten, sind in Westdeutschland Cluster von meist mehreren direkt benachbarten Kreisen mit überdurchschnittlich vielen AU-Fällen verursacht durch eine COVID-19-Diagnose zu finden. Neben einem großen Cluster in Norddeutschland (Bremen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein), sind viele der kleineren Cluster in Grenznähe zu unseren Nachbarstaaten zu finden. Die Werte auf Kreisebene schwanken dabei insgesamt zwischen 1,7 AU-Fällen je 1.000 Beschäftigte in Brandenburg an der Havel und 24,8 AU-Fällen je 1.000 Beschäftigte in Frankenthal in Rheinland-Pfalz. Auf Ebene der Bundesländer schwanken die Werte mit 4,1 AU-Fällen je 1.000 Beschäftigte in Mecklenburg-Vorpommern und 12,6 AU-Fällen je 1.000 Beschäftigte in Bremen weniger stark.

1.5.5 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

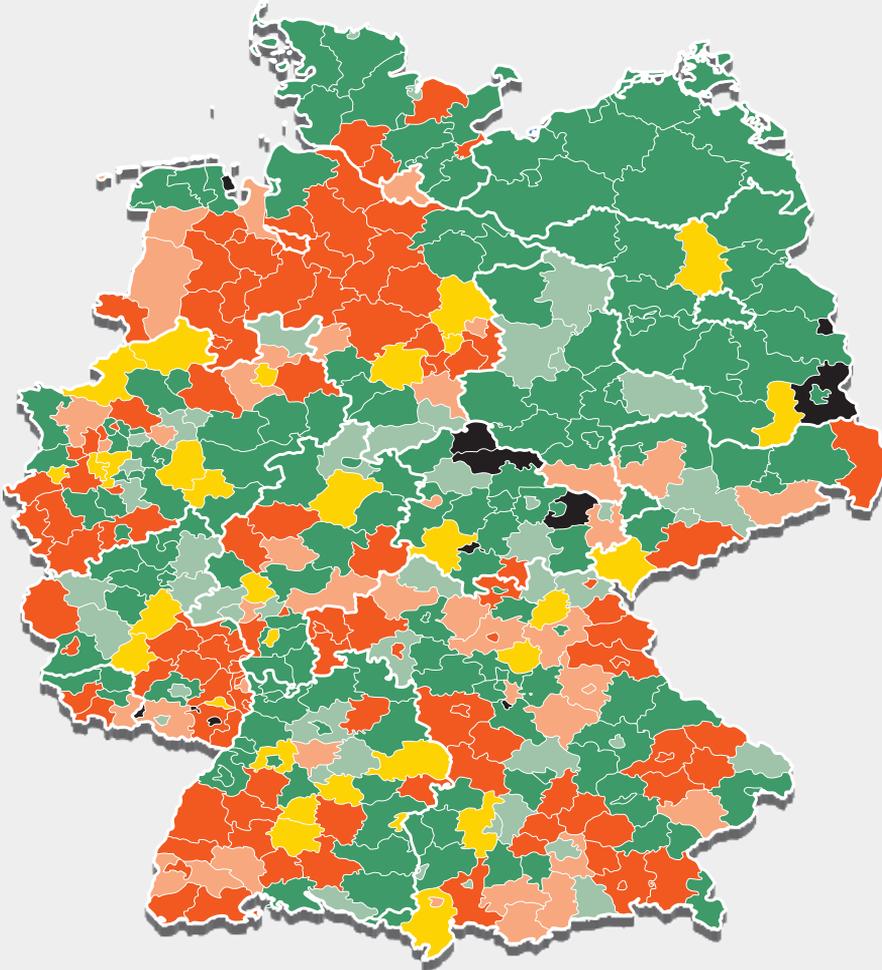
- Sowohl männliche als auch weibliche Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen weisen die mit Abstand meisten AU-Fälle bzw. AU-Tage im Zusammenhang mit COVID-19 auf.
- Branchen, in denen nur in geringem Maß im Homeoffice gearbeitet werden kann (z.B. produzierendes und verarbeitendes Gewerbe), weisen ebenfalls überdurchschnittlich hohe AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit COVID-19 auf.

- Wirtschaftsgruppen, die nur wenige AU-Fälle bzw. -Tage im Kontext von COVID-19 aufweisen, haben entweder ein großes Potential für Homeoffice (z.B. Forschung und Entwicklung) oder waren durch die Pandemie nur stark eingeschränkt tätig (z.B. Beherbergung).
- Für den Bereich Verkehr und Lagerei sind im Regionalvergleich die größten Schwankungen zwischen den Bundesländern bezogen auf die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit COVID-19 zu beobachten.

Wie bereits in den vorhergehenden Analysen zur Monatsstatistik zu sehen war, zeigen sich für Beschäftigte in Abhängigkeit von der Branche, in der sie tätig sind, teils sehr unterschiedlich ausgeprägte AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose. Ob bzw. welche Muster dabei zu finden sind und was deren Ursache ist, soll im folgenden Abschnitt näher betrachtet werden. Wie bei anderen Krankheitsarten, ist es auch hier von den jeweiligen Arbeitsbedingungen in den einzelnen Wirtschaftsgruppen abhängig, wie hoch das Risiko einer COVID-19-Infektion und somit die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines entsprechenden AU-Falls ist. Neben der Häufigkeit des Kontakts mit anderen (infizierten) Menschen, nimmt auch die Möglichkeit und das Ausmaß, seine Arbeit mobil bzw. im Homeoffice erbringen zu können, Einfluss auf das AU-Geschehen. Da bereits anhand der Monatsstatistik gezeigt werden konnte, dass beschäftigte Frauen in diesem Kontext nicht nur höhere AU-Kennzahlen aufweisen, sondern zudem überproportional häufig in Branchen (z.B. Gesundheits- und Sozialwesen) mit einem erhöhten Infektionsrisiko tätig sind, erfolgen die weiteren Auswertungen – soweit möglich – für Männer und Frauen getrennt. Der Frauenanteil je Wirtschaftsgruppe ist in **»»»** Tabelle A.9 zu finden.

In **»»»** Diagramm 1.5.11 sind jeweils die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen der beschäftigten Männer im Vergleich aufgeführt. Wenig überraschend sind mit den Heimen, dem Gesundheitswesen und dem Sozialwesen drei Branchen mit überproportional vielen AU-Fällen bzw. AU-Tagen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose bei den beschäftigten Männern zu finden. In den genannten Branchen ist das Risiko einer Infektion mit COVID-19 deutlich höher als in anderen Wirtschaftsgruppen. Bei den weiteren überdurchschnittlich betroffenen Wirtschaftsabteilungen handelt es sich vorrangig um solche aus dem produzierenden bzw. verarbeitende Gewerbe. Allen

Diagramm 1.5.10 Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2020)



Prozentuale Abweichungen der AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder vom Bundesdurchschnitt
(7,8 AU-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder)

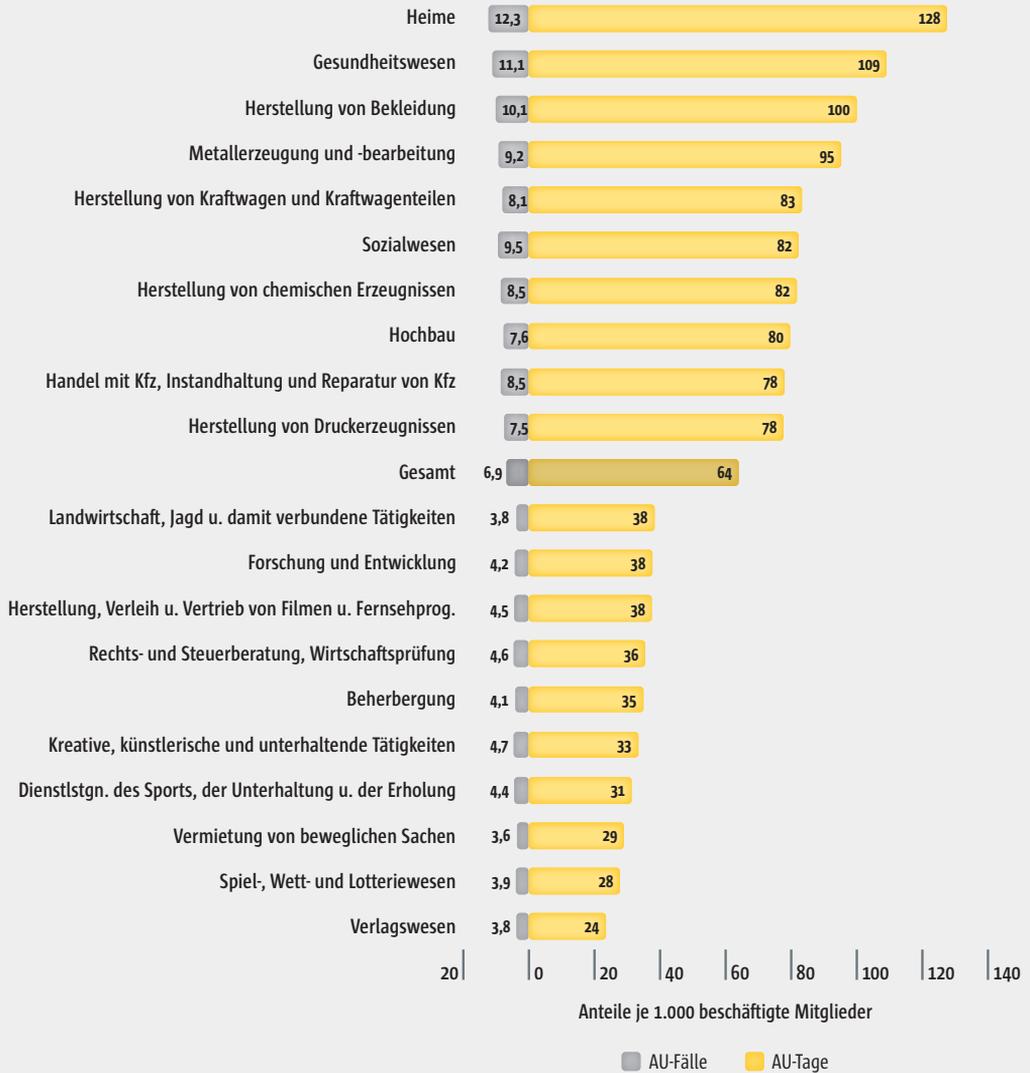
- | | |
|--|---|
| ■ mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt | ■ 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| ■ 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt | ■ mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| ■ ± 5% um den Bundesdurchschnitt | ■ keine Angaben* |

* Einzelne Landkreise wurden aufgrund zu geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

gemeinsam ist dabei, dass sie in der Regel nur vor Ort – meist in geschlossenen Räumen – und in direktem Kontakt mit anderen Beschäftigten ausgeübt

werden können und dass hier ein überproportional hoher Anteil an Männern unter den Beschäftigten zu finden ist. Auch dies sind Arbeitsbedingungen,

Diagramm 1.5.11 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Männer im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2020)



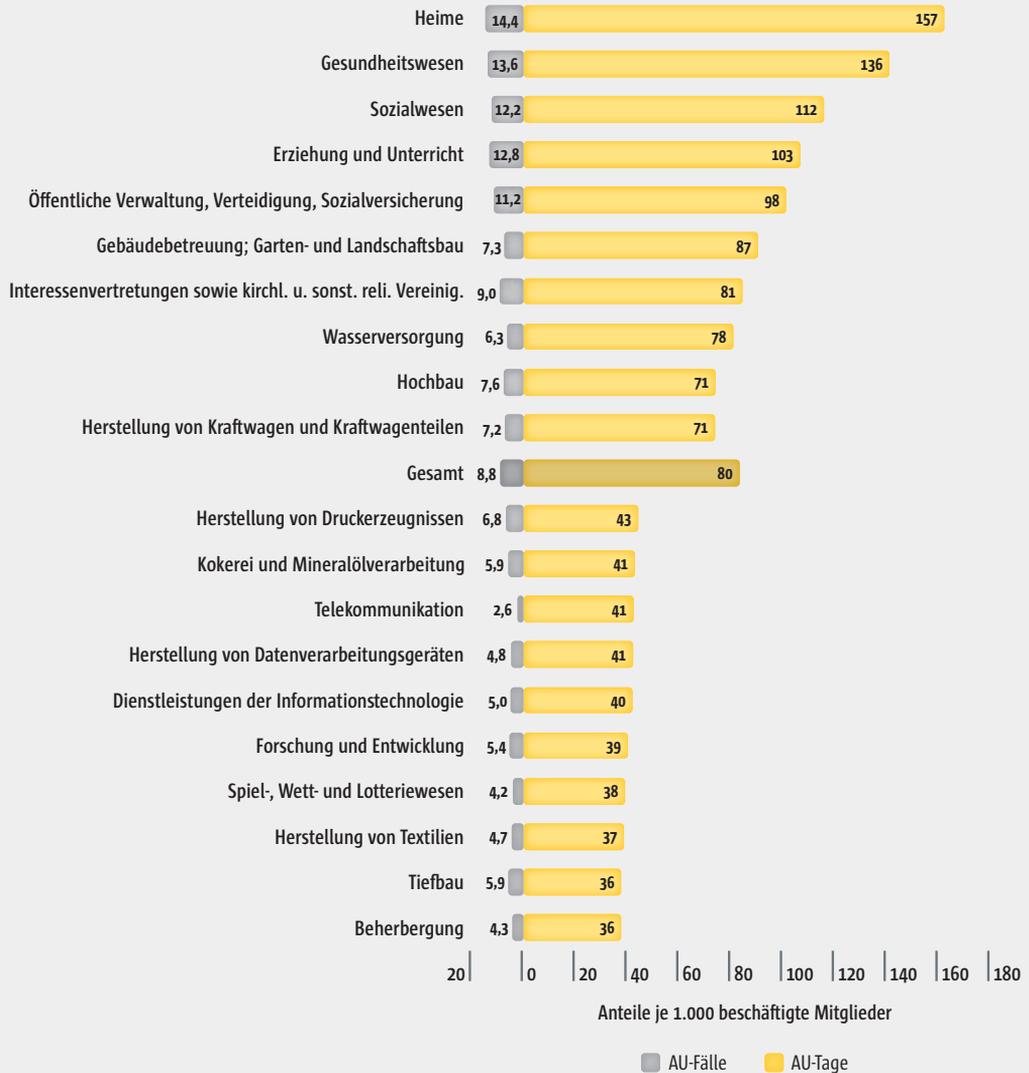
die – selbst unter Einhaltung der Hygiene- und Abstandsregeln – ein erhöhtes Infektionsrisiko beinhalten im Vergleich zu Personen, die beispielsweise im Homeoffice oder im Freien arbeiten.

Umgekehrt finden sich unter den zehn Wirtschaftsgruppen mit den wenigsten AU-Tagen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose vor allem solche, die entweder im Homeoffice ausgeübt werden können (z.B. Forschung und Entwicklung oder Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprü-

fung) oder deren Ausübung aufgrund der Coronavirus-Pandemie nur stark eingeschränkt möglich war (z.B. Beherbergung oder kreative, künstlerische und unterhaltende Tätigkeiten).

Wie bereits bei den männlichen Beschäftigten, zeigen sich auch bei den Frauen, die in Heimen sowie im Gesundheits- und Sozialwesen tätig sind, die mit Abstand höchsten Kennzahlen bei den AU-Fällen bzw. AU-Tagen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (III Diagramm 1.5.12). Hier sind –

Diagramm 1.5.12 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Frauen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2020)



geschlechtsunabhängig – das deutlich erhöhte Infektionsrisiko in Kombination mit einem hohen Anteil an (notwendiger) Tätigkeit in Präsenz, als Ursachen zu benennen. Im Gegensatz zu ihren männlichen Kollegen führen bei den beschäftigten Frauen Branchen wie Erziehung und Unterricht, öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung sowie Interessenvertretungen die weitere Liste mit überproportional hohen AU-Kennzahlen an. Neben der Tatsache, dass auch hier teilweise ein erhöhtes Infek-

tionsrisiko vorliegt, handelt es sich ebenfalls um Branchen mit einem hohen Anteil an beschäftigten Frauen. Die gezeigten Geschlechtsunterschiede sind aber nicht nur auf die jeweiligen Anteile an den Beschäftigten zurückzuführen, vielmehr üben Männer und Frauen in der gleichen Branche teilweise völlig unterschiedliche Tätigkeiten in verschiedenen Positionen aus, die wiederum mit unterschiedlichen Risikofaktoren für eine COVID-19-Infektion einhergehen. Unter den zehn Wirtschaftsgruppen mit

Tabelle 1.5.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) für die zehn Wirtschaftsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen (Berichtsjahr 2020)

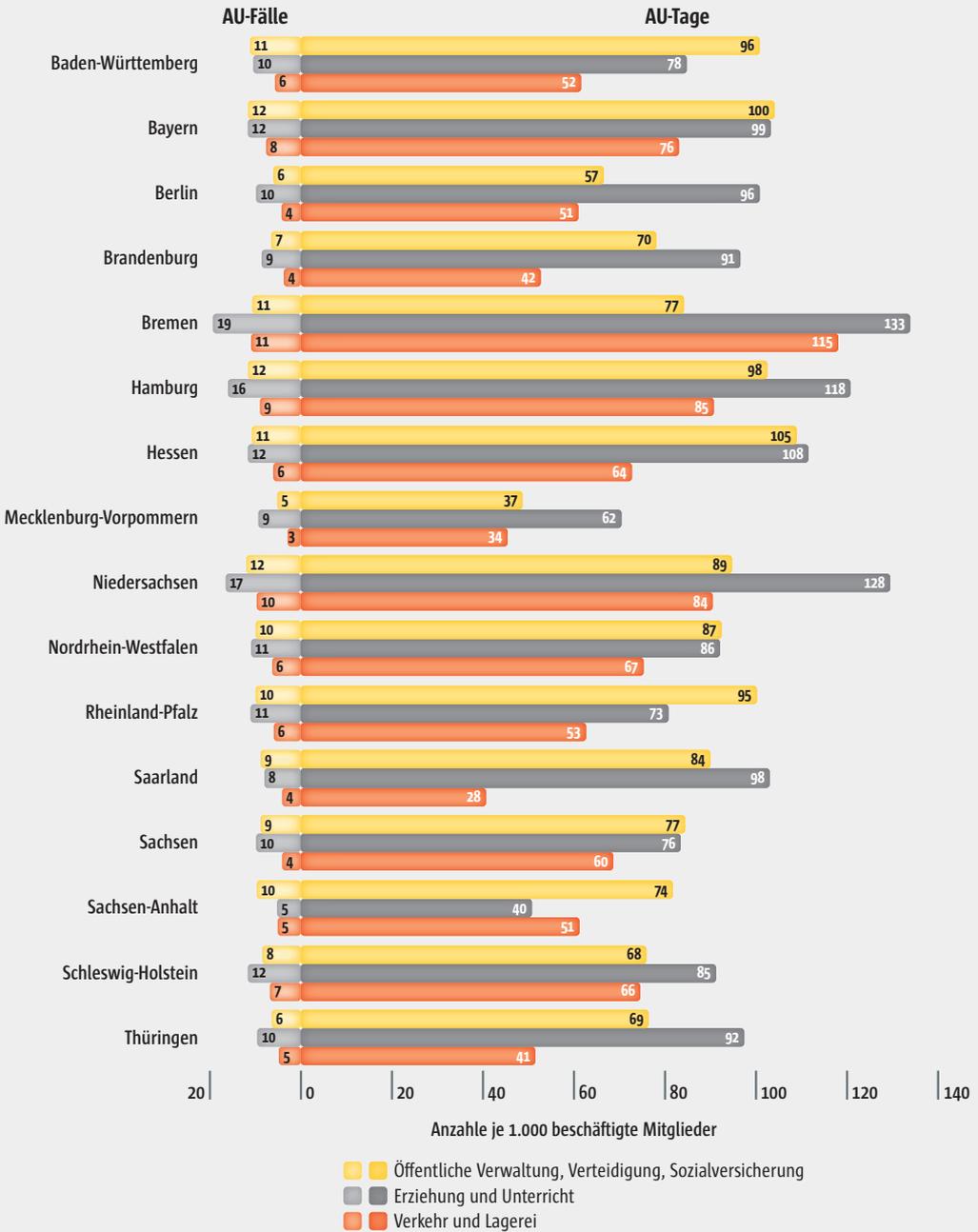
WZ-2008-Code	Wirtschaftsgruppen	AU-Fälle	AU-Tag	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
871	Pflegeheime	15	157	10,8
873	Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime	14	156	10,9
851	Kindergärten und Vorschulen	19	149	7,8
861	Krankenhäuser	13	147	11,3
862	Arzt- und Zahnarztpraxen	14	121	8,6
241	Erzeugung von Roheisen, Stahl und Ferrolegerungen	11	117	10,4
879	Sonstige Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	11	116	10,6
889	Sonstiges Sozialwesen (ohne Heime)	12	106	8,9
881	Soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter	11	105	9,5
204	Herstellung von Seifen, Wasch-, Reinigungs- und Körperpflege-mitteln sowie von Duftstoffen	8	104	12,5
	Gesamt	8	71	9,3
741	Ateliers für Textil-, Schmuck-, Grafik- u.ä. Design	5	30	5,6
262	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten und peripheren Geräten	5	29	5,7
429	Sonstiger Tiefbau	5	29	5,6
266	Herstellung von Bestrahlungs- und Elektrotherapiegeräten und elektromedizinischen Geräten	4	28	7,0
552	Ferienunterkünfte und ähnliche Beherbergungsstätten	3	26	8,3
681	Kauf und Verkauf von eigenen Grundstücken, Gebäuden und Wohnungen	3	25	7,6
942	Arbeitnehmervereinigungen	4	25	5,8
14	Tierhaltung	2	24	11,6
233	Herstellung von keramischen Baumaterialien	3	24	7,4
619	Sonstige Telekommunikation	2	20	8,6

den niedrigsten AU-Kennzahlen aufgrund einer COVID-19-Infektion finden sich wiederum bei den Frauen ebenfalls solche, die entweder überproportional häufig im Homeoffice bzw. mit nur wenig Kontakt zu anderen Personen ausgeübt werden können (z.B. Forschung und Entwicklung oder Dienstleistungen der Informationstechnologie) oder deren Ausübung durch die Coronavirus-Pandemie stark eingeschränkt war (z.B. Beherbergung).

In **»** Tabelle 1.5.2 ist eine differenzierte Betrachtung des AU-Geschehens im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose auf Ebene der Wirtschaftsgruppen aufgeführt. Aufgrund der geringen Fallzahlen ist auf dieser Ebene eine geschlechtsspezifische Darstellung nicht möglich. Deshalb werden an dieser Stelle die Kennzahlen der Beschäftigten insgesamt dargestellt.

Sehr eindrucksvoll zeigt sich, dass allein sieben der zehn Wirtschaftsgruppen mit den höchsten

Diagramm 1.5.13 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2020)



AU-Kennzahlen aus dem Wirtschaftsabschnitt Gesundheits- und Sozialwesen stammen. Insbesondere solche Beschäftigte, die mit der Pflege und Betreuung älterer Personen betraut sind (z.B. Pflegeheime, Altenheime, soziale Betreuung älterer Menschen), weisen aufgrund des erhöhten Infektionsrisikos überdurchschnittlich viele AU-Fälle und -Tage im Zusammenhang mit einer COVID-19-Infektion auf. Gleiches gilt auch für Beschäftigte in Arzt- und Zahnarztpraxen sowie in Krankenhäusern. Bei den Beschäftigten in Kindergärten und Vorschulen, wird vor allem der häufige Kontakt mit den Kindern und deren Betreuungspersonen ausschlaggebend für die erhöhten AU-Kennzahlen gewesen sein. Auf der anderen Seite finden sich unter den zehn Wirtschaftsgruppen mit den wenigsten AU-Fällen bzw. -Tagen wiederum vor allem solche, die entweder gut im Homeoffice ausgeübt werden können (z.B. Arbeitnehmervertretungen oder Telekommunikation), die nur ein geringes Maß an Kontakten mit Menschen beinhalten (Tierhaltung oder Ateliers für Textil-, Schmuck-, Grafik- u.ä. Design) bzw. deren Ausübung durch die Coronavirus-Pandemie stark eingeschränkt war (z.B. Ferienunterkünfte und ähnliche Beherbergungsstätten).

Die Betrachtung nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen im regionalen Vergleich (»» Diagramm 1.5.13) schließt diesen Abschnitt ab. Wie bereits gezeigt werden konnte, steht nicht nur die Branche in der jemand tätig ist, sondern auch dessen Wohnort im Zusammenhang mit dem AU-Geschehen. Dabei kam es insbesondere im Rahmen der Coronavirus-Pandemie immer wieder zu teilweise deutlichen regionalen Unterschieden bei den nicht immer bundeseinheitlich geltenden Regelungen¹⁰, die sich wiederum auf das Infektions- und somit auch auf das AU-Geschehen ausgewirkt haben können. Für den Regionalvergleich wurden drei Wirtschaftsgruppen mit einer großen Beschäftigtenanzahl ausgewählt, die gleichzeitig ein möglichst breites Tätigkeitsspektrum abdecken. Am stärksten schwanken die AU-Fälle und -Tage zwischen den Bundesländern bei den Beschäftigten der im »» Diagramm 1.5.13 dargestellten Wirtschaftsgruppen im Bereich Verkehr und Lagerei, gefolgt von den Beschäftigten in Erziehung und Unterricht. In beiden Branchen weist jeweils Bremen die durchschnittlich meisten AU-Fälle und -Tage im Zusammenhang mit einer COVID-19-Di-

agnose auf. Am geringsten sind die regionalen Unterschiede für die Beschäftigten in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung ausgeprägt. Im Regionalvergleich zwischen den Wirtschaftsgruppen zeichnet sich zudem ab, was bereits in »» Diagramm 1.5.10 sichtbar wurde: Beschäftigte in den Ostbundesländern weisen durchweg geringere AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit COVID-19 als der Bundesdurchschnitt bzw. die Berufstätigen mit einem Wohnsitz in Westdeutschland auf.

1.5.6 Auswertungen nach Berufsgruppen

Noch unmittelbarer als die Branche beeinflusst der konkret ausgeübte Beruf die gesundheitliche Lage der Beschäftigten auch im Rahmen der Coronavirus-Pandemie, wie im Folgenden zu sehen ist.

- Beschäftigte in Gesundheits- und Pflegeberufen sowie in sozialen und Erziehungsberufen weisen die höchsten AU-Kennzahlen aufgrund einer COVID-19-Diagnose auf.
- Berufe, die nicht zwingend am regulären Arbeitsplatz ausgeübt werden müssen (z.B. Büro- oder IT-Berufe), sowie solche, deren Ausübung durch die Pandemie nur eingeschränkt möglich war (z.B. Tourismus oder Hotelberufe) weisen im Vergleich die geringsten AU-Fälle bzw. -Tage im Zusammenhang mit COVID-19 auf.
- Überraschend ist, dass lehrende und ausbildende Berufe sowie Verkaufsberufe ebenfalls unterdurchschnittliche AU-Kennzahlen aufweisen, was vermutlich mit den in diesen beiden Bereichen besonderen Hygiene- und Abstandsregeln begründet ist.
- Die größten regionalen Schwankungen sind bei den Beschäftigten in den Berufen der Unternehmensführung und -organisation zu beobachten.

In »» Diagramm 1.5.14 sind die AU-Kennzahlen der beschäftigten Männer und Frauen nach Berufshauptgruppen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose vergleichend dargestellt. Wie bereits bei der Betrachtung der Wirtschaftsgruppen, sind es auch hier die Sozial-, Gesundheits- und Pflegeberufe, die überdurchschnittlich viele AU-Fälle und -Tage im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose aufweisen, wobei die entsprechenden Kennzahlen der Frauen zum Teil deutlich über denen der Männer liegen. Auch wenn Männer und Frauen der gleichen Berufsgruppe angehören, unterscheiden sich die konkreten Tätigkeiten bzw. deren Stellung im Beruf zum Teil

10 INFAS 360 GmbH (2020) Corona-Datenplattform: <https://www.corona-datenplattform.de/viz/ihph/viz-massnahmen-bl.html>; <https://www.corona-datenplattform.de/viz/ihph/viz-massnahmen-kr.html> [abgerufen am 01.09.2021]

Diagramm 1.5.14 Arbeitsfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

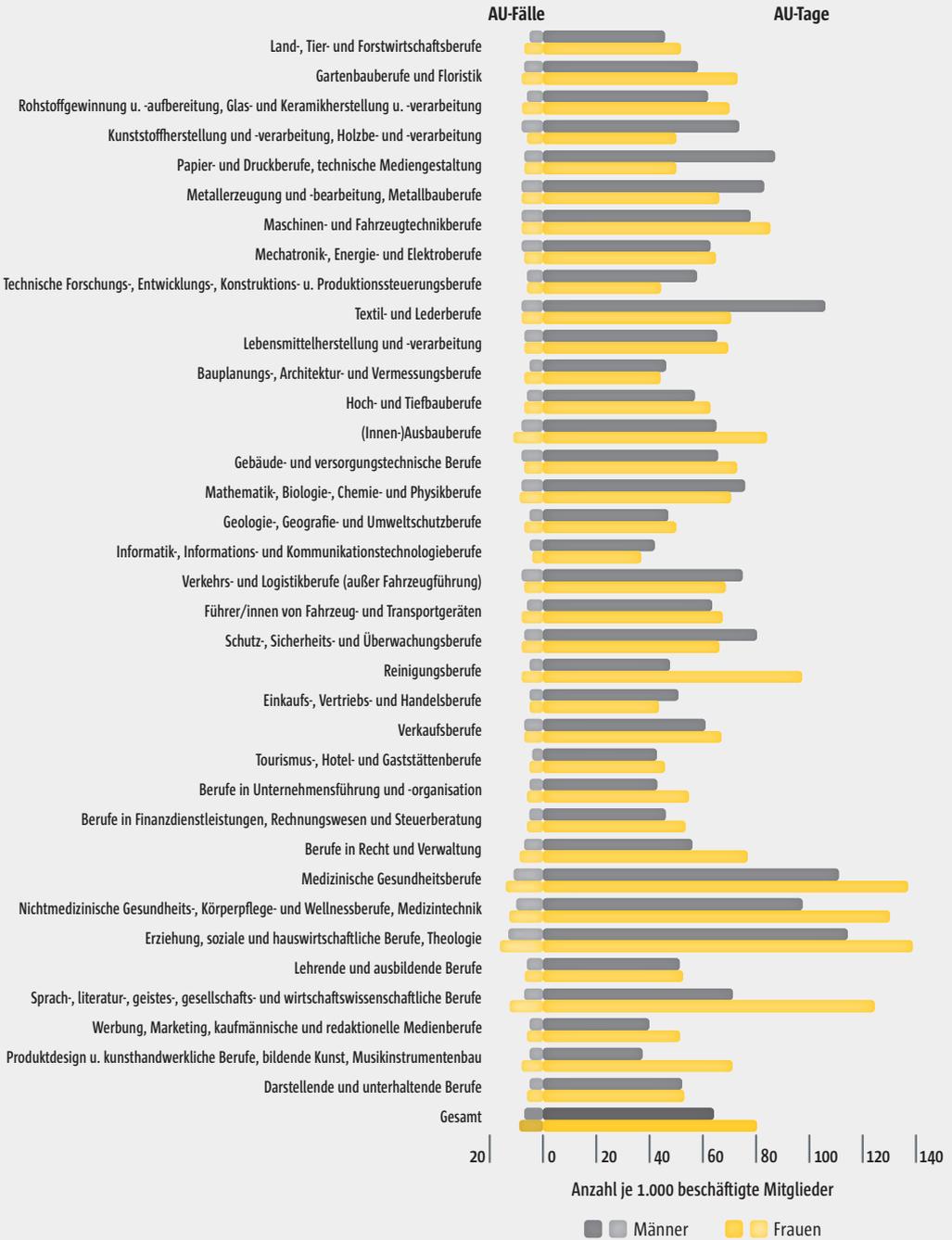


Tabelle 1.5.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen (Berichtsjahr 2020)

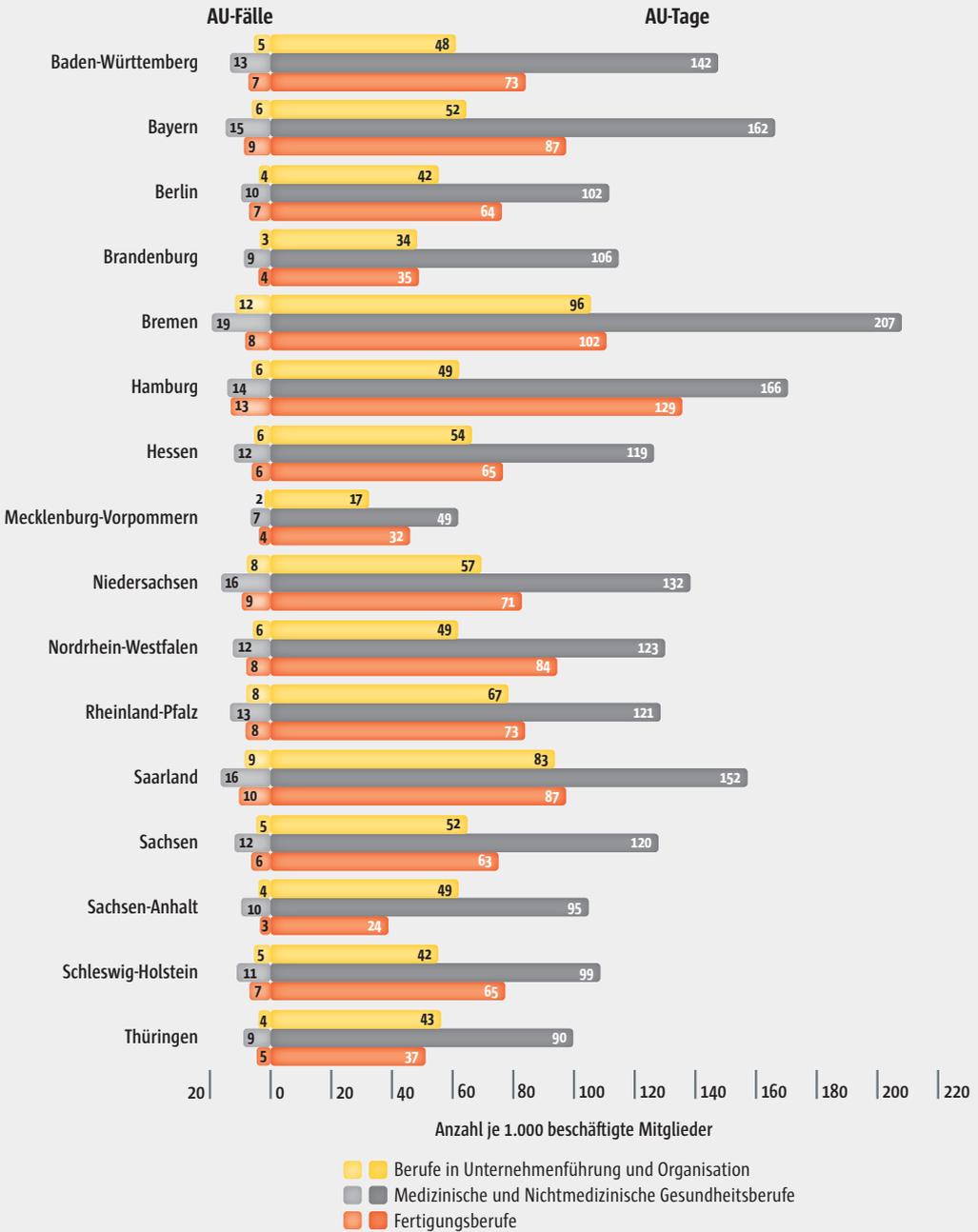
KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tag	Tag je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
821	Altenpflege	14,6	164	11,2
947	Museumstechnik und -management	10,6	157	14,9
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	13,4	152	11,3
532	Polizeivollzugs- und Kriminaldienst, Gerichts- und Justizvollzug	12,1	151	12,5
814	Human- und Zahnmedizin	12,4	140	11,3
831	Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	16,5	139	8,4
241	Metallerzeugung	10,6	135	12,8
817	Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde	14,8	135	9,1
811	Arzt- und Praxishilfe	14,3	127	8,9
231	Papier- und Verpackungstechnik	8,7	115	13,2
	Gesamt	7,7	71	9,3
271	Technische Forschung und Entwicklung	4,6	39	8,5
722	Rechnungswesen, Controlling und Revision	4,6	39	8,5
431	Informatik	5,1	38	7,5
432	IT-Systemanalyse, IT-Anwendungsberatung und IT-Vertrieb	3,8	37	9,7
924	Redaktion und Journalismus	4,3	34	7,9
312	Vermessung und Kartografie	4,7	32	6,9
211	Berg-, Tagebau und Sprengtechnik	6,3	31	4,9
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	3,4	25	7,3
922	Öffentlichkeitsarbeit	3,5	24	6,7
944	Theater-, Film- und Fernsehproduktion	3,9	20	5,2

erheblich, was wiederum Auswirkungen auf das AU-Geschehen hat. Noch deutlichere Geschlechtsunterschiede zuungunsten der Frauen sind bei den Reinigungsberufen sowie bei den sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftlichen Berufen zu finden. Insbesondere in produzierenden und verarbeitenden Berufen (z.B. Textil- und Lederberufe oder Papier- und Druckberufe, technische Mediengestaltung) treten hingegen deutlich höhere AU-Werte bei den Männern im Vergleich zu den Frauen auf. Insbesondere bei den letztgenannten Berufsgruppen ist zu beachten, dass aufgrund deren relativ geringen Mitgliederanzahl (») Tabelle A.10)

schon wenige AU-Fälle deutliche Auswirkungen auf den Durchschnittswert haben und dieser Effekt bei der Interpretation berücksichtigt werden muss.

Auf der anderen Seite gibt es Berufe mit deutlich unterdurchschnittlichen AU-Kennzahlen, weil diese häufiger im Homeoffice ausgeübt werden können bzw. seltener mit direktem zwischenmenschlichem Kontakt einhergehen (z.B. IT-Berufe oder Bauplanungs-, Architektur- und Vermessungsberufe) oder weil deren Ausübung während der Coronavirus-Pandemie stark eingeschränkt war (z.B. Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe oder darstellende und unterhaltende Berufe).

Diagramm 1.5.15 Arbeitsfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Bundesländern und ausgewählten Berufssegmenten (Berichtsjahr 2020)



Bemerkenswert ist zudem, dass sowohl Beschäftigte in Verkaufsberufen (z.B. im Supermarkt oder in Drogerien) als auch die in den lehrenden und ausbildenden Berufen (Lehrer an allgemeinbildenden bzw. Berufsschulen) ebenfalls unterdurchschnittliche AU-Kennzahlen aufweisen. Trotz der vergleichsweise hohen Zahl an Kontakten mit vielen unterschiedlichen Personen, haben hier vermutlich die jeweiligen speziellen Hygienekonzepte eine hohe Wirksamkeit entfaltet. Zusätzlich könnte eine weitere Ursache hierfür die zeitweise Schließung von Geschäften im Einzelhandel bzw. auch von Schulen und der damit verbundenen erheblichen Kontaktreduzierung sein.

Die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose auf der differenzierteren Ebene der Berufsgruppen sind in **»** Tabelle 1.5.3 dargestellt. Unter den zehn Berufsgruppen mit den meisten AU-Tagen finden sich allein sechs, die den nichtmedizinischen (z.B. Altenpflege) bzw. medizinischen (z.B. Gesundheits- und Krankenpflege) Gesundheitsberufen bzw. den Erziehungs- und Sozialberufen (Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege) zuzuordnen sind. Insofern bestätigt sich hier das Muster für diese Berufsfelder, welches bereits in **»** Diagramm 1.5.14 erkennbar wurde. Unter den zehn Berufen mit der geringsten Anzahl an AU-Tagen finden sich wiederum vor allem solche mit einem (potenziell) hohen Anteil an Tätigkeit in Homeoffice (z.B. IT-Berufe, Forschung und Entwicklung oder Öffentlichkeitsarbeit).

Wie sich die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose für ausgewählte Berufssegmente im regionalen Vergleich darstellen, zeigt das **»** Diagramm 1.5.15. Zunächst ist in nahezu allen Bundesländern die identische Reihung der Berufssegmente zu erkennen, wobei die medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe die höchsten und die Berufe in der Unternehmensführung und -organisation die niedrigsten Werte aufweisen. Mit Bremen und Hamburg sind zwei Stadtstaaten mit besonders hohen Werten bei den medizinischen- und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen und den Berufen in der Unternehmensführung und -organisation an der Spitze des Ländervergleichs zu finden. Bei allen drei Berufssegmenten weisen wiederum die Ostbundesländer durchgehend Werte unterhalb des Bundesdurchschnitts auf. Insofern wiederholt sich hier das Regionalmuster, was bereits bei der Betrachtung ausgewählter Wirtschaftsgruppen in **»** Diagramm 1.5.13 zu sehen ist.

1.5.7 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen

Neben der Wirtschaftsgruppe bzw. dem Beruf, in denen Beschäftigte tätig sind, gibt es noch eine Reihe weiterer Tätigkeitsmerkmale, die für eine Analyse zur Verfügung stehen. Inwieweit sich hier Auffälligkeiten beim AU-Geschehen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose zeigen, ist Gegenstand der folgenden Betrachtungen.

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

- Mit zunehmendem Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit gehen die AU-Kennzahlen, die im Zusammenhang mit COVID-19 auftreten, sukzessive zurück.
- Für alle Anforderungsniveaustufen wird ein Geschlechtsunterschied mit jeweils höheren AU-Kennzahlen bei den beschäftigten Frauen sichtbar.

Die meisten Berufe können auf unterschiedlichen Anforderungsniveaus ausgeübt werden. Während einfache bzw. repetitive Arbeiten meist auf dem Niveau von Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten stattfinden, werden Beschäftigte im gleichen Beruf mit personeller und fachlicher Verantwortung eher den (hoch) komplexen Tätigkeiten zugeordnet sein. Mit zunehmender Komplexität verändern sich zudem die Arbeitsbedingungen und die damit verbundenen Beanspruchungen bzw. Belastungen, während gleichzeitig der Handlungsspielraum für die Ausübung der eigenen Tätigkeit zunimmt. Für die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose zeigt sich, dass insbesondere bei den AU-Tagen eine Abnahme mit zunehmendem Anforderungsniveau der Tätigkeit zu erkennen ist (**»** Diagramm 1.5.16). Gleichzeitig zeigt sich auf allen Stufen des Anforderungsniveaus, dass die beschäftigten Frauen durchgehend mehr AU-Fälle und AU-Tage als ihre männlichen Kollegen aufweisen. Inwieweit die erhöhten Werte bei den Frauen auf deren oftmals noch tradierte Rolle als Betreuungsperson der Kinder bzw. zu pflegender Angehöriger und das dadurch erhöhte Risiko einer Infektion zurückzuführen sind, kann an dieser Stelle nicht abschließend geklärt, aber zumindest vermutet werden. Die durchschnittliche Falldauer unterscheidet sich jedoch weder bedeutsam zwischen Frauen und Männern noch zwischen dem Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit (9,1-10,3 Tage je Fall).

Diagramm 1.5.16 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

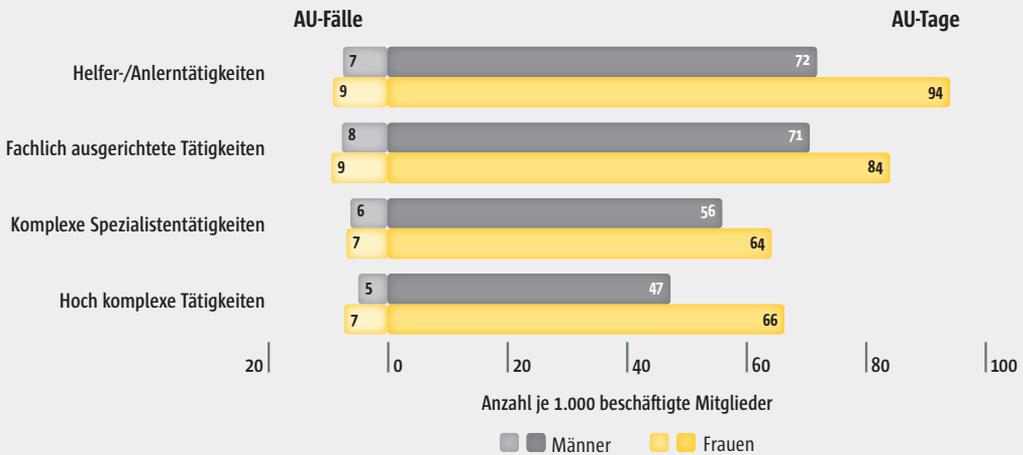
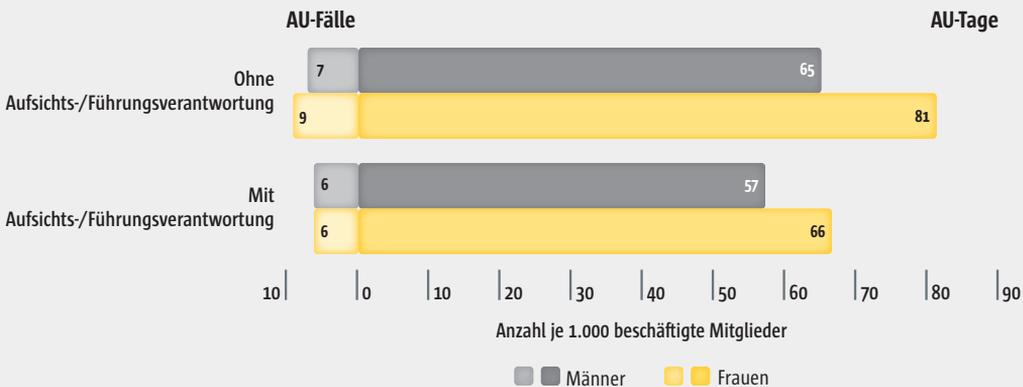


Diagramm 1.5.17 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



Aufsichts- und Führungsverantwortung

- Beschäftigte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung weisen tendenziell weniger AU-Fälle bzw. AU-Tage im Zusammenhang mit COVID-19 als diejenigen ohne eine solche berufliche Position auf.
- Unabhängig von der beruflichen Position wird wiederum ein Geschlechtsunterschied mit jeweils höheren AU-Kennzahlen bei den beschäftigten Frauen sichtbar.

Neben dem Anforderungsniveau der Tätigkeit, nimmt zudem die Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung im Beruf Einfluss auf die gesundheitliche Lage der Beschäftigten, was sich auch im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose zeigt (»» Diagramm 1.5.17). Zu erkennen ist, dass Berufstätige mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung tendenziell weniger AU-Fälle bzw. -Tage im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose als solche Beschäftigte ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung aufweisen. Auch hier übt der Grad des

Handlungsspielraums in Verbindung mit der konkreten Tätigkeit Einfluss auf das damit verbundene Infektions- bzw. Arbeitsunfähigkeitsrisiko aus. Zudem sind es wiederum die beschäftigten Frauen, die – unabhängig von der Ausprägung dieses Tätigkeitsmerkmals – höhere AU-Kennzahlen als ihre männlichen Kollegen aufweisen.

Vertragsformen

- Die niedrigsten AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit COVID-19 sind bei den befristet in Teilzeit beschäftigten Männern bzw. bei den unbefristet in Vollzeit beschäftigten Frauen zu finden.
- Die in Teilzeit beschäftigten Frauen weisen durchschnittlich die meisten AU-Fälle bzw. AU-Tage aufgrund einer COVID-19-Diagnose auf.

Ein weiteres Merkmal der beruflichen Tätigkeit stellt die Art (befristet/unbefristet) und der Umfang (Teilzeit/Vollzeit) des Anstellungsverhältnisses dar, das ebenfalls einen Einfluss auf die gesundheitliche Lage der Beschäftigten ausübt (»» Diagramm 1.5.18). Dabei weisen die unbefristet in Vollzeit beschäftigten Frauen bzw. die befristet in Teilzeit beschäftigten Männer jeweils die wenigsten AU-Fälle bzw. -Tage im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose auf. Auffällig ist zudem, dass bei den Beschäftigten in Teilzeit die Geschlechtsunterschiede bei den

AU-Kennzahlen zuungunsten der Frauen am größten sind. Dieser Effekt wird auch bei den allgemeinen AU-Kennzahlen sichtbar (»» Diagramm 1.4.11). Vermutlich hängt auch das vorliegende Muster bezogen auf die COVID-19-Diagnosen mit der Tatsache zusammen, dass es nach wie vor mehrheitlich die (beschäftigten) Frauen sind, die in Teilzeit arbeiten, um sich um die Betreuung von Kindern und zu pflegenden Angehörigen zu kümmern und somit einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt sind bzw. entsprechend höhere AU-Kennzahlen aufweisen.

Arbeitnehmerüberlassung

- In Arbeitnehmerüberlassung beschäftigte Männer weisen tendenziell weniger AU-Fälle bzw. AU-Tage im Zusammenhang mit COVID-19 als solche in regulärer Anstellung auf.

Zum Abschluss der Betrachtung der weiteren Tätigkeitsmerkmale werden die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose zwischen Beschäftigten die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind bzw. solchen, die regulär angestellt sind, verglichen (»» Diagramm 1.5.19). Wie zu sehen ist, zeigen sich zwischen beiden Beschäftigtengruppen nur geringe Unterschiede, lediglich bei den männlichen Beschäftigten mit Arbeitnehmerüberlassung sind geringfügig niedrigere AU-Tage

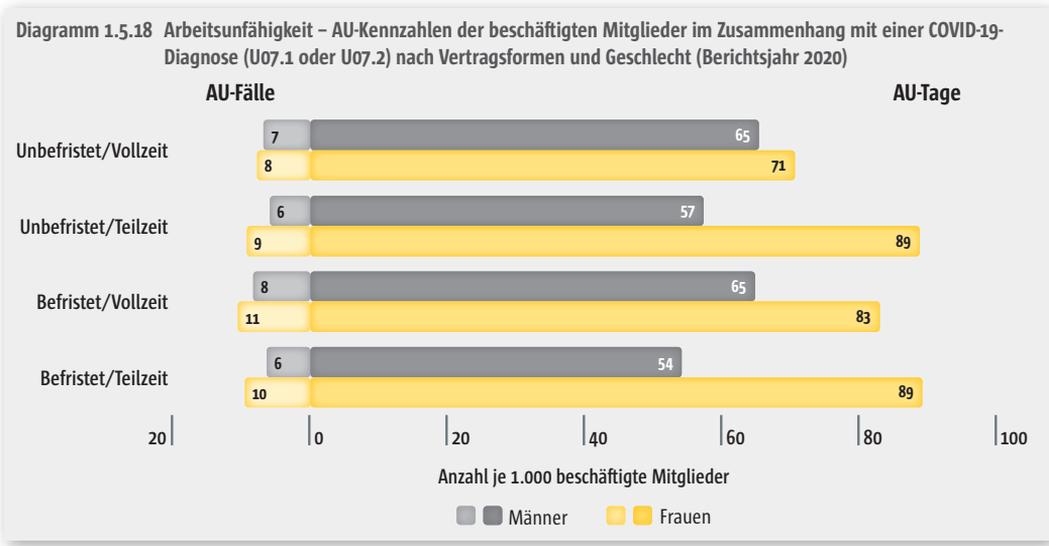
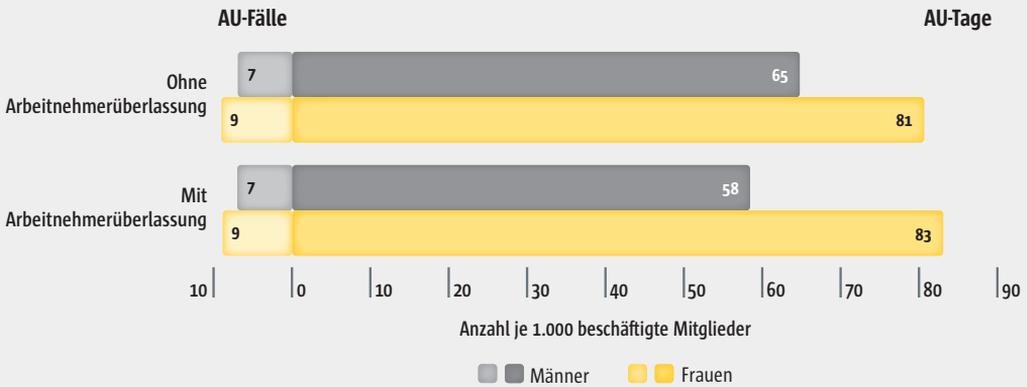


Diagramm 1.5.19 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



als bei denen mit regulärer Anstellung zu verzeichnen. Eine Ursache hierfür kann das niedrige Durchschnittsalter (38,9 Jahre) in dieser Gruppe der Be-

schäftigten sein. Gleichzeitig wird wiederum – unabhängig von der Anstellungsart – der bereits mehrfach beschriebene Geschlechtseffekt sichtbar.

1.6 Zusammenfassung und Ausblick

2020 ist in vielerlei Hinsicht ein besonders Jahr gewesen, was sich auch in der diesjährigen Betrachtung der Arbeitsunfähigkeitskennzahlen mit dem Fokus auf die Beschäftigten zeigt. Während in den vergangenen Jahren im Zeitverlauf meist nur minimale Veränderungen zu beobachten waren, fallen diese im Jahr 2020 zum Teil wesentlich größer aus. Vor allem die Veränderungen, die im direkten bzw. indirekten Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie stehen, spielen dabei eine besondere Rolle. So haben sich zwar die durchschnittlichen AU-Tage je Beschäftigten kaum verändert, dagegen ist aber ein starker Rückgang bei den AU-Fällen im Vergleich zu den Vorjahren zu verzeichnen. Diese Abnahme geht zu einem großen Teil auf den insgesamt massiven Rückgang der AU-Kennzahlen bei den Atemwegserkrankungen zurück. Dafür gibt es verschiedene Gründe: Neben den im Rahmen der Coronavirus-Pandemie geltenden Hygiene- und Abstandsregeln, hat zudem auch die vermehrte Nutzung von Homeoffice¹¹, die deutlich angestiegene Quote bei den Gripeschutzimpfungen¹² sowie auch die Möglichkeit, AU-Bescheinigungen bei leichten Atemwegsinfekten ohne direkten Arzt-Patienten-Kontakt zu erhalten, beigetragen. Des Weiteren hat die erhöhte Sensibilität gegenüber vermeintlich harmlosen Symptomen wie Husten, Schnupfen und erhöhter Temperatur dazu beigetragen, dass Beschäftigte wesentlich seltener krank zur Arbeit gehen, um ihre Kollegen nicht zu gefährden bzw. zu infizieren. Entsprechend ist im Jahr 2020 die sonst übliche Grippe-

und Erkältungswelle v.a. im IV. Quartal ausgeblieben¹³. Viele der erwähnten Punkte sind über die aktuelle Pandemie hinaus sinnvoll und erhaltenswert und auch ohne Einschnitte in persönliche Freiheiten gut umsetzbar. Um zukünftig nicht nur das Risiko weitere Pandemien, sondern auch der wesentlich häufiger vorkommenden Grippe- und Erkältungswellen im Sinne einer echten Primärprävention vorzubeugen, bedarf es einer Fortsetzung der Kombination aller genannten Maßnahmen.

Auch für andere für das AU-Geschehen relevante Krankheitsarten wird ein Rückgang der AU-Fallzahlen sichtbar, dieser ist allerdings durchweg geringer ausgeprägt. Anders als bei den Atemwegserkrankungen sind die AU-Tage im Vorjahresvergleich nahezu unverändert bzw. bei den psychischen Störungen sogar noch leicht angestiegen, was dazu führt, dass die durchschnittlichen Falldauern für alle Krankheitsarten sprunghaft ansteigen. Unter der Annahme, dass sich die Prävalenz der zugrundeliegenden Erkrankungen nicht wesentlich geändert hat, ist davon auszugehen, dass der Anteil schwerwiegender Fälle mit in der Regel höherer Falldauer zwar gleich geblieben ist, allerdings durch den jetzt deutlich reduzierten Anteil der Kurzzeitfälle einen noch größeren Einfluss auf die Falldauer als in den Vorjahren ausübt. Insofern ist davon auszugehen, dass mit zunehmender Normalisierung des Versorgungsgeschehens vor allem im ambulanten Bereich die Falldauern wieder sinken werden. Ein weiterer Erklärungsansatz ist, dass die „Entschleunigung“ durch die Coronavirus-Pandemie insbesondere zu einer Verringerung von stressinduzierten Erkrankungen mit leichtem und kurzfristigem Verlauf und dem entsprechenden Kurzzeit-AU-Fällen geführt hat. Die Ergebnisse unserer diesjährigen Beschäftigtenumfrage

11 Statista (2021) <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1204173/umfrage/befragung-zur-homeoffice-nutzung-in-der-corona-pandemie/> [abgerufen am 01.09.2021]

12 Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Hrsg.) (2021) 4. Trendreport (1. bis 4. Quartal 2020) https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Trendreport_4_leistungsinanspruchnahme_COVID_2021-04-19.pdf [abgerufen am 01.09.2021]

13 Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2021) Influenza Wochenbericht 20/2021: https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2020_2021/2021-20.pdf [abgerufen am 01.09.2021]

ge (III Diagramm 8) deuten darauf hin, dass dieser Effekt vor allem in der Anfangsphase der Pandemie zu beobachten war.

Neben den indirekten Auswirkungen liegen zusätzlich Daten im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose vor, die eine Betrachtung der direkten Zusammenhänge zwischen AU-Geschehen und arbeitsweltlichen Merkmalen ermöglichen. An dieser Stelle können aufgrund der großen Anzahl nur die wichtigsten Erkenntnisse und Ableitungen mit Fokus auf die Arbeitswelt betrachtet werden.

In den Monatsstatistiken werden vor allem Veränderungen im Verlauf der Pandemie sehr gut sichtbar. Dabei zeigt sich nicht nur eindrucksvoll, dass z. B. weibliche Beschäftigte durchweg mehr AU-Fälle und -Tage als ihre männlichen Kollegen im Zusammenhang mit COVID-19 aufweisen, sondern auch welche Wirtschafts- bzw. Berufsgruppen in welchen Phasen der Pandemie besonders stark betroffen waren bzw. sind. Erwartungsgemäß sind es die (mehrheitlich weiblichen) Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen bei denen die besonders hohen AU-Werte im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose auffallen. Gleichzeitig ist anhand der bereits vorliegenden Daten für die ersten beiden Quartale des Jahres 2021 nachweisbar, dass die frühzeitige Impfung in dieser Beschäftigtengruppe zu einem überproportionalen Rückgang der Infektionen und somit auch der entsprechenden AU-Kennzahlen geführt hat.

Auch wenn die Auswertungen auf Basis der Jahresdaten 2020 nicht an die Aktualität der Monatsstatistik heranreichen, so lassen sich hier aufgrund des größeren Zeitraums wesentlich detailliertere Betrachtungen vornehmen. Neben dem bereits benannten Geschlechtsunterschied zeigt sich ein höheres Lebensalter als Risikofaktor für eine wesentlich längere Falldauer im Vergleich zu den jungen

Beschäftigten. Des Weiteren wird in der Betrachtung der Wirtschafts- und Berufsgruppen deutlich, dass vor allem solche von überdurchschnittlichen Corona bedingten Fehlzeiten betroffen sind, die bei ihrer Arbeit einem erhöhten Risiko einer Infektion – wiederum vor allem im Gesundheits- und Sozialwesen sowie in der Erziehung – ausgesetzt sind. Daran lässt sich zeigen, dass das höhere Infektions- bzw. AU-Risiko im Zusammenhang mit COVID-19 bei den Beschäftigten nicht ausschließlich physiologischer (z. B. Alter und Geschlecht), sondern auch arbeitsweltlicher Natur ist. Es ist deshalb besonders wichtig, für diese Beschäftigten präventive Maßnahmen anzubieten, die einen größtmöglichen Schutz bei gleichzeitig minimalen Einschränkungen der Lebensqualität bzw. Arbeitsfähigkeit beinhalten. Darüber hinaus gehört auch die Änderung der Rahmenbedingungen (z. B. personelle Ausstattung, adäquate Bezahlung, Pflege als Teil der gesamtgesellschaftlichen Daseinsvorsorge) insbesondere im Bereich Kranken- und Altenpflege als eine Aufgabe im Sinne der Verhältnisprävention auf die Agenda zukünftiger Reformen, die unabhängig von der aktuellen Pandemie notwendig ist. Auf der anderen Seite gibt es aber auch Wirtschafts- und Berufsgruppen (z. B. IT- bzw. Büroberufe), die nur sehr geringe krankheitsbedingte Fehlzeiten im Zusammenhang mit COVID-19 aufweisen. Dabei handelt es sich vor allem um solche Tätigkeiten, die mobil bzw. im Homeoffice ausgeübt werden können, was ebenfalls zur Reduktion des Infektionsrisikos beiträgt. Mobiles Arbeiten ist und wird auch zukünftig Bestandteil der neuen Normalität werden und dabei nicht nur unter gesundheitlichen, sondern auch ökologischen Gesichtspunkten eher noch an Bedeutung gewinnen. Die zukünftigen Gesundheitsreporte werden den Fortgang der Entwicklung auf jedem Fall im Auge behalten.

2

Ambulante Versorgung

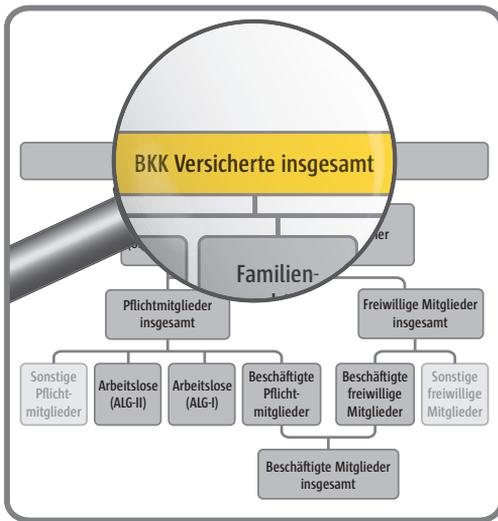
Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert



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

werden beispielsweise auch Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen in Diagnoseschlüssel kodiert. So sind gerade Vorsorge- bzw. Früherkennungsmaßnahmen für einen relativen großen Teil der Konsultationen im ambulanten Bereich ursächlich. Bei der Interpretation der nachfolgend dargestellten Kennzahlen ist zu berücksichtigen, dass diese allein auf der Diagnosestellung basieren – eventuelle Folgekonsultationen aufgrund der gleichen Diagnose sind darin nicht ausgewertet und es gibt somit keine Auskunft über Häufigkeiten von Arzt-Patient- oder Therapeut-Patient-Kontakten. Die so erfassten administrativen Prävalenzen geben den Prozentsatz der BKK Versicherten mit mindestens einer Diagnose wieder und sind somit nicht gleichbedeutend mit empirisch ermittelten Prävalenzen, wie sie etwa bei Bevölkerungsstudien ermittelt werden.

2.1 Ambulante Versorgung im Überblick



2.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2020

- 90,2% der BKK Versicherten waren im Jahr 2020 mindestens einmal ambulant in Behandlung. Damit ist die Inanspruchnahmequote nur geringfügig niedriger als im Vorjahr.
- Der Anteil der Frauen, die mindestens einmal in ambulanter Behandlung waren (93,4%), ist dabei größer als der Anteil der Männer (87,0%).

Im aktuellen Berichtsjahr haben 90,2% der BKK Versicherten insgesamt mindestens einmal eine ambulante Behandlung in Anspruch genommen, bei der eine Diagnose dokumentiert wurde. Bei Frauen lag dabei der Anteil der Personen in Behandlung mit 93,4% etwas höher als bei den Männern mit 87,0%. Damit variieren diese Anteilswerte gegenüber dem Vorjahr nur geringfügig.

Während insbesondere im stationären Sektor (III Kapitel 3) die Coronavirus-Pandemie und diesbe-

zügliche Bewältigungsmaßnahmen einen erheblichen Einfluss schon allein auf die Inanspruchnahme an sich hatten, ist im ambulanten Sektor keine solche Reduktion durch die dort geltenden Regelungen zur Bewältigung der Pandemie (III Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie) zu verzeichnen.

Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie

Den ambulanten Bereich betreffende, pandemiebedingte Sonderregelungen¹ sind vor allem vom Bedarf nach größerer Flexibilisierung geprägt. Wesentliche Zielsetzung war dabei, nicht zwingend nötige Kontakte zu vermeiden und damit zur Eindämmung der Ausbreitung des COVID-19-Virus beizutragen. Hierzu wurden die Möglichkeiten zu ärztlichen und psychotherapeutischen Konsultationen per Telefon bzw. Videogespräch erweitert bzw. bisher geltende Beschränkungen aufgehoben. Das Ausstellen von AU-Bescheinigungen für leichte Erkrankungen der oberen Atemwege wurde für bis zu 14 Tage erlaubt. Speziell im psychotherapeutischen Bereich wurde die Möglichkeit eröffnet, bewilligte Gruppentherapien in Einzeltherapien umzuwandeln. Vorgegebene Untersuchungszeiträume für Kinder-Früherkennungsuntersuchungen ab U6 (10.-12. Lebensmonat) wurden ausgesetzt. Darüber hinaus wurden die Praxen auch in finanziellen Belangen unterstützt: Es wurden Ausgleichszahlungen für diejenigen Niedergelassenen, die aufgrund der Coronavirus-Pandemie Umsatzeinbußen haben, eingeführt. Zudem wurde eine Unterschreitung des Versorgungsauftrages, sofern pandemiebedingt (bei zeitweise reduzierten Sprechzeiten z.B. aufgrund von temporär fehlender Schutzausrüstung), nicht sanktioniert.

1 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021). Sonderregelungen für die ambulante Versorgung. https://www.kbv.de/html/themen_53751.php [abgerufen am 3.9.2021]

Tabelle 2.1.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2020)

Versichertengruppen	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	87,8
Arbeitslose (ALG-I)	65,6
Arbeitslose (ALG-II)	77,5
Familienangehörige	87,8
Rentner	94,5
BKK Versicherte insgesamt	90,2

Differenziert nach Versichertengruppen sind es wie zu erwarten die Rentner, bei denen mit 94,5% der größte Anteil mindestens eine Diagnose im Rahmen einer ambulanten Behandlung erhalten hat (»» Tabelle 2.1.1). Deutlich seltener als der Durchschnitt sind hingegen Arbeitslose in der ambulanten Versorgung in Erscheinung getreten, insbesondere hat bei den ALG-I-Empfängern mit 65,6% nur ein relativ geringer Anteil Versicherter ambulant eine Diagnose erhalten.

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

2.1.2 Langzeittrends

- Die Anzahl derer, die ambulant behandelt wurden, unterlag in den letzten Jahren kaum Schwankungen: Seit 2012 liegt der Anteil von Versicherten mit mindestens einem Arztkontakt im Jahr bei etwa 90 bis 91%.

Für den ambulanten Versorgungssektor liegen im Rahmen des Gesundheitsreports Versichertenstatistiken ab 2012 vor (»» Tabelle 2.1.2), dabei liegen für diesen Zeitraum die Anteile der Versicherten mit einer Diagnose nahezu stabil zwischen 90 und 91%. Im aktuellen Berichtsjahr ist der Anteilswert nur geringfügig gegenüber dem Vorjahr gesunken. Im Vergleich aller zurückliegenden Berichtsjahre war die Inanspruchnahmequote im Jahr 2012 noch am geringsten (89,8%), die relativ größte Steigerung von 2012 zu 2013 (+1,3%) ist zumindest in Teilen auch auf die damalige starke Grippewelle zurückzuführen. Zusätzlich zur allgemeinen Kennzahl der Inanspruchnahme liegt für die Berichtsjahre auch die durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle vor, in 2020 betragen diese 8,1 Behandlungsfälle je BKK Versicherten. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Anzahl der Behandlungsfälle seit Wegfall der Praxisgebühr konstant bei knapp über 8 Fällen je BKK Versicherten liegt.

Tabelle 2.1.2 Ambulante Versorgung – Behandlungsfälle und Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose im Zeitverlauf (2012–2020)

Berichtsjahre	Behandlungsfälle je BKK Versicherten	Differenz zum Vorjahr in Prozent	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent	Differenz zum Vorjahr in Prozent
2012	7,0	–	89,8	–
2013	8,3	+18,8	90,9	+1,3
2014	8,4	+1,0	91,2	+0,2
2015	8,4	-0,1	90,5	-0,7
2016	8,2	-2,4	90,7	+0,2
2017	8,1	0,0	90,7	0,0
2018	8,2	+1,1	91,0	+0,4
2019	8,3	+1,8	90,8	+0,2
2020	8,1	-2,2	90,2	-1,0

»»» Behandlungsfälle

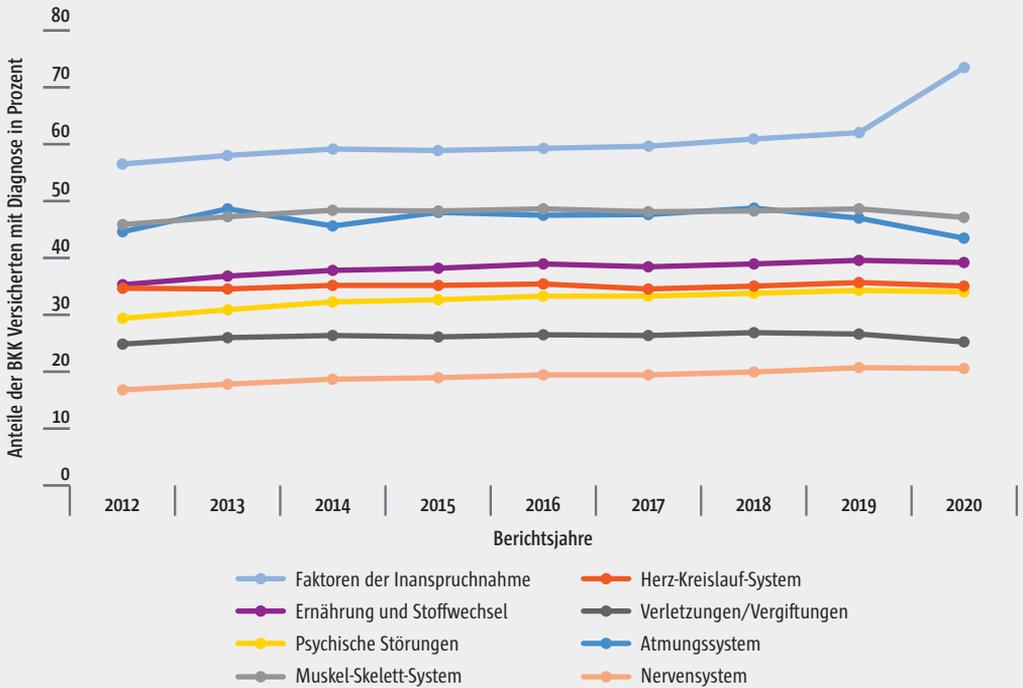
Wie viele Arzt-Patient-Kontakte stattfinden, kann anhand der GKV-Abrechnungsdaten nicht genau nachvollzogen werden. Vielmehr werden hierbei Behandlungsfälle verwendet, welche die Behandlungen derselben ambulanten Praxis, an demselben Versicherten, innerhalb desselben Quartals, die bei derselben Krankenkasse abgerechnet wurden, abbilden. Dabei ist aber anzunehmen, dass bei nicht wenigen Behandlungsfällen mehrere Kontakte pro Quartal erfolgt sind. Zu Zeiten der Praxisgebühr (erhoben von 2004 bis 2012) war davon auszugehen, dass den Patienten daran gelegen war, möglichst viele Behandlungen innerhalb eines Quartals zu bündeln, um eine erneute Gebührenzahlung am Anfang eines neuen Quartals zu vermeiden. Dies spiegelt sich bei den hier aufgeführten Kennzahlen darin wieder, dass in 2012 im Durchschnitt nur 7,0 Behandlungsfälle je Versicherten erfolgt sind, nach der Abschaffung der Praxisgebühr schnellte diese Zahl hingegen um fast 19% auf 8,3 Behandlungsfälle in 2013 hoch.

2.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen

- In der ambulanten Versorgung werden auch Informationen über Faktoren, die zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen, dokumentiert. In diesem Jahr sind die sonstigen speziellen Untersuchungen und Abklärungen (Z01) die mit Abstand am häufigsten vergebene Diagnose.
- Außerdem haben auch Impfungen gegen Viruserkrankheiten (Z25) zugenommen, worunter u.a. die Gripeschutzimpfungen zählen. Allgemeinuntersuchungen (Check-ups usw.; Z00) wurden hingegen deutlich seltener in Anspruch genommen.
- Im Jahr 2020 ist fast die Hälfte der Versicherten wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen bzw. Atemwegserkrankungen in ambulanter Behandlung gewesen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen bzw. psychische Störungen wurden bei mehr als jedem Dritten diagnostiziert.
- Bei den Atemwegserkrankungen genauso wie mit den Infektionen zeigt sich allerdings im Vergleich zum Vorjahr ein deutlicher Rückgang, der wesentlich bedingt durch die Pandemiemaßnahmen ist.
- Etwa ein Viertel ist wegen Bluthochdruck (I10) in Behandlung, nur etwas weniger aufgrund von Rückenschmerzen (M54), bei etwa jedem Fünften ist eine Atemwegsinfektion (J06) festgestellt worden.

Die im vorherigen Abschnitt berichtete, nur relativ geringe Schwankungsbereite des Anteilswertes von Versicherten mit mindestens einer ambulant gestellten Diagnose setzt sich im Wesentlichen auch bei der Differenzierung nach den zugrundeliegenden Krankheitsarten fort (»»» Diagramm 2.1.1). Was allerdings im aktuellen Berichtsjahr 2020 besonders heraussticht, sind die sehr deutlich gestiegenen Anteile von Versicherten mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme (Z00-Z99): Waren auch schon in den Vorjahren am häufigsten Diagnosen aus dieser Diagnosehauptgruppe vergeben worden – der Durchschnitt der Vorjahre beträgt knapp 60 Prozent – so ist im Jahr 2020 sogar bei 73,5% der BKK Versicherten mindestens eine Diagnose aus dieser Hauptgruppe dokumentiert. Bei dieser Kodierung handelt es sich um Zusatzinformationen (z.B. von Lebensumständen) bzw. um nicht von einer Erkrankung verursachte Leistungen (z.B. Vorsorgeleistungen, Empfängnisverhütung). Diese enorme Steigerung ist, wie sich auch bei der Darstellung der Einzeldiagnosen zeigt, wesentlich auf die unter die allgemeinen Untersuchungen und Abklärungen (Z01) fallende Diagnose für Laboruntersuchungen (Z01.7) zurückzuführen, die deutlich häufiger als in den Vorjahren vergeben worden ist (»»» Laboruntersuchungen als ICD-Diagnose [Z01.7]). Eine deutliche Abnahme hingegen gegenüber dem Vorjahr zeigt sich bei den Krankheiten des Atmungssystems: Mit 43,5% der Versicherten mit einer solchen Diagnose sind dies –3,6 Prozentpunkte weniger als noch 2019. Im gleichen Maße nahmen auch die Infektionen (im Diagramm nicht dargestellt) ab. Dies ist, wie auch im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen sowie in der stationären Versorgung zu erkennen ist, ebenfalls eine deutlich spürbare Folge der Coronavirus-Pandemie, durch die Hygiene- und Abstandsregelungen auch die Erkältungs- und Grippeerkrankungen deutlich zurückgegangen sind. In diesem Jahr ist somit der zweithöchste Anteilswert bei denjenigen Versicherten zu finden, für die eine Muskel-Skelett-Erkrankung Grund für die Arztkonsultation war (47,1%), für diese Erkrankungsart ist aber ebenfalls ein Rückgang gegenüber 2019 um –1,5 Prozentpunkte zu verzeichnen. Mit Abstand folgen nach diesen drei Diagnosegruppen die Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (39,2%).

Diagramm 2.1.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2020)



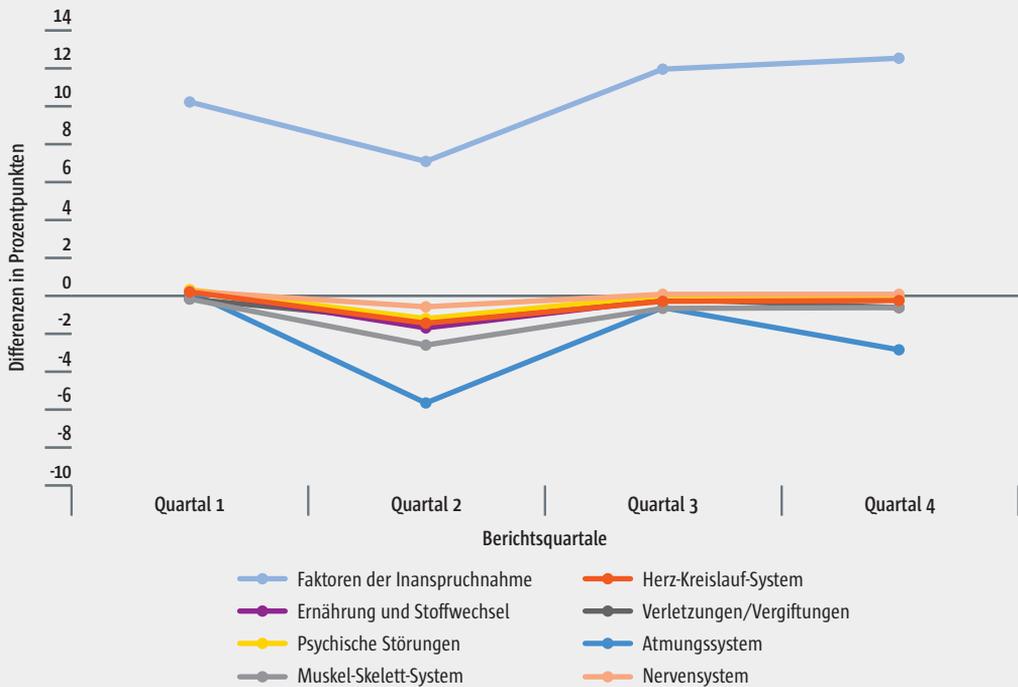
Laboruntersuchungen als ICD-Diagnose (Z01.7)

Der ICD-10-Code Laboruntersuchungen (Z01.7) ist im aktuellen Berichtsjahr 2020 deutlich häufiger vergeben worden als in den Vorjahren. Dies hängt zum einen mit einer zum Jahresbeginn 2020 in Kraft getretenen Kodiervorgabe zusammen², der zufolge ein bisher geltender Ersatzwert „UUU“ gestrichen und durch den Code Z01.7 ersetzt wurde. Hierunter gefasst sind diverse in-vitro-diagnostische Untersuchungen, im aktuellen Berichtsjahr 2020 fällt damit auch die Durchführung von PCR-Labortests im Rahmen der Coronavirus-Pandemie darunter. Da die Umstellung der Kodierung mit der Coronavirus-Pandemie zusammenfällt, ist unklar, wie groß der einzelne Einfluss beider Faktoren jeweils ist.

Das Diagramm 2.1.2 schlüsselt für die zuvor dargestellten Erkrankungsarten und das aktuelle Berichtsjahr 2020 die unterjährige Entwicklung als Abweichung von den Vorjahreswerten auf (die Unterteilung nach Quartalen entspricht dem Datenlieferhythmus durch die Kassenärztlichen Vereinigungen). Sehr augenfällig ist der deutliche Anstieg bei den Faktoren der Inanspruchnahme: Am stärksten ist dieser im vierten Quartal ausgeprägt mit einer Steigerung von +12,5% gegenüber dem Vorjahresquartal. Parallel zu den Lockdown-Maßnahmen im zweiten und vierten Quartal sinken auch die Anteile der Versicherten mit zu behandelnden Atemwegserkrankungen: Gegenüber dem Vorjahresquartal waren im zweiten Quartal –5,7 Prozentpunkte weniger aufgrund von Atemwegserkrankungen in ambulanter Behandlung, im letzten Quartal des Jahres waren es noch immerhin –2,9 Prozentpunkte. Insbesondere im zweiten Quartal waren auch die Anteilswerte weiterer Erkrankungsarten im Vergleich zum Vorjahreszeitraum reduziert, was wesentlich der sehr strikten Kontaktvermeidung geschuldet ist. So gingen im gleichen Quartal auch die

2 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019). Kodierung mit Ersatzwert „UUU“ entfällt: Neuregelung ab Januar. https://www.kbv.de/html/1150_42983.php [abgerufen 27.9.2021]

Diagramm 2.1.2 Ambulante Verordnungen – Differenzen der Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Berichtsquartalen im Vergleich zum Vorjahr (Berichtsjahr 2020)



Anteile derer, die wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen in Behandlung waren, um -2,6 Prozentpunkte zurück. In den anderen Quartalen betragen die Abweichungen hingegen – ausgenommen die schon erwähnten Faktoren der Inanspruchnahme – weniger als ein Prozentpunkt.

Die Betrachtung der 10 häufigsten Einzeldiagnosen in der ambulanten Versorgung (» Tabelle 2.1.3) lässt erkennen, dass die enorme Steigerung der Z-Diagnosen vor allem mit den sonstigen speziellen Untersuchungen und Abklärungen (Z01) zusammenhängt: War im Jahr 2019 nur für etwa jede(n) zehnte(n) Versicherte(n) diese Einzeldiagnose dokumentiert worden, so hat im aktuellen Berichtsjahr mehr als jede(r) Zweite (55,7%) eine solche Diagnose gestellt bekommen. Hierunter werden unter anderem Früherkennungsuntersuchungen auf Gebärmutterhals- und Brustkrebs, aber auch Untersuchungen der Zähne, der Ohren und der Augen gefasst. In diesem Jahr ist aber eine besondere Steigerung bei der Vergabe der Unterdiagnose Z01.7 (siehe hierzu » Laboruntersuchungen als ICD-Diagnose [Z01.7]) zu beobachten, die den Großteil des Zuwachses ausmacht.

Danach folgt als Behandlungsdiagnose die essenzielle (primäre) Hypertonie (I10) – allgemein als Bluthochdruck bezeichnet – in der Rangreihe: 25,3% aller Versicherten erhielten diese Diagnose. Bei einem etwas geringeren Anteil wurden Rückenschmerzen (M54) diagnostiziert (23,1%). Die hohe Prävalenz dieser Diagnose ist wahrscheinlich auch dadurch begründet, dass Rückenschmerzen als Hauptsymptom bei verschiedensten Erkrankungen (z.B. der Wirbelsäule, der Muskulatur oder des Knochenstoffwechsels) dokumentiert werden. An vierter Stelle folgen mit 21,1% die speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12), worunter u.a. Hautkrebscreening, Darmkrebsfrüherkennung und die Untersuchungen auf Prostatakrebs gehören. Darüber hinaus sind noch zwei weitere Z-Diagnosen in dieser Liste der 10 häufigsten Einzeldiagnosen auffällig: So nahmen in diesem Jahr 17,0% und somit über ein Drittel bzw. +4,4 Prozentpunkte mehr Versicherte eine Impfung (Immunisierung) gegen andere einzelne Viruskrankheiten (Z25) in Anspruch, worunter Gripeschutzimpfungen, aber auch die Immunisierung gegen Mumps und Windpocken fallen. Um

Tabelle 2.1.3 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die zehn häufigsten Diagnosen im Zeitverlauf (2012–2020)

ICD-10-Code	Diagnosen	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent									
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen	8,2	10,7	10,5	10,3	10,3	10,2	10,3	10,3	55,7	
I10	Essenzielle (primäre) Hypertonie	22,9	24,0	24,6	24,7	25,0	24,2	24,7	25,4	25,3	
M54	Rückenschmerzen	23,1	23,8	24,5	24,2	24,5	24,0	23,9	24,1	23,1	
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	22,6	20,8	21,4	21,2	21,5	21,8	22,2	22,3	21,1	
J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege	16,1	19,9	17,1	20,3	20,0	20,6	22,3	20,6	20,8	
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	18,6	19,1	19,6	19,3	19,2	19,0	19,0	19,3	17,9	
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels	16,2	16,9	17,3	17,3	17,6	17,1	17,2	17,6	17,4	
Z25	Notwendigkeit der Impfung gegen Viruskrankheiten	9,3	10,5	10,5	10,4	10,2	10,1	11,6	12,5	17,0	
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	15,7	15,8	15,8	15,5	15,3	15,5	15,3	14,9	14,5	
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung	15,9	16,2	16,7	16,7	17,0	17,1	17,5	17,3	14,2	
	Gesamt	89,8	90,9	91,2	90,5	90,7	90,7	91,0	90,8	90,2	

–3,1 Prozentpunkte gesunken ist hingegen die Inanspruchnahme von einer Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnosen (Z00). Hierbei handelt es sich um eine Vielzahl von Untersuchungen für

verschiedene Altersgruppen, unter anderem die U- und J-Untersuchungen für Kinder und Jugendliche sowie der Gesundheits-Check-up ab dem 35. Lebensjahr.

Exkurs: (Bedingt) verschiebbare Leistungen während der Coronavirus-Pandemie 2020

Maik Stark, BKK Dachverband

Besonders einschneidend im Rahmen der Corona-Eindämmungsmaßnahmen waren im Jahr 2020 die beiden „Lockdowns“ mit Beginn zum 22. März sowie 16. Dezember, an denen das öffentliche Leben weitestgehend per Gesetz „heruntergefahren“ wurde. Die folgenden Analysen beschäftigten sich mit möglichen Auswirkungen insbesondere in Folge des

ersten Lockdowns (22. März 2020 ff.) auf verschiebbare (hierzu werden Vorsorgemaßnahmen betrachtet) bzw. bedingt verschiebbare Behandlungen (psychotherapeutische Behandlungen in Gruppen- bzw. Einzeltherapie).

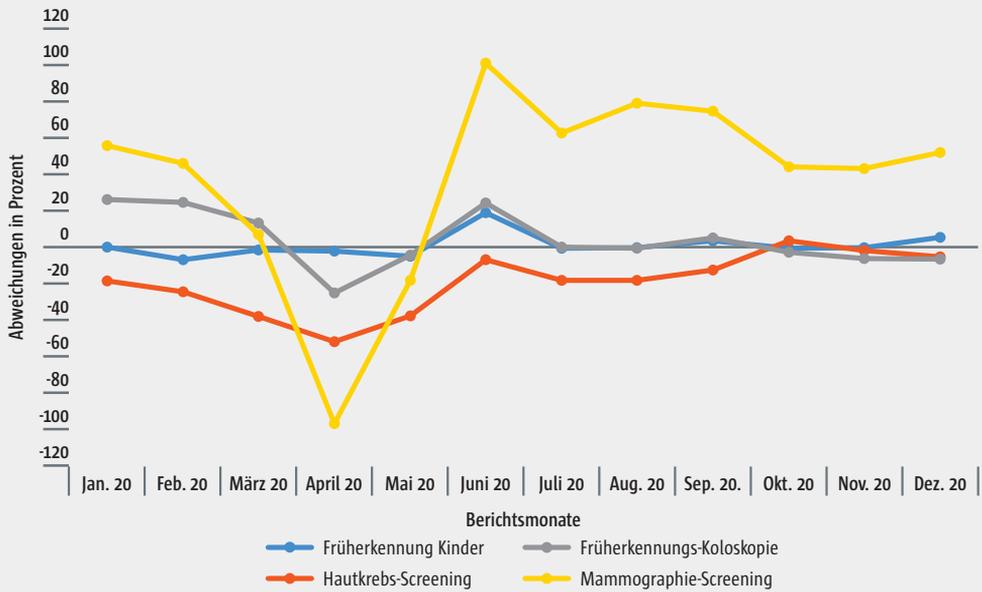
Insgesamt sind für das Jahr 2020 die Ausgaben im Bereich der ambulanten Versorgung um 7% im Vergleich zum Vorjahr angestiegen, wobei in den Vorjahren im Mittel Zuwachsraten um +3,3% zu verzeichnen waren. Augenscheinlich haben die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte das erste Coronajahr also finanziell gut überstanden.

Vorsorgeleistungen

Exemplarisch werden hierzu die Früherkennungsleistungen für Kinder, Hautkrebscreening, Früherkennungs-Koloskopie (Vorsorge Darmkrebs) und Mammographie-Screening (Vorsorge Brustkrebs) betrachtet. Im Gegensatz zu den anderen Früherkennungsleistungen erfolgt die Termineinladung beim Mammographie-Screening proaktiv durch die Leistungserbringerseite, daher ist anzunehmen, dass das Leistungsgeschehen auch wirtschaftliche Interessen der Leistungserbringer zum Ausdruck bringt, während bei anderen Vorsorgeleistungen eher die abwägenden Interessen der Versicherten (Präventionsbedarf vs. Pandemieängste) zum Ausdruck kommen.

Die größten Ausschläge um den Referenzwert zeigen sich beim Mammographie-Screening. Nachdem die Leistungshäufigkeit im Januar und Februar 2020 gegenüber den Vorjahresmonat deutlich höher war, wird das Screening vom 25. März bis zum 4. Mai 2020 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgesetzt. Danach steigt die Inanspruchnahme wieder deutlich und liegt für den Rest des Jahres deutlich über dem Niveau des Vorjahres. Alle anderen Früherkennungen reagieren ebenfalls auf den Lockdown, am stärksten das Hautkrebscreening mit einem Rückgang um rund -50% im März 2020. Die geringsten Schwankungen zeigen sich hingegen bei den Früherkennungs-Untersuchungen für Kinder.

Abbildung 1 Ambulante Versorgung – Abweichungen der Leistungshäufigkeiten von Früherkennungsuntersuchungen im Vergleich zum entsprechenden Monat im Jahr 2019 (Berichtsjahr 2020)



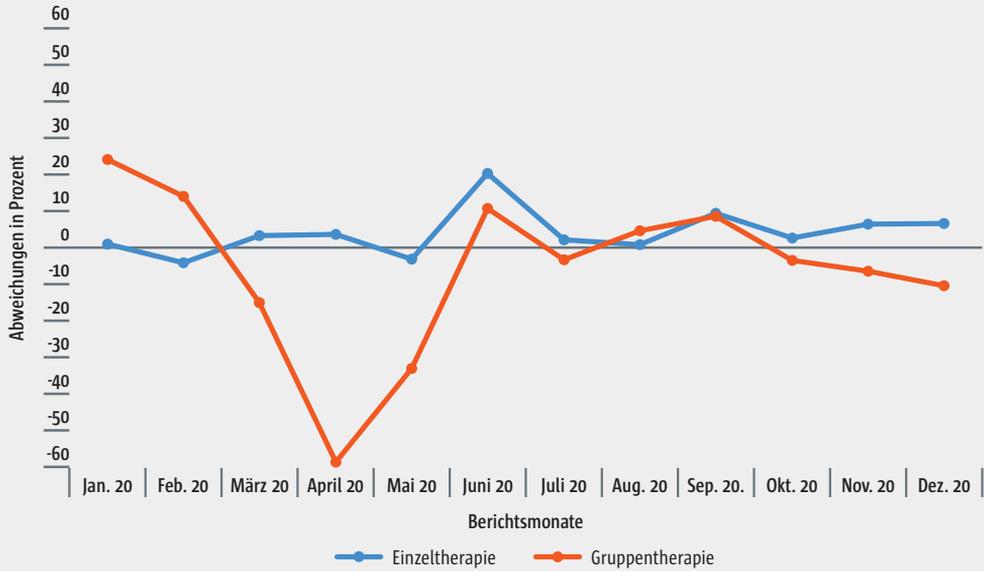
Psychotherapie

Die Konsequenzen einer aufgeschobenen Psychotherapie fallen wohl sehr individuell aus, grundsätzlich ist davon auszugehen, dass eine angst- und sorgenbehaftete Pandemie nicht das optimale Setting einer Therapieunterbrechung darstellt.

Die Leistungshäufigkeit der Einzeltherapie zeigt sich über das ganze Jahr 2020 relativ pandemieresistent. Hierfür war sicher aber auch hilfreich, dass die Möglichkeiten zu Videokonsultationen ausgeweitet wurden und schon bewilligte Gruppentherapien in Einzeltherapien umgewandelt werden konnten

(siehe Infobox **III** Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie in **III** Kapitel 2.1.1). Die Gruppentherapie hingegen erfährt im April 2020 einen extremen Einbruch (-59% gegenüber dem Vorjahr), erholt sich aber bereits bis zum Juni 2020, in diesem Monat kommt es sogar zu leicht höherer Inanspruchnahme. In der zweiten Lockdown-Phase ist hingegen nur ein leichter Rückgang gegenüber dem Vorjahr zu erkennen, was dafür spricht, dass in der Zwischenzeit Hygiene- und Fernbehandlungskonzepte entwickelt wurden, die auch Gruppentherapien ermöglichten und zudem die Patientinnen und Patienten ein weniger ausgeprägtes Meinungsverhalten zeigten.

Abbildung 2 Ambulante Versorgung – Abweichungen der Leistungshäufigkeiten von Psychotherapie im Vergleich zum entsprechenden Monat im Jahr 2019 (Berichtsjahr 2020)



Fazit

Die Leistungsabrechnung für die hier dargestellten Maßnahmen und Behandlungen zeigen teils deutliche Einbrüche insbesondere während des ersten Lockdowns. Es zeigt sich aber auch, dass in der ambulanten Versorgung schnell eine Erholung stattgefunden hat und insgesamt nicht weniger, sondern teilweise sogar mehr Leistungen erfolgt und zur Abrechnung gebracht worden sind.

Welches Krankheitsgeschehen in Form von vergebenen Diagnosekodierungen nach ICD-10 wiederum dahintersteckt und wie sich dies über die Zeit entwickelt, wäre zudem eine spannende Frage – allerdings besteht bei der Dokumentation der Diagnosen leider keine so detaillierte und präzise Datenbasis wie bei der Leistungsabrechnung. Tatsächliche Inzidenzen im monatlichen Zeitverlauf lassen sich so nur näherungsweise

ermitteln, diese können verzerrt sein. Es fehlen zum einen klare Zuordnungen der Diagnosen zum Behandlungsverlauf bzw. zum Behandlungszeitpunkt, zum anderen besteht häufig eine unzureichende Kodierqualität und oftmals auch eine Überkodierung, hier wären verbindliche Kodierrichtlinien im ambulanten Bereich notwendig. Deren Fehlen verwundert, schließlich fließen die Diagnosen aus den Abrechnungsdaten in den Morbi-RSA mit ein und steuern die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen. Verbindliche Kodierrichtlinien im ambulanten Bereich würden dies nicht nur transparenter machen, sondern auch zu neuen Erkenntnissen und einer verbesserten Versorgung führen. Es besteht generell ein großer Bedarf, in der medizinischen Dokumentation stärker das tatsächliche Versorgungsgeschehen abzubilden. Hierzu sind im Zuge der Digitalisierung von Prozessen und Strukturen der medizinischen Versorgung neue Lösungen möglich.

2.2 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

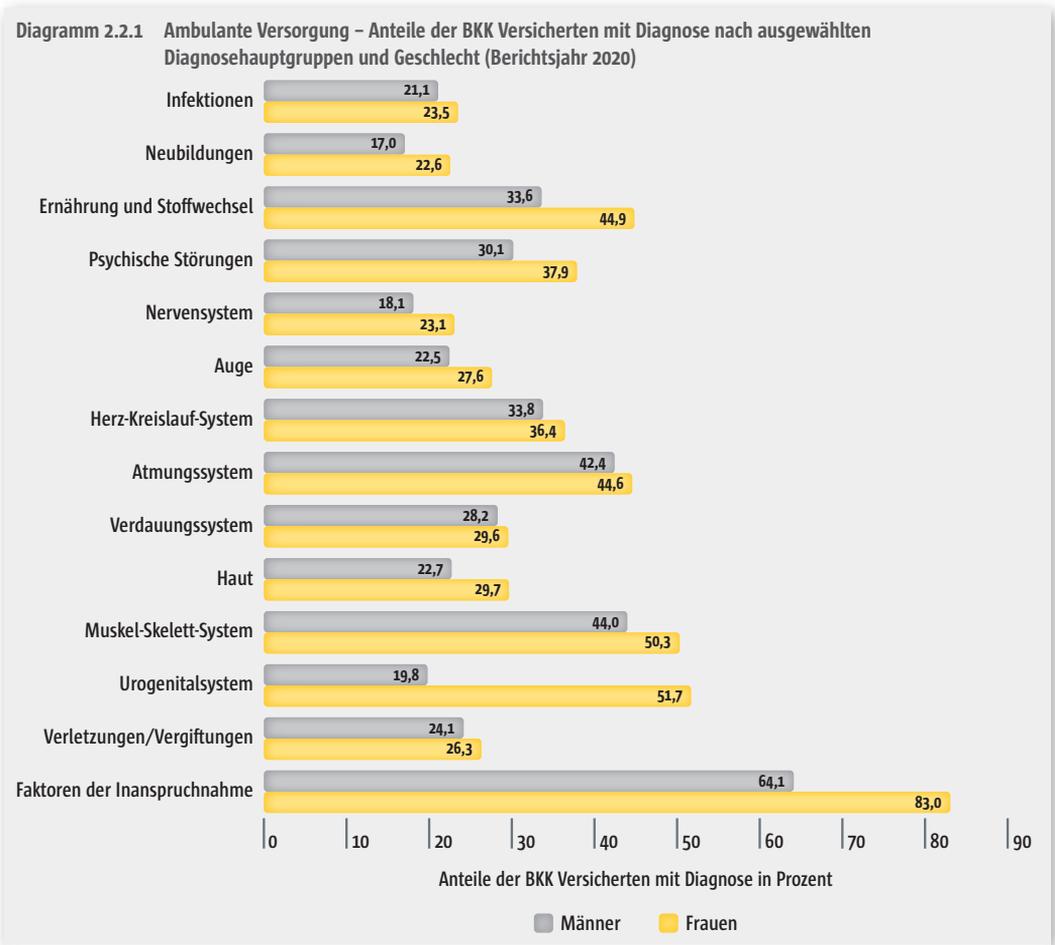
2.2.1 Ambulante Versorgung nach Alter und Geschlecht

- Nicht nur allgemein, sondern auch bezogen auf einzelne Erkrankungsarten sind mehr Frauen als Männer in ambulanter Behandlung. Außerdem werden die meisten Erkrankungen mit zunehmendem Alter häufiger diagnostiziert.
- Bei beiden Geschlechtern und in allen Altersgruppen haben die Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose (Z01) gegenüber dem Vorjahr um ein Mehrfaches zugenommen.
- Um einige Prozentpunkte gesunken sind hingegen die Anteile derer, die wegen Erkrankungen im Zusammenhang mit Infektionen (z.B. Magen-Darm-Grippe, Bronchitis) in ambulanter Behandlung waren. Dies gilt vor allem für Kinder, aber auch für Jugendliche bzw. junge Erwachsene.
- Weiterhin extrem häufig ist die Bluthochdruck-Diagnose bei den Versicherten im Rentenalter: 7 von 10 Versicherten älter als 65 Jahre sind deswegen in ambulanter Behandlung gewesen.

Wie bereits erwähnt sind mehr Frauen als Männer im aktuellen Berichtsjahr 2020 in ambulanter Behandlung gewesen, die Differenz beträgt über 6 Prozentpunkte. Die für einen Arzt- oder Therapeutenbesuch zugrundeliegenden Erkrankungen sind allerdings zwischen den Geschlechtern teils sehr verschieden. Zwar sind allgemein bei allen Diagnosehauptgruppen die Anteile derer, die eine Diagnose aus dem jeweiligen Spektrum erhalten haben, bei den Frauen größer als bei den Männern (III Diagramm 2.2.1), die Differenzen variieren aber sehr stark: So sind beispielsweise deutlich mehr Frauen von Erkrankungen des Urogenitalsystems betroffen und entsprechend in Behandlung gewesen – bei mehr als jeder zweiten Frau (51,7%) war dies Grund für eine ambulante Behandlung, hingegen wurde

bei nur jedem fünften Mann (19,8%) eine solche Diagnose gestellt. Ebenfalls besteht ein großer Unterschied bei den Zusatzdiagnosen aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme: 83,0% der Frauen, aber nur 64,1% der Männer haben im Jahr 2020 mindestens einmal eine solche Diagnose erhalten. Hierbei ist allerdings auch zu konstatieren, dass gegenüber dem Vorjahr besonders bei den Männern der Anteilswert gestiegen ist: So waren es im Jahr 2019 nämlich nur 48,5% der männlichen Versicherten (bei den weiblichen Versicherten waren es 75,8% im Jahr 2019), für die Faktoren der Inanspruchnahme dokumentiert worden sind.

Zwischen den Geschlechtern bestehen auch teils deutliche altersabhängige Unterschiede in der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung, wie das III Diagramm 2.2.2 zeigt. Zwar sind die Anteile beider Geschlechter mit mindestens einer ambulanten Diagnose bei Kindern bis zur Altersklasse der 10- bis 14-jährigen nahezu identisch, wobei der relativ hohe Anteil der Kinder und Kleinkinder mit mindestens einer ambulanten ärztlichen Konsultation (mehr als 91% bei den Kindern bis 9 Jahre) vor allem durch die in regelmäßigen Abständen erfolgenden Kindervorsorgeuntersuchungen und Impfungen begründet ist. In den nachfolgend höheren Altersklassen (älter als 14 Jahre) sind es hingegen nur die Frauen, die durchgehend einen hohen Anteil (>91%) an ambulanten Konsultationen aufweisen. Dies ist auch zum großen Teil durch geschlechtsspezifische Vorsorgemaßnahmen und – in den jüngeren Alterskohorten – der regelmäßigen Verordnung von Kontrazeptiva (III Kapitel 4.2.1) begründet, dadurch befinden sich Frauen kontinuierlicher in ärztlicher Betreuung. Bei den männlichen Versicherten sinkt hingegen der Anteil derer mit einer ambulanten Diagnose ab dem Jugendalter. Wie auch schon in den Vorjahren weist die Altersklasse der 25- bis 29-jährigen mit 77,5% den geringsten Anteilswert auf. Dabei ist auch zu konstatieren, dass bei den Männern dieser Altersgruppe mit



-2 Prozentpunkten der größte Rückgang gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen ist. Ebenfalls knapp -2 Prozentpunkte waren es auch schon bei den 20- bis 24-jährigen Männern: Diejenigen, die ohnehin die geringste Inanspruchnahmequote aufweisen, sind also im aktuellen Berichtsjahr in noch geringerem Maße in ambulanter Behandlung gewesen. Mit höheren Altersgruppen steigen die Anteilswerte hingegen auch bei den Männern wieder deutlich an, aber erst jenseits des Renteneintrittsalters sind beide Geschlechter wieder auf gleich hohem Niveau.

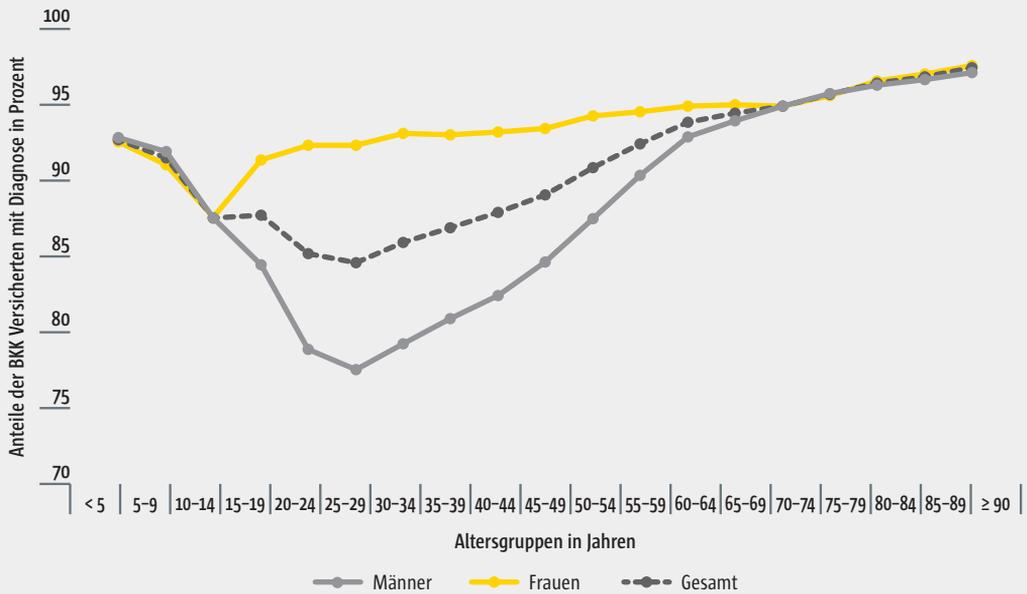
Wie die vorherigen Darstellungen zeigen, ergeben sich markante Erkenntnisse zur Inanspruchnahme in Abhängigkeit jeweils von Alter und Geschlecht für verschiedene Erkrankungsarten. Weitere Details ergeben sich bei einer kombinierten Darstellung die-

ser drei Variablen (»»» Diagramm 2.2.3). Daraus lassen sich folgende Trends ablesen:

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

Prototypisch ist dies bei den Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten und den Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (sowie mit Einschränkung bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen) ablesbar: Hierbei ist jeweils ein sehr großer altersbedingter Anstieg zu verzeichnen, es sind jeweils mindestens zwei Drittel der über 64-jährigen Männer und Frauen betroffen, während der Anteil bei den unter 20-jährigen nur ein Bruchteil davon beträgt. Die jeweils sehr hohen Werte in der ältesten Versichertengruppe sind

Diagramm 2.2.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



durch die bekannten „Alterskrankheiten“ Typ-2-Diabetes und krankhaft erhöhte Cholesterin- bzw. Blutfettwerte (sowie Bluthochdruck) zu erklären – Diagnosen, deren Häufigkeiten wiederum in der Altersklasse der 20- bis 65-Jährigen nur gering sind (vgl. auch nachfolgende Analysen der Einzeldiagnosen).

Abweichend vom beschriebenen Muster sind die Neubildungen: Hier sind es die Männer ab 65 Jahren, die den größten Anteilswert solcher Diagnosen unter den Versicherten aufweisen (41,4% vs. 34,7% bei den Frauen ab 65 Jahren). Wesentlicher Grund dafür sind unterschiedliche Prävalenzen bei geschlechtsspezifischen Neubildungserkrankungen (Prostatakarzinom bei Männern, Brust- und Gebärmutterkrebs bei Frauen), aber auch manche Neubildungsdiagnosen (Melanozytennävus/„gutartiges Muttermal“; D22) werden bei Männern später bzw. häufiger erst im Rentenalter diagnostiziert.

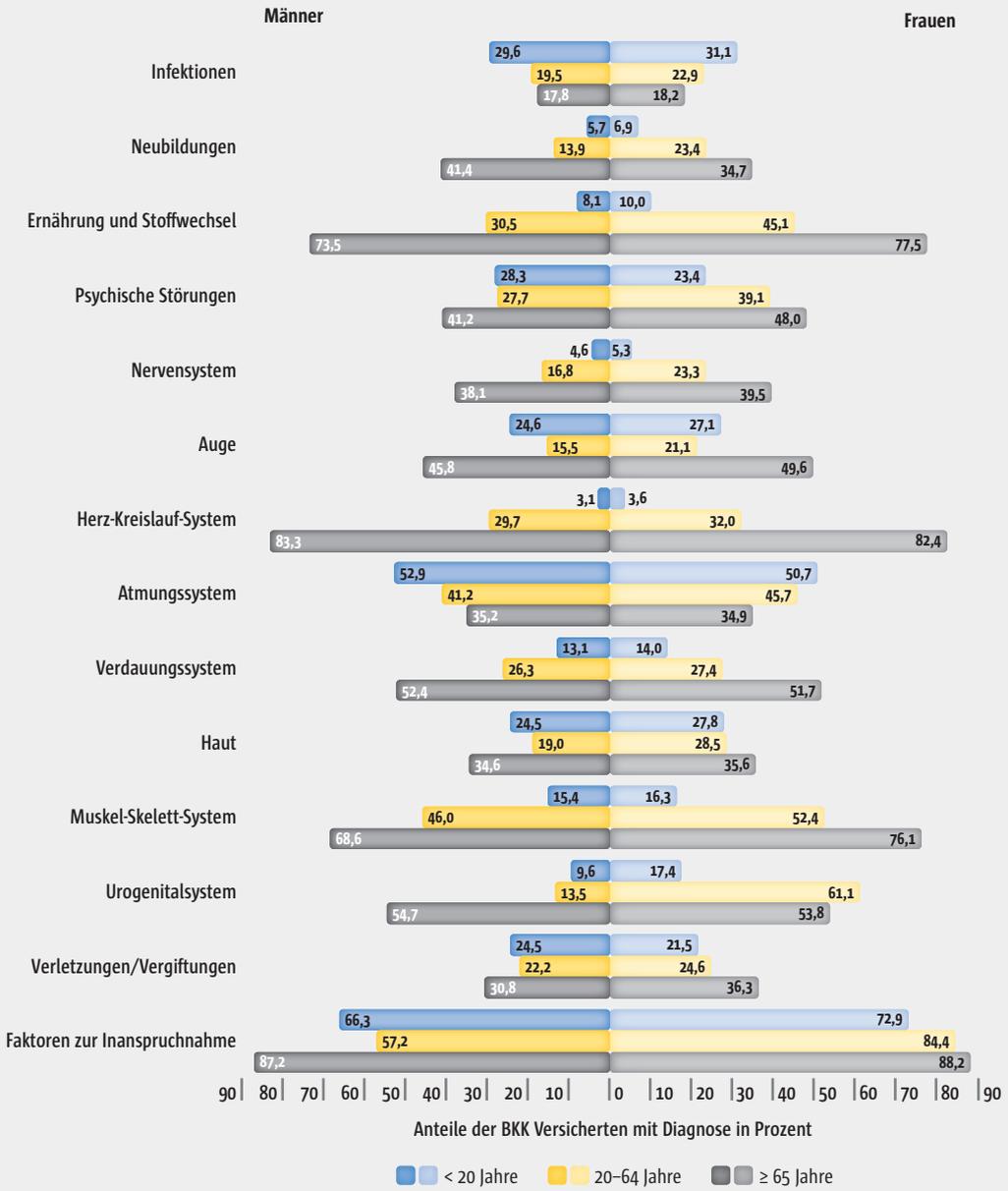
Weiterhin auffällig ist das häufige Auftreten von Urogenital-Erkrankungen bei Frauen zwischen 20 und 65 Jahren (61,1% haben im aktuellen Berichtsjahr eine solche Diagnose gestellt bekommen). Dies ist insbesondere durch geschlechtsspezifisch unterschiedliche anatomische Gegebenheiten (Unterschiedliche Länge der Harnröhre, etc.) bzw. jeweils spezifische Organe bedingt. Während bei dieser Erkrankungsart die Prävalenz bei den Frauen hin zur

höchsten Altersgruppe der über 64-Jährigen wieder etwas abnimmt, steigt bei den Männern der Anteil hingegen um das Vierfache.

Geringere Diagnoseraten mit zunehmendem Alter sind besonders bei den Krankheiten des Atmungssystems und den Infektionen zu verzeichnen: Bei den unter 20-Jährigen wird insgesamt bei 51,8% eine Atemwegserkrankung sowie bei 30,3% eine Infektion diagnostiziert. Bei den Infektionen ist damit auch ein drastischer Rückgang in dieser Altersgruppe gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen, waren solche Diagnosen doch bei den unter 20-Jährigen in 2019 noch für 38,4% gestellt worden. Der Rückgang der Infektionsbehandlungen geht demnach vor allem auf die jüngste Altersgruppe zurück, was sicher auch eine Begleiterscheinung der pandemiebezogenen Hygiene- und Abstandsvorschriften ist. Wie schon zuvor erläutert, gilt dies auch für die Diagnosegruppe der Inanspruchnahme-Faktoren, wobei für diese nun zu konstatieren ist, dass es insbesondere die Anteilswerte der Männer zwischen 20 und 64 Jahren gegenüber dem Vorjahr mit Abstand am stärksten zugenommen haben. Hier ist ein Zuwachs von +18,5 Prozentpunkten zu verzeichnen.

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

Diagramm 2.2.3 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

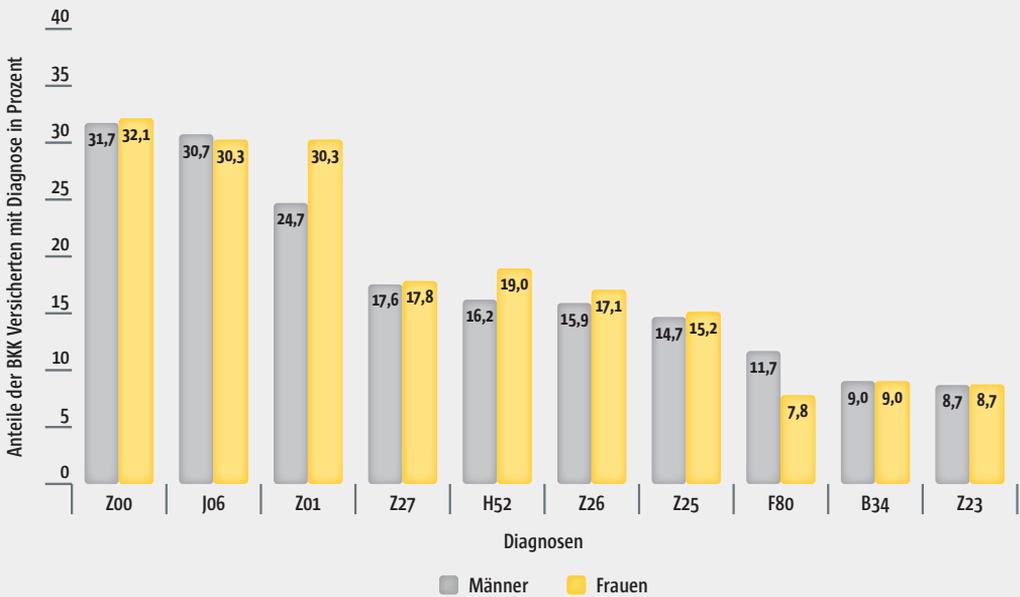


Altersgruppe jünger als 20 Jahre

Im aktuellen Berichtsjahr ist bei den unter 20-jährigen sowohl bei den weiblichen (mit einem Anteil von 32,1%) als auch bei den männlichen Versicherten (mit

einem Anteil von 31,7%) die Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose (Zoo) die häufigste Diagnose (»» Diagramm 2.2.4). Trotz der ausgesetzten Vorgaben für die Untersuchungszeiträume der darunter-

Diagramm 2.2.4 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten unter 20 Jahre mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



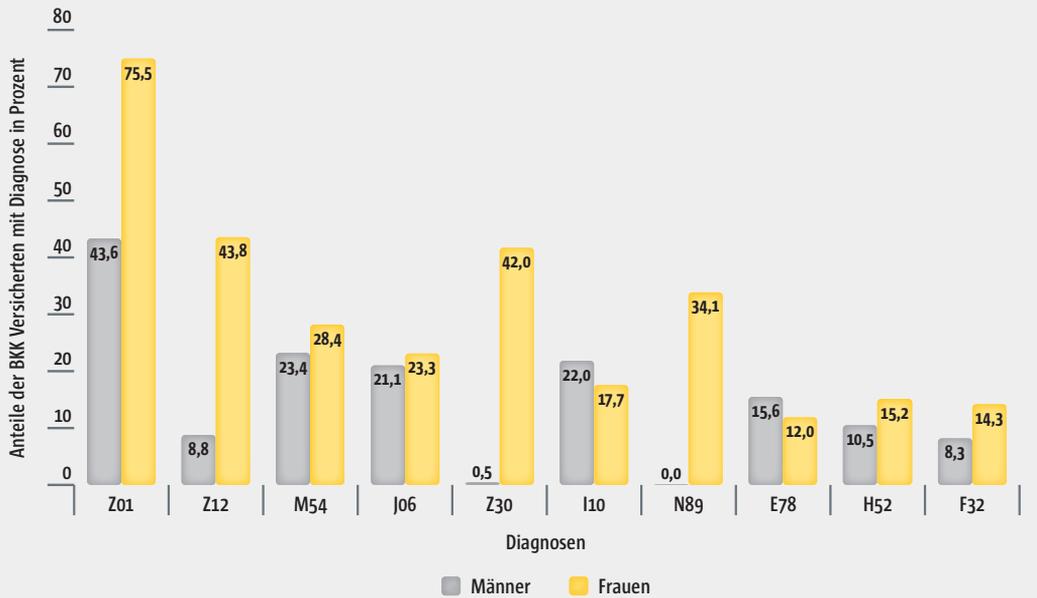
fallenden Kinder-Früherkennungsuntersuchungen, ist hier keine Veränderung gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Deutlich gestiegen sind hingegen die Anteile Versicherter mit speziellen Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose (Z01), dabei fällt der Zuwachs mit +25 Prozentpunkten bei den Frauen (30,3% vs. 4,8% in 2019) etwas größer aus als bei den Männern (24,7% vs. 2,8% in 2019). Auch Einzel-Impfungen gegen Viruskrankheiten (Z25) sind im aktuellen Berichtsjahr zumindest etwas häufiger erfolgt als noch im Vorjahr (+2 Prozentpunkte). Heterogen fällt indes das Bild der Diagnosen in Verbindung mit Infektionen aus: Die akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06) bleiben mit Anteilswerten von jeweils über 30% weiterhin die bei weitem häufigste Diagnose im Zusammenhang mit einer Infektion – wobei zu berücksichtigen ist, dass diese Diagnose oftmals zum Behandlungsbeginn als allgemeine Feststellung entsprechender Symptome (Fieber, Husten und allgemeines Krankheitsgefühl) vergeben wird, was beispielsweise auch bei Verdacht auf Coronavirus-Infektion der Fall sein kann. Der Anteil Versicherter mit einer nicht näher lokalisierten Viruskrankheit (B34) ist hingegen um jeweils rund 3 Prozentpunkte gesunken, auch bei weiteren (hier nicht dargestellten) Diagnosen im Zusammenhang

mit einer bakteriellen oder viralen Infektion wie etwa Magen-Darm-Infekten (A09) und Konjunktivitis (H10) (jeweils –4 Prozentpunkte gegenüber 2019) sowie akuter Bronchitis (J20) sind die Anteilswerte zurückgegangen (gegenüber 2019 –3 bei Frauen bzw. –4 Prozentpunkte bei Männern).

Altersgruppe 20–64 Jahre

In der Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen fallen in der Regel einige geschlechtsspezifische Einzeldiagnosen (»» Diagramm 2.2.5) auf: Hierunter fallen vor allem die kontrazeptiven Maßnahmen (Z30) sowie die sonstigen nichtentzündlichen Krankheiten der Vagina (N89) und die speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12). Auch die speziellen Untersuchungen (Z01) werden wie schon in den Vorjahren deutlich häufiger bei Frauen diagnostiziert, aber auch in dieser Altersgruppe sind im aktuellen Berichtsjahr deutlich mehr Männer mit einer solchen Diagnose zu verzeichnen: Hatten 2019 nur 2,5% der männlichen Versicherten zwischen 20 und 64 Jahren eine solche Diagnose gestellt bekommen waren es 2020 mehr als 17-mal so viele (43,6%). Auch in dieser Altersgruppe sind die Anteilswerte für die akuten Infekte der oberen Atemwege (J06) kaum

Diagramm 2.2.5 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten von 20 bis 64 Jahre mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

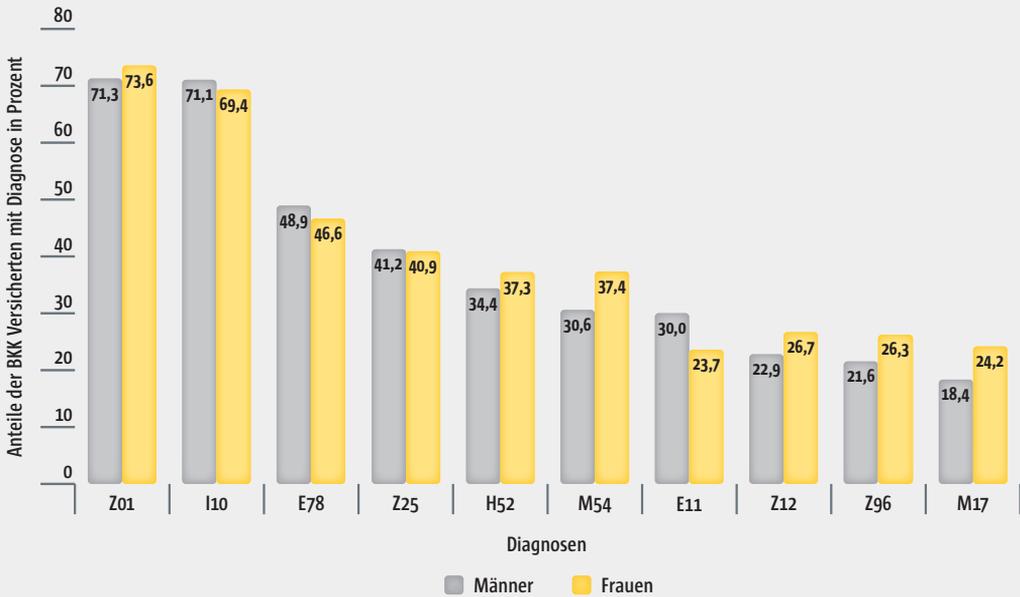


verändert (sie sind bei den Frauen nur leicht gestiegen), andere Diagnosen im Zusammenhang mit Infektionen wie Magen-Darm-Infekte (A09) oder akute Bronchitis (J20) sind hingegen um rund -2 Prozentpunkte gesunken. Zudem sind auch bei einem im Vergleich zum Vorjahr geringeren Teil der Versicherten Allgemeinuntersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose (Z00) durchgeführt worden (-3 Prozentpunkte). Die Einzel-Impfungen gegen Viruskrankheiten (Z25) zählen wiederum nicht zu den 10 wichtigsten Diagnosen dieser Altersgruppe, dennoch sind um +4 Prozentpunkte mehr Versicherte im Vergleich zum Vorjahr gegen eine der darunter zu fassenden Viruserkrankungen (insbesondere Grippe-Infektionen) geimpft worden. Neben diesen pandemiebedingten Anteilsverschiebungen ist das restliche Bild der wichtigsten Diagnosen in dieser Altersgruppe kaum verändert: Etwa ein Viertel sowohl der Männer als auch der Frauen war im aktuellen Berichtsjahr wegen Rückenschmerzen (M54) mindestens einmal in ambulanter Behandlung gewesen. Außerdem sind bei den Männern - anders als bei den weiteren hier dargestellten Diagnosen - häufiger als bei den Frauen die essenzielle (primäre) Hypertonie (I10) sowie Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien (E78) diagnostiziert worden.

Altersgruppe ab 65 Jahre

Auch bei den über 65-Jährigen ist im aktuellen Berichtsjahr die Z01-Diagnose diejenige, für welche die größten Versichertenanteile zu verzeichnen sind. Dabei sind die Anteilswerte für beide Geschlechter etwa gleich hoch - was bedeutet, dass im Vergleich zum Vorjahr bei den Männern sogar bei mehr als zwölfmal so vielen Versicherten eine solche Untersuchung/Abklärung in der ambulanten Versorgung durchgeführt worden ist (71,3% vs. 5,6% in 2019). Immerhin um +8 Prozentpunkte gestiegen sind außerdem die Anteile Versicherte, die eine Einzelimpfung gegen Viruskrankheiten (Z25) erhalten haben. Der Anteil derer, bei denen eine Allgemeinuntersuchung/Abklärung (Z00) erfolgt ist (im Diagramm nicht dargestellt), ist wiederum um -7 Prozentpunkte gesunken. Wenig verändert ist hingegen auch in dieser Altersgruppe das restliche Versorgungsgeschehen bei den wichtigsten Diagnosen: Sind die männlichen Versicherten zwischen 20 und 64 Jahren noch um mehrere Prozentpunkte häufiger wegen Bluthochdruck (I10) genauso wie wegen Lipoproteinstoffwechsel-Störungen (E78) in ambulanter Behandlung, so sind in der Altersgruppe ab 65 Jahren beide Geschlechter etwa gleich häufig betroffen (III Diagramm 2.2.6). Beide Diagnosen haben bei den über

Diagramm 2.2.6 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten ab 65 Jahren mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

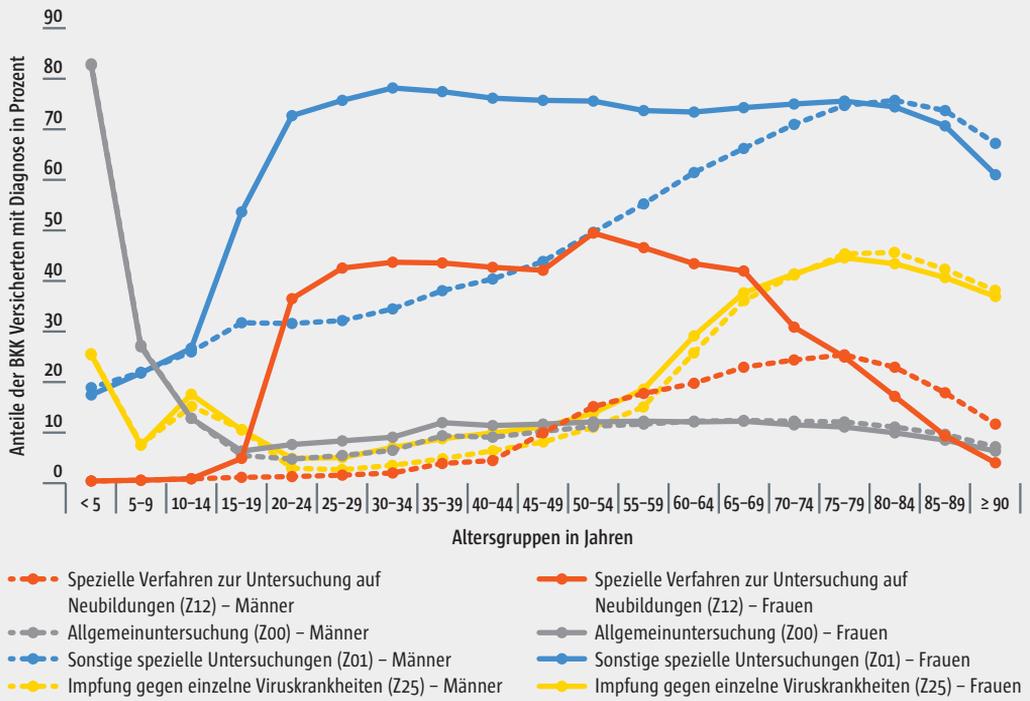


65-Jährigen eine sehr große Verbreitung – ein Umstand, der sich auch in den Arzneimittelverordnungsmengen (» Kapitel 4.2) widerspiegelt (bei den Älteren werden Blutdrucksenker sowie Lipidstoffwechsel-Medikamente sehr häufig verschrieben). Ebenfalls deutlich höhere Anteilswerte gegenüber jüngeren Versicherten sind für den Typ-2-Diabetes (E11) zu verzeichnen: Der Anteil der Versicherten ab 65 Jahren mit einer solchen Diagnose ist gegenüber den 20- bis 64-Jährigen fast sechsmal so groß.

Wie die vorherigen Darstellungen aufgezeigt haben, spielen im aktuellen Berichtsjahr pandemiebedingt die Diagnosen aus dem Bereich der Faktoren, die zur Inanspruchnahme der ambulanten Leistungen geführt haben, eine herausgehobene Rolle. Deshalb ist nachfolgend für ausgewählte Einzeldiagnosen aus diesem Bereich abschließend eine noch feinere Altersdifferenzierung dargestellt (» Diagramm 2.2.7). Die in diesem Jahr besonders herausstechende Z01-Diagnose („Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose“) nimmt dabei einen bemerkenswerten Verlauf: Zum einen sind – wie gemäß den vorherigen Darstellungen schon zu erwarten – die Anteile Versicherter mit einer solchen Diagnose in diesem Jahr deutlich höher, auch der sprunghafte deutliche Anstieg der An-

teilswerte für die Frauen ab 20 Jahren zeigte sich schon in den Vorjahren (dies ist wesentlich auf gynäkologische Untersuchungen ab diesem Alter zurückzuführen). Allerdings fällt dieser Anstieg im aktuellen Berichtsjahr um ein Vielfaches stärker aus. Bei den Männern gibt es hingegen keinen solchen sprunghaften Anstieg, dennoch wächst – anders als in den Vorjahren – bei diesen die Zahl der Versicherten mit einer solchen Diagnose mit steigendem Alter ebenfalls deutlich. Hierbei dürften, wie schon erwähnt, die Laboruntersuchungen eine entscheidende Rolle spielen. Nicht ganz so extreme Veränderungen gegenüber dem Vorjahr sind für die anderen hier dargestellten Diagnosen zu konstatieren, es sind hier aber ebenfalls Auswirkungen der Pandemie-maßnahmen zu erkennen. So sind die Anteile Versicherter, die eine Impfung gegen einzelne Viruskrankheiten (Grippe etc.) bekommen haben, mit rund +9 (Männer) bzw. +10 Prozentpunkten (Frauen) besonders stark bei den 60- bis 69-Jährigen gestiegen. Bei der Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose (Z00) war in den Vorjahren immer ein merklicher Anstieg bei der Altersgruppe der 35- bis 39-Jährigen zu verzeichnen gewesen, was in großen Teilen auf Vorsorgeuntersuchungen ab dieser Altersgruppe („Check Up 35“) zurückgeführt werden kann.

Diagramm 2.2.7 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Faktoren der Inanspruchnahme nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

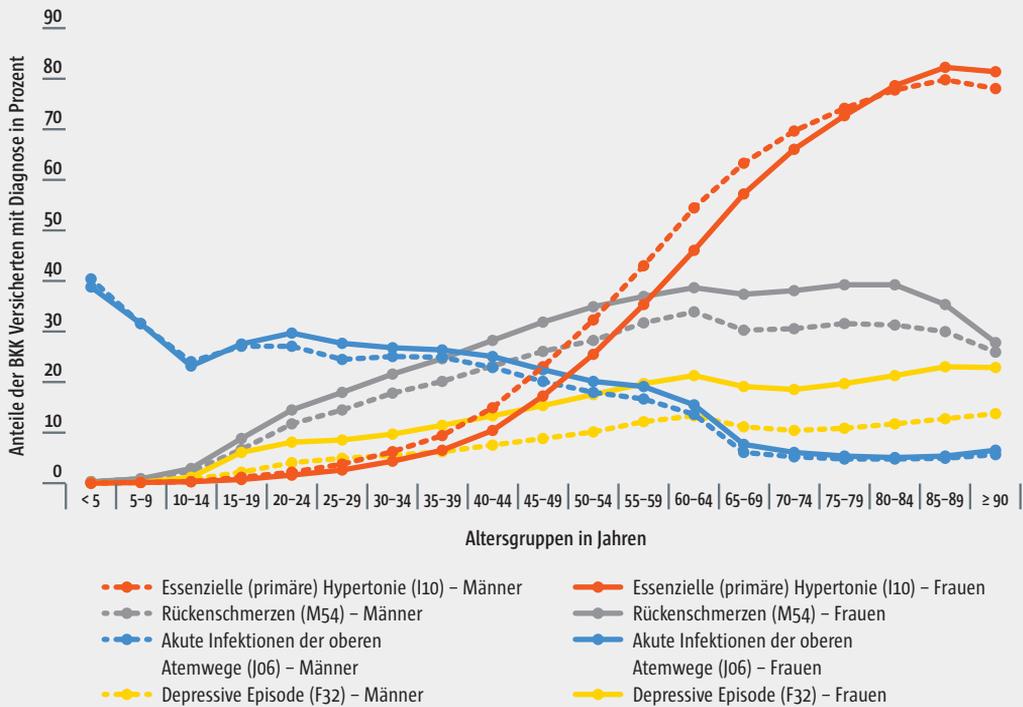


Im aktuellen Berichtsjahr hingegen ist hier kein solch sprunghafter Anstieg zu verzeichnen. Dies liegt sowohl daran, dass die Allgemeinuntersuchungen bei den 20- bis 34-jährigen häufiger, bei den ab 35-jährigen hingegen seltener durchgeführt wurden. Besonders bei den 65- bis 84-jährigen sind die Anteilswerte mit durchschnittlich -7 Prozentpunkten deutlich zurückgegangen. Wie schon erwähnt sind Kinder-Früherkennungsuntersuchungen, die ebenfalls unter diese Kodierung fallen, nicht reduziert worden. Dies gilt insbesondere für die unter 5-jährigen, bei denen für mehr als 80% eine solche Diagnose dokumentiert worden ist. Ebenfalls kaum Veränderungen gegenüber dem Vorjahr zeigen sich bei den speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12): Weiterhin sind es insbesondere Frauen, die diese Untersuchung in Anspruch nehmen. Dies rührt insbesondere daher, dass für Frauen schon ab dem 20. Lebensjahr eine regelmäßige Untersuchung auf Gebärmutterhalskrebs vorgesehen ist. Weiterhin deutet der leichte Anstieg bei der Altersgruppe der 50- bis 54-jährigen Frauen auf die Inanspruchnahme des empfohlenen Mammogra-

phie-Screening zwischen 50 und 69 Jahren hin. Die Prostatakrebsfrüherkennung ist hingegen ab dem 45. Lebensjahr empfohlen, ab diesem Alter steigen auch bei den Männern die Anteile derjenigen, die auf Neubildungen untersucht wurden, an – allerdings in deutlich geringerem Maße: Bei den 45- bis 49-jährigen haben nur 9,9% eine solche Diagnose bekommen, bei nachfolgenden Altersgruppen steigt der Anteil bis maximal 25%.

Abseits der in den Z-Diagnosen dokumentierten Faktoren, die zur Inanspruchnahme der ambulanten Leistungen geführt haben, sind für die Diagnosen Bluthochdruck (I10), Rückenschmerzen (M54) und akute Atemwegsinfektionen (J06) insgesamt die höchsten Anteilswerte im aktuellen Berichtsjahr zu verzeichnen: Für diese drei Einzeldiagnosen, sowie exemplarisch für die depressive Episode (F32) aus dem Spektrum der psychischen Störungen, wird im **III** Diagramm 2.2.8 im Detail die Altersverteilung betrachtet. Dabei wird insbesondere deutlich, dass die Atemwegsinfektionen (J06) gerade bei den ganz jungen Versicherten oft zu einer ambulanten Arztkonsultation führen. Etwa 40% der unter 5-jährigen ist

Diagramm 2.2.8 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Diagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



deshalb im aktuellen Berichtsjahr in Behandlung gewesen. In 2019 lagen die Anteilswerte hingegen noch um rund +9 Prozentpunkte höher, dies ist die größte Veränderung im Vergleich zum Vorjahr. Bei den 5- bis 9-Jährigen ist es immerhin noch rund jede(r) Dritte, während in den folgenden Altersgruppen die Anteile mit einer solche Diagnose zwischen 20 und 30 Prozent liegen. Bei den Altersgruppen ab 65 Jahren gehen die Anteilswerte zudem noch einmal stark zurück auf unter 10%. Entgegengesetzt ist die Verteilung der Anteilswerte beim Bluthochdruck (I10): Hier steigen die Anteile derer, die deshalb ambulant behandelt werden, erst ab dem 40. Lebensjahr – insbesondere bei den Männern – merklich an. Bei den 50- bis 54-Jährigen ist etwa jeder dritte Mann und jede vierte Frau wegen Bluthochdruck in Behandlung. Hierbei sei darauf verwiesen, dass Bluthochdruck wichtigster Risikofaktor für schwerwiegende Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall ist³ –

diese treten dann allerdings in höherem Alter auf und müssen vorrangig stationär behandelt werden (III Kapitel 3.2.1). Gegenüber dem Vorjahr ist damit das Verteilungsbild der Bluthochdruck-Diagnosen nach Alter kaum verändert, dies gilt auch für die weiteren hier dargestellten Diagnosen Rückenschmerzen (M54) und depressive Episode (F32). Bei letzterer ist ebenfalls der Abgleich der Kennwerte in der ambulanten und stationären Versorgung interessant: Die hohen stationären Fallzahlen bei den 15- bis 19-Jährigen (III Diagramm 3.2.6) spiegeln sich nicht in den ambulanten Behandlungsdaten wider. Vielmehr sind im ambulanten Sektor die höchsten Anteile mit einer solchen Diagnose bei den Versicherten jenseits des 80. Lebensjahrs zu verzeichnen. Für die Diagnose Rückenschmerzen (M54) ist gut erkennbar, wie diese etwa ab dem Erwachsenenalter deutlich häufiger Grund für eine ambulante Behandlung ist. Schon bei den 20- bis 24-Jährigen wird diese Diagnose bei 14,5% (Frauen) bzw. 11,7% (Männer) gestellt. Ab dem 50. Lebensjahr ist sogar etwa jede(r) Dritte deshalb in ambulanter Behandlung.

3 Fuchs, F.D., Whelton, P.K. (2020). High Blood Pressure and Cardiovascular Disease. Hypertension, 2020, 75, 285-292

2.2.2 Ambulante Versorgung nach Versichertenstatus

- Bei den Beschäftigten ist fast jeder Zweite wenigstens einmal aufgrund von Atemwegserkrankungen sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen beim Arzt gewesen.
- ALG-II-Empfänger weisen einen überdurchschnittlich hohen Anteil an psychischen Diagnosen auf: Bei 42% dieser Versichertengruppe wurde mindestens eine solche Diagnose dokumentiert.

Wie **»»** Tabelle 2.2.1 zeigt, ist der schon beschriebene generelle Trend, dass mehr Frauen als Männer im Rahmen von ambulanter Behandlung eine Diagnose erhalten, auch in den einzelnen Versicherten-

gruppen wiederzufinden, allerdings in unterschiedlicher Ausprägung. Bei der Gruppe der ALG-II-Empfänger ist die Wertedifferenz zwischen den Geschlechtern am größten, so dass nur 71,7% der männlichen, aber 83,8% der weiblichen Versicherten dieser Gruppe im aktuellen Berichtsjahr in ambulanter Behandlung waren. Ebenfalls einen Geschlechtsunterschied von mehr als 10 Prozentpunkten weisen die Arbeitslosen mit ALG-I-Bezug auf, wobei sich bei diesen auch insgesamt der geringste Anteil an Versicherten mit ambulanter Diagnose zeigt: Im aktuellen Berichtsjahr wurde bei nur 65,6% eine Diagnose dokumentiert, immerhin –22 Prozentpunkte weniger als bei den Beschäftigten. Bei den beiden Arbeitslosengruppen zeigen sich außerdem die größten Veränderungen gegenüber dem Vorjahr: Während die Inanspruchnahmequote bei den ALG-I-Empfängern gestiegen ist (+2 Prozentpunkte), ist sie bei den ALG-II-Empfängern – vor allem bei den Männern – zurückgegangen (–3 Prozentpunkte). Wie entsprechend der Altersanalysen zu erwarten ist, ist sowohl der höchste Anteil bei gleichzeitig geringstem geschlechtsspezifischen Unterschied bei den Rentnern vorzufinden. Die damit für den ambulanten Sektor beschriebene Rangfolge der Versichertengruppen ist auch bei den Arzneimittelverordnungen (**»»** Kapitel 4.2.2) zu finden, hingegen sind in der stationären Versorgung die beiden Arbeitslosengruppen deutlich häufiger und länger in Behandlung (**»»** Kapitel 3.2.2) – was insbesondere auf den hohen Anteil psychischer Erkrankungen zurückzuführen ist.

Auch in der detaillierten Betrachtung differenziert nach Diagnosehauptgruppen (**»»** Tabelle 2.2.2) weisen die ALG-I-Empfänger durchweg geringere Anteilswerte im Vergleich zu allen Versicherten auf: So waren nur 23,4% aufgrund von Atemwegserkrankungen und nur 10,6% aufgrund von Infektionen in ambulanter Behandlung gewesen – jeweils ein nur rund halb so hoher Anteilswert wie bei den Versicherten insgesamt. Es ist allerdings zu vermuten, dass Arbeitslose mit ALG-I-Bezug gerade bei Kurzzeiterkrankungen eher darauf verzichten, zum Arzt zu gehen: Während hierfür bei den beschäftigten Mitgliedern oftmals die Attestierung von Arbeitsunfähigkeit ausschlaggebend für den Arztbesuch ist, besteht bei ALG-I-Empfängern zwar ebenso eine AU-Attestpflicht, der „Nachweisdruck“ (nur bei anberaumten Terminen wird eine verhindernde Erkrankung wahrnehmbar) ist aber geringer als bei den Beschäftigten. Auch die Inanspruchnahme-Faktoren sind wie in den letzten Jahren ebenfalls für ALG-I-Bezieher mit 45,2% erheblich seltener vermerkt worden, wobei für diese zumindest auch ein

Tabelle 2.2.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versicherten- und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

Versicherten- gruppen	Geschlecht	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Männer	83,4
	Frauen	93,1
	Gesamt	87,8
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	60,5
	Frauen	71,7
	Gesamt	65,6
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	71,3
	Frauen	83,8
	Gesamt	77,5
Familien- angehörige	Männer	86,0
	Frauen	89,0
	Gesamt	87,8
Rentner	Männer	94,0
	Frauen	94,9
	Gesamt	94,5
BKK Versicherte insgesamt	Männer	87,0
	Frauen	93,4
	Gesamt	90,2

Tabelle 2.2.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)

Diagnosehauptgruppen	Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familienangehörige	Rentner	BKK Versicherte insgesamt
	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent					
Infektionen	21,4	10,6	17,7	25,5	17,9	22,3
Neubildungen	17,6	10,8	9,3	9,6	36,4	19,8
Ernährung und Stoffwechsel	35,3	28,3	32,0	17,6	73,2	39,2
Psychische Störungen	30,3	31,4	41,5	26,7	46,9	34,0
Nervensystem	18,2	16,3	19,4	8,4	39,2	20,6
Auge	17,1	10,4	12,6	23,9	45,1	25,0
Herz-Kreislauf-System	29,1	23,7	24,6	10,8	79,2	35,1
Atmungssystem	44,6	23,4	33,8	45,2	35,1	43,5
Verdauungssystem	25,4	19,3	24,4	16,4	50,5	28,9
Haut	22,4	14,4	19,0	25,1	34,2	26,2
Muskel-Skelett-System	47,9	34,2	38,7	22,6	70,9	47,1
Urogenitalsystem	34,5	21,2	26,1	21,7	52,3	35,6
Verletzungen/Vergiftungen	22,5	14,6	19,3	21,7	32,9	25,2
Faktoren der Inanspruchnahme	68,4	45,2	55,1	69,2	86,0	73,5
Gesamt	87,8	65,6	77,5	87,8	94,5	90,2

deutlicher Zuwachs von +12 Prozentpunkten gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen ist.

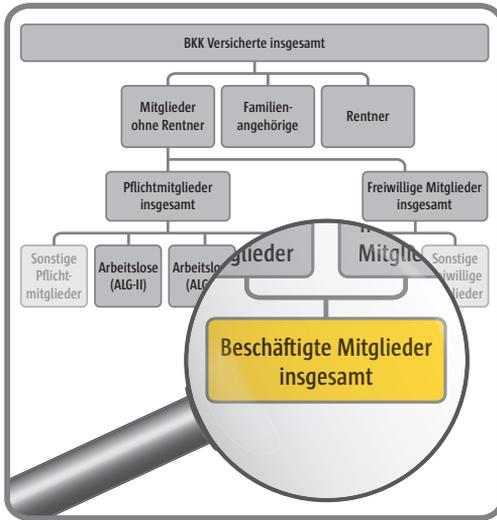
Auch bei den ALG-II-Empfängern sind die Anteile mit Diagnose fast durchweg geringer als bei allen Versicherten – allerdings mit Ausnahme der psychischen Störungen: Bei den ALG-II-Empfängern sind sie mit 41,5% die (abgesehen von den in diesem Berichtsjahr noch häufiger vergebenen Diagnosen aus dem Bereich der Inanspruchnahme-Faktoren) am häufigsten diagnostizierte Erkrankungsart.

Bei den Familienangehörigen fallen hingegen – wie aufgrund des hohen Kinder- und Jugendlichennanteils zu erwarten – vor allem die Anteile der Infektionsdiagnosen (25,5%) sowie die der Krankheiten des Atmungssystems (45,2%) überdurchschnittlich aus. Dieses Phänomen hat auch im aktuellen Berichtsjahr Bestand, allerdings sind gerade aufgrund dieser beiden Erkrankungsarten weniger mitversicherte Familienangehörige im Vergleich zum Vorjahr in ambulanten Praxen vorstellig geworden (-4 bzw. -6 Prozentpunkte gegenüber 2019).

Die beschäftigten Mitglieder, als die mit Abstand größte Versichertengruppe in diesem Vergleich, sind naturgemäß aufgrund ihres hohen Anteils an den Versicherten insgesamt in der Regel relativ nah am Gesamtdurchschnitt. Leicht über dem Durchschnitt liegen die Atemwegserkrankungen (44,6%) sowie die Muskel-Skelett-Erkrankungen (47,9%).

In der Gruppe der Rentner sind muskuloskeletale Erkrankungen mit einem Anteil von 70,9% noch deutlich verbreiteter, allerdings sind noch größere Anteile der berenteten Versicherten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (79,2%) sowie Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (73,2%) betroffen. Wie schon die altersspezifische Darstellung der häufigsten Einzeldiagnosen (III Kapitel 2.2.1) zeigt, verbergen sich hinter diesen Erkrankungsarten in weiten Teilen nicht akut lebensbedrohliche, oftmals chronische Krankheiten, wie krankhaft erhöhte Cholesterin- bzw. Blutfettwerte und Bluthochdruck, die aber als Risikofaktoren für schwere Vorfälle wie Herzinfarkt und Schlaganfall bekannt sind.

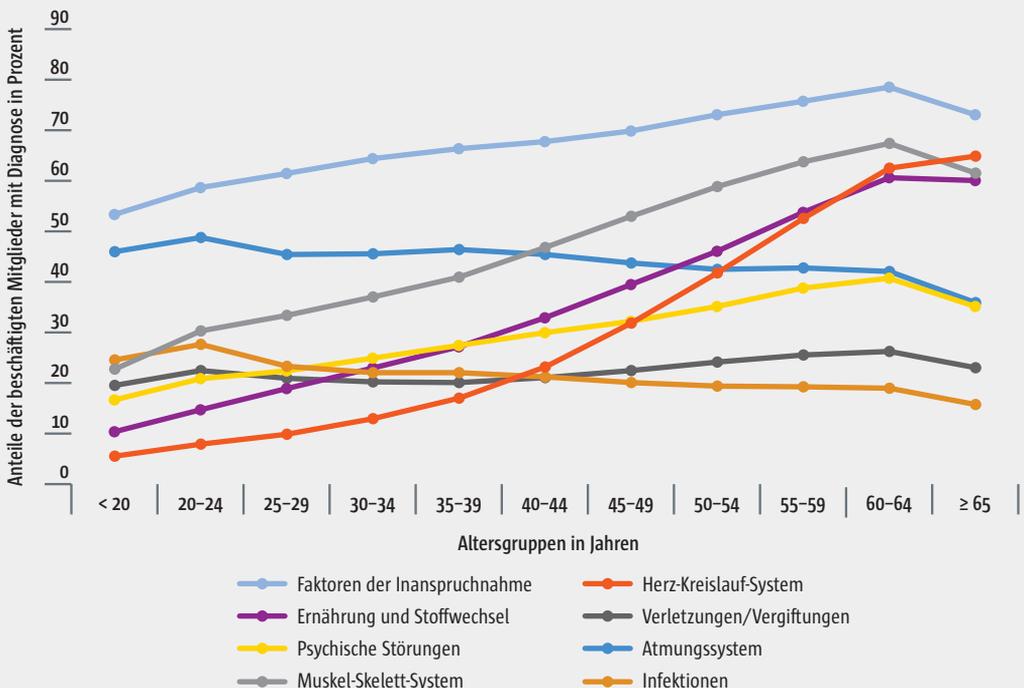
Fokus Beschäftigte Mitglieder



Die Gruppe der beschäftigten Mitglieder macht fast die Hälfte aller Versicherten aus und steht im Fokus bei den nachfolgenden arbeitsweltlichen Analysen in diesem Kapitel. Aus diesem Grund sind an dieser Stelle weitere Details zu den Beschäftigten dargestellt.

In der Betrachtung der Anteilswerte für ausgewählte Erkrankungsarten nach Altersgruppen (» Diagramm 2.2.9) ist auch im ambulanten Versorgungssektor der schon aus anderen Leistungsbereichen bekannte, sogenannte *healthy worker effect* zu erkennen: Erwerbstätige, die kurz vor dem Renteneintrittsalter stehen (bzw. eigentlich schon im Rentenalter sind), weisen niedrigere Kennwerte auf als jüngere Beschäftigte, was eine bessere Gesundheit in dieser Altersgruppe nahelegt. Wesentlich geht dies aber auf einen vorhergehenden Selektionseffekt zurück: Personen mit chronischen bzw. schweren Erkrankungen sind häufig schon vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden, so dass es sich bei den Beschäftigten ab 65 Jahren um eine positive selektierte Gruppe handelt. Bei fast allen hier dargestellten Diagnosegruppen ist solch ein Rückgang der

Diagramm 2.2.9 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2020)



Kennwerte zu verzeichnen, am stärksten ausgeprägt ist dieser noch bei den Krankheiten des Atmungssystems mit -6,3 Prozentpunkten. Eine Ausnahme sind hingegen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Zwar ist auch hier ein deutliches Abflachen der Kurve zu erkennen, dennoch ist der höchste Wert aller Altersgruppen bei den Beschäftigten ab 65 Jahren zu verzeichnen. Auch zeigt sich, wie es schon zuvor für die Versicherten insgesamt beschrieben wurde (»» Diagramm 2.2.3), für die Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine enorme Steigerung von den Jüngsten zu den Ältesten im Vergleich mit einem mehr als elfmal so großen Anteil Beschäftigter über 64 Jahren mit einer solchen Diagnose gegenüber den unter 20-Jährigen. Hierzu gegenläufig nehmen die Anteilswerte für Infektionen und Krankheiten des Atmungssystems mit zunehmendem Alter fast kontinuierlich ab.

Auch an dieser Stelle sei ein genauerer Blick auf die unterjährige Entwicklung geworfen. Hierzu stellt das »» Diagramm 2.2.10 für die zuvor dargestellten Erkrankungsarten die Abweichungen der Anteilswerte des aktuellen Berichtsjahrs im Vergleich zu den entsprechenden Vorjahreswerten dar. Eben-

falls offenkundig – wie schon bei den Versicherten insgesamt (»» Diagramm 2.1.2) – ist der deutliche Anstieg bei den Faktoren der Inanspruchnahme, die gegenüber den Vorjahresquartalen durchweg deutlich höhere Anteilswerte aufweisen. Zudem ist gut zu erkennen, dass parallel zu den Lockdown-Maßnahmen im zweiten und vierten Quartal die Anteile der Versicherten mit zu behandelnden Atemwegserkrankungen sinken, am stärksten mit -4,4 Prozentpunkten im zweiten Quartal. In diesem Quartal sind auch bei weiteren Erkrankungsarten im Vergleich zum Vorjahreszeitraum die Anteilswerte zurückgegangen. So gehen etwa auch die Anteile derer, die wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen in Behandlung waren um -2,3 Prozent zurück. In den anderen Quartalen sind die Abweichungen gegenüber dem Vorjahr hingegen wesentlich geringer.

Die »» Tabelle 2.2.3 stellt für die Gruppe der beschäftigten Mitglieder die häufigsten Einzeldiagnosen differenziert für Frauen und Männer dar. Aufgrund der Tatsache, dass die Beschäftigten einen großen Teil der Versicherten ausmachen, zeigen sich hier vielfach die gleichen Diagnosen (vgl.

Diagramm 2.2.10 Ambulante Verordnungen – Differenzen der Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Berichtsquartalen im Vergleich zum Vorjahr (Berichtsjahr 2020)

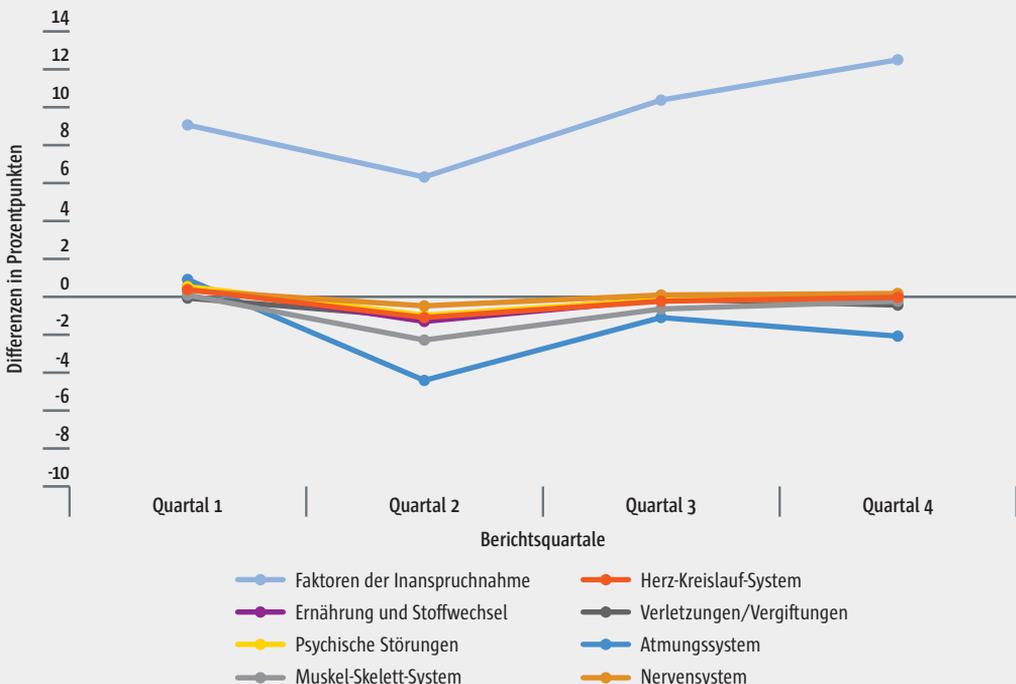


Tabelle 2.2.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

ICD-10-Code	Diagnosen	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
Männer		
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	42,1
M54	Rückenschmerzen	23,1
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	22,6
I10	Essenzielle (primäre) Hypertonie	21,2
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	15,0
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	10,1
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	9,2
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	8,6
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	8,6
E66	Adipositas	8,3
Frauen		
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	74,3
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	44,4
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	42,8
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	34,6
M54	Rückenschmerzen	27,6
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	26,3
I10	Essenzielle (primäre) Hypertonie	15,7
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	15,0
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	14,1
F45	Somatoforme Störungen	12,5

» Diagramm 2.2.5), allerdings insbesondere bei den Frauen in unterschiedlicher Ausprägung. So bezieht sich bei diesen die häufigste Diagnose auf kontrazeptive Maßnahmen, mit einem um +2,4 Prozentpunkten höheren Anteilswert als bei allen Versicherten (44,4% vs. 42,0%). Akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) sind mit 26,3% sogar um +3,0 Prozentpunkte häufiger bei den Beschäftigten Grund für eine

ambulante medizinische Konsultation im Vergleich zu allen Versicherten (23,3%). Die Bluthochdruck-Diagnose (I10) kommt hingegen bei den Beschäftigten seltener vor (-2,1 Prozentpunkte im Vergleich zu allen Versicherten). Bei beiden Geschlechtern sind im aktuellen Berichtsjahr die speziellen Untersuchungen/Abklärungen (Z01) die häufigste Diagnose, hier sind die Anteilswerte bei den beschäftigten Mitglie-

dem indes leicht niedriger als bei den Versicherten insgesamt. Bei den männlichen Beschäftigten sind danach die Rückenschmerzen (M54) die am häufigsten gestellte Diagnose, gefolgt von den akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06), die auch bei den Männern etwas häufiger bei den Beschäftigten als bei den Versicherten insgesamt vorkommt.

2.2.3 Ambulante Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen

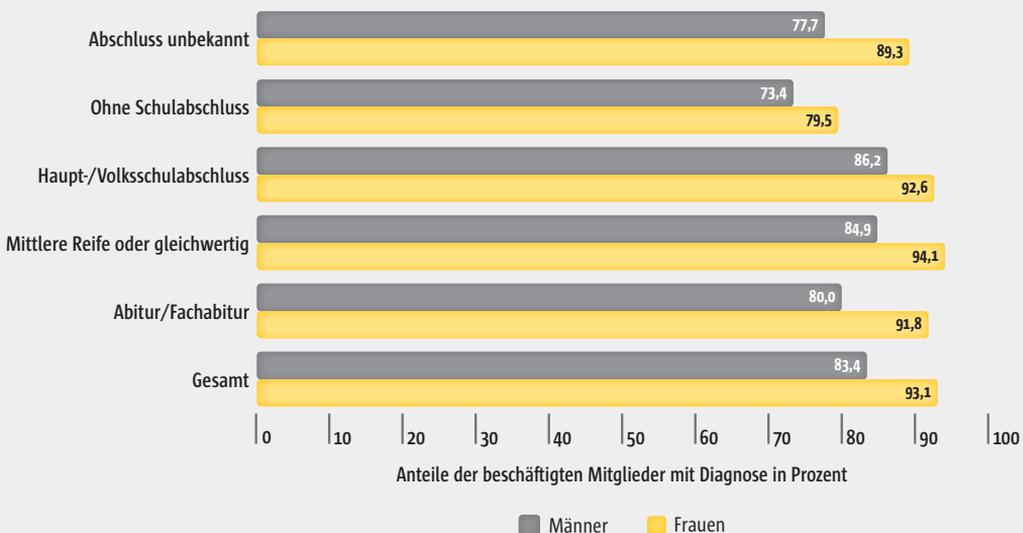
Nachfolgend wird für die weitere Analyse der ambulanten Versorgungsdaten hinsichtlich Unterschieden nach höchstem Schul- und Berufsabschluss die Gruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt betrachtet, da nur bei dieser Versichertengruppe die entsprechende Zuordnung nach der Klassifikation der Berufe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

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

Höchster Schulabschluss

Bei der Analyse der Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose je nach höchstem Schulabschluss (III Diagramm 2.2.11) ist auffällig, dass im Gegensatz zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (III Kapitel 1.2.3) oder in der stationären Versorgung (III Kapitel 3.2.3) bei denjenigen ohne einen Schulabschluss nicht die höchsten, sondern die niedrigsten Kennwerte zu finden sind. Zwar ist gegenüber dem Vorjahr zumindest bei den Frauen ohne Schulabschluss eine leichte Steigerung des Anteils mit einer ambulant gestellten Diagnose zu verzeichnen, dennoch bleibt deren Inanspruchnahmequote weiterhin deutlich hinter allen anderen hier aufgeführten Gruppen zurück. Dies deutet darauf hin, dass diese Beschäftigtengruppe zumindest teilweise eine größere Ferne zum Gesundheitssystem aufweist, ohne dass dies altersbedingt wäre (Beschäftigte ohne Schulabschluss sind nur knapp ein Jahr älter als der Durchschnitt). In dieser Gruppe sind u. a. erheblich weniger Z-Diagnosen (wozu u. a. Vorsorgemaßnahmen zählen) dokumentiert, außerdem sind die Anteile mit ambulant diagnostizierten Urogenitalerkrankungen, Krankheiten des Atmungssystems sowie Neubildungen deutlich geringer. Auch in dieser Versichertengruppe sind es die Männer, die im Vergleich zu den Frauen weniger häufig in ambulanter Versorgung waren, allerdings ist der Geschlechtsunterschied hier mit

Diagramm 2.2.11 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



rund 6 Prozentpunkten im Vergleich zu den anderen Versichertengruppen noch am geringsten. Den größten Geschlechtsunterschied weisen hingegen die Beschäftigten mit (Fach-)Abitur auf (91,8% vs. 80,0%).

Für eine genauere Betrachtung des Zusammenhangs von Bildungsabschlüssen mit der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung sind in **»»** Diagramm 2.2.12 drei ausgewählte Schulabschlussgruppen hinsichtlich ihrer Diagnoseanteile für ausgewählte Diagnosehauptgruppen geschlechtsspezifisch gegenübergestellt. Sehr gut kann man hierbei erkennen, dass mit höherem Schulabschluss die Anteile Beschäftigter mit einer ambulant behandelten Muskel-Skelett-, Herz-Kreislauf- oder psychischen Krankheit sinken. Das größte Gefälle besteht dabei bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen: Die weiblichen Haupt- bzw. Volksschulabsolventinnen weisen gegenüber Frauen mit einem (Fach-)Abiturabschluss um 17,6 Prozentpunkte höhere Anteile auf, bei den Männern beträgt die Differenz sogar 19,7 Prozentpunkte. Ein ähnlich großer Unterschied zwischen den besagten Schulabschlussgruppen ist hinsichtlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verzeichnen: mit +15,1 (Frauen) bzw. +16,4 Prozentpunkten (Männer) Differenz bei den Anteilen mit Diagnose zwischen Beschäftigten mit Haupt-/Volksschulabschluss und (Fach-)Abitur. Etwas geringer, aber immer noch deutlich sind die

Unterschiede bei den Anteilswerten für psychische Störungen. Das Bild bei den Diagnosen aus dem Bereich der Faktoren der Inanspruchnahme ist hingegen auf den ersten Blick relativ gleichmäßig: Bei den Männern nehmen die Anteilswerte – entsprechend der Altersverteilung (niedrigeres Durchschnittsalter bei höherem Abschluss) – mit höherem Abschluss leicht ab. Bei den Frauen besteht eine ähnliche Altersstruktur (anders als bei den Männern, sollten hier nun aber die Anteilswerte ähnlich hoch sein), hier sind es allerdings die Frauen mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss, für die weniger Z-Diagnosen dokumentiert wurden. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei verschiedenen Einzeldiagnosen aus diesem Spektrum, relativ deutlich ist die Differenz beispielsweise bei den Untersuchungen auf Neubildungen (Z12) mit einer um –5 Prozentpunkte geringeren Inanspruchnahmequote für die Haupt- bzw. Volksschulabsolventinnen gegenüber den beiden anderen Abschlussgruppen.

Höchster Berufsabschluss

Die beschäftigten Mitglieder mit einem unbekanntem Abschluss weisen auch im aktuellen Berichtsjahr insgesamt die geringsten Inanspruchnahmequoten auf (**»»** Diagramm 2.2.13). Besonders bei den Männern dieser Berufsabschlussgruppe ist der Anteilswert

Diagramm 2.2.12 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

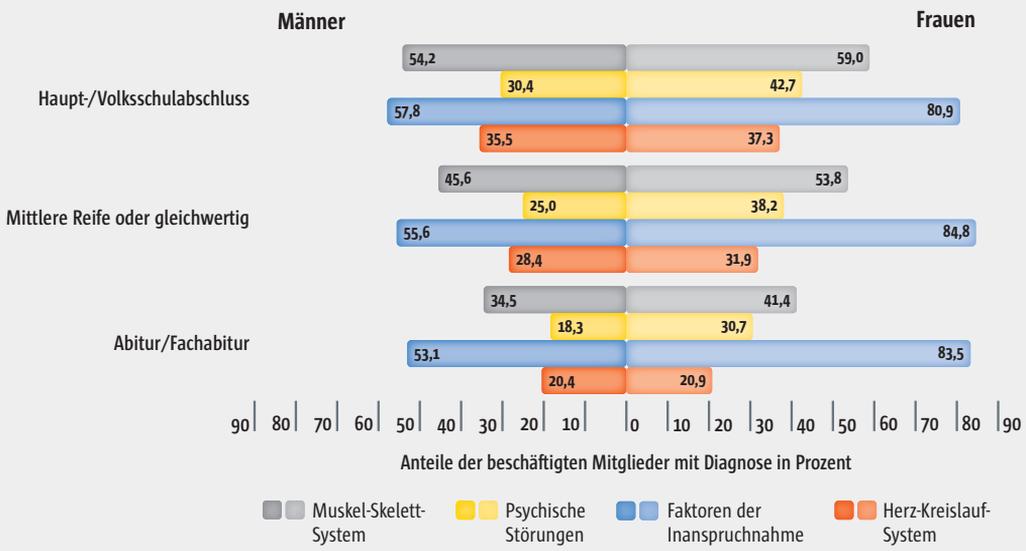
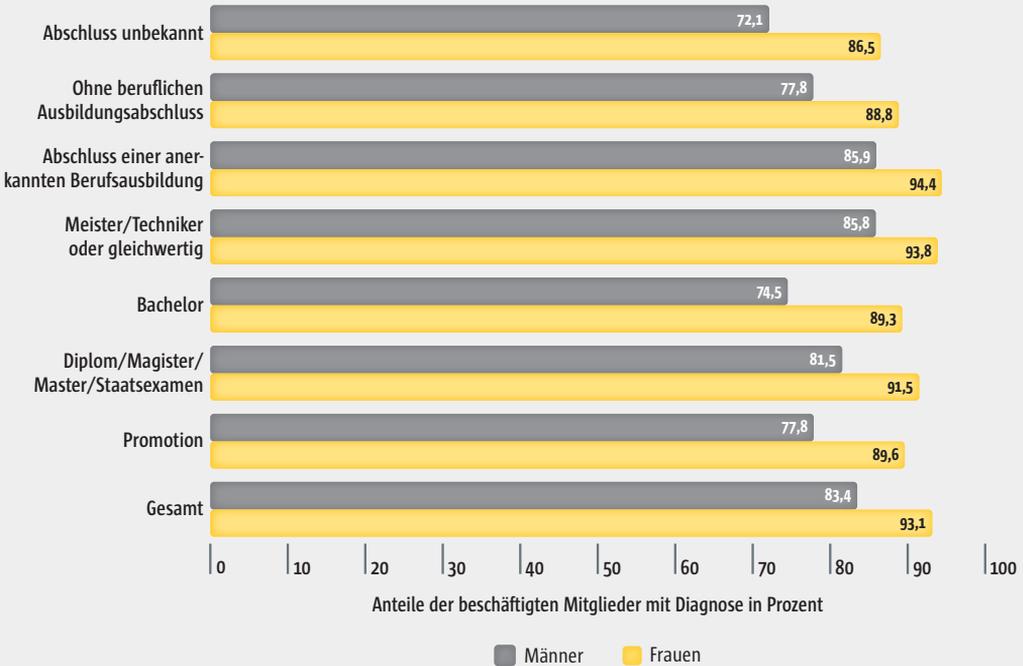


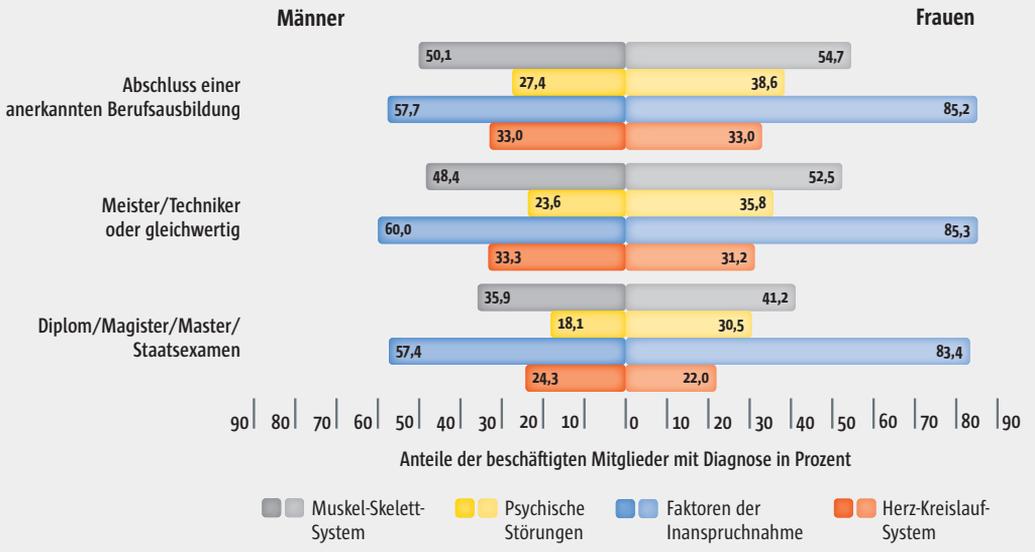
Diagramm 2.2.13 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



mit 72,1% der Beschäftigten mit Diagnose sehr niedrig. Dies gilt allerdings auch für die Beschäftigten mit Bachelor-Abschluss, für die jeweils nur leicht höhere Anteilswerte zu verzeichnen sind – allerdings ist letztgenannte Personengruppe deutlich jünger als der Durchschnitt der Beschäftigten (33,9 Jahre vs. 42,8 Jahre). Wie demnach zu erwarten ist, besteht bei den Bachelor-Absolventen mit knapp 15 Prozentpunkten Differenz auch der größte Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Inanspruchnahmequote. Nur wenig älter sind diejenigen ohne einen beruflichen Ausbildungsabschluss – zu diesen zählen aber u. a. auch die Auszubildenden. Auch von dieser Beschäftigtengruppe war nur ein unterdurchschnittlicher Anteil in ambulanter Behandlung gewesen. Dies steht allerdings im Kontrast zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (» Kapitel 1.2.3), wo diejenigen ohne Abschluss überdurchschnittliche Kennwerte aufweisen. Anders hingegen bei denjenigen mit einem anerkannten Berufsabschluss: Diese weisen auch in den anderen Leistungsbereichen, die im BKK Gesundheitsreport dargestellt sind, überdurchschnittlich hohe Kennwerte auf.

Äquivalent zur Analyse der gestellten Diagnosen differenziert nach Schulabschluss stellt das » Diagramm 2.2.14 die Anteilswerte für die Beschäftigten mit einer anerkannten Berufsausbildung, mit einem Abschluss als Meister oder Techniker sowie für diejenigen mit Diplom, Master, Magister bzw. Staatsexamen dar. Auch in diesem Vergleich sind es die Muskel-Skelett-Erkrankungen, bei denen die größte Differenz besteht: Von denjenigen mit einer abgeschlossenen anerkannten Berufsausbildung war der Anteil mit einer solchen ambulanten Diagnose gegenüber Hochschulabsolventen bei beiden Geschlechtern etwa 14 Prozentpunkte größer. Dabei fällt zudem auf, dass zwischen Absolventen einer Berufsausbildung und Meistern bzw. Technikern nur ein relativ geringer Unterschied bei den Diagnoseanteilen besteht. Bei den Hochschulabsolventen – im Arbeitsalltag oftmals im Wesentlichen mit „Kopfarbeit“ befasst – fallen indes die Anteile mit einer diagnostizierten Muskel-Skelett-Erkrankung gegenüber den beiden anderen Abschlussgruppen deutlich geringer aus. Aber auch die Anteile mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie bei psychischen Störungen sind bei den Hochschulabsolventen

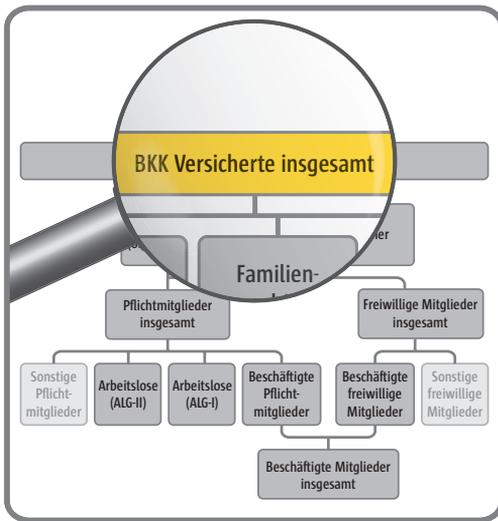
Diagramm 2.2.14 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



geringer ausgeprägt im Vergleich zu den anderen beiden Berufsabschlüssen. Bei den Faktoren der Inanspruchnahme sind die Differenzen zwischen den

Berufsabschlussgruppen deutlich geringer. Auch bei den darunter gefassten Einzeldiagnosen sind die Differenzen nicht sehr groß.

2.3 Ambulante Versorgung in Regionen



- Sachsen-Anhalt ist mit deutlichem Abstand Spitzenreiter bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Bei rund 48% der dortigen Versicherten wurden diese mindestens einmal diagnostiziert. Zum Vergleich: In Hamburg waren es nur etwa 28%.
- Sachsen-Anhalt hat auch bei Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten den Spitzenplatz inne, die meisten psychischen Störungen wurden hingegen in Mecklenburg-Vorpommern diagnostiziert.

Auch der jeweilige Wohnort der Versicherten selbst hat einen Einfluss auf deren Gesundheit, ursächlich hierfür sind unterschiedliche regionale Lebens- und Arbeitsbedingungen (z.B. Wirtschaftskraft, die Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote sowie die soziokulturellen Bedingungen), aber auch die medizinische Versorgung vor Ort (z.B. Arzt-, Krankenhaus- und Apothekendichte). Nachfolgend werden deshalb die Kennwerte der ambulanten Versorgung regional

differenziert betrachtet. Im Vergleich zum Vorjahr zeigten sich dabei auch auf regionaler Ebene die schon beschriebenen Veränderungen, allerdings treten keine besonderen pandemiebedingten Muster zu Tage, so dass nachfolgend im Wesentlichen keine Details zu Veränderungen zum Vorjahr zu erörtern sind.

2.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise

Bei den Versicherten insgesamt zeigen sich hinsichtlich der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung nur relativ geringe Unterschiede zwischen den Bundesländern, dabei ist wie schon im Vorjahr das Saarland dasjenige Bundesland mit dem höchsten Anteil Versicherter mit einer Diagnose: 91,0% der dort wohnhaften Versicherten haben mindestens eine Diagnose im Rahmen einer ambulanten Behandlung gestellt bekommen (»»» Tabelle 2.3.1). In Hamburg ist hingegen die niedrigste Diagnoserate festzustellen, hier wurde insgesamt nur für 87,0% der Versicherten eine Diagnose dokumentiert, gefolgt von Berlin mit einem Anteilswert von 88,6%. Darin zeigen sich auch Parallelen zu den Arzneimittelverordnungen (»»» Kapitel 4.3), bei denen ebenfalls Berlin und Hamburg die geringsten Verordnungsanteile aufweisen, für das Saarland hingegen dieser Kennwert überdurchschnittlich ist.

Betrachtet man zusätzlich den Versichertenstatus, so zeigt sich fast durchgehend die im »»» Kapitel 2.2.2 beschriebene Rangfolge der Versicherten- gruppen auf Bundesebene: Rentner erhalten am häufigsten eine ambulante Diagnose, gefolgt von den Familienangehörigen und den beschäftigten Mitgliedern, mit deutlichem Abstand liegen wiederum ALG-II- sowie die ALG-I-Empfänger dahinter. Bei den Beziehern von ALG-II-Leistungen ist zudem zu erkennen, dass für diese in den ostdeutschen Bundesländern durchweg eine geringere Inanspruchnahmequote zu verzeichnen ist. Bei diesen besteht

Tabelle 2.3.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2020)

Bundesländer	Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familienangehörige	Rentner	BKK Versicherte insgesamt
Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent						
Baden-Württemberg	86,8	63,5	74,6	87,2	94,2	89,3
Bayern	88,5	64,7	76,6	88,9	94,8	90,7
Berlin	84,9	61,9	77,1	85,5	94,7	88,1
Brandenburg	87,2	63,1	73,0	87,1	95,6	89,7
Bremen	87,1	64,9	78,4	85,6	94,4	89,7
Hamburg	83,5	62,3	77,0	85,8	94,1	87,0
Hessen	88,1	65,5	77,8	87,5	95,2	90,3
Mecklenburg-Vorpommern	88,4	63,5	73,6	87,8	96,0	90,9
Niedersachsen	88,2	65,0	76,5	87,6	95,6	90,6
Nordrhein-Westfalen	87,7	67,2	78,5	88,0	95,3	90,6
Rheinland-Pfalz	87,7	66,4	76,0	87,5	95,6	90,1
Saarland	87,9	67,3	76,0	89,3	95,5	91,0
Sachsen	85,7	61,5	70,8	85,1	96,0	89,2
Sachsen-Anhalt	87,2	63,7	75,2	87,0	96,2	90,4
Schleswig-Holstein	86,4	63,7	76,9	87,1	95,4	89,5
Thüringen	87,3	63,7	72,8	86,8	95,8	90,1
Gesamt	87,8	65,6	77,5	87,8	94,5	90,2

auch die größte regionale Differenz: Spitzenreiter ist auch hier Hessen (78,5%) während die wenigsten Diagnosen hingegen in Sachsen gestellt worden sind (70,8%).

Bei Differenzierung auf Kreisebene zeigen sich zumindest moderate Unterschiede in Hinblick auf die Anteile der Versicherten, die irgendwann im aktuellen Berichtsjahr mindestens eine Diagnose ambulant gestellt bekommen haben: Die höchsten Anteilswerte sind dabei im bayrischen Landkreis Tirschenreuth sowie dem hessischen Werra-Meißner-Kreis (jeweils 92,3%) zu finden, gefolgt vom bayrischen Landkreis Haßberge (92,2%). Die geringste Inanspruchnahmequote weist hingegen Pforzheim in Baden-Württemberg auf, wo nur 78,4% der Versicherten in 2020 ambulant eine Diagnose gestellt bekommen haben, Flensburg in Schleswig-Holstein (78,9%) und Trier in Rheinland-Pfalz (79,4%) folgen knapp danach.

2.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen

Bei der detaillierteren Analyse des regionalen Krankheitsgeschehens bezüglich der im ambulanten Bereich häufigsten Diagnosehauptgruppen (»» Tabelle 2.3.2) zeigen sich bei bestimmten Erkrankungsarten besonders deutliche Unterschiede zwischen den Ost- und Westbundesländern. Dabei spielen das höhere Durchschnittsalter (»» Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten) sowie die höhere Arbeitslosenquote in den ostdeutschen Bundesländern sicher eine große Rolle.

So hat in den Ostbundesländern in der Regel ein geringerer Versichertenanteil die Diagnose einer Infektion oder einer Atemwegserkrankung erhalten – also solchen Erkrankungsarten, die im Rahmen der ambulanten Versorgung bei den höheren Altersgrup-

Tabelle 2.3.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2020)

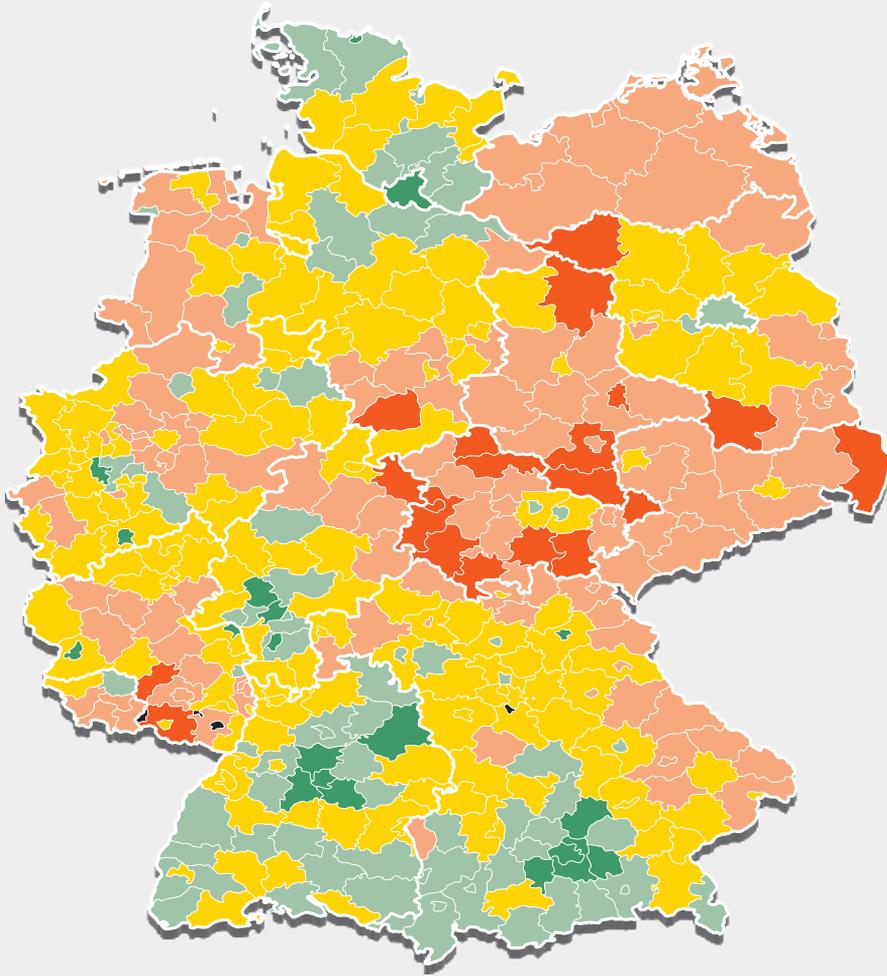
Bundesländer	Infektionen	Neu- bildungen	Ernährung und Stoff- wechsel	Psychi- sche Stö- rungen	Herz- Kreislauf- System	Atmungs- system	Muskel- Skelett- System	Urogenital- system	Verletzun- gen/Ver- giftungen
Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent									
Baden- Württemberg	20,8	19,3	34,5	32,2	29,5	41,1	43,0	34,0	23,2
Bayern	21,9	20,6	37,9	33,0	31,8	43,7	46,3	34,9	26,0
Berlin	23,4	16,6	36,8	37,4	32,0	44,0	43,7	33,5	22,3
Brandenburg	20,5	18,4	40,9	35,1	39,8	42,5	49,3	37,0	23,5
Bremen	24,9	17,8	38,9	36,3	34,8	42,4	45,7	33,8	23,0
Hamburg	22,9	18,2	32,8	34,9	27,8	43,1	39,4	32,1	21,8
Hessen	22,0	18,3	38,0	32,9	33,7	44,0	46,3	34,4	25,2
Mecklenburg- Vorpommern	21,9	21,0	43,7	38,4	43,4	41,4	52,0	38,9	25,1
Niedersachsen	23,6	20,3	39,6	35,3	37,3	42,9	49,0	36,6	26,0
Nordrhein- Westfalen	22,9	20,2	42,1	33,8	37,7	44,7	48,2	36,5	25,6
Rheinland- Pfalz	22,5	20,0	42,7	34,1	38,6	44,8	49,8	38,0	27,2
Saarland	22,3	18,6	41,8	34,6	37,9	45,8	50,5	34,3	27,1
Sachsen	20,1	20,3	41,9	35,6	43,1	40,2	50,6	36,7	24,2
Sachsen- Anhalt	21,3	20,7	44,9	36,2	47,8	41,6	53,5	38,4	26,1
Schleswig- Holstein	22,6	18,6	35,0	33,5	33,7	40,9	45,7	33,4	24,4
Thüringen	20,7	19,9	42,7	34,8	45,0	42,8	52,9	37,0	26,1
Gesamt	22,3	19,8	39,2	34,0	35,1	43,5	47,1	35,6	25,2

pen seltener diagnostiziert werden. Bei diesen Erkrankungsarten ist zudem ein weiterer Einflussfaktor, dass bisher in den Ostbundesländern die Impfbereitschaft (wesentlich sozialisiert durch die staatlich organisierte Impfprävention in der ehemaligen DDR) höher ist als in den Westbundesländern⁴. So sind die wenigsten Infektionsdiagnosen in Sachsen (20,1%),

Brandenburg und Thüringen gestellt worden. Die meisten Infektionsdiagnosen sind hingegen in Bremen (27,1%), Niedersachsen und Berlin zu verzeichnen. Bei den Erkrankungen des Atmungssystems variieren die Anteile Versicherter mit Diagnose zwischen dem Spitzenwert im Saarland (45,8%) sowie dem niedrigsten Wert in Sachsen (40,2%). Bei den „Seniorenkrankheiten“ Herz-Kreislauf-Erkrankungen verhält es sich genau andersherum: Diese sind wie schon in den Vorjahren mit Abstand am häufigsten in Sachsen-Anhalt bei 47,8% der dort wohnhaften BKK Versicherten festgestellt worden – zudem sind die

4 Robert Koch-Institut (Hrsg.). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, 2014.

Diagramm 2.3.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für das Muskel-Skelett-System nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2020)



Prozentuale Abweichungen der Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose vom Bundesdurchschnitt (47,1%)

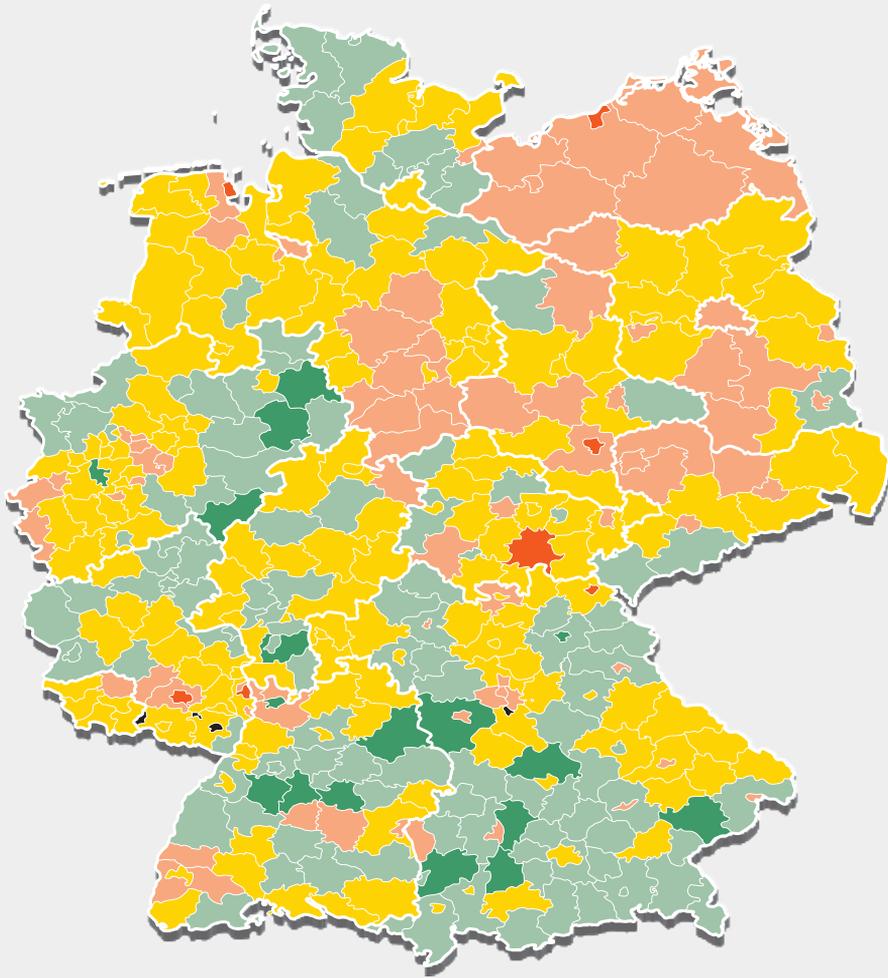
- | | |
|--|---|
| ■ mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt | ■ 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| ■ 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt | ■ mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| ■ ± 5% um den Bundesdurchschnitt | ■ keine Angaben* |

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

nachfolgend höchsten Anteilswerte allesamt in den Ostbundesländern zu verorten. Die geringsten Anteile von Versicherten mit einer kardiovaskulären Diagnose weisen Hamburg (27,8%) und Baden-Württemberg (29,5%) auf. Weiterhin liegen auch bei den Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (44,9%) sowie

den Muskel-Skelett-Erkrankungen (53,5%) die höchsten Anteilswerte in Sachsen-Anhalt. Bei den Diagnoseratern für Neubildungen sei außerdem auf eine Besonderheit in Bremen hingewiesen: In diesem Bundesland sind in der stationären Versorgung für diese Erkrankungsart sehr viele Fälle und Behandlungstage

Diagramm 2.3.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für Psychische Störungen nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2020)



Prozentuale Abweichungen der Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose vom Bundesdurchschnitt (34,0%)

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

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

zu verzeichnen (III Kapitel 3.3) – in der ambulanten Versorgung ist hier hingegen der Anteil Versicherter mit einer Neubildungsdiagnose unterdurchschnittlich (17,8%) im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (19,8%). Am häufigsten wurden diese hingegen in Mecklenburg-Vorpommern (21,0%) festgestellt.

Wie schon bei den Anteilswerten bezogen auf alle Diagnosen erhöht sich auch bei Betrachtung einzelner Erkrankungsarten die Varianz, wenn man die Anteile auf Kreisebene statt für Bundesländer betrachtet. Exemplarisch werden dazu die landkreisbezogenen Kennwerte für Muskel-Skelett-

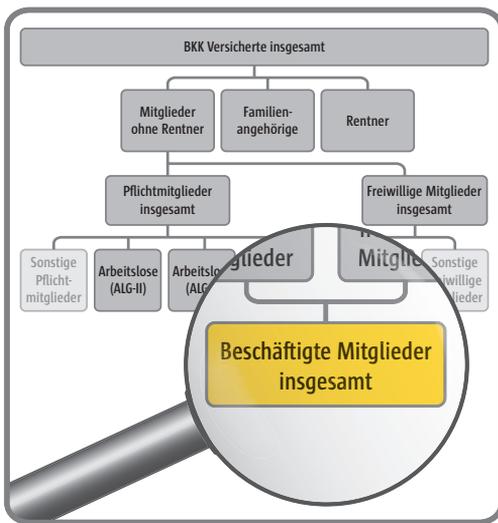
Erkrankungen sowie den psychischen Störungen betrachtet.

Waren im Bundesländervergleich die Versicherten in Sachsen-Anhalt und Thüringen den Diagnoseanteilen zufolge häufiger von Muskel-Skelett-Erkrankungen betroffen, so zeigt sich in diesen Ostbundesländern auch auf Kreisebene eine deutliche Häufung überdurchschnittlicher Anteilswerte (III Diagramm 2.3.1). Der mit 60,9% höchste Anteil Versicherter mit einer solchen Diagnose ist hingegen wie schon im Vorjahr im brandenburgischen Kreis Prignitz zu finden, gefolgt vom Kreis Elbe-Elster im selben Bundesland (58,2%) und dem thüringischen Kreis Schmalkalden-Meinungen (57,4%). Aber auch in den rheinland-pfälzischen Landkreisen in der Nähe zur französischen Grenze sind deutlich überdurchschnittliche Inanspruchnahmequoten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen zu verzeichnen, am höchsten im Kreis Kusel mit immerhin 54,9% der Versicherten, die eine solche Diagnose erhalten haben. In Rheinland-Pfalz ist hingegen ein deutlich unterdurchschnittlicher Anteilswert zu finden und zwar in der Stadt Trier, wo nur 39,1% aufgrund Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung waren. Sogar noch größer fällt die Differenz zwischen höchster und niedrigster Inanspruchnahmequote in Hessen aus (Werra-Meißner-

Kreis: 55,1% vs. Frankfurt am Main: 36,7%). Die wenigsten Versicherten mit einer solchen Diagnose sind hingegen – wie schon im Vorjahr – in Baden-Württemberg in Heidelberg (32,7%) und Reutlingen (34,7%) zu finden.

In der landkreisbezogenen Auswertung der Anteile Versicherter mit einer ambulant diagnostizierten psychischen Störung (III Diagramm 2.3.2), ist die Schwankungsbereite der Werte nicht ganz so groß wie bei den zuvor dargestellten Muskel-Skelett-Erkrankungen. Wie schon im Vorjahr sind die höchsten Werte in der Küstenregion Deutschlands zu finden: Demnach sind mit einem Anteil von 42,6% die meisten Versicherten mit einer solchen Diagnose wie schon 2019 in Rostock in Mecklenburg-Vorpommern zu finden, gefolgt vom niedersächsischen Wilhelmshaven (41,7%). Wie die Landkartendarstellung außerdem erkennen lässt, sind diejenigen Regionen mit besonders hohen Anteilswerten (mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt) meist kleine Kreise bzw. Kreisstädte (Hof, Halle an der Saale, Ludwigshafen am Rhein, Kaiserslautern). Deutlich unterdurchschnittliche Anteile sind hingegen eher im süddeutschen Raum vorzufinden, wie etwa im bayrischen Kreis Schwäbisch Hall (25,5%), der Stadt Bayreuth (25,7%) im selben Bundesland oder der baden-württembergischen Stadt Tübingen (26,7%).

2.4 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt



Die nachfolgenden Analysen beziehen zahlreiche arbeitsweltliche Indikatoren ein, so u. a. die Zugehörigkeit des beschäftigenden Unternehmens zu einer Wirtschaftsgruppe, der Beschäftigten selbst zu einer Berufsgruppe, die Vertragsform der Beschäftigung (Befristung, Voll-/Teilzeit) und das Anforderungsniveau der Tätigkeit. Dabei beziehen sich die folgenden Analysen auf die Versichertengruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt (eine Beschreibung dieser Versichertengruppe hinsichtlich soziodemografischer Merkmale ist im [III](#) Kapitel 0.2 aufgeführt).

2.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

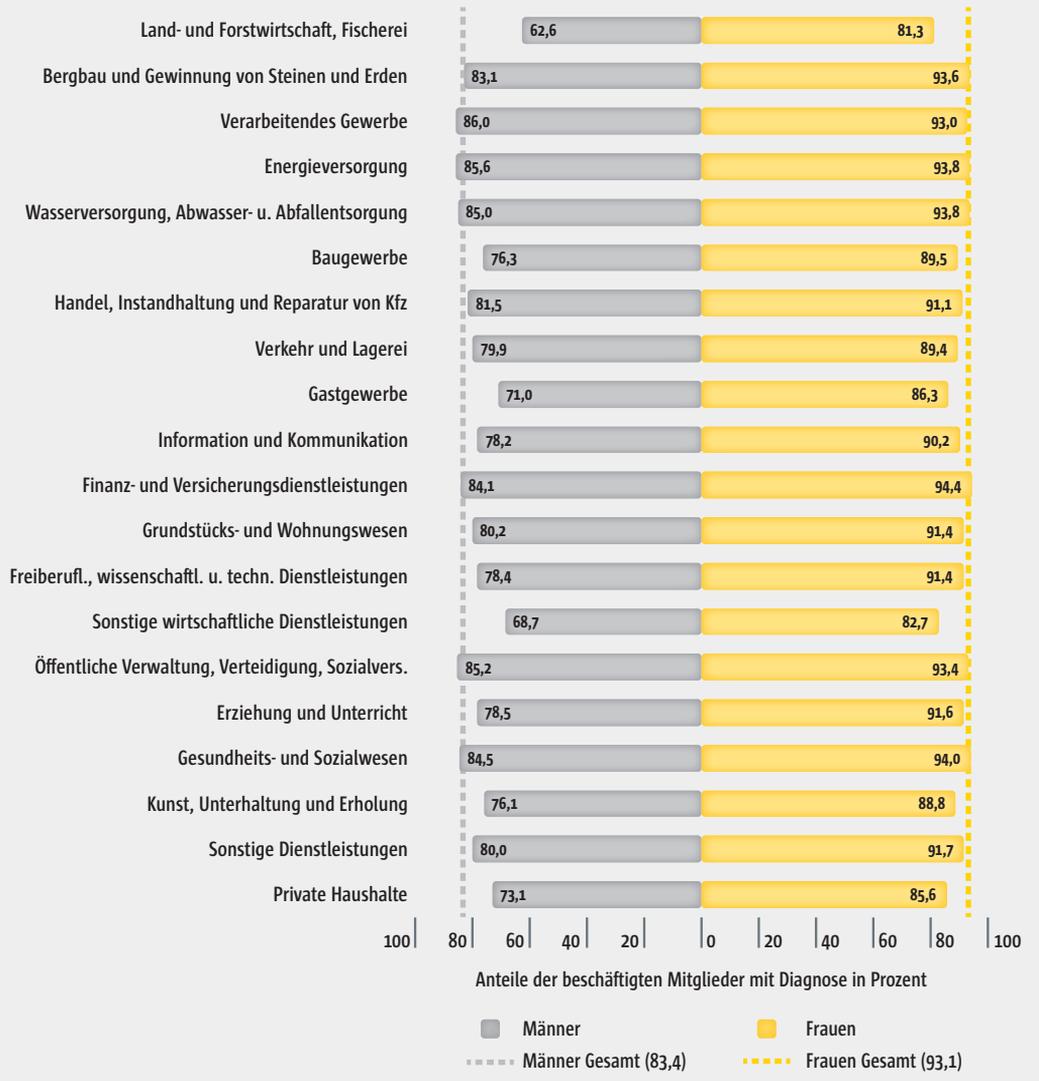
- Die höchsten Anteile männlicher Beschäftigter, die in ambulanter Behandlung waren, sind im verarbeitenden Gewerbe zu finden, gefolgt von denen in der Energieversorgung. Bei den Frauen

weisen diejenigen in Finanz- und Versicherungsdienstleistungen die höchste Inanspruchnahmequote auf, gefolgt von den im Gesundheitswesen Tätigen.

- Wie schon in den Vorjahren sind die geringsten Anteile bei Beschäftigten in Land- und Forstwirtschaft vorzufinden.
- Das Ost-West-Gefälle im Gesundheitswesen besteht weiter: Die Anteile der dort Beschäftigten, die wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen bzw. psychischen Störungen in ambulanter Behandlung waren, sind in den ostdeutschen Bundesländern durchweg höher als im Westen.

Wie das [III](#) Diagramm 2.4.1 eindrücklich zeigt, bestehen zwischen den Wirtschaftsgruppen teils erhebliche Differenzen hinsichtlich der Anteile der Beschäftigten, die in ambulanter Behandlung waren. Außerdem sind auch innerhalb einzelner Wirtschaftsgruppen große Geschlechtsunterschiede festzustellen. Wie schon in den Vorjahren sind die niedrigsten Anteile Beschäftigter mit Diagnose in der Land- und Forstwirtschaft zu finden: Nur 81,3% der dort tätigen Frauen und 62,6% der dort tätigen Männer sind 2020 in ambulanter Behandlung gewesen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass deren Durchschnittsalter ([III](#) Kapitel 0.2) niedriger ist als das der meisten anderen Wirtschaftsgruppen. Gleiches gilt auch für die Beschäftigten im Gastgewerbe – durchschnittlich die jüngste Gruppe im Vergleich – die ebenfalls eine niedrige Inanspruchnahmequote aufweisen. Ebenfalls deutlich unterdurchschnittlich sind die Anteile der Beschäftigten in privaten Haushalten die in ambulanter Behandlung waren. Diese sind allerdings mit im Schnitt knapp 50 Jahren deutlich älter als die Beschäftigten in anderen Wirtschaftsgruppen und weisen in der stationären Versorgung überdurchschnittlich viele Behandlungstage auf ([III](#) Kapitel 3.4.1). Der höchste Anteilswert bei den Männern ist wiederum bei den

Diagramm 2.4.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



Beschäftigten des verarbeitenden Gewerbes zu verzeichnen (86,0%), den zweithöchsten Wert weisen die Beschäftigten in der Energieversorgung auf, gefolgt von denjenigen in der öffentlichen Verwaltung und der Verteidigung bzw. Sozialversicherung. Bei den Frauen ist die höchste Inanspruchnahmequote hingegen bei denjenigen, die Finanz- und Versicherungsdienstleistungen erbringen, zu finden, gefolgt von den weiblichen Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen sowie der Energieversorgung. Letz-

tere sind allerdings weniger Tage arbeitsunfähig (» Kapitel 1.4.1), seltener in stationärer Behandlung als der Durchschnitt (» Kapitel 3.4.1) und bekommen ebenso unterdurchschnittliche Medikamentenmengen verordnet (» Kapitel 4.4.1). Anders hingegen als beispielsweise die Beschäftigten der öffentlichen Verwaltung und der Verteidigung und Sozialversicherung, die auch in den genannten drei anderen Leistungsbereichen jeweils überdurchschnittliche Kennzahlen aufweisen.

Wie diese Abgleiche zwischen den Leistungsbe- reichen zeigen, reicht die alleinige Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsstruktur innerhalb der Wirtschaftsgruppen nicht aus, um die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in den jeweiligen Sektoren zu erklären. Wie die arbeitsweltlichen Analysen in den verschiedenen Kapiteln verdeutlichen, ist dabei aber ebenso die Belastung durch die Arbeit ein eigenständiger Einflussfaktor, zudem spielen wahrscheinlich „Hemmschwellen“ (z.B. Konsequenzen am Arbeitsplatz, aber auch Motivationsunterschiede etwa bei Vorsorgemaßnahmen) eine Rolle.

Nachfolgend werden exemplarisch fünf ausgewählte Wirtschaftsgruppen für die Diagnosehauptgruppen Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische und Verhaltensstörungen nach Bundesländern differenziert betrachtet.

Hinsichtlich der Muskel-Skelett-Erkrankungen weist die Abfallwirtschaft sowohl im Bundesdurchschnitt als auch in allen Bundesländern den höchsten Anteil an Versicherten mit einer solchen Diagnose auf (■ Diagramm 2.4.2). Dabei ist die Varianz zwischen den Bundesländern eher gering ausgeprägt: Am größten ist der Anteil der Beschäftigten, die aufgrund einer solchen Diagnose in ambulanter Behandlung waren, mit 55,7% im Saarland. Am niedrigsten ist der Anteilswert hingegen in Baden-Württemberg mit 49,3%. Größer ist die Varianz der Anteilswerte im Bereich der Finanzdienstleistungen: Hier markiert Hamburg den niedrigsten Wert (37,6%), während die Inanspruchnahmequote in Thüringen um mehr als 15 Prozentpunkte höher liegt (52,9%). Eine ebenso große Differenz zwischen den Anteilswerten weist das Gesundheitswesen auf, wobei zudem auffällig ist, dass hier durchweg die ostdeutschen Bundesländer die vorderen Rangplätze einnehmen: Auch hier ist Thüringen Spitzenreiter mit einem Anteil von 54,2% der Beschäftigten mit einer Muskel-Skelett-Diagnose, vor Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg. Ebenso sind in ostdeutschen Bundesländern bei dieser Krankheitsart die höchsten Anteilswerte bei Beschäftigten der Post-, Kurier- und Expressdienste zu verzeichnen – Spitzenreiter ist Mecklenburg-Vorpommern (49,3%) vor Sachsen-Anhalt und Thüringen. Im Bereich Maschinenbau weisen hingegen die Beschäftigten in Rheinland-Pfalz den höchsten Anteilswert auf (51,6%).

Bei den psychischen Erkrankungen ist die Kennwert-Verteilung im Bundesländervergleich (■ Diagramm 2.4.3) weniger von einem Ost-West-Gefälle geprägt als dies bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen der Fall ist. Ausgenommen davon sind allerdings die im Gesundheitswesen Beschäftigten: Für diese

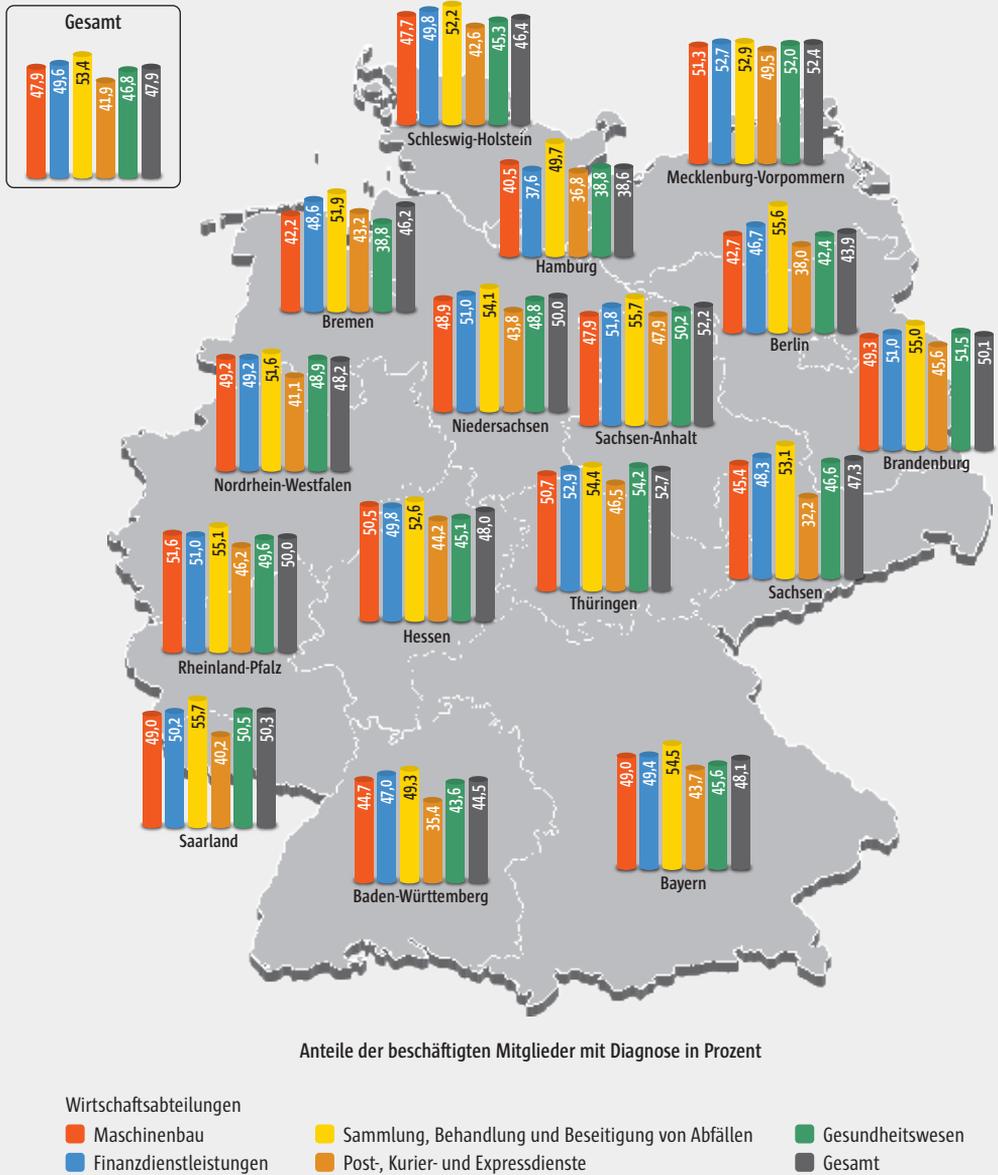
ist in Mecklenburg-Vorpommern der größte Anteil (35,5%) in Behandlung gewesen, gefolgt von Berlin und Sachsen. In Schleswig-Holstein (26,5%) ist hingegen die geringste Inanspruchnahmequote zu finden. Eine größere Kennwertdifferenz zwischen den Bundesländern besteht bei den Beschäftigten im Bereich Abfallbeseitigung: Von diesen haben in Bremen 38,5% eine psychische Störung diagnostiziert bekommen, im Saarland waren es hingegen –12,1 Prozentpunkte weniger (26,4%). In der Wirtschaftsgruppe Finanzdienstleistungen weisen die Beschäftigten in Berlin (39,0%) den höchsten Anteilswert mit einer solchen Diagnose auf, bei den Post-, Kurier- und Expressdiensten ist dagegen der Spitzenwert in Sachsen-Anhalt (31,5%) zu finden. Im Maschinenbau liegen alle Anteilswerte der Beschäftigten mit einer ambulant behandelten psychischen Störung unter dem Gesamtwert für alle Wirtschaftsgruppen. Hier ist noch der höchste Anteilswert bei den Beschäftigten ebenfalls in Berlin zu finden (28,1%), gefolgt von Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern.

2.4.2 Auswertungen nach Berufen

- Beschäftigte in Gesundheitsberufen sind am häufigsten in ambulanter Behandlung gewesen. Dies liegt aber auch daran, dass strengere Regeln für diese Berufsgruppe gelten (kein Arbeiten mit auch nur leichten Erkältungssymptomen, Testpflicht für SARS-CoV-2 etc.). Sie sind aber auch häufiger als andere Berufsgruppen aufgrund von psychischen Störungen in Behandlung gewesen.
- Insgesamt sind Reinigungskräfte weniger häufig in ambulanter Behandlung gewesen als Beschäftigte in anderen Berufen. Allerdings sind gerade bei den weiblichen Reinigungskräften viele Diagnosen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychischen Störungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen gestellt worden.

Die Beschäftigten in (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen weisen insgesamt den größten Anteil derer auf, die ambulante Leistungen in Anspruch nehmen: Bei 92,5% der Beschäftigten in Gesundheitsberufen ist in 2020 mindestens eine Diagnose dokumentiert worden (■ Diagramm 2.4.4). Dabei ist insbesondere bei den Frauen der Anteil sehr hoch, während der Kennwert bei den Männern nur leicht über dem Gesamtdurchschnitt liegt. Von allen männlichen Beschäftigten in diesem Vergleich sind dagegen diejenigen in den Fertigungsberufen (84,8%), gefolgt

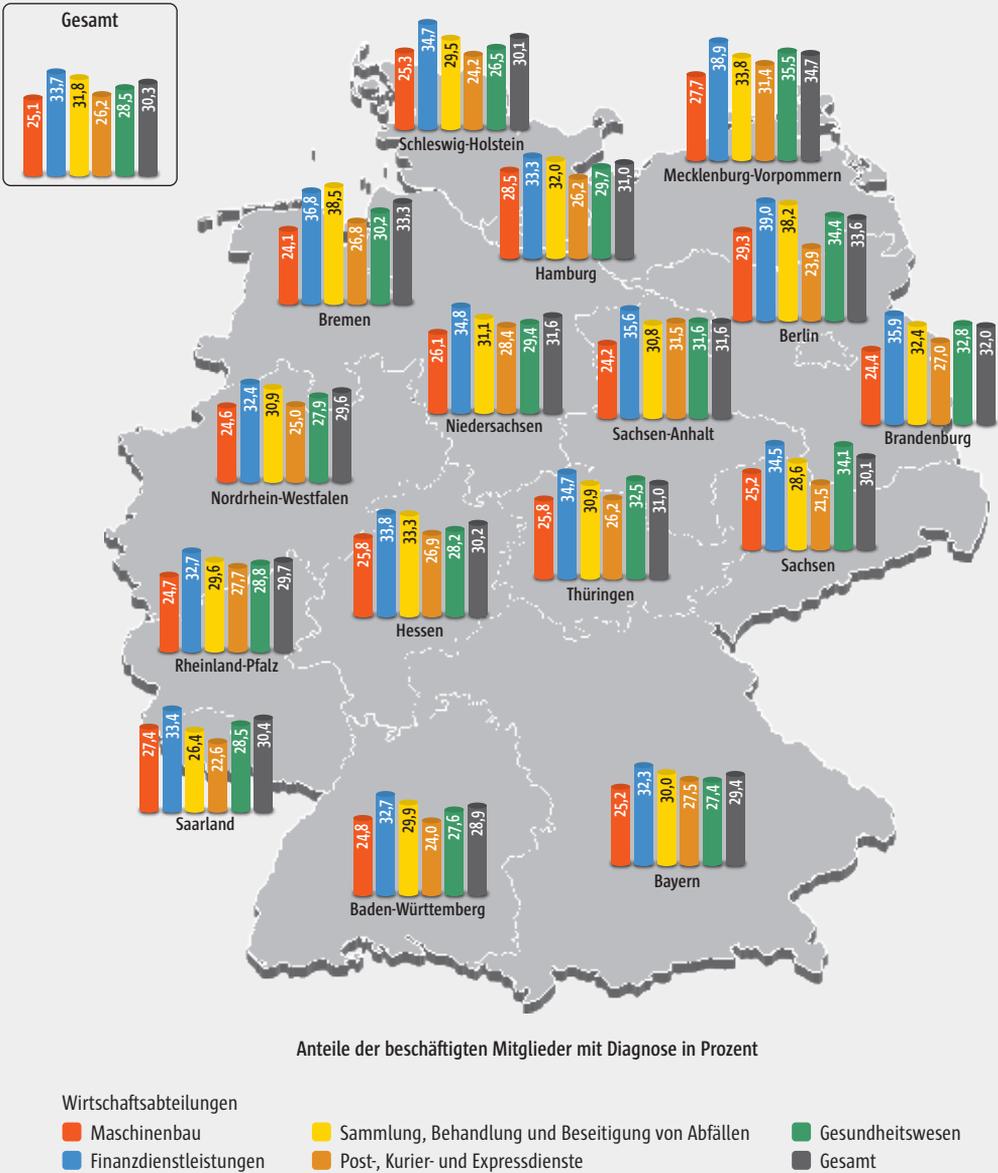
Diagramm 2.4.2 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2020)



von den fertigungstechnischen Berufen (84,6%), mit den größten Anteilen in ambulanter Behandlung gewesen. Hingegen vergleichsweise wenig Versicherte mit einer gestellten Diagnose sind bei den in Land-, Forst- und Gartenbauberufen Tätigen zu finden. Für beide Geschlechter sind in dieser Berufsgruppe die

geringsten geschlechtsspezifischen Anteilswerte zu verzeichnen. Im Vergleich zum Vorjahr sind diese sogar noch um insgesamt -2,6 Prozentpunkte zurückgegangen. Anders hingegen bei den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen: Bei diesen ist entgegen des Trends der (weiterhin unterdurchschnittliche) Anteil

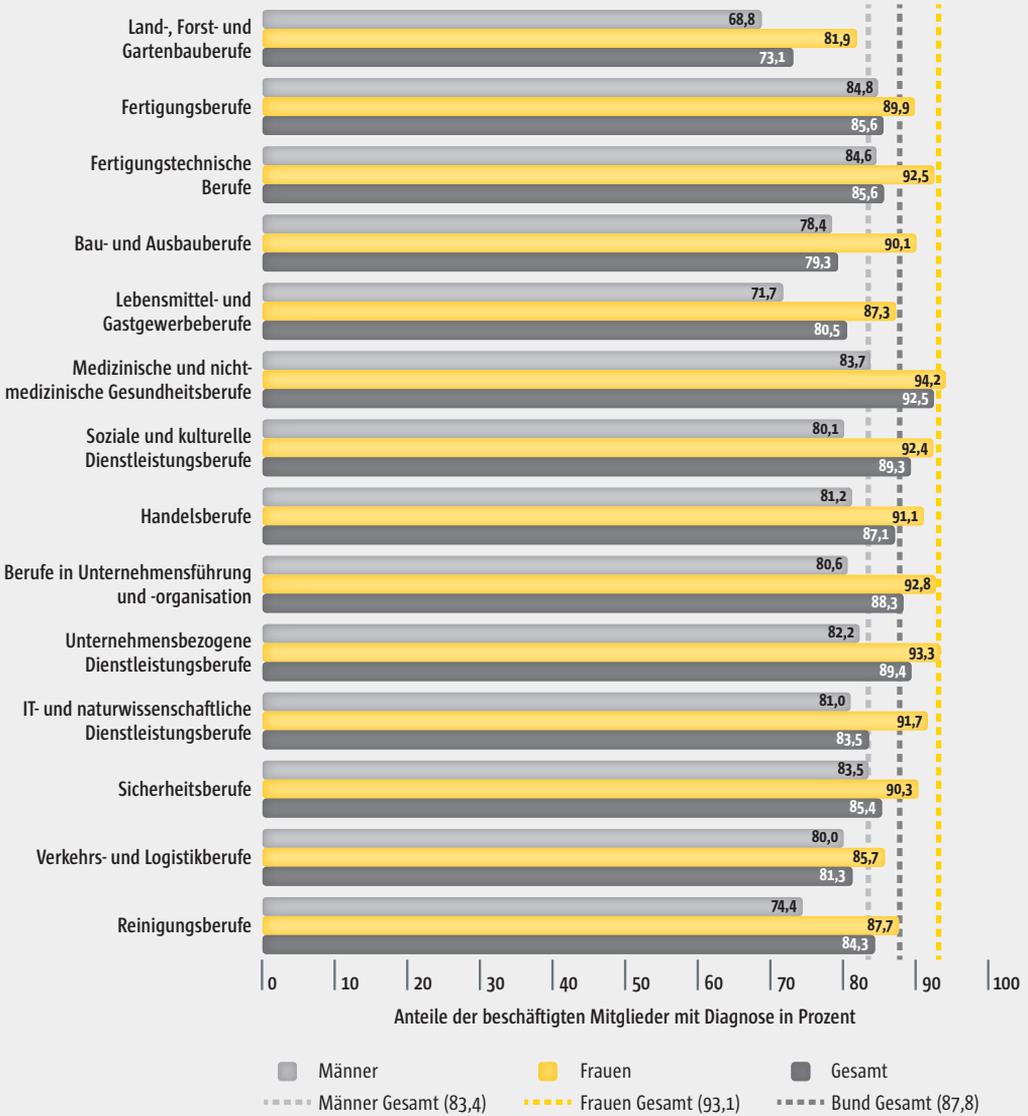
Diagramm 2.4.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychischen Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2020)



der Beschäftigten mit einer ambulant gestellten Diagnose um immerhin +1,9 Prozentpunkte gestiegen. Ein interessanter Kontrast findet sich hier zudem im Vergleich zu den anderen Leistungsbereichen: Bei den Reinigungsberufen sind weniger als in der Gesamtheit der Beschäftigten in ambulanter Behand-

lung gewesen – diese weisen aber gleichzeitig die meisten Arbeitsunfähigkeitstage (III Kapitel 1.4.2), die zweitmeisten stationären Behandlungstage (III Kapitel 3.4.2) sowie die zweitmeisten verordneten Tagesdosen bei den Arzneimittelverordnungen (III Kapitel 4.4.2) auf.

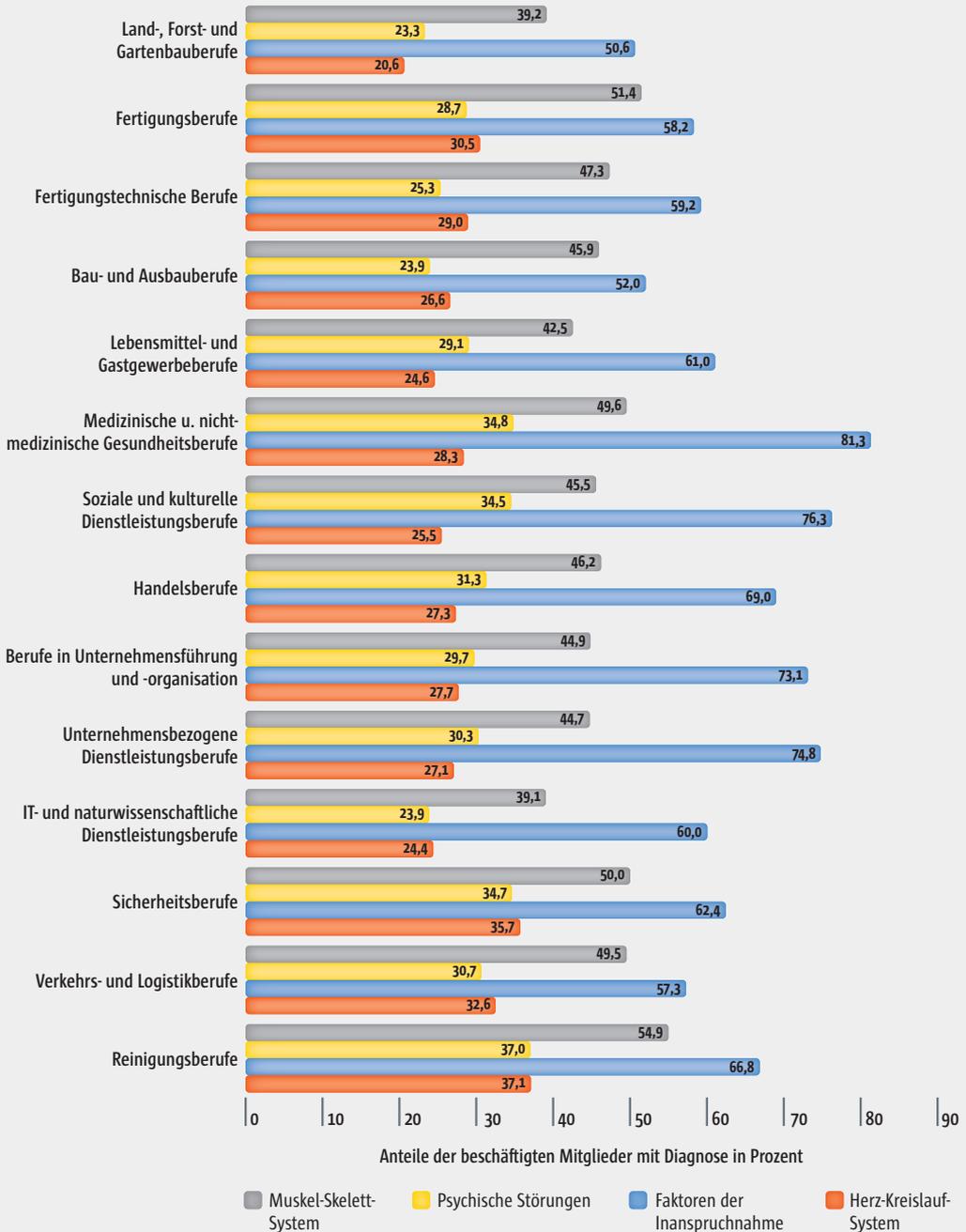
Diagramm 2.4.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



Im **III** Diagramm 2.4.5 sind die Anteile der Beschäftigten mit einer Diagnose aus den Diagnosehauptgruppen psychische Störungen, Muskel-Skelett-System, Herz-Kreislauf-System sowie die Faktoren der Inanspruchnahme je nach Berufssegment im Vergleich dargestellt. Ersichtlich wird, dass für besonders hohe Anteile der Beschäftigten in sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen (76,3%) sowie

in (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen (81,3%) Faktoren der Inanspruchnahme dokumentiert worden sind. Bei diesen beiden Berufsgruppen spielt sicherlich eine Rolle, dass oftmals bei der Arbeit ein enger Kontakt mit Kindern/Jugendlichen (im Erziehungsbereich) bzw. mit Erkrankten (in Gesundheitsberufen) unvermeidbar ist. Entsprechend sind für diese Berufsgruppen auch die Anteile derer, die we-

Diagramm 2.4.5 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)



gen Atemwegserkrankungen (hier nicht dargestellt) in ambulanter Behandlung gewesen sind, am höchsten. Es kam dann noch im Zuge der Pandemiebekämpfungsmaßnahmen eine Verpflichtung auf regelmäßige auf SARS-CoV-2 Testungen hinzu (siehe dazu auch die detaillierteren Betrachtungen zur nachfolgenden **III** Tabelle 2.4.1). Deutlich geringer fallen hingegen die Anteilswerte bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen (50,6%) sowie den Bau- und Ausbauberufen aus. Der Anteil derer, die eine psychische Störung diagnostiziert bekommen haben, ist hingegen bei den Reinigungsberufen (37,0%) am höchsten. Es folgen die (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufe und die Sicherheitsberufe dahinter. Die Reinigungskräfte sind zudem – wie schon in den Vorjahren – Spitzenreiter bei den Anteilen mit Diagnose von Muskel-Skelett- sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen – dabei sind es vor allem die Frauen, von denen überdurchschnittlich viele deshalb ambulant behandelt wurden.

Die **III** Tabelle 2.4.1 stellt als weitere Differenzierung diejenigen Berufsgruppen dar, welche die größten bzw. niedrigsten Anteile beschäftigter Mitglieder mit einer ambulant dokumentierten Diagnose aufweisen. Der mit deutlichem Abstand geringste Anteilswert ist in diesem Jahr für die Beschäftigten in der Landwirtschaft (52,9%) zu finden. Die mit Abstand höchste Inanspruchnahmequote ist – wie schon in den Vorjahren – bei den Arzt- und Praxishilfen (95,8%) zu verzeichnen. Des Weiteren fällt auf, dass auch auf den weiteren Rangplätzen viele weitere Gesundheitsberufe vertreten sind, bei einzelnen Erkrankungsarten sind diese aber nicht unbedingt immer auch mit hohen Anteilswerten vertreten. Vielmehr sind bei den nachfolgend aufgelisteten Ergebnisdarstellungen nach Diagnosehauptgruppen die folgenden Berufsgruppen am häufigsten in ambulanter Behandlung gewesen:

- **Psychische Störungen** sind – wie schon in den Vorjahren – am häufigsten bei Beschäftigten in der Altenpflege (42,7%), bei Beschäftigten in Hauswirtschaft und Verbraucherberatung (40,9%) sowie bei Beschäftigten in Erziehung, Sozialarbeit und Heilerziehungspflege (38,8%) diagnostiziert worden. Auch auf nachfolgenden Rangplätzen sind viele Berufe zu finden, die einen besonders intensiven Umgang mit Menschen beinhalten, oft mit hoher psychischer Belastung einhergehen und einen überproportional hohen Frauenanteil haben.
- Aufgrund von **Muskel-Skelett-Erkrankungen** sind am häufigsten Beschäftigte in der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung

(63,3%), in der industriellen Keramikherstellung und -verarbeitung (59,5%) sowie der Hauswirtschaft und Verbraucherberatung (59,9%) in Behandlung. Auch auf den nachfolgenden Rangplätzen zeigt sich eine Tendenz zu höheren Diagnoseanteilen gerade in den Fertigungsberufen, die häufiger eine körperliche und oftmals einseitige Arbeitsbelastung im Vergleich zu anderen Berufen mit sich bringen.

- Die höchsten Anteile Beschäftigter mit **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** sind bei den Angehörigen gesetzgebender Körperschaften und leitenden Bediensteten von Interessenorganisationen (47,6%) zu verzeichnen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass diese mit 52,3 Jahren das höchste Durchschnittsalter aller Berufsgruppen aufweisen. Ebenfalls überdurchschnittlich alt sind die Beschäftigten in Berufen der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung (47,3%) sowie in der Überwachung und Steuerung des Verkehrsbetriebs Tätigen (42,3%), die nachfolgend die höchsten Anteilswerte für diese Erkrankungsart aufweisen.
- Die Beschäftigten in Erziehung, Sozialarbeit und Heilerziehungspflege (57,2%) waren am häufigsten wegen **Krankheiten des Atmungssystems** in Behandlung, danach folgen in Rangreihe die Arzt- und Praxishilfen (55,2%) sowie die Beschäftigten in nicht-ärztlicher Therapie und Heilkunde (52,7%). In diesen Berufen bestand schon vorher eine ausgeprägte Sensibilität gegenüber jeglicher Art von Erkältungssymptomen (was sich schon in hohen Kennwerten in den Vorjahren widerspiegelte), durch die Coronavirus-Pandemie kam schließlich noch die Verpflichtung zu Tests auf SARS-CoV-2 hinzu, was wiederum bedingt ist durch ein anzunehmendes erhöhtes Ansteckungsrisiko aufgrund von häufigen Kontakten mit Kinder bzw. Patienten, so dass die Anteilswerte weiterhin bei diesen Berufsgruppen hoch sind.
- Wie schon zuvor beschrieben, sind bei einem sehr großen Teil der in den Gesundheitsberufen Tätigen auch Zusatzkodierungen für **Faktoren der Inanspruchnahme** dokumentiert. Dem dort höheren Frauenanteil entsprechend ist dies auch auf eine hohe Zahl kontrazeptiven Maßnahmen (Z30) zurückzuführen, aber auch Vorsorgemaßnahmen sind bei diesen Berufsgruppen sehr verbreitet: So waren 43,6% der Arzt- und Praxishilfen im aktuellen Berichtsjahr bei Untersuchungen zur Krebsvorsorge (Z12). Für Letztgenannte sind auch, wie zu erwarten, mit Abstand am häufigsten die speziellen Untersuchungen und Abklärungen (Z01; insbesondere Laboruntersuchungen

Tabelle 2.4.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn Berufsgruppen mit den größten/geringsten Anteilen (Berichtsjahr 2020)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
811	Arzt- und Praxishilfe	95,8
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	93,1
831	Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	92,8
817	Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde	92,4
624	Verkauf von drogerie- und apothekenüblichen Waren, Sanitäts- und Medizinbedarf	92,1
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	91,7
514	Servicekräfte im Personenverkehr	91,5
812	Medizinisches Laboratorium	91,4
733	Medien-, Dokumentations- und Informationsdienste	91,0
732	Verwaltung	90,9
Gesamt		87,8
943	Moderation und Unterhaltung	76,4
113	Pferdewirtschaft	75,7
331	Bodenverlegung	75,7
634	Veranstaltungsservice und -management	75,0
333	Aus- und Trockenbau, Isolierung, Zimmerei, Glaserei, Rollladen- und Jalousiebau	75,0
944	Theater-, Film- und Fernsehproduktion	74,1
321	Hochbau	65,7
112	Tierwirtschaft	65,0
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	62,7
111	Landwirtschaft	52,9

gen) dokumentiert worden: 81,2% der als Arzt- und Praxishilfe Tätigen haben eine solche Diagnose bekommen, am zweithäufigsten war dies bei den Beschäftigten in nicht-ärztlicher Therapie und Heilkunde der Fall (72,2%).

Am unteren Ende der Rangreihe nach allgemeiner Inanspruchnahme sind im aktuellen Berichtsjahr die Landwirtschaftsberufe (52,9%) zu finden. Immerhin fast +10 Prozentpunkte höher ist der Anteil der Beschäftigten in Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst (62,7%), die ambulant in Behandlung gewesen sind. Gerade letztere Berufsgruppe ist aber mit einem Durchschnittsalter von unter 30 Jahren deutlich jünger als der Durchschnitt aller Beschäftigten. So verwundert es nicht, dass diese bei vielen Erkrankungsarten genauso wie bei Einzeldiagnosen unter den Berufsgruppen mit geringen Anteilswerten zu finden ist. Auch Vorsorgemaßnahmen werden von dieser Berufsgruppe relativ selten in Anspruch genommen. Hierbei sind es aber besonders Beschäftigte aus den „männerlastigen“ Berufen des Baugewerbes und der Landwirtschaft welche ebenfalls geringe Anteile aufweisen: Der niedrigste Wert für Krebsvorsorge (Z12) ist entsprechend bei Berufen im Hochbau sowie der Bodenverlegung (jeweils 5,0%) zu verzeichnen. Auch der Anteil derer, bei denen speziellen Untersuchungen und Abklärungen (Z01) erfolgt sind, sind bei diesen beiden Berufsgruppen besonders gering, einen geringeren Anteil weisen nur die Beschäftigten in der Landwirtschaft auf (26,8%).

2.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

- Beschäftigte, die Helfer- bzw. Anlerntätigkeiten ausführen, sind verglichen mit anderen Beschäftigten weniger häufig in ambulanter Behandlung gewesen.
- Männer mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion sind häufiger wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Behandlung, was unter anderem mit dem höheren Durchschnittsalter zusammenhängt. Generell sind Aufsicht-/Führungskräfte wegen Atemwegserkrankungen und wegen psychischen Störungen seltener in Behandlung.
- Befristet Beschäftigte sind seltener in ambulanter Behandlung als unbefristet Tätige. Eine Ausnahme bilden dabei unbefristet in Teilzeit tätige Männer: Diese weisen allerdings in der stationären Versorgung die meisten Krankenhaustage auf.

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

In den weiteren, im Report dargestellten Leistungsbereichen lässt sich recht klar folgender Zusammenhang mit dem Anforderungsniveau feststellen: In der Regel geht mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit, die Beschäftigte ausüben, einher, dass diese seltener (und entsprechend in der Summe weniger Tage) arbeitsunfähig (III Kapitel 1.4.3) genauso wie stationär in Behandlung sind (III Kapitel 3.4.3) und weniger Medikamente einnehmen (III Kapitel 4.4.3). Für die hier dargestellte allgemeine Inanspruchnahme ambulanter Versorgung muss diese Zusammenhangsaussage hingegen in der Form eingeschränkt werden (III Tabelle 2.4.2), dass zwar von den fachlich ausgerichteten Tätigkeiten, über komplexe Spezialisten-Tätigkeiten bis zu hoch komplexen Tätigkeiten der Anteil der Beschäftigten mit einer ambulant gestellten Diagnose abnimmt, der niedrigste Anteilswert hingegen bei den Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten zu finden ist: Von diesen sind nur 79,0% im aktuellen Berichtsjahr in ambulanter Behandlung gewesen. Diese Reihenfolge nach Anforderungsniveau der Tätigkeiten findet sich auch getrennt nach Geschlecht. Entsprechend ist der größte Anteilswert bei den fachlich ausgerichtet tätigen

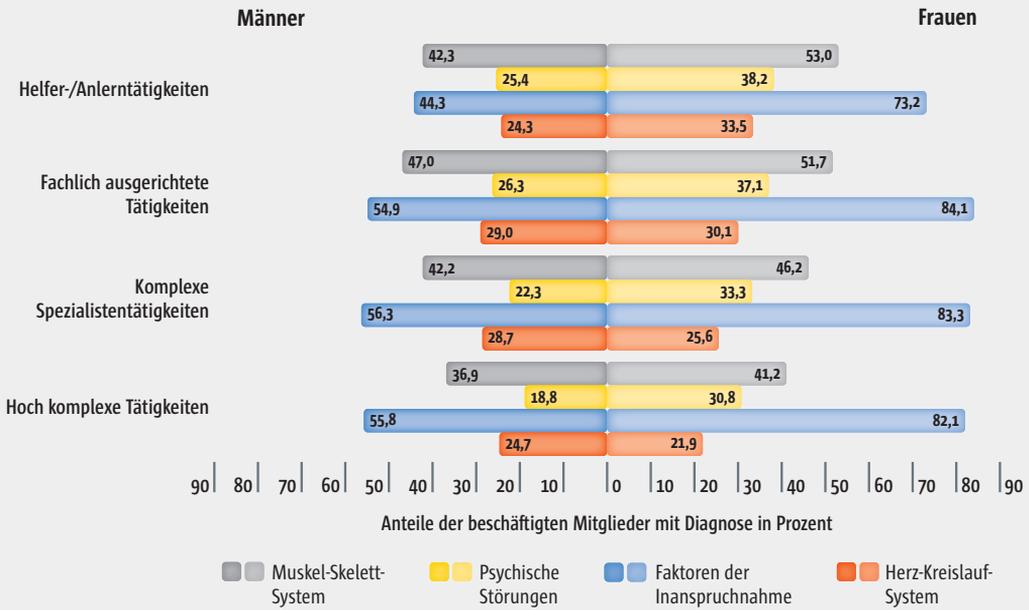
Frauen zu finden, für die bei 93,6% eine ambulante Diagnose dokumentiert ist, der geringste Anteil Beschäftigter in ambulanter Behandlung ist wiederum bei den Männern mit Helfer- und Anlernertätigkeit vorzufinden (72,0%).

Differenziert nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (III Diagramm 2.4.6) zeigt sich das zuvor beschriebene Muster besonders ausgeprägt bei den Männern – bei den Frauen sind die Anteilswerte hingegen etwas anders verteilt: So sind Anteile für die weiblichen Beschäftigten, die ambulant Diagnosen für Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Störungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen gestellt bekommen haben, am höchsten bei denjenigen in Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten. Für diese drei Erkrankungsarten nehmen die Anteilswerte bei den weiblichen Beschäftigten jeweils kontinuierlich ab, je höher deren Tätigkeitsniveau ist. Für beide Geschlechter ist indes festzustellen, dass besonders die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen bei den Beschäftigten in Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten deutlich geringer ist: Insgesamt ist der Anteil derjenigen, die eine Diagnose aus dem Spektrum der Inanspruchnahme-Faktoren gestellt bekommen hat, gegenüber den anderen Anforderungsniveau-Gruppen um mindestens –9 Prozentpunkte geringer. Bei

Tabelle 2.4.2 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

Anforderungsniveau	Geschlecht	Frauenanteil in Prozent	Durchschnittsalter in Jahren	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
Helfer-/Anlernertätigkeiten	Männer		42,5	72,0
	Frauen		46,2	86,2
	Gesamt	49,3	44,4	79,0
Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Männer		42,0	84,1
	Frauen		42,1	93,6
	Gesamt	47,4	42,1	88,6
Komplexe Spezialistentätigkeiten	Männer		44,4	82,7
	Frauen		42,2	92,3
	Gesamt	39,0	43,5	86,5
Hoch komplexe Tätigkeiten	Männer		44,0	80,6
	Frauen		41,4	90,8
	Gesamt	38,5	43,0	84,5

Diagramm 2.4.6 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



den Frauen, die Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten verrichten, ist dies auch zum Teil auf seltenere Kontrazeptiva-Verschreibungen (was auch mit dem höheren Durchschnittsalter dieser Gruppe zu tun hat) zurückzuführen. Allgemein nehmen aber die Beschäftigten in Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten in deutlich geringerem Maße Vorsorgemaßnahmen in Anspruch, bei diesen sind außerdem die Anteile deutlich geringer, für welche die speziellen Untersuchungen und Abklärungen (Z01) dokumentiert sind. Bei den Männern ist wiederum festzustellen, dass diejenigen, die hoch komplexe Tätigkeiten verrichten, bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie bei den psychischen Störungen deutlich geringere Anteilswerte aufweisen als diejenigen mit niedrigerem Anforderungsniveau.

Aufsichts- und Führungsverantwortung

Wie **III** Tabelle 2.4.3 erkennen lässt, besteht zwischen Beschäftigten mit und ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung nur ein relativ geringer Unterschied hinsichtlich der allgemeinen Inanspruchnahme. Dabei ist die Differenz bei den Gesamtwerten mit +2,2 Prozentpunkten noch am größ-

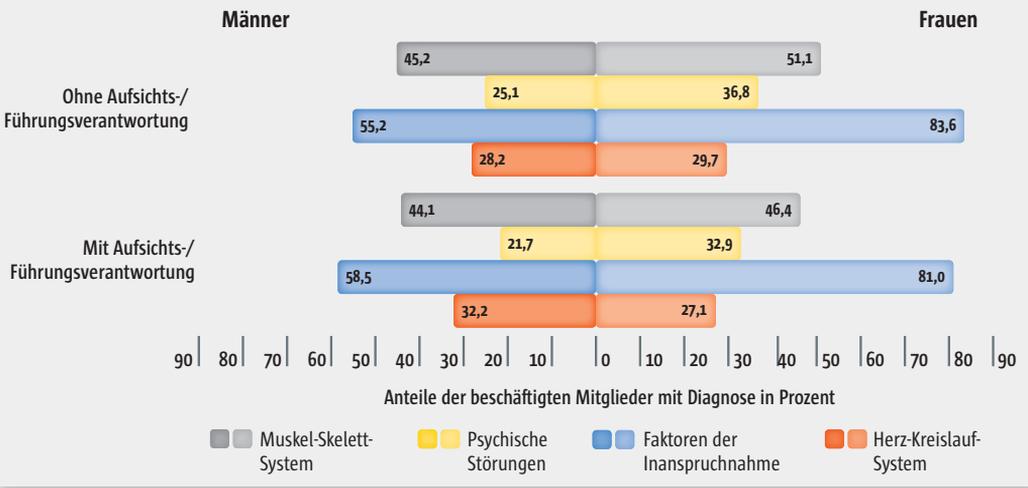
ten, was allerdings auch daher rührt, dass in der Gruppe der Beschäftigten mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung ein größerer Männeranteil besteht. Vergleicht man nur die Männer mit und ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung, so zeigt sich eine geringere Differenz als bei den Frauen. Wie zu erwarten haben auch hier die Frauen in größeren Anteilen ambulante Versorgung in Anspruch genommen, diejenigen ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung weisen mit 93,0% den insgesamt höchsten Anteilswert auf.

Betrachtet man auch hier wieder einzelne Erkrankungsarten (**III** Diagramm 2.4.7), ergeben sich jedoch deutlichere Unterschiede: So ist insbesondere der Anteil der Versicherten, die wegen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung in Behandlung waren, bei der durchschnittlich ältesten Gruppe im Vergleich – den männlichen Aufsichts- bzw. Führungspersonen – mit 32,2% am höchsten. Dies korreliert auch mit den größeren Verordnungsmengen von Medikamenten mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System, die für männliche Aufsichts- bzw. Führungspersonen zu verzeichnen sind (**III** Kapitel 4.4.3). Allerdings ist mit Blick auf Krankenhausbehandlungen festzustellen, dass diese gegenüber denjenigen ohne eine solche Funktion nicht häufiger oder mehr Tage

Tabelle 2.4.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Aufsichts-/ Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

Aufsichts-/Führungsverantwortung	Geschlecht	Frauenanteil in Prozent	Durchschnittsalter in Jahren	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
Ohne Aufsichts-/ Führungsverantwortung	Männer		42,5	83,1
	Frauen		42,5	93,0
	Gesamt	46,1	42,5	87,7
Mit Aufsichts-/ Führungsverantwortung	Männer		47,5	83,5
	Frauen		44,2	91,1
	Gesamt	26,3	46,6	85,5

Diagramm 2.4.7 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Aufsichts-/ Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen stationär in Behandlung waren (» Kapitel 3.4.3). Hinsichtlich Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychischen Störungen sind bei beiden Geschlechtern die Anteile der Beschäftigten mit einer solchen Diagnose bei den Aufsichts- bzw. Führungsverantwortlichen niedriger als bei denen ohne eine solche Funktion. Hierbei zeigt sich für die Muskel-Skelett-Krankheiten zudem ein bemerkenswerter Unterschied zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen: Männliche Beschäftigte ohne eine Aufsichts- bzw. Führungsfunktion fallen im Durchschnitt deutlich öfter und entsprechend insgesamt an mehr Tagen aufgrund sol-

cher Erkrankungen arbeitsunfähig aus (in 2020 +77% mehr AU-Fälle, +79% mehr AU-Tage), als diejenigen mit einer solchen Funktion. In der ambulanten Versorgung liegen indes für diese die Inanspruchnahmequoten nur 1,1 Prozentpunkte auseinander, die durchschnittliche Anzahl der stationären Behandlungsfälle differiert nur um 1,7%. Bei den Zusatzdiagnosen für Faktoren der Inanspruchnahme ergeben sich hier nur relativ moderate Unterschiede, am größten noch für die Männer (ohne Führungs-/Aufsichtsfunktion -3,3 Prozentpunkte gegenüber mit Führungs-/Aufsichtsfunktion).

Vertragsformen

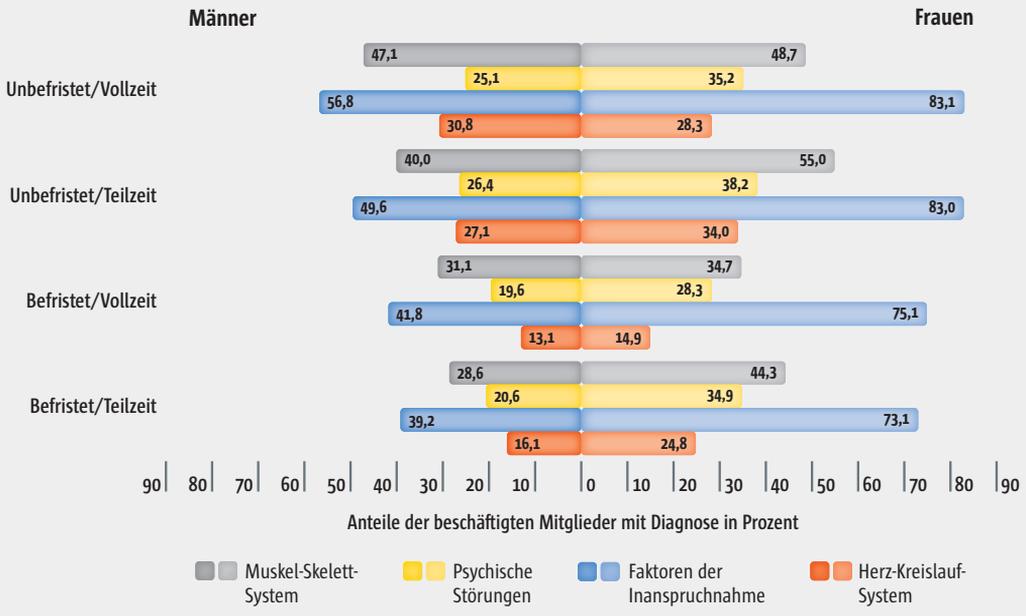
Im Vergleich der Vertragsformen (»» Tabelle 2.4.4) sind insbesondere die Unterschiede der Inanspruchnahmequoten zwischen Beschäftigten mit befristeten und unbefristeten Teilzeitverträgen sehr groß: Von denjenigen, die unbefristet in Teilzeit arbeiten, waren 89,9% in ambulanter Behandlung, während 80,0% der befristet in Teilzeit Beschäftigten im aktuellen Berichtsjahr ambulant eine Diagnose erhalten haben. Hierbei ist aber auch zu bedenken, dass die unbefristet in Teilzeit Tätigen die älteste hier abgebildete Gruppe ist (Durchschnittsalter 46,6 Jahre), während das Durchschnittsalter der befristet in Teilzeit Beschäftigten demgegenüber fast 6 Jahre niedriger ist (Durchschnittsalter 40,9 Jahre). Bei den Letzgenannten ist außerdem der Unterschied der Anteile derjenigen mit einer Diagnose zwischen den Geschlechtern mit fast 20 Prozentpunkten Differenz am größten. Überdies zeigt sich bei den Männern in unbefristeter Teilzeitarbeit ein Kontrast gegenüber dem Geschehen in der stationären Versorgung (»» Kapitel 3.4.3): Von denen ist nur ein unterdurchschnittlicher Anteil (75,2%) in ambulanter Behandlung gewesen, an stationären Behandlungsfällen und -tagen weisen diese aber die jeweils höchste Anzahl auf.

In der Differenzierung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (»» Diagramm 2.4.8) sind es, wie aufgrund des erwähnten geringeren Altersdurchschnitts zu erwarten ist, die Vollzeitbeschäftigten mit befristetem Vertrag, von denen der geringste Anteil die Diagnose einer Herz-Kreislauf-Erkrankung bekommen hat (Männer: 13,1%; Frauen: 14,9%). Auch sind die Anteile mit einer ambulant diagnostizierten psychischen Störung in dieser Subgruppe im Vergleich zu den anderen sowohl bei den Männern (19,5%) als auch den Frauen (28,3%) am geringsten. Die höchsten Anteile mit diagnostizierten psychischen Störungen sind wiederum bei den unbefristet in Teilzeit Tätigen vorzufinden (Männer: 26,4%; Frauen: 38,2%). In dieser Subgruppe sind es auch die Frauen, die mit 55,0% den größten Anteil Beschäftigter aufweisen, die aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen in Behandlung waren. Bei den psychischen Störungen ist außerdem auffällig, dass ein großer Geschlechtsunterschied bei den befristet in Teilzeit Tätigen besteht: Hier sind 34,9% der Frauen, aber nur 20,6% der Männer aufgrund einer solchen Diagnose in ambulanter Behandlung gewesen. Dies steht im Kontrast zur stationären Versorgung, da dort die befristet in Teilzeit tätigen Männer überdurchschnittlich viele Behandlungstage aufgrund

Tabelle 2.4.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

Vertragsformen	Geschlecht	Frauenanteil in Prozent	Durchschnittsalter in Jahren	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
Unbefristet/Vollzeit	Männer		44,5	84,2
	Frauen		41,8	92,7
	Gesamt	30,9	43,7	86,9
Unbefristet/Teilzeit	Männer		45,0	75,2
	Frauen		46,9	93,1
	Gesamt	82,2	46,6	89,9
Befristet/Vollzeit	Männer		31,4	73,7
	Frauen		30,5	86,6
	Gesamt	41,8	31,0	79,1
Befristet/Teilzeit	Männer		38,0	64,8
	Frauen		41,8	85,3
	Gesamt	74,0	40,9	80,0

Diagramm 2.4.8 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsformen, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



von psychischen Störungen aufweisen (»» Diagramm 3.4.10). Bei den Faktoren der Inanspruchnahme sind besonders bei den Männern die Unterschiede zwischen den Vertragsformen groß: Der größte Anteilswert findet sich bei den unbefristet in Vollzeit Beschäftigten (56,8%), während der geringste für diejenigen, die befristet in Teilzeit arbeiten, zu verzeichnen ist (39,2%). Hierbei spielen unter anderem die unterschiedlichen Altersstrukturen eine Rolle. Daran orientiert fällt allerdings auf, dass der Anteilswert für die männlichen Beschäftigten mit unbefristetem Teilzeitvertrag – wie erwähnt die durchschnittlich Ältesten in diesem Vergleich – noch deutlich unter dem Spitzenwert der unbefristet in Vollzeit Beschäftigten liegt. Dies zeigt sich auch bei einer Betrachtung der jeweiligen Präventions- und Vorsorgemaßnahmen, die unter die Zusatzdiagnosen fallen.

Arbeitnehmerüberlassung

Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung sind im Durchschnitt 3,5 Jahre jünger als jene, die in einem regulären Beschäftigungsverhältnis angestellt sind. Außerdem ist bei der Interpretation der in »» Tabel-

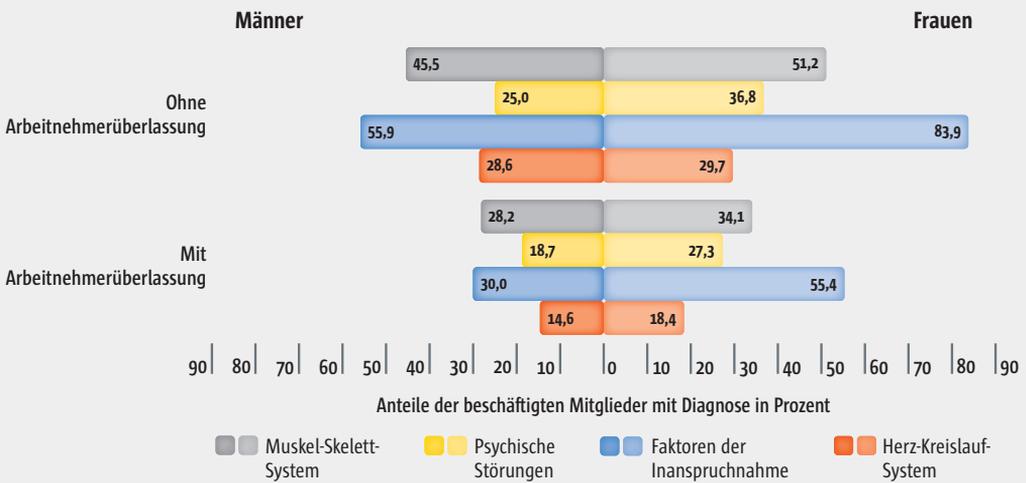
le 2.4.5 dargestellten Anteilswerte zu berücksichtigen, dass der Männeranteil bei den Leih- und Zeitarbeitern gegenüber den regulär Beschäftigten insgesamt höher ist. Tatsächlich ist der Unterschied hinsichtlich der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung zwischen den beiden Beschäftigtengruppen deutlich: 60,7% der Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung, aber 88,1% der Beschäftigten in anderen Vertragsverhältnissen sind in 2020 in ambulanter Behandlung gewesen. Diese Relationen bestehen in ähnlicher Form auch jeweils bei den Geschlechtern. Bemerkenswert ist zudem, dass bei den Leih- und Zeitarbeitern die Anteilswerte gegenüber dem Vorjahr zudem deutlich zurückgegangen sind, betrug doch 2019 die Inanspruchnahmequote bei diesen insgesamt noch 65,6%.

Auch in der Betrachtung nach einzelnen Diagnosehauptgruppen sind von den Beschäftigten in Leih- bzw. Zeitarbeit durchweg geringere Anteile in ambulanter Behandlung gewesen im Vergleich zu denen, die nicht in Arbeitnehmerüberlassung arbeiten. Bei den vier in »» Diagramm 2.4.9 dargestellten Diagnosehauptgruppen ist die Differenz zwischen diesen beiden Gruppen bei den Faktoren der Inanspruchnahme am größten: Bei beiden Geschlechtern sind die Anteilswerte derjenigen, die regulär beschäftigt

Tabelle 2.4.5 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

Arbeitnehmerüberlassung	Geschlecht	Frauenanteil in Prozent	Durchschnittsalter in Jahren	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
Ohne Arbeitnehmerüberlassung	Männer		42,9	83,7
	Frauen		42,6	93,3
	Gesamt	45,5	42,7	88,1
Mit Arbeitnehmerüberlassung	Männer		38,9	56,9
	Frauen		40,0	69,4
	Gesamt	30,8	39,2	60,7

Diagramm 2.4.9 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

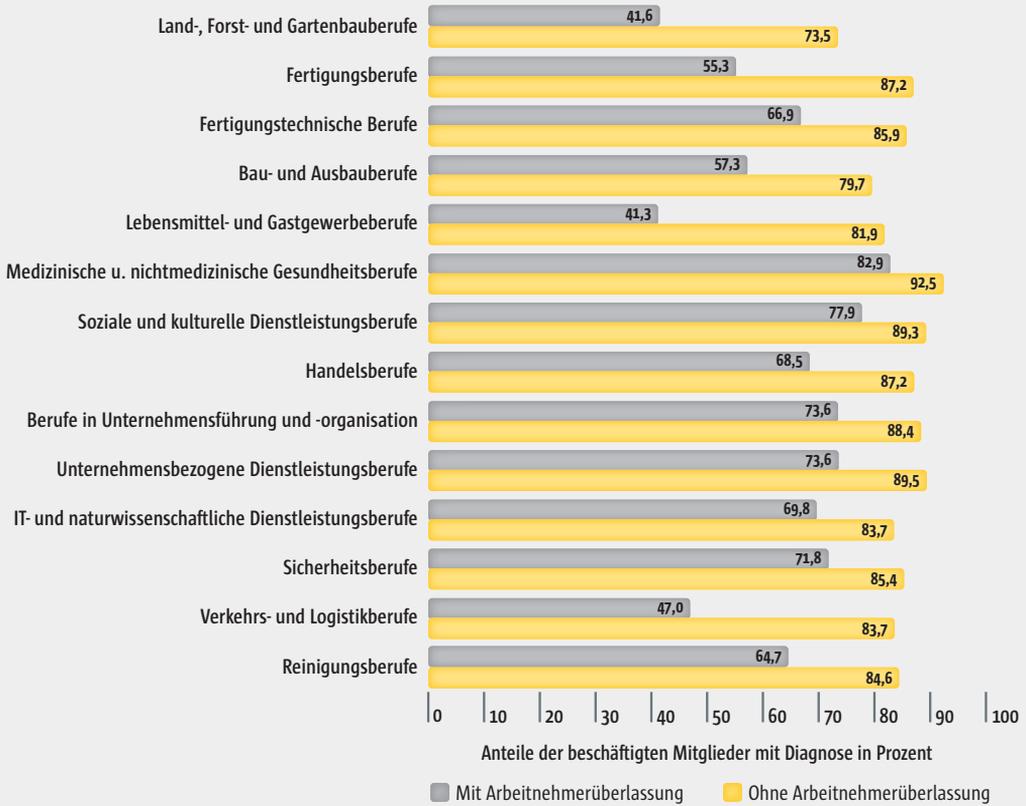


sind, um mindestens +25 Prozentpunkte höher als bei den Leih- und Zeitarbeitern. Auch bei Betrachtung der schon mehrfach erwähnten subsummierten Einzeldiagnosen (u. a. auch die speziellen Untersuchungen und Abklärungen [Z01], insbesondere Laboruntersuchungen) bleiben diese deutlichen Unterschiede gegenüber den regulär Beschäftigten bestehen. Es ist aber zumindest auch festzustellen, dass die Anteilswerte der mit Arbeitnehmerüberlassung Tätigen im Vergleich zum Vorjahr recht stark gestiegen sind, bei den Männern (+11,4 Prozentpunkte gegenüber 2019) stärker als bei den Frauen (+5,6 Prozentpunkte gegenüber 2019). Auch bei den

anderen hier dargestellten Erkrankungsarten sind die Differenzen zwischen den beiden Beschäftigtengruppen eklatant: So betragen die Unterschiede bei den Anteilswerten zwischen denen mit im Vergleich zu denen ohne Arbeitnehmerüberlassung bei beiden Geschlechtern rund 17 Prozentpunkte. Nur wenig geringer fallen die Differenzen bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus.

Entsprechend der bisherigen Erkenntnisse zeigt sich auch für alle Berufssegmente eine geringere Inanspruchnahmequote bei den Leih- bzw. Zeitarbeitern im Vergleich zu denen, die nicht in Arbeitnehmerüberlassung arbeiten (»» Diagramm 2.4.10). Wie

Diagramm 2.4.10 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2020)



schon im letzten Jahr ist der Anteil derer, die in ambulanter Behandlung waren, bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen in Arbeitnehmerüberlassung besonders niedrig: Nur 41,6% haben im Jahr 2020 ambulant eine Diagnose gestellt bekommen. Allerdings ist dabei auch zu konstatieren, dass dies gegenüber dem Vorjahr immerhin eine Steigerung vom +3,1 Prozentpunkten ist. Sehr starke Rückgänge bei den Anteilswerten sind allerdings ebenfalls für die weiteren mit Arbeitnehmerüberlassung Beschäftigten zu verzeichnen: Bei den Fertigungsberufen waren im Vergleich zum Vorjahr -6,6 Prozentpunkte weniger in ambulanter Behandlung gewesen, bei den Verkehrs- und Logistikberufen waren es sogar -8,3 Prozentpunkte. Wie zu erwarten, finden sich die insgesamt

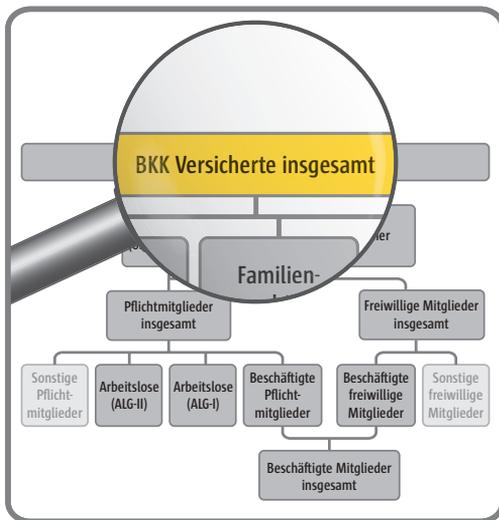
höchsten Anteile Beschäftigter mit einer ambulanten Diagnose sowohl für die Beschäftigten mit als auch für diejenigen ohne Arbeitnehmerüberlassung bei den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen. Dabei ist die Differenz zwischen den regulär Beschäftigten und den Leih- und Zeitarbeitern mit rund 9,5 Prozentpunkten am geringsten von allen Berufssegmenten. Für diese Berufsgruppe lässt sich hier auch ein Unterschied zum Fehlzeitengeschehen feststellen (»» Diagramm 1.4.13), dort sind nämlich die Leih- bzw. Zeitarbeiter gegenüber den festangestellten Berufskolleginnen und -kollegen für mehr Tage arbeitsunfähig gewesen, z.B. beträgt die Differenz in den Gesundheitsberufen etwa 5 Tage.

2.5 Schwerpunktthema Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie

Im Schwerpunktteil des diesjährigen Reports wird das Versorgungsgeschehen im ambulanten Sektor im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose betrachtet. Hierbei werden, anders als im vorherigen Kapitel, auch die Versicherten insgesamt als Analysegrundlage herangezogen, wobei wiederum zusätzlich eine genauere Betrachtung nach arbeitsweltlichen Gesichtspunkten für die beschäftigten Mitglieder erfolgt. Die methodischen Grundlagen der Sonderanalysen sind in **»»** Kapitel 1.5 ausführlich beschrieben.

- Dabei geht der Geschlechtsunterschied vor allem auf die Versicherten zwischen 15 und 64 Jahren zurück. Bei den jüngeren und älteren sind in der Regel beide Geschlechter gleichermaßen betroffen.
- Hessen sowie der Norden und Westen von Nordrhein-Westfalen sind Regionen, in denen Versicherte in deutlich überdurchschnittlich hohen Anteilen eine COVID-19-Diagnose gestellt bekommen haben. Auf Kreisebene liegt der Spitzenwert mit 13,4% im nordrhein-westfälischen Kreis Heinsberg.

2.5.1 Einleitung

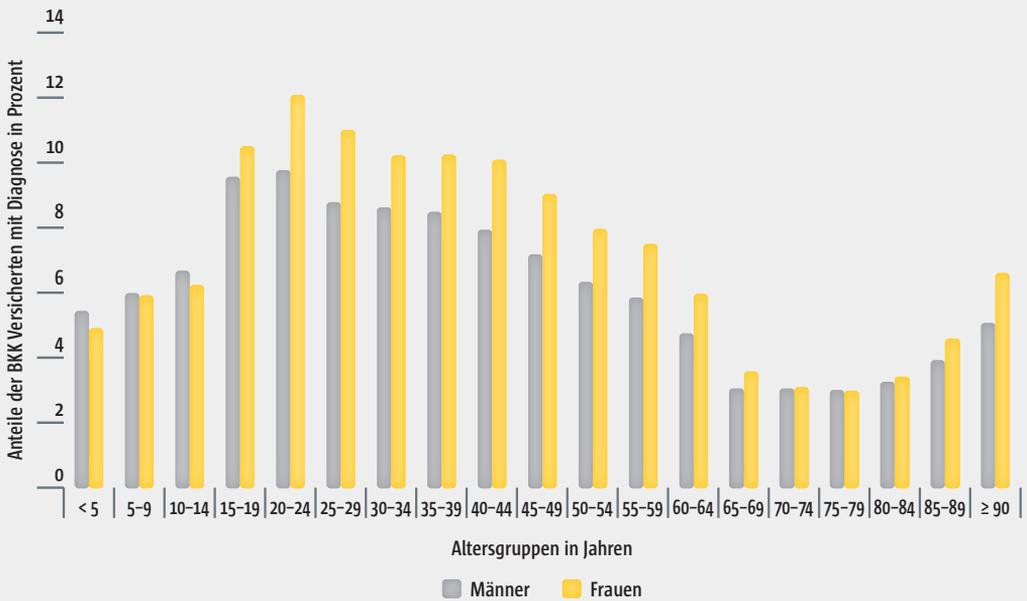


- 7,2% der BKK Versicherten haben im Jahr 2020 eine COVID-19-Diagnose gestellt bekommen, wobei Frauen dabei einen leicht höheren Anteil (7,7%) aufweisen als Männer (6,6%).

Wie schon anhand des allgemeinen Versorgungsgeschehens im ambulanten Sektor dargelegt wurde, hat die Coronavirus-Pandemie vor allem indirekt über die vorgegebenen allgemeinen Eindämmungsmaßnahmen sowie über die sektorspezifischen Sonderregelungen in nicht unerheblichem Maße Einfluss auf das Geschehen gehabt. Die unmittelbaren Diagnosen für die Feststellung einer COVID-19-Infektion (kodiert als U07.1 oder U07.2) sind indes mit einem Anteil Versicherter, die diese in 2020 gestellt bekommen haben, von 7,2% zumindest nicht maßgeblich bestimmend. Verglichen mit den Einzeldiagnosen (diese basieren allerdings auf dreistelligen ICD-Kodierungen) sind die COVID-19-Diagnosen nicht unter denen mit den 25 größten Anteilswerten.

Differenziert nach Alter und Geschlecht betrachtet (**»»** Diagramm 2.5.1) ergeben sich indes schon deutlich erkennbare Schwankungen bei den Anteilswerten. In den Altersgruppen jünger als 14 Jahre sind die Anteile mit einer COVID-19-Diagnose etwas geringer (zwischen 4,9% und 6,7%), die Werte differieren dabei kaum zwischen den Geschlechtern. Bei den 15- bis 24-jährigen Versicherten wiederum sind die Anteile derer mit einer COVID-19-Diagnose ungleich höher, wobei sich hier zudem ein Geschlechtsunterschied zeigt (dies deckt sich mit dem Bild im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, siehe **»»** Diagramm 1.5.6). Für beide Geschlechter sind die höchsten Anteilswerte bei den 20- bis 24-Jährigen zu finden: Bei den

Diagramm 2.5.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 und U07.2) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



Frauen dieser Altersgruppe haben 12,1% eine COVID-19-Diagnose bekommen, bei den Männern waren es 9,8%. Bis zum Renteneintrittsalter sinken danach mit höherer Altersgruppe die Anteile wieder stetig, wobei die Frauen immer etwa +1,2 bis +2,2 Prozentpunkte höhere Anteilswerte aufweisen. Ab den 65. Lebensjahr wiederum sind für die Versicherten in deutlich geringerem Maße ambulante Behandlungen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Infektion erfasst worden.

Anhand der Darstellung der Anteile mit einer COVID-19-Diagnose differenziert nach Alter und Geschlecht lassen sich auch näherungsweise die Kennwerte für einzelne Versichertengruppen (III Tabelle 2.5.1) ableiten. So sind entsprechend die Anteile mit einer solchen Diagnose bei den beschäftigten Mitgliedern noch etwas größer als bei den Versicherten allgemein: 7,7% der männlichen und sogar 10,0% der weiblichen Beschäftigten haben ambulant eine COVID-19-Diagnose gestellt bekommen. Die Anteilswerte bei den Familienangehörigen sowie bei den Rentnern liegen hingegen entsprechend der Altersstruktur unter dem Gesamtwert für alle Versicherten insgesamt, anders als bei allen anderen Versichertengruppen ist bei den Familienangehörigen zudem der Anteilswert für die männlichen Mitglieder leicht

höher als bei den weiblichen. Wie auch schon bei der allgemeinen Inanspruchnahmequote ohne einen Diagnosebezug (III Tabelle 2.2.1) sind es die beiden Arbeitslosen-Gruppen, die durch niedrigere Anteilswerte auffallen, wobei die ALG-I-Empfänger mit nur 3,0% (Männer: 2,6%; Frauen 2,6%) am stärksten vom Mittelwert aller Versicherten abweichen. Auch hier wird sicher eine gewissen Ferne zur medizinischen Versorgung sichtbar, eine Rolle für die niedrigen Kennzahlen spielt aber sicher auch der Wegfall eines erhöhten Infektionsrisikos durch die berufliche Tätigkeit.

Die regionale Verteilung der COVID-19-Diagnosen in der ambulanten Versorgung (III Tabelle 2.5.2) folgt einem eigenständigen Muster und ist nicht etwa ähnlich zu den regionalen Kennwerten für Infektionen oder Atemwegserkrankungen. Besonders stechen die sehr niedrigen Anteile Versicherter mit einer COVID-19-Diagnose in Mecklenburg-Vorpommern (4,5%) und Schleswig-Holstein (5,0%) heraus, auch Sachsen-Anhalt (5,6%) weist einen deutlich unterdurchschnittlichen Anteilswert auf. Der mit 9,2% deutlich überdurchschnittliche und mit Abstand höchste Anteil Versicherter mit einer ambulant dokumentierten COVID-19-Infektion ist hingegen in Hessen zu finden. Auch in Bremen (8,2%), Berlin (8,1%) und Nordrhein-

Tabelle 2.5.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

Versichertengruppen	Geschlecht	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Männer	7,7
	Frauen	10,0
	Gesamt	8,7
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	2,6
	Frauen	3,6
	Gesamt	3,0
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	4,1
	Frauen	5,9
	Gesamt	5,0
Familienangehörige	Männer	6,0
	Frauen	5,8
	Gesamt	5,9
Rentner	Männer	3,3
	Frauen	3,8
	Gesamt	3,5
BKK Versicherte insgesamt	Männer	6,6
	Frauen	7,7
	Gesamt	7,2

Tabelle 2.5.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2020)

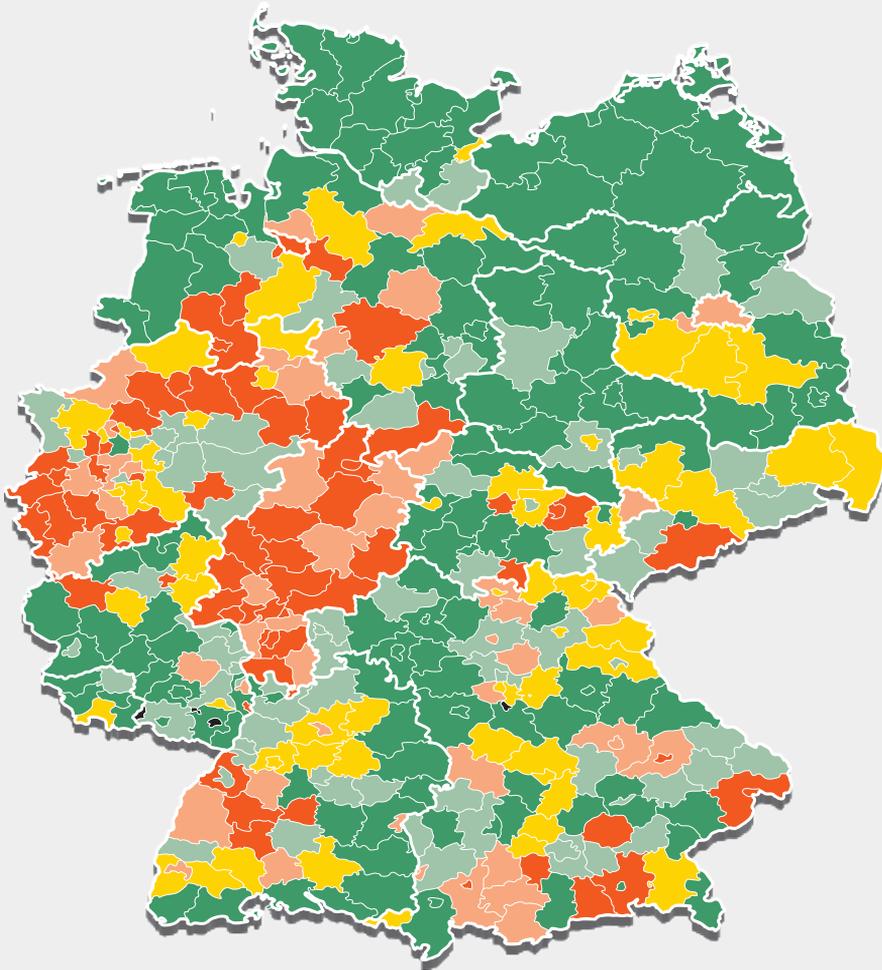
Bundesländer	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent
Baden-Württemberg	6,6
Bayern	6,8
Berlin	8,1
Brandenburg	6,2
Bremen	8,2
Hamburg	6,6
Hessen	9,2
Mecklenburg-Vorpommern	4,5
Niedersachsen	6,7
Nordrhein-Westfalen	8,0
Rheinland-Pfalz	6,1
Saarland	6,3
Sachsen	6,7
Sachsen-Anhalt	5,6
Schleswig-Holstein	5,0
Thüringen	7,0
Gesamt	7,2

Westfalen (8,0%) ist eine solche Diagnose überdurchschnittlich vielen Versicherten gestellt worden.

Auf Ebene der (Land-)Kreise (»» Diagramm 2.5.2) ist gut zu erkennen, dass gerade in den eher dünnbesiedelten Regionen wie in Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt sowie der niedersächsischen Küstenregion die Anteile Versicherter mit einer COVID-19-Diagnose relativ homogen unterdurchschnittlich sind. So ist auch der geringste Anteil Versicherter mit einer solchen Diagnose mit 2,7% im Kreis Nordfriesland (Schleswig-Holstein) zu verzeichnen, danach folgt der Kreis Aurich (3,0%) sowie die Stadt Wilhelmshaven (3,2%) (beide in Nord-Niedersachsen). In Hessen wiederum liegen für alle Kreise die Anteilswerte über dem Bundes-

durchschnitt, auch im Norden und Westen von Nordrhein-Westfalen sind die Anteilswerte häufig sehr hoch. In Nordrhein-Westfalen, aber auch in Baden-Württemberg, schwanken die Inanspruchnahmequoten aufgrund einer COVID-19-Diagnose wiederum besonders stark. So liegt der Spitzenwert mit 13,4% im nordrhein-westfälischen Kreis Heinsberg (in dem gerade zu Beginn der Pandemie ein sehr starker Infektionsausbruch zu beobachten war), danach folgen mit jeweils 12,4% der Kreis Rottweil in Baden-Württemberg vor dem hessischen Kreis Marburg-Biedenkopf. In der Ruhrgebietsstadt Essen hingegen ist bei nur 5,1% der Versicherten eine COVID-19-Diagnose gestellt worden, in Landkreis Schwäbisch Hall (Baden-Württemberg) waren es sogar nur 3,9%.

Diagramm 2.5.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2020)

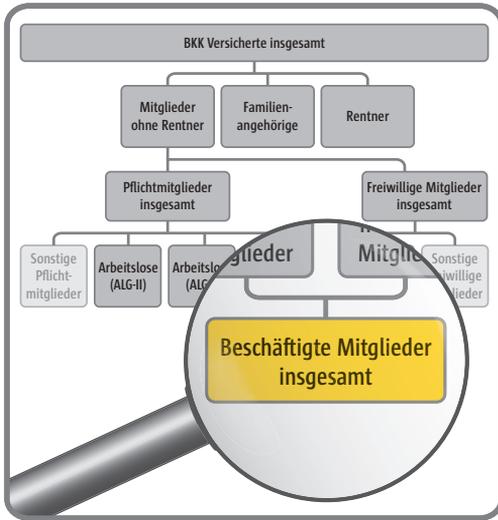


Prozentuale Abweichungen der Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose vom Bundesdurchschnitt (7,2%)

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

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

2.5.2 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen



- Beschäftigte sind mit einem Anteil von durchschnittlich 8,7%, die eine COVID-19-Diagnose bekommen haben, stärker betroffen als andere Versichertengruppen. Es ergeben sich für verschiedene arbeitsweltliche Merkmale teils deutliche Unterschiede in den Kennwerten.
- Dabei zeigt sich, dass Beschäftigte insbesondere in denjenigen Wirtschaftsgruppen in besonders hohen Anteilen einen COVID-19-Diagnose aufweisen, in denen viel mit Menschen gearbeitet wird und dabei ein direkter Kontakt oftmals nicht vermeidbar ist.
- Mit einem Anteil von 17,6% stechen Kindergärten und Vorschulen besonders heraus, aber auch (Zahn-)Arztpraxen sowie Alten- bzw. Pflegeheime weisen mit Anteilen von über 15% deutlich überdurchschnittliche Kennwerte auf.

Wie bereits erwähnt, sind die Anteile derer mit einer COVID-19-Diagnose bei den Beschäftigten höher als die anderer Versichertengruppen. Durchweg zeigt sich außerdem nur im Altersbereich zwischen 15 und 65 Jahren ein deutlicher Geschlechtseffekt, die Anteilswerte der Beschäftigten zwischen 20 und 64 Jahren sind dabei nur geringfügig höher als bei den Versicherten insgesamt (siehe ►► Diagramm 2.5.1). Hieraus lässt sich ein Einfluss der Tätigkeit und deren Umfeld zumindest erahnen, so dass nun nachfolgend ein genauerer Blick auch auf die Arbeitswelt geworfen wird.

Differenziert nach Wirtschaftsgruppen (►► Diagramm 2.5.3) zeigen sich starke Unterschiede hinsichtlich der ambulant erfassten COVID-19-Diagnosen. Es wird dabei deutlich, dass Beschäftigte insbesondere in denjenigen Wirtschaftsgruppen in besonders hohen Anteilen betroffen sind, in denen viel mit Menschen gearbeitet wird und dabei ein direkter Kontakt oftmals nicht vermeidbar ist. Dies gilt insbesondere für die Untergruppen des Wirtschaftsabschnitts Gesundheits- und Sozialwesen, wobei der höchste Anteil im Vergleich mit 15,4% bei den Beschäftigten in Heimen (ohne Erholungs- und Ferienheime) zu finden ist. Danach belegen das Gesundheitswesen (13,9%) sowie das Sozialwesen (ohne Heime) (12,4%) die nachfolgenden Plätze. Auch für die Beschäftigten in Erziehung und Unterricht (12,3%) ist eine COVID-19-Diagnose bei einem deutlich überdurchschnittlichen Anteil gestellt worden, wobei sich hier ein sehr deutlicher Geschlechtsunterschied zeigt: Für die Frauen war ein um fast +4 Prozentpunkte höherer Anteil mit einer COVID-19-Diagnose zu verzeichnen als bei den Männern. Hier spielt sicher auch eine Rolle, dass vor allem Frauen als Kindergärtnerinnen arbeiten, für welche das Infektionsrisiko hoch ist, da hier die Einhaltung der Hygienemaßnahmen für Kleinkinder eine besondere (und eventuell auch zu große) Herausforderung darstellt. Männer sind in dieser Wirtschaftsgruppe indes öfter in höheren, eher verwaltenden Positionen tätig. Den niedrigsten Anteilswert weisen hingegen die Beschäftigten im Bereich Landwirtschaft auf (4,1%). Auch die weiteren Wirtschaftsabteilungen, in denen weniger als der Durchschnitt eine COVID-19-Diagnose bekommen haben, sind vor allem dadurch geprägt, dass dort eher wenig mit Menschen gearbeitet wird bzw. der Kontakt (z.B. durch Homeoffice) oftmals vermeidbar ist, oder die Branchen sogar von längerfristigen Schließungen während der Lockdown-Phasen betroffen waren.

Eine weitere Differenzierung nach den Wirtschaftsabteilungen untergeordneten Wirtschaftsgruppen (►► Tabelle 2.5.3) offenbart die besonderen Schwerpunkte im Bereich Kindergärten und Vorschulen, (Zahn-)Arztpraxen sowie Alten- bzw. Pflegeheime: Mit 17,6% stechen dabei die Kindergärten und Vorschulen noch zusätzlich besonders heraus, aber auch die weiteren aufgezählten Wirtschaftsgruppen weisen mit Anteilen von über 15% deutlich überdurchschnittliche Kennwerte auf. Zudem ist bei den hier aufgeführten zehn höchsten Anteilswerten auffällig: Ausnahmslos alle stammen aus den schon zuvor genannten Wirtschaftsabschnitten Erziehung und Unterricht sowie Gesundheits- und

Diagramm 2.5.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Wirtschaftsabteilungen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

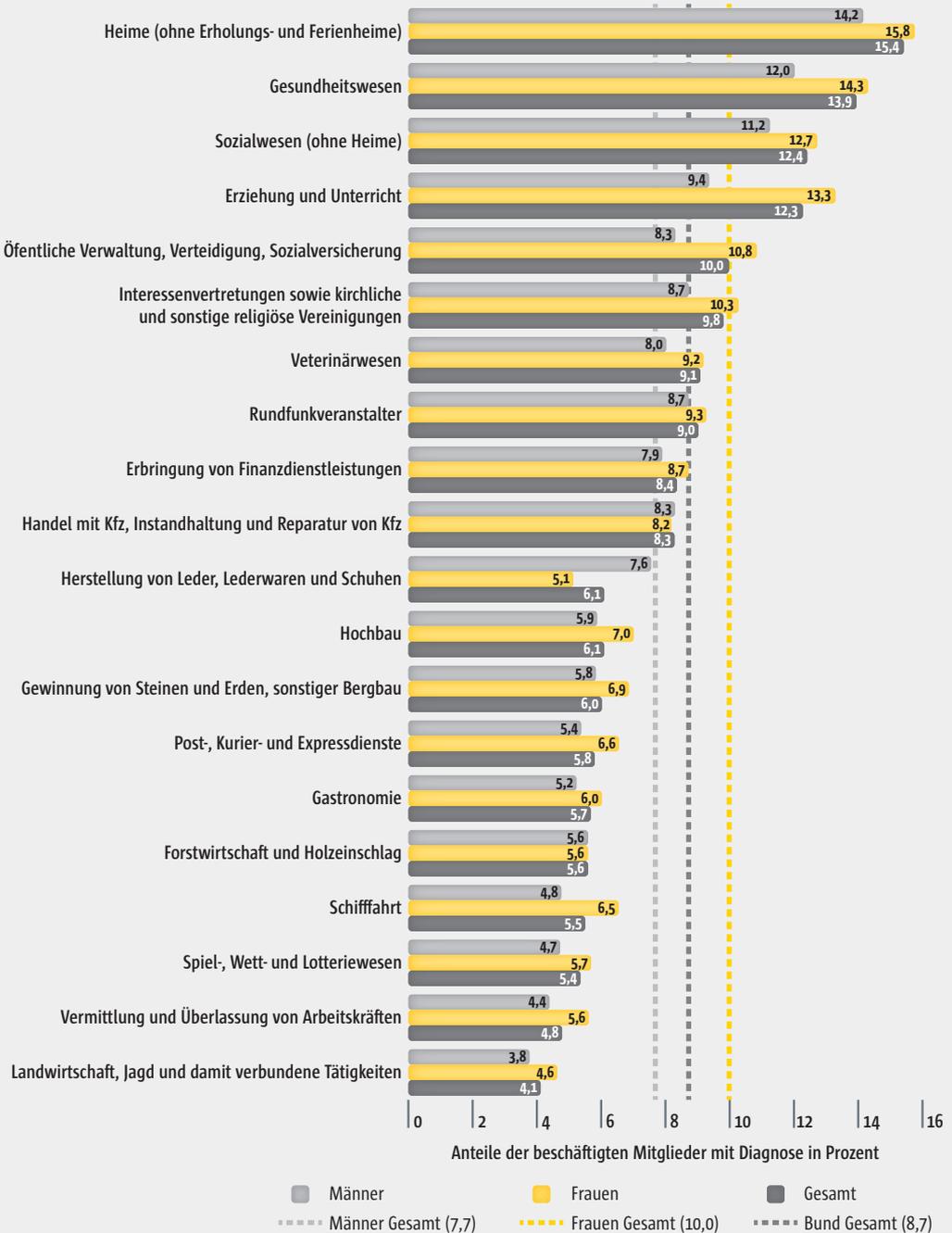


Tabelle 2.5.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) für die zehn Wirtschaftsgruppen mit den größten/geringsten Anteilen (Berichtsjahr 2020)

WZ2008-Code	Wirtschaftsgruppen	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
851	Kindergärten und Vorschulen	17,6
862	Arzt- und Zahnarztpraxen	16,2
873	Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime	15,8
871	Pflegeheime	15,4
861	Krankenhäuser	13,1
889	Sonstiges Sozialwesen (ohne Heime)	13,1
879	Sonstige Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	12,3
852	Grundschulen	11,8
869	Gesundheitswesen a.n.g.	11,5
881	Soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter	11,5
	Gesamt	8,7
782	Befristete Überlassung von Arbeitskräften	4,7
783	Sonstige Überlassung von Arbeitskräften	4,7
781	Vermittlung von Arbeitskräften	4,6
494	Güterbeförderung im Straßenverkehr, Umzugstransporte	4,6
24	Erbringung von Dienstleistungen für Forstwirtschaft und Holzeinschlag	4,3
11	Anbau einjähriger Pflanzen	4,1
14	Tierhaltung	3,8
102	Fischverarbeitung	3,7
15	Gemischte Landwirtschaft	3,6
12	Anbau mehrjähriger Pflanzen	2,4

Sozialwesen. Für diese sind nicht ohne Grund besondere Testverpflichtungen eingeführt worden, was allerdings sicher auch zu einem höheren Grad der Infektionsfeststellung als in anderen Wirtschaftsgruppen geführt hat, wodurch die hohen Kennwerte mit bedingt sein können. Bei denjenigen Wirtschaftsgruppen mit den geringsten Anteilen Beschäftigter mit einer COVID-19-Diagnose gehören hingegen vor allem jene aus dem Bereich der Landwirtschaft. Bei den Beschäftigten, die beim Anbau mehrjähriger Pflanzen beteiligt sind, waren es im aktuellen Berichtsjahr nur 2,4%, in der gemischten Landwirtschaft waren es 3,6%.

2.5.3 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Bei den Berufsgruppen zeigt sich ebenfalls, dass insbesondere bei denjenigen Tätigkeiten häufiger eine COVID-19-Diagnose gestellt wurde, die häufigen Kontakt zu Menschen haben: Dies sind vor allem Erziehungs- sowie Gesundheitsberufe.
- So sind die Beschäftigten in Erziehung, Sozialarbeit und Heilerziehungspflege bzw. in der Altenpflege (jeweils 16,1% mit einer COVID-19-Diagnose), sowie die Arzt- und Praxishilfen (16,0%) und die Beschäftigten in Human- und Zahnmedizin (15,7%) besonders stark betroffen.
- Hingegen nur geringe Anteile mit einer COVID-19-Diagnose sind bei Berufen in der Land-, Tier- und Forstwirtschaft, in Bauberufen bzw. in der Fahrzeugführung zu finden – also da, wo allein oder mit viel Abstand und oftmals im Freien gearbeitet wird.

Das Muster, wie es bei den Wirtschaftsgruppen beschrieben ist, findet sich auch bei den Berufsgruppen in ähnlicher Form. So sind in der Auflistung nach höchstem Anteil differenziert nach Berufshauptgruppen (▣) Diagramm 2.5.4) gerade diejenigen Berufe an der Spitze zu finden, die ein besonderes Infektionsrisiko aufgrund von direkten Kontakten mit Infizierten aufweisen (Gesundheitsberufe), oder bei denen häufiger Kontakt mit Menschen besteht, wobei Abstands- und Hygienemaßnahmen schwieriger einzuhalten sind (erzieherische Tätigkeiten). Entsprechend weisen diejenigen Beschäftigten in Erziehung sowie sozialen und hauswirtschaftlichen Berufen und Theologie mit 15,4% den höchsten Anteil mit einer COVID-19-Diagnose auf. Danach folgen die medizinischen (14,4%) sowie die nichtmedizinischen Gesundheitsberufe (13,4%).

Diagramm 2.5.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

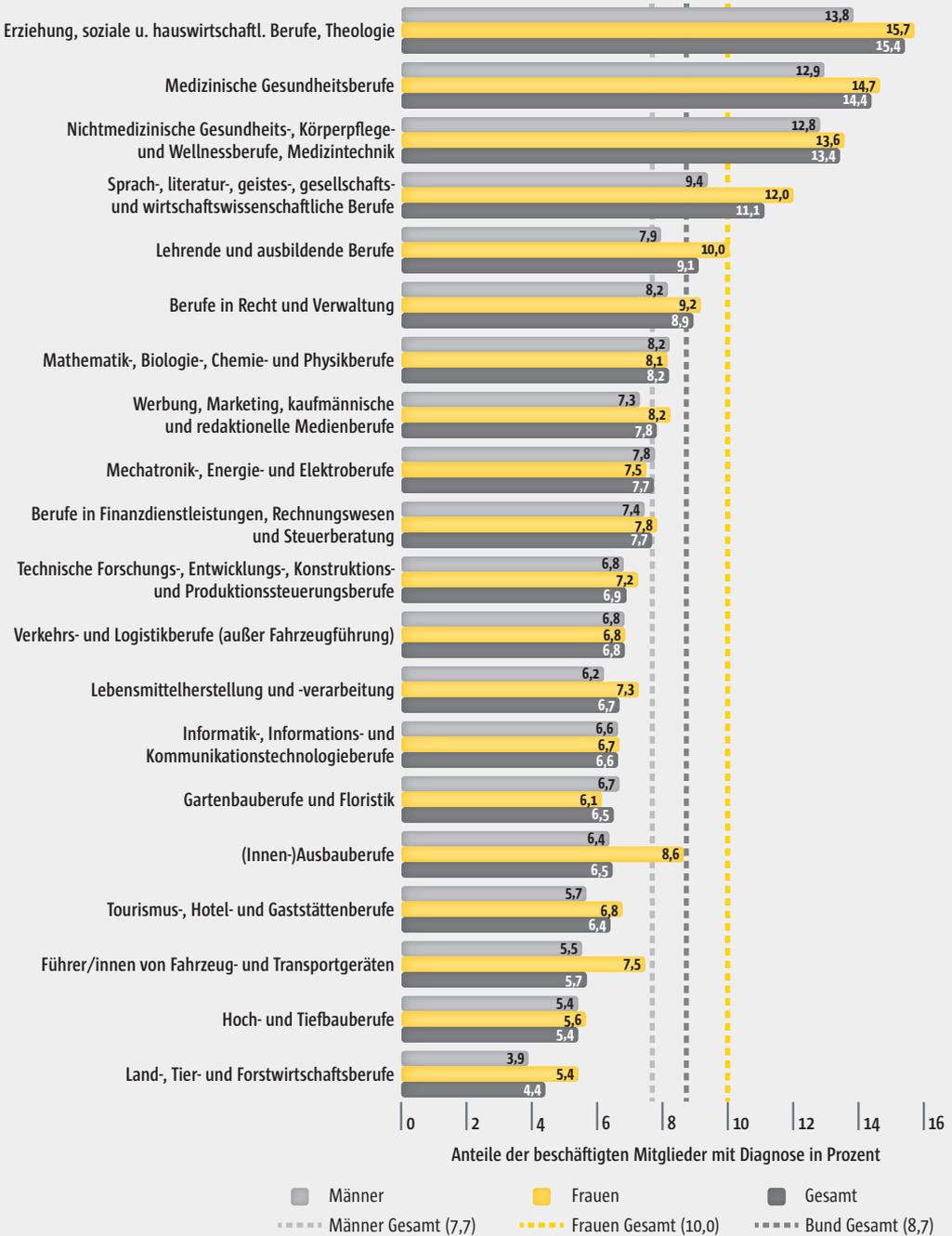


Tabelle 2.5.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) für die zehn Berufsgruppen mit den größten/geringsten Anteilen (Berichtsjahr 2020)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
831	Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	16,1
821	Altenpflege	16,1
811	Arzt- und Praxishilfe	16,0
814	Human- und Zahnmedizin	15,7
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	14,3
817	Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde	13,9
816	Psychologie und nicht ärztliche Psychotherapie	13,4
913	Gesellschaftswissenschaften	11,8
812	Medizinisches Laboratorium	10,8
841	Lehrtätigkeit an allgemeinbildenden Schulen	10,7
	Gesamt	8,7
122	Floristik	5,8
525	Bau- und Transportgeräteführung	5,8
511	Technischer Betrieb des Eisenbahn-, Luft- und Schiffsverkehrs	5,5
521	Fahrzeugführung im Straßenverkehr	5,5
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	5,2
321	Hochbau	5,0
113	Pferdewirtschaft	4,6
524	Fahrzeugführung im Schiffsverkehr	4,3
112	Tierwirtschaft	3,7
111	Landwirtschaft	3,4

Diese liegen deutlich – sowohl insgesamt, als auch getrennt nach Geschlecht – weit über dem Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten. Interessant ist dabei auch der Unterschied zwischen den Erziehungsberufen – worunter wesentlich die Tätigkeiten in Kindergärten, Vorschulen und Sonderpädagogischen Einrichtungen fallen – und den lehrenden und ausbildenden Berufen. Bei Letzteren sind die zu erziehenden Personen schon älter und können in der Regel die vorgegebenen Abstands- und Hygieneregeln einhalten. Entsprechend liegt der Anteil der Beschäftigten mit einer COVID-19-Diagnose bei den lehrenden und ausbildenden Berufen nur leicht über dem Gesamtdurchschnittswert. Die wenigsten Beschäftigten mit einer solchen Diagnose weisen wiederum die Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe auf: Hier liegt der Anteilswert bei 4,4%, gefolgt von den Hoch- und Tiefbauberufen mit 5,4% sowie den Führerinnen und Führern von Fahrzeug- und Transportgeräten (5,7%).

Wie schon zuvor ausgeführt wurde, dürfte auch ein nicht unerheblicher Faktor für eine Ansteckung mit SARS-COV-2 sein, ob häufig und eng mit Menschen gearbeitet wird und dabei der nahe Kontakt unvermeidbar ist. Dies zeigt sich wie erwartet besonders bei der Differenzierung der Berufsgruppen (III Tabelle 2.5.4), der zufolge die Beschäftigten in Erziehung, Sozialarbeit und Heilerziehungspflege zusammen mit denen der Altenpflege (beide jeweils mit einem Anteil mit einer COVID-19-Diagnose von 16,1%) an der Spitze der Reihenfolge nach Anteilswert stehen. Mit 16,0% fast genauso hoch ist der Anteil mit einer solchen Diagnose bei den Arzt- und Praxishilfen, auch die Beschäftigten in Human- und Zahnmedizin weisen mit 15,7% einen kaum geringeren Kennwert auf. Die mit 3,4% wenigsten Beschäftigten mit einer COVID-19-Diagnose sind wiederum in der Landwirtschaft zu finden, gleichermaßen liegen auch die Anteile in der Tier- bzw. Pferdewirtschaft bei weniger als 5%. Dies gilt darüber hinaus auch für diejenigen Beschäftigten, die Fahrzeuge im Schiffsverkehr führen.

2.5.4 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

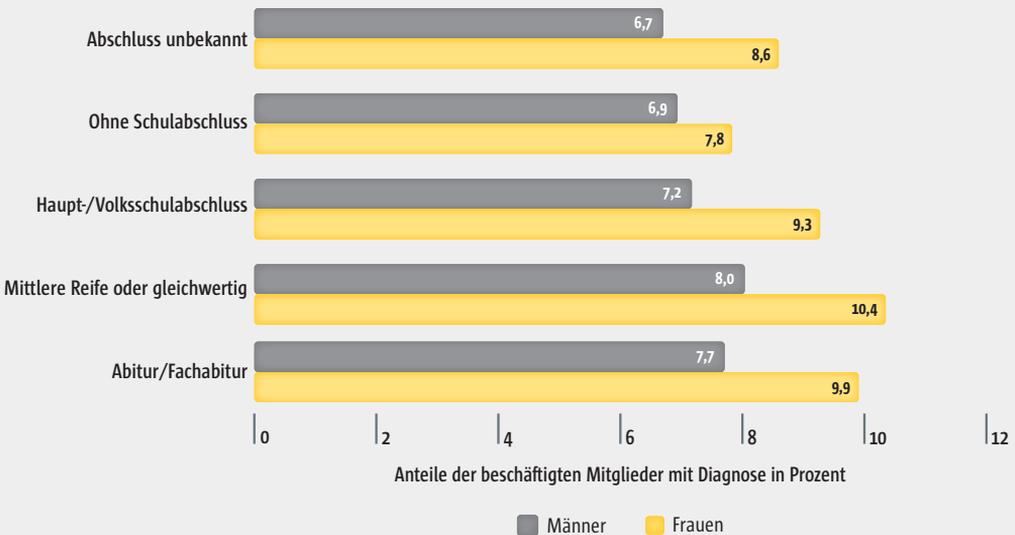
- Anders als bei der allgemeinen Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung zeigt sich bei den COVID-19-Diagnosen kein deutlicher Zusammenhang mit der Bildung. Zwischen unterschiedlichen Schul- oder Berufsabschlüssen und genauso zwischen verschiedenen Tätigkeitsniveaus variieren die Anteile Beschäftigter mit einer solchen Diagnose nur in geringem Maße.
- Der größte Unterschied besteht noch bei den in Arbeitnehmerüberlassung Tätigen: Für diese wurde deutlich seltener eine COVID-19-Diagnose gestellt.

Nach den Wirtschafts- und Berufsgruppen werden nun nachfolgend zusätzlich weitere Beschäftigungsmerkmale im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose näher betrachtet. Hierfür werden die Kennwerte differenziert nach höchstem Schul- bzw. Berufsabschluss, dem Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung, Vertragsformen sowie Beschäftigung mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung ausgewertet.

Höchster Schulabschluss

Wie das **▮▮▮** Diagramm 2.5.5 zeigt, sind die Unterschiede hinsichtlich der Anteile Beschäftigter mit einer COVID-19-Diagnose zum einen nur moderat ausgeprägt, zum anderen zeigt sich dabei kein eindeutiges Muster. Anders als im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (**▮▮▮** Diagramm 1.5.7) oder in der stationären Versorgung (**▮▮▮** Diagramm 3.5.6) nehmen die Kennwerte nicht mit höherem Schulabschluss ab, vielmehr sind die Anteile am höchsten bei denen, welche die mittlere Reife oder einen gleichwertigen Abschluss erlangt haben, gefolgt von denjenigen mit (Fach-)Abitur. Die Unterschiede in den Anteilswerten sind dabei aber nicht sehr groß, so scheint eine Infektion doch recht wenig beeinflusst von der Bildung der Betroffenen zu sein. Möglicherweise sind aber die gesundheitliche Konstitution und darüber hinaus die Möglichkeiten der Arbeitsgestaltung (Arbeit in Homeoffice) je nach Bildungsgrad so unterschiedlich, dass diese zu den genannten Unterschieden zwischen den Leistungssektoren beitragen. Auf der anderen Seite fallen – ähnlich wie bei der allgemeinen Inanspruchnahme ambulanten Versorgung (**▮▮▮** Diagramm 2.2.11) – diejenigen ohne einen Schulabschluss in ihren Anteilswerten etwas gegenüber dem Durchschnitt ab, was allerdings hierbei vor allem auf die weiblichen Beschäftigten zutrifft.

Diagramm 2.5.5 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



Höchster Berufsabschluss

Auch bei der Betrachtung nach höchstem beruflichen Ausbildungsabschluss (»» Diagramm 2.5.6) fällt auf, dass kein stringenter Zusammenhang dazu besteht, bei wie vielen Beschäftigten eine COVID-19-Diagnose gestellt worden ist. Insgesamt variieren die Kennwerte nicht sehr stark, ein Einfluss des Alters ist dabei nur in begrenztem Maße erkennbar. Zwar weisen die im Schnitt eher jungen Beschäftigten ohne beruflichen Ausbildungsabschluss – hierunter fallen auch Auszubildende – mit einem Anteil von 10,3% bei den Frauen sowie 8,7% bei den Männern jeweils die höchsten Werte in diesem Vergleich auf. Die Anteilswerte der im Durchschnitt sogar noch geringfügig jüngeren Beschäftigten mit einem Bachelorabschluss liegen hingegen unter dem Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten. Die sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen älteste Gruppe der Meister oder Techniker (bzw. mit einem dazu gleichwertigen Abschluss) weisen wiederum konform zur Altersverteilung relativ niedrige Anteile mit einer COVID-19-Diagnose auf. Niedriger sind allerdings noch die Anteilswerte derjenigen, für die der Abschluss unbekannt ist. Wobei anzumerken ist, dass diese Beschäftigtengruppe auch bei der allgemeinen

Inanspruchnahme von ambulanter Versorgung relativ geringe Anteile aufweist (»» Diagramm 2.2.13).

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

Auch bei den ambulant gestellten COVID-19-Diagnosen differenziert nach Tätigkeitsniveau (»» Diagramm 2.5.7) zeigt sich keine besonders große Varianz, wenn man diese jeweils für die Geschlechter separat betrachtet. Die höchsten Anteile sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern weisen diejenigen auf, die fachlich ausgerichtete Tätigkeiten ausführen. Während von den Frauen, die solche Tätigkeiten ausführen, 10,1% eine COVID-19-Diagnose gestellt bekommen haben, waren es bei den Männern 7,9%. Wie schon bei der allgemeinen Inanspruchnahmequote (»» Tabelle 2.4.2) weisen auch bei den COVID-19-Diagnosen die männlichen Helfer bzw. Angeleiterten den geringsten Anteilswert auf (6,5%). Von den weiblichen Beschäftigten, die Helfer-/Anlernertätigkeiten verrichten, haben hingegen 8,9% eine COVID-19-Diagnose bekommen. Dies mag vor dem Hintergrund, dass gerade Letztgenannte mit einem Durchschnittsalter von über 46 Jahren überdurchschnittlich alt sind und außerdem diese

Diagramm 2.5.6 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

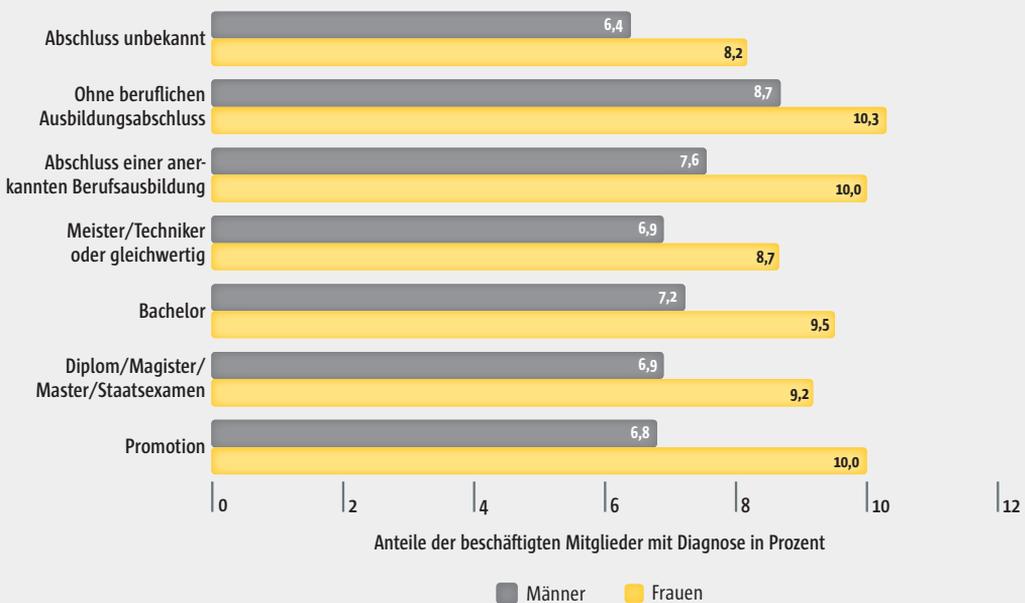
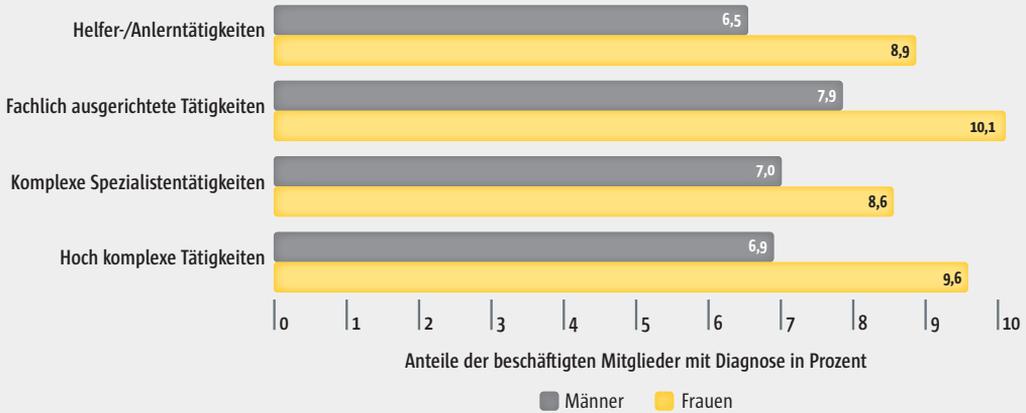


Diagramm 2.5.7 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



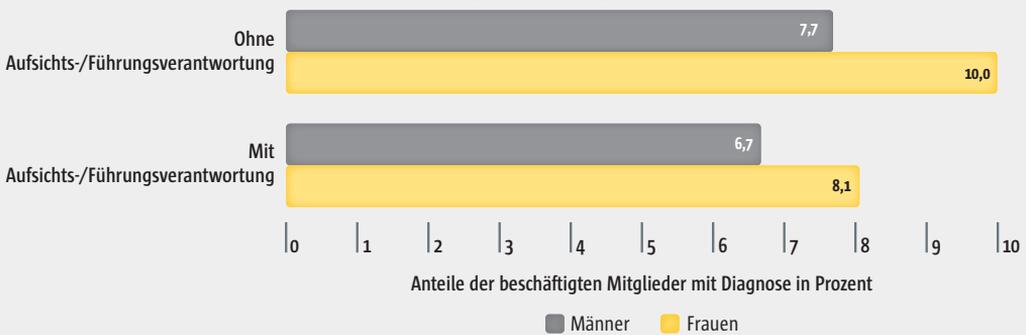
allgemein in geringeren Anteilen die ambulante Versorgung in Anspruch nehmen, noch als relativ hoch erscheinen. Allerdings sind unter den weiblichen Beschäftigten mit Helfer-/Anlerntätigkeiten fast ein Viertel als Hilfskräfte in den Bereichen Kranken- bzw. Altenpflege sowie Erziehung tätig, bei denen der Anteil mit einer COVID-19-Diagnose größer ist.

Aufsichts- und Führungsverantwortung

Beschäftigte mit Aufsichts- oder Führungsverantwortung haben in geringeren Teilen eine COVID-19-Diagnose gestellt bekommen als diejenigen ohne eine solche Funktion (» Diagramm 2.5.8). Dies gilt

insbesondere für die Frauen, bei denen die Differenz zwischen denen mit Aufsichts- oder Führungsverantwortung gegenüber jenen ohne eine solche Position -1,9 Prozentpunkte beträgt. Mit 10,0% sind es entsprechend die weiblichen Beschäftigten ohne Aufsichts- oder Führungsverantwortung, die den höchsten Anteilswert in diesem Vergleich aufweisen. Männliche Aufsichts- bzw. Führungskräfte - mit einem Durchschnittsalter von 47,5 Jahren die deutlich Ältesten in diesem Vergleich - bekommen nur zu 6,7% eine COVID-19-Diagnose gestellt. Dieses Bild deckt sich wiederum mit den AU-Kennzahlen (» Diagramm 1.5.17), entsprechend ihres höheren Durchschnittsalters sind allerdings in der stationären Versorgung (» Diagramm 3.5.9) die meisten Behandlungsfälle und -tage bei den

Diagramm 2.5.8 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



männlichen Aufsichts- bzw. Führungskräften zu verzeichnen.

Vertragsformen

Nachfolgend wird unterteilt nach Umfang (Teilzeit/Vollzeit) und Befristung (befristet/unbefristet) des Anstellungsverhältnisses überprüft, ob es deutliche Unterschiede hinsichtlich der Anteile mit einer COVID-19-Diagnose gibt (»» Diagramm 2.5.9). Dabei weisen die unbefristet in Vollzeit beschäftigten Frauen bzw. die befristet in Teilzeit beschäftigten Männer jeweils die geringsten Anteile Beschäftigter mit einer solchen Diagnose auf. Außerdem ist hierbei auffällig, dass bei den Beschäftigten in Teilzeit jeweils die Geschlechtsunterschiede im Vergleich zu den Vollzeitbeschäftigten deutlich ausgeprägter sind (mindestens +3 Prozentpunkte mehr bei den Frauen im Vergleich zu den Männern). Vermutlich hängt dies auch damit zusammen, dass nach wie vor mehrheitlich die (beschäftigten) Frauen auch deshalb in Teilzeit arbeiten, um sich um Kinder und/oder pflegebedürftige Angehörige zu kümmern, was wiederum ein höheres Infektionsrisiko bedeuten kann. Zudem sind auch gerade viele der befristet in Teilzeit arbeitenden Frauen in der Kinderbetreuung (23% gehören zur Berufsgruppe Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie). Die befristet in Vollzeit Tätigen weisen wiederum die höchsten Anteilswerte auf, was auch mit dem niedrigen

Durchschnittsalter zusammenhängt, da in dieser Gruppe auch die Auszubildenden inkludiert sind. Das beschriebene Muster findet sich entsprechend auch in den AU-Kennzahlen wieder (»» Diagramm 1.5.18).

Arbeitnehmerüberlassung

Die in Arbeitnehmerüberlassung Tätigen nehmen in der Regel generell in deutlich geringeren Anteilen ambulante Versorgung in Anspruch, auch sind für diese Beschäftigtengruppe deutlich weniger spezielle Untersuchungen und Abklärungen dokumentiert (»» Kapitel 2.4.3). Auch hinsichtlich einer COVID-19-Diagnose haben die Leih- und Zeitarbeiter in deutlich geringeren Anteilen eine solche gestellt bekommen (»» Diagramm 2.5.10). Dies gilt für beide Geschlechter, jeweils sind die Anteilswerte derjenigen mit einer Arbeitnehmerüberlassung um mehr als -3 Prozentpunkte geringer als bei denen ohne Arbeitnehmerüberlassung. Dies ist zudem gegenläufig zum Zusammenhang mit dem Alter, da die Leih- und Zeitarbeiter durchschnittlich jünger sind als die regulär Beschäftigten. Dieses Muster findet sich allerdings nicht in geringeren Fallzahlen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen wieder (»» Diagramm 1.5.19), was darauf hindeuten könnte, dass die Leih- und Zeitarbeiter weniger Routinetests unterzogen wurden und dadurch weniger symptomlose Personen in die Statistiken eingeflossen sind.

Diagramm 2.5.9 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

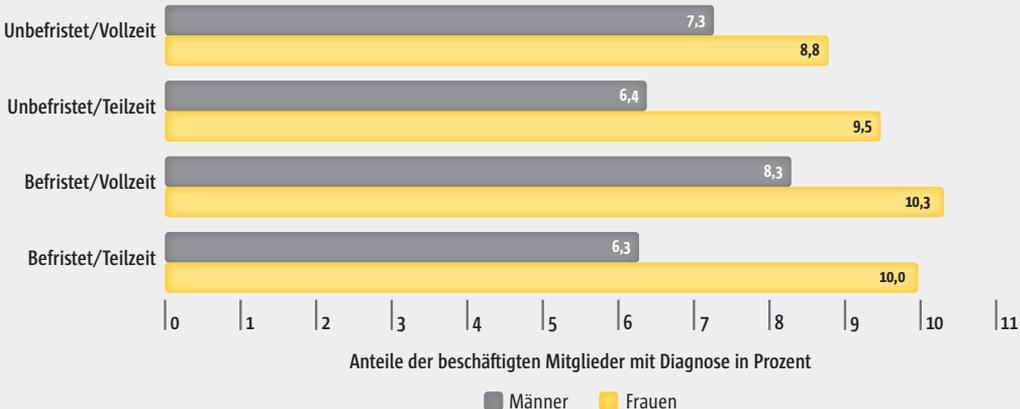
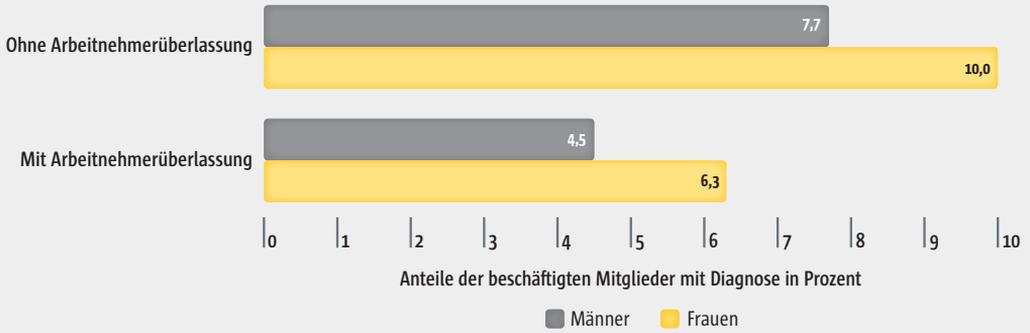


Diagramm 2.5.10 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



2.6 Zusammenfassung und Ausblick

Die ambulante Versorgung spiegelt in wesentlichen Teilen das alltägliche Krankheitsgeschehen wider, d.h. es sind darin all jene medizinischen Versorgungsleistungen wiederzufinden, die nicht aufgrund ihrer Schwere im Krankenhaus erfolgen müssen. Darüber hinaus werden aber auch in erheblichem Maße nicht krankheitsbedingte Vorsorgemaßnahmen wie z.B. Impfungen, allgemeine Untersuchungen genauso wie die Nachsorge nach stationärem Aufenthalt abgebildet. Entsprechend sind die weitaus meisten Versicherten – im Schnitt 9 von 10 – innerhalb eines Jahres mindestens einmal in ambulanter Behandlung gewesen. Bei den dabei am meisten vergebenen Diagnosen handelt es sich um als Zusatzinformationen erfasste Faktoren, die Einfluss auf den Gesundheitszustand haben und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen – worunter u.a. allgemeine Untersuchungen und Vorsorgemaßnahmen und speziell im aktuellen Berichtsjahr Laboruntersuchungen gezählt werden. Aber auch wegen Muskel-Skelett- und Atmungssystem-Erkrankungen ist fast jeder zweite Versicherte mindestens einmal im Jahr in ambulanter Behandlung gewesen.

Auch bei der Gruppe der beschäftigten Mitglieder ist das allgemeine Krankheitsgeschehen in der ambulanten Versorgung von diesen beiden Erkrankungsarten geprägt. Für viele Erkrankungen werden mit zunehmendem Alter die Anteile größer, die deswegen in ambulanter Behandlung waren. Bei vielen Erkrankungsarten sind zudem die Anteilswerte bei den Frauen höher im Vergleich zu den Männern dies gilt vor allem für Urogenital-Erkrankungen sowie Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, aber auch für psychische Störungen. Es zeigt sich zudem in der „Routineversorgung“, dass auch aufgrund verschiedener arbeitsweltlicher Merkmale (z.B. aufgrund der Zugehörigkeit zu bestimmten Wirtschafts- und Berufsgruppen) Unterschiede im Diagnosegeschehen bestehen, die nicht (oder nicht allein) anhand der Alters- und Geschlechtsstruktur der jeweiligen Be-

schäftigtengruppe erklärt werden können. So fallen in der ambulanten Versorgung besonders die Beschäftigten in Helfer- bzw. Anlern Tätigkeiten (genauso wie Beschäftigte ohne einen Schul- bzw. Berufsabschluss) auf, die teils deutlich weniger als andere Beschäftigte in Behandlung gewesen sind. Auch nehmen Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung in geringeren Anteilen ambulante Versorgung in Anspruch. Hierbei spielen sicher auch Unterschiede im Gesundheitsverhalten eine Rolle, die Auswirkungen auf die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen haben können: So ist die subjektiv wahrgenommene Gesundheit bei Personen mit niedrigerem Sozialstatus im Durchschnitt schlechter, zudem sind gesundheitsschädliche Verhaltensweisen (Rauchen, Bewegungsmangel etc.) bei diesen verbreiteter, während gleichzeitig Präventionsmaßnahmen seltener in Anspruch genommen werden. Ebenso kann das Arbeiten unter Unsicherheit (Leih- und Zeitarbeit, Befristung, nach Arbeitslosigkeitserfahrung etc.) ein anderes Inanspruchnahmeverhalten bewirken, wie etwa trotz Krankheit zur Arbeit zu erscheinen (Präsentismus), oder Vorsorgeuntersuchungen gar nicht erst wahrzunehmen.

Die Coronavirus-Pandemie stellte zusammen mit dem gesamten Gesundheitssystem auch die ambulante Versorgung vor besondere Herausforderungen. Im ersten Jahr der Coronavirus-Pandemie ist bei 7,2% der

5 siehe u.a.:

- Robert Koch-Institut (Hrsg.). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, 2014
- Lampert, Kroll LE, von der Lippe E, Müters S, Stolzenberg H. Sozio-ökonomischer Status und Gesundheit – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 814–821
- Altenhöner T, Philipp M, Böcken J. Gesundheitsverhalten und Änderungen im Gesundheitsverhalten – welche Relevanz haben Bildung und Schicht? Gesundheitswesen 2014; 76: 19–25

Versicherten eine COVID-19-Diagnose dokumentiert worden, was als Versorgungsaufgabe für den ambulanten Sektor sicherlich nicht zu unterschätzen ist, allerdings an sich auch keinen bestimmenden Faktor für diese darstellt (wobei hingegen die begleitenden Umstände mit Abstands- und Hygienemaßnahmen etc. den Alltag in den Praxen sehr wohl enorm verändert haben!). Dabei zeigt sich, dass das Infektionsgeschehen relativ eng mit der Gruppe der Beschäftigten und deren ausgeübten Tätigkeiten verbunden ist. So sind insbesondere Beschäftigte in denjenigen Wirtschafts- bzw. Berufsgruppen in besonders hohen Anteilen betroffen gewesen, in denen viel mit Menschen gearbeitet wird und dabei ein direkter Kontakt oftmals nicht vermeidbar ist. Dies gilt zum einen insbesondere für Pflegekräfte in Heimen aber auch in Gesundheitseinrichtungen, zum anderen betrifft dies auch jene, die mit kleinen Kindern Umgang haben, z. B. in Kindergärten und Vorschulen. Diese Beschäftigtengruppen wurden sicherlich auch häufiger getestet als andere, was aber gerade in Hinblick auf den Schutz vulnerabler Gruppen und dem Versuch, „Superspreading Events“ zu vermeiden, seine Berechtigung hat. Durch die häufigeren Tests sind die in diesem Kapitel dargestellten Infektionsraten sicherlich zumindest beeinflusst, allerdings zeigen auch die Arbeitsunfähigkeitsmeldungen ein dementsprechen-

des Bild was wiederum verdeutlicht, dass auch die Betroffenheit von COVID-19-Symptomen (woran die AU-Meldung gebunden ist; siehe **III** Kapitel 1.5) mit diesen besonderen Tätigkeitsmerkmalen zusammenhängt. Es ist schließlich nicht davon auszugehen, dass das Auftreten von Symptomen wiederum von der Tätigkeit beeinflusst ist, so dass die unterschiedlichen AU-Fallzahlen genauso wie die unterschiedlichen Anteilswerte in der ambulanten Versorgung nicht allein auf unterschiedliche Testhäufigkeiten zurückzuführen sind. Insgesamt hat sich allerdings durch die Coronavirus-Pandemie gezeigt, dass in Hinblick auf die Generierung von Erkenntnissen möglichst schnell möglichst aussagekräftige Daten benötigt werden. Bisherig etablierte Datenquellen waren dafür nicht immer ausreichend. Daten aus der ambulanten Versorgung könnten hierzu allerdings zukünftig als Ergänzung gedacht werden. Allerdings sind derzeit die für die Abrechnung erstellten Dokumentationen nicht auf epidemiologische Analysen und Versorgungsforschung ausgerichtet. Die ab 2022 vorgesehenen Kodierunterstützungen⁶ für die Diagnose-dokumentation führen in die richtige Richtung, um präzisere Daten zu erhalten. Die digitale Transformation des Gesundheitswesens und damit auch des ambulanten Sektors kann darüber hinaus noch weitere Möglichkeiten eröffnen.

⁶ Entwickelt durch die KBV entsprechend § 295 Absatz 4 SGB V, in Umsetzung in den Praxisverwaltungssystemen zum 1. Januar 2022.

Schwerpunkt Wissenschaft



Gesundes hybrides Arbeiten im New Normal

Claudia Ricci, Alexander Piele und Christian Piele

Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO, Stuttgart

Flexibilisierung von Arbeitszeit und -ort – der pandemiebedingte Umbruch

Die Flexibilisierung von Arbeitsort und -zeit hat durch die Corona-Pandemie eine bedeutende und notwendige Ausweitung erreicht. Als Maßnahme zur Bekämpfung der Pandemie und Aufrechterhaltung der wirtschaftlichen Funktionsfähigkeit wurde die Arbeit im Homeoffice für viele Beschäftigte ermöglicht. Insbesondere das begleitende Home-schooling und die Betreuung noch jüngerer Kinder (Vorschulalter etc.) brachte veränderte Aufgaben für viele Eltern, zu deren Bewältigung mehr Flexibilität bei den Arbeitszeiten notwendig wurde. Was aber bleibt davon nach der Corona-Pandemie? Der Wunsch zur Erhaltung eines hohen Grades an örtlicher Flexibilität wurde durch eine Vielzahl von unternehmensinternen und unternehmensübergreifenden Befragungen bestätigt. Eine bevölkerungsrepräsentative Zufallsstichprobe der Initiative D21 kommt zu dem Ergebnis, dass „ein Drittel gerne ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Präsenzzeit im Unternehmen und mobilem Arbeiten [hätte]. [...] Etwas mehr als ein Drittel möchte weniger als die Hälfte der Arbeitszeit mobil verbringen. Nur zehn Prozent möchten fast ausschließlich in Präsenz arbeiten. Vornehmlich in den eigenen Wohnräumen oder an anderen Orten außerhalb des Unternehmens zu arbeiten, kommt ebenfalls nur für eine Minderheit infrage. Über die Hälfte (53 Prozent) derjenigen, die mit der Corona-Pandemie erstmalig mobiles Arbeiten nutzten oder zu einem größeren Anteil als zuvor so arbeiteten, möchte das auch nach der Pandemie öfter tun“ [1:45–46]. Die Ausprägung dieses Wunsches wird von einer Vielzahl von Faktoren bestimmt. Hierunter sind familiäre, aber auch andere private Bedürfnisse zu fassen. Darüber hinaus bestimmen aber auch die tätigkeitsbedingten Möglichkeiten und betrieblichen Anforderungen und Rahmenbedingungen diese Wünsche indirekt.

Dieser Wunsch bleibt unternehmensseitig auch nicht ungehört, zudem haben Arbeitgeber längst die Vorteile flexiblen Arbeitens für ihr Unternehmen erkannt. Studien des Fraunhofer IAO und der DGfP zeigen, dass viele Unternehmen auf diese gesteigerte Nachfrage reagieren und ihr Angebot hinsichtlich Homeoffice ausweiten möchten; so bestätigten Ende 2020 über 70 Prozent von 236 befragten Unternehmen, dass sie ihr Angebot, im Homeoffice oder mobil zu arbeiten, erweitern möchten [2].

Diese Meinung hat sich zunehmend manifestiert, denn zu Beginn der Pandemie (im Mai 2020) waren 44 Prozent in der damaligen Fraunhofer IAO-DGfP-Studie noch unschlüssig, was den künftigen Ausbau mobiler Arbeit betraf [3].

Unbestritten ist, dass flexible Arbeitsformen nicht für alle Beschäftigte im gleichen Maße zugänglich sind. So bilden arbeitsorganisatorische und tätigkeitsimmanente Rahmenbedingungen für einen deutlichen Teil der Beschäftigten klare Restriktionen. Man denke hierbei nur an die Beschäftigten in der Produktion, im Einzelhandel oder in den personennahen Dienstleistungen. Im Folgenden stehen daher die Bürobeschäftigten ohne derartige Restriktionen im Fokus der Betrachtung.

Ein guter Mix aus Büro und Homeoffice – hybride Arbeit vereint die Stärken beider Welten

Viele Ergebnisse zeigen, dass das durchschnittliche Wunschbild der Beschäftigten kein vollständiges Arbeiten von zuhause ist, ebenso wenig kann dies als typischer arbeitgeberseitiger Wunsch angesehen werden [1].

Zeigt doch ein sehr ausgeprägtes Arbeiten im Homeoffice in der Pandemiezeit auch einige Schwächen der örtlich getrennten Zusammenarbeit auf. So etwa bei der Kommunikation, oder auch beim kreativen Arbeiten: „Fragt man nach den Gründen derer, die keine Ausweitung [von Homeoffice bzw. mobiler

Arbeit nach der Corona-Pandemie] planen, wird vor allem die Befürchtung genannt, mit der Arbeit über Distanz nur unzureichend kreative Leistungen erbringen zu können (16,7 Prozent gaben dies an, Mehrfachangaben waren möglich)“ [2:45-46]. Ein gut balancierter Mix aus Virtualität und persönlicher Begegnung ist für viele Beschäftigte elementar. Die Zukunft wird aller Voraussicht nach hybrid gestaltet sein, d. h. aus einer Mischung aus Büro/Präsenz und Homeoffice bestehen. Die große Frage wird hierbei sein, wie dabei eine optimale, vorteilhafte und gesunde Mischung erreicht werden kann. Auch die Gestaltung der Bürogebäude ist an die Frage nach dem Mischungsverhältnis zwischen Büro und Homeoffice gekoppelt. Denn je mehr virtuell und ortsflexibel gearbeitet wird, desto mehr muss das Büro ein Ort sein, in dem auch informell und kreativ kommuniziert und zusammengearbeitet wird. Eine attraktive und kommunikationsförderliche Arbeitsatmosphäre kann gerade den persönlichen Austausch gezielt fördern und damit einer sozialen Isolation und einer schwindenden Unternehmenskultur entgegenwirken sowie die Identität und Unternehmensbindung wahren. Umso wichtiger ist somit die Umwidmung von Teil-Büroflächen in Zonen zur (in)formellen Kommunikation. Dies ist zudem auch ein Beitrag zur gesunden Arbeitsgestaltung, denn Gemeinschaftsgefühl und Vertrautheit durch persönliche Begegnung und Kommunikation sind durchaus wesentliche Beiträge zur Befriedigung sozialer Bedürfnisse und damit zu einer entspannteren Arbeitsatmosphäre [4]. Ergänzend kann für die hybride Arbeit auch ein tägliches virtuelles und kurzes „Daily-Stand-Up-Meeting“ für den Austausch von aktuellen Informationen sinnvoll sein.

Führung, Selbstorganisation und Vertrauen als wichtige Stellhebel einer gelungenen Flexibilisierung

Neben den Genannten sind aber auch andere Rahmenbedingungen besonders entscheidend, so auch Initiative D21-Präsident Hannes Schwaderer: „Die Erfahrungen der Berufstätigen im Corona-Jahr 2020 zeigen, dass die Barrieren für Homeoffice in der Vergangenheit weniger in der Hardware lagen als in den Köpfen vieler Führungskräfte“ [1].

Es ist deshalb entscheidend für den Erfolg ortflexibler Arbeit, dass eine digitale(re) vertrauensorientierte Arbeitskultur entsteht und sich Organisationen von der möglicherweise noch bestehenden Präsenzkultur weg entwickeln. Hierzu gehört, dass Mitarbeitende mehr selbstorganisiert arbeiten und Führungskräfte neue Kompetenzen erschließen und die

eigene Rolle in „virtueller Führung“ weiterentwickeln müssen. Die Führungskräfte müssen dabei mehr als je zuvor als Berater, Coach und Sparringspartner bei Problemen auftreten. Im neuen Normal in dem die Mitarbeitenden ergebnisorientiert geführt werden, ist es essenziell, den Mitarbeitenden Vertrauen entgegenzubringen und ihnen Autonomie bzw. Gestaltungsspielraum zu ermöglichen. Zu den als wichtig erachteten Kernkompetenzen der Führung im New Normal zählen u. a. Vertrauen, Kommunikationsfähigkeit, Empathie und Delegationsfähigkeit (» Abbildung 1). Diese Kompetenzen gilt es zu pflegen und weiterzuentwickeln, um eine erfolgreiche Transition ins New Normal hinzubekommen [23].

Fehlt dieses Vertrauen als entscheidende Basis, so sind die Konsequenzen durchaus bedeutend. In der IG Metall-Beschäftigtenbefragung 2017 gaben 30 Prozent der Teilnehmenden an, Angst zu haben, (noch) mehr leisten zu müssen, wenn sie mobil arbeiten, weil ihre Arbeitsleistung nicht wahrgenommen wird [5:28]. Hieraus entsteht ein entsprechend gefühlter Druck, stets Ergebnisse vorzuweisen, die zumindest der vertraglich vereinbarten Arbeitsleistung entsprechen.



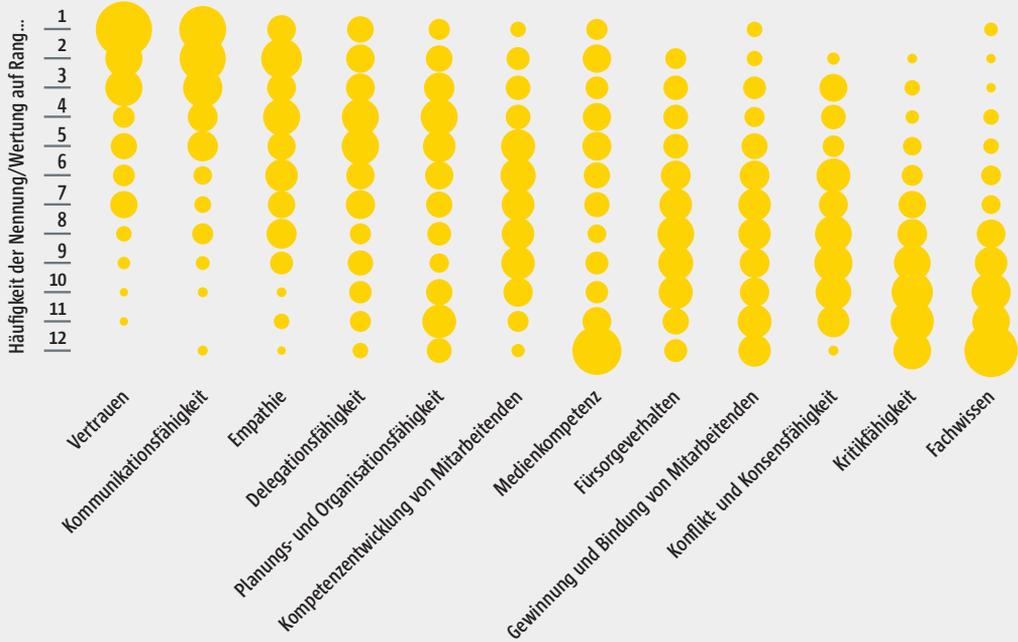
Ein gefühlter stetiger psychischer Ergebnisdruck durch die Arbeit im Homeoffice ist entsprechende Folge, wenn die notwendige Kultur des Vertrauens fehlt. Dieser Faktor sollte nicht unterschätzt werden und ist bei dessen Fehlen eine der größten Herausforderungen im Unternehmen auf dem Weg zu einer gesunden hybriden Arbeit.

Auswirkungen der Flexibilisierung auf die Gesundheit: ein heterogenes Bild

Die Flexibilisierung von Arbeitsort und -zeit in der hybriden Arbeitswelt schafft neue Möglichkeiten und Muster der Arbeitsorganisation und insbesondere der Arbeitszeitverteilung, die sich wiederum unterschiedlich auf die körperliche, mentale und soziale Gesundheit der Beschäftigten auswirken [6]. Aus der Analyse verschiedener Studien zum Zusammenhang zwischen flexiblen Arbeitsformen und Gesundheit ergibt sich ein heterogenes Bild, wobei flexible Arbeitsformen sowohl gesundheitsförderlich als auch gesundheitsschädlich wirken können. Während zum Beispiel das Verschwimmen von Berufs- und Privatleben zu den wichtigsten belastenden Faktoren zählt, steht die Möglichkeit, auf die Gestaltung der eigenen Arbeit Einfluss zu nehmen,

Abbildung 1 Kernkompetenzen von Führung im New Normal (Studie „Arbeiten in der Corona-Pandemie – Führung im neuen Normal“; Bewertung durch HR-Verantwortliche [n = 298], sortiert nach gemitteltem Rangplatz von links nach rechts absteigend)

Bitte bringen Sie die nachfolgenden Kompetenzen der Führungskräfte in die Reihenfolge ihrer Bedeutung, die Sie Ihrer Meinung nach in Ihrem Unternehmen im New Normal (nach Corona) haben werden?



mit einem besseren allgemeinen Gesundheitszustand in Zusammenhang [7,8].

Diese Ambivalenz ist verstärkt in der aktuellen pandemiebedingten Homeoffice-Sondersituation zu beobachten. Das Corona bedingte Homeoffice wird zum Teil als Entlastung empfunden – insbesondere im Sinne von weniger Stress und einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Gleichzeitig wird der Kontakt zu Kolleg:innen durch die Virtualisierung erschwert. Darunter leidet vor allem die soziale und psychische Gesundheit in Form von Einsamkeit und sozialer Isolation [9].

Gesundheitskritische Faktoren in der Hybridität

Ob die räumliche und zeitliche Flexibilisierung eher zur Entlastung oder zur zusätzlichen Belastung für die Beschäftigten wird, hängt zum großen Teil mit der Gestaltung und der Organisation der Arbeit in der Flexibilität zusammen.

Zu den zentralen gesundheitskritischen Faktoren in einer flexibilisierten Arbeitswelt zählen die Arbeitsintensivierung und -extensivierung, ergonomische und körperliche Belastungen sowie der fehlende Kontakt zu Kolleg:innen und Vorgesetzten.

Arbeitsintensivierung und -extensivierung

Die Bezeichnung Arbeitsintensivierung oder -verdichtung beschreibt eine Zunahme der geleisteten qualitativen oder quantitativen Anstrengung über die Arbeitszeit, d.h. mehrere oder komplexere Arbeitsaufgaben werden in gleicher Zeit und mit einem höheren Arbeitstempo durchgeführt [10, 11].

Die Arbeitsextensivierung beschreibt eine weitere, oftmals komplementäre Strategie für den Umgang mit größeren Arbeitsmengen oder komplexeren Arbeitsanforderungen: Wenn die Arbeit in der vertraglichen Arbeitszeit nicht bewältigt werden kann, kommt es häufiger zu einer selbst auferlegten Ausweitung der Arbeitszeit über die betrieblichen

oder gesetzlichen Arbeitszeitgrenzen hinaus, z. B. in Form von Wochenendarbeit [12, 6].

Empirische Studien und Paneldaten zeigen bereits seit einigen Jahren eine Entwicklung hin zu mehr Arbeitszeitintensivierung und -extensivierung [13, 14]. Die Pandemie dürfte jedoch diesen Trend verstärkt haben. In der gegenwärtigen, Corona-geprägten Arbeitssituation zeigt sich das Phänomen der Arbeitsverdichtung z. B. in der Anzahl der Videokonferenzen, die im Laufe eines Arbeitstages dicht aneinander- oder sogar parallel- stattfinden. Laut einer aktuellen Umfrage im Auftrag des Digitalverbands Bitkom sind 8 Videoanrufe pro Tag für berufstätige Internetnutzer mittlerweile zum Standard geworden. Jeder vierte Befragte tätigt durchschnittlich sogar mehr als 10 dienstliche Videoanrufe pro Tag [15]. Auch die Sorge, dass die Arbeit über Distanz zu einem Produktivitätseinbruch führen könnte, hat sich im Laufe der Pandemie-Zeit relativiert. Laut einer aktuellen Studie des Fraunhofer IAO ist die Produktivität in der Corona-Zeit für die Hälfte der Befragten gleichgeblieben (51,2 Prozent), für mehr als ein Drittel ist sie sogar gestiegen (32,3 Prozent) [2]. Diese Entwicklung könnte auf eine verstärkte Arbeitszeitintensivierung und -extensivierung hinweisen. Inwieweit dieser Produktivitätsanstieg auch nachhaltig erhalten werden kann und welche Konsequenzen dies für die Gesundheit der Beschäftigten auf längere Sicht hat, bleibt jedoch noch offen.

Im Sinne der Arbeitsextensivierung lässt sich im Homeoffice sowohl eine Verlängerung der Arbeitszeit als auch eine ausgedehnte Verteilung der Arbeitsstunden auf den frühen Morgen oder den späten Abend beobachten. Studien zeigen, dass Beschäftigte im Homeoffice deutlich mehr arbeiten als die Kolleg:innen vor Ort und insbesondere Beschäftigte, die jeden Tag von zuhause arbeiten, bis zu sechs Überstunden pro Woche anhäufen [16]. Auch erhöhen sich durch die Flexibilisierung von Arbeitszeit und -ort die Anforderungen nach erweiterter Erreichbarkeit. Beschäftigte, die überwiegend im Homeoffice oder mobil arbeiten, werden häufiger außerhalb der Arbeitszeit dienstlich kontaktiert [8]. Eine Online-Befragung von 6.309 Erwerbstätigen im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung von Mitte bis Ende Juni 2020 zeigt: 53 Prozent der Studienteilnehmer:innen sind für Arbeitgeber, Kolleg:innen oder Kund:innen länger erreichbar als vor der Krise, 37 Prozent geben an, im Homeoffice mehr Stunden zu arbeiten [17].

Die Verlängerung der Arbeits- und Erreichbarkeitszeiten führt zu einem Verschwimmen der Gren-

zen zwischen Berufs- und Privatleben (Entgrenzung). Die fehlende Grenzziehung manifestiert sich nicht nur in der Dauer und Lage der täglichen Arbeitszeit, sondern auch in der mentalen Auseinandersetzung mit arbeitsbezogenen Problemen außerhalb der Arbeitszeit (die sogenannte kognitive Irritation). Eine aktuelle Studie des Fraunhofer IAO zeigt, wie sich das Phänomen der Entgrenzung in der Corona-Zeit manifestiert. Über 70 Prozent der befragten HR- bzw. Unternehmensverantwortlichen beobachten negative Wirkungen durch eine Entgrenzung bei ihren Beschäftigten. Bestimmte Veränderungen der Arbeitszeiten deuten möglicherweise auf Entgrenzungserscheinungen hin. Dazu gehören: die Arbeit zu unüblichen Tageszeiten (66 Prozent), Überstunden (65 Prozent), fragmentiertes Arbeiten (also Arbeiten früh morgens und dann mit langer Pause erst wieder abends [51 Prozent]) und die Arbeit am Wochenende (35 Prozent) (»» Abbildung 2) [18]. Es stellt sich die Frage, inwieweit diese Veränderungen der Arbeitszeiten, die aktuell z.T. sehr stark mit der Corona bedingten Sondersituation zusammenhängen (z. B. Schulschließungen und Homeschooling), auch nach der Corona-Pandemie anhalten werden.

Ergonomische und körperliche Belastungen

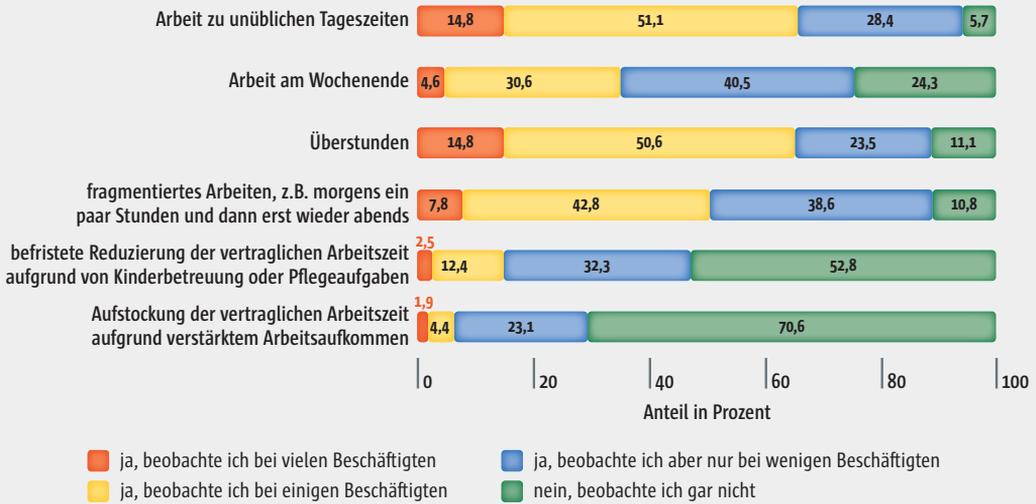
Wenn Beschäftigte über eine längere Zeit im Homeoffice oder mobil arbeiten, gewinnt die Gestaltung der ortsflexiblen Arbeit auch bezüglich der Vorbeugung von physischen Belastungserscheinungen an Bedeutung. Dies betrifft sowohl die Ergonomie der unmittelbaren Arbeitsumgebung als auch das Verhalten der Beschäftigten.

Mobil Arbeitende berichten häufiger von Rückenschmerzen als die Kolleg:innen, die ausschließlich in der Betriebsstätte arbeiten [8].

Darüber hinaus können flexible Arbeitsformen weitere Risiken für die physische Gesundheit mit sich bringen. Im Homeoffice sind die Wege (zum Drucker, in die Küche, zur Toilette) generell kürzer als im Büro, was sich negativ auf die Menge der Bewegung pro Tag auswirkt. Für diejenigen, die zur Arbeitsstätte (zum Teil) laufen oder Fahrrad fahren, fällt zusätzlich der „bewegte“ Arbeitsweg weg. In einer Umfrage der mhplus-Krankenkasse und der SDK Süddeutschen Krankenversicherung geben hingegen 56 Prozent der Befragten an, dass sie im Homeoffice ihr Sportprogramm vor oder nach der Arbeit intensiviert haben [19]. Die diesbezüglichen Wirkungen fallen somit nach aktuellen Studien heterogen aus. Für die Gestaltung hybrider Arbeitsformen spielt daher sowohl die ergonomische Gestaltung

Abbildung 2 Veränderungen der Dauer und Lage der Arbeitszeit durch die Corona-Pandemie (Studie „Arbeiten in der Corona-Pandemie – Entgrenzungseffekte durch mobiles Arbeiten – und deren Vermeidung“; Bewertung durch HR-Verantwortliche [n = 179])

Welche der genannten Aspekte in Bezug auf die Arbeitszeiten beobachten Sie bei den Beschäftigten in der Corona-Krise?



von ortsflexibler Arbeit eine zentrale Rolle als auch die Sensibilisierung der Belegschaft für mögliche gesundheitliche Risiken durch langes Sitzen und reduzierte Bewegung, z. B. in Form von Unterweisungen oder Qualifizierungsangeboten.

Fehlende soziale Unterstützung durch Kolleg:innen und Vorgesetzte

Frühere Studien zeigen, dass soziale Unterstützung bei der Arbeit, sei es durch Kolleg:innen oder Vorgesetzte die negative gesundheitliche Wirkung von arbeitsbezogenen Belastungen abmildern kann [20].

Durch die Flexibilisierung von Arbeitszeit und -ort werden die Kontaktmöglichkeiten zu Kolleg:innen und Führungskraft allerdings tendenziell seltener. Auch das Gefühl, sich in schwierigen Situationen auf Vorgesetzte und direkte Kolleg:innen verlassen zu können, ist bei mobil Arbeitenden weniger ausgeprägt als bei Kolleg:innen im Büro [8].

Der regelmäßige Kontakt im Team und mit der Führungskraft ist auch deswegen so wichtig, da er mehrere Funktionen erfüllt; nicht nur die des informationellen und sachbezogenen Austausches, sondern auch jene der emotionalen Unterstützung und Wertschätzung [6].

Ausblick und Gestaltungsmöglichkeit für eine gesunde hybride Arbeitswelt

» Eine gesundheitsförderliche Gestaltung von flexiblen und hybriden Arbeitsformen für die Post-Corona-Zeit sollte darauf abzielen, sowohl möglichen negativen Auswirkungen auf die Gesundheit vorzubeugen und sie zu reduzieren als auch bewusst die Chancen zu nutzen, die aus flexiblen Arbeitsformen resultieren und so die Lerneffekte aus der Pandemie zu erhalten.

Diese Gestaltungsarbeit kann und soll auf verschiedenen Ebenen stattfinden.

Auf Ebene der individuellen Kompetenzen ist es wichtig, den Beschäftigten die notwendigen Instrumente an die Hand zu geben, die es ihnen ermöglichen, mit einer höheren Flexibilität gesund umzugehen. Hierzu zählt z.B. die Kompetenz, die Chancen größerer Handlungsspielräume zu nutzen, ohne dadurch überfordert zu werden. Sensibilisierungs- und Schulungsangebote für Mitarbeitende und Führungskräfte zum Thema Selbst- und Zeitmanagement sowie Handlungs- und Gesundheitskompetenz auch im Umgang mit neuen, digitalen Technologien können dabei helfen, die Selbstorganisationskompetenzen der Beschäftigten nachhaltig zu stärken [19,21].

Auch auf Teamebene können viele gesundheitsförderliche Maßnahmen umgesetzt werden. Dies kann zum Beispiel durch die gemeinsame Reflexion der belastenden Faktoren sowie durch die Erarbeitung teamspezifischer Vereinbarungen zur Arbeit und Zusammenarbeit in der Hybridität erfolgen [22].

Schließlich müssen auf Organisationsebene die rechtlichen, technischen und kulturellen Rahmenbedingungen realisiert werden. Es empfiehlt sich, die Eckpfeiler hybrider Arbeitsformen durch betriebliche Regelungen (z.B. in einer Betriebsvereinbarung) festzuhalten, die als Rahmung für die Erarbeitung der Vereinbarungen in den einzelnen Teams dient. Darüber hinaus soll neben der Schaffung der technischen Voraussetzungen, die als Ermöglicher der hybriden Arbeitsweise optimalerweise tätigkeitspezifisch und passgenau auf die Arbeitsprozesse gemeinsam mit den Beschäftigten implementiert werden sollten, auch die Bereitschaft vorhanden sein, an der Unternehmenskultur und -entwicklung zu arbeiten. Gegenseitiges Vertrauen, regelmäßiges und personenspezifisches Feedback sowie wertschätzende Kommunikation sind nur einige beispielhafte Aspekte einer Unternehmenskultur, die ein motivierendes und gesundes Arbeiten insbesondere auch in der Hybridität ermöglicht. Wichtige erste Schritte sind hier die Auseinandersetzung mit Fragen der Präsenz- vs. Ergebnis- bzw. Leistungsorientierung, die Reflexion über den Stellenwert von Autonomie sowie die Weiterentwicklung des Führungsverständnisses im Unternehmen.

Dieser Wandel wird nur dann erfolgreich sein, wenn er unter einer kontinuierlichen Einbeziehung möglichst vieler Mitarbeitenden geschieht, sei es über unternehmensweite, regelmäßige Befragungen zur Erhebung des Status Quos und der Mitarbeiterbedürfnisse und/oder durch die Etablierung einer erweiterten Arbeitsgruppe bzw. eines Sounding Boards, wo die Aktivitäten rund um die neue Gestaltung der Arbeit mit den Mitarbeiter:innen kritisch hinterfragt und gespiegelt werden.

Literatur

- Initiative D21: D21-Digital-Index 2020/2021 – Jährliches Lagebild zur Digitalen Gesellschaft. In: https://initiatedv21.de/app/uploads/2021/02/d21-digital-index-2020_2021.pdf [Abgerufen am 15.06.2021]
- Hofmann J, Piele A, Piele, C. Arbeiten in der Corona-Pandemie. Leistung und Produktivität im „New Normal“. Fraunhofer-Institut für Arbeitswissenschaft und Organisation in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Personalführung (DGFP). Stuttgart, 2020
- Hofmann J, Piele A, Piele C. Arbeiten in der Corona-Pandemie. Auf dem Weg zum New Normal. Fraunhofer-Institut für Arbeitswissenschaft und Organisation in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Personalführung (DGFP). Stuttgart, 2020
- Bockstahler M, Jurecic M, Rief S. Homeoffice experience. Eine empirische Untersuchung aus Nutzersicht während der Corona-Pandemie. Fraunhofer-Institut für Arbeitswissenschaft und Organisation. Stuttgart, 2020
- Piele C, Piele A. MOBILE ARBEIT – Eine Analyse des verarbeitenden Gewerbes auf Basis der IG Metall-Beschäftigtenbefragung. Stuttgart, 2017
- Begerow E, Jansen N, Roscher S, Taskan-Karamürsel E. Homeoffice gesund gestalten – ein Überblick zu aktuellen Erkenntnissen. DGUV Forum 2020; 8: 3–9
- Lohmann-Haislah A. Stressreport Deutschland 2012: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Berlin: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), 2012
- Waltersbacher A, Maisuradze M, Schröder H. Arbeitszeit und Arbeitsort – (wie viel) Flexibilität ist gesund? In: Badura B et al. (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2019, Schwerpunkt: Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen. Berlin, Heidelberg: Springer, 2019
- Marschall J, Hildebrandt S, Kleinlercher KM, Nolting HD. Gesundheitsreport 2020 (DAK Report). Hamburg: Medhochzwei Verlag, 2020
- Green F, McIntosh S. The intensification of work in Europe. Labour Econ. 2001; 8(2): 291–308
- Meyer SC, Tisch A, Hünefeld L. Arbeitsintensivierung und Handlungsspielraum in digitalisierten Arbeitswelten – Herausforderung für das Wohlbefinden von Beschäftigten? Industrielle Beziehungen – Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management 2019; 26(2): 207–231
- Höge T, Palm E, Strecker C. Anforderungen an selbstorganisierte Arbeit und das Verhältnis von Arbeit und Privatleben. Zur Rolle von passiver und aktiver IuK-Technologie-Nutzung in der Freizeit. Wirtschaftspsychologie 2016; 2: 35–43
- Olsen KM, Kalleberg AL, Nesheim T. Perceived job quality in the United States, Great Britain, Norway and West Germany, 1989–2005. Eur. J. Ind. Relat. 2010; 16(3): 221–240
- Wingen S. Vertrauensarbeitszeit: Neue Entwicklung gesellschaftlicher Arbeitszeitstrukturen. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 2004
- Bitkom e.V. 8 Videoanrufe pro Tag sind der Schnitt. 2021 <https://www.bitkom.org/Presse/Presseinformation/8-Videoanrufe-pro-Tag-sind-der-Schnitt>
- Rupietta K, Beckmann M. Arbeit im Homeoffice: Förderung der Arbeitsbereitschaft oder Einladung zum Faulenzen. PERSONAL quarterly 2016; 3(16): 14–19
- Hans-Böckler-Stiftung. Homeoffice: Besser klar geregelt. 2020. In: <https://www.boeckler.de/de/boeckler-impuls-homeoffice-besser-klar-geregelt-27643.htm> [Abgerufen am 15.06.2021]
- Hofmann J, Piele A, Piele C. Arbeiten in der Corona-Pandemie. Entgrenzungseffekte durch mobiles Arbeiten – und deren Vermeidung. Fraunhofer-Institut für Arbeitswissenschaft und Organisation in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Personalführung (DGFP). Stuttgart, 2021
- mhplus Krankenkasse/SDK Süddeutsche Krankenversicherung. Gesundes Homeoffice 2020. In: <https://www.haufe.de/perso>

- nal/hr-management/studie-homeoffice-in-der-corona-krise-vergleich-zum-buero_80_516216.html [Abgerufen am 15.06.2021]
20. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am. J. Public Health* 1988; 78(10): 1336–1342
21. Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M. Fehlzeiten-Report 2019, Schwerpunkt: Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen. Berlin, Heidelberg: Springer, 2019
22. Hoberg, A. Die Team-Charta: Digitale Zusammenarbeit in der Corona-Krise. 2020. In: <https://blog.iao.fraunhofer.de/die-team-charta-digitale-zusammenarbeit-in-der-corona-krise/> [Abgerufen am 15.06.2021]
23. Hofmann J, Piele A, Piele C. Arbeiten in der Corona-Pandemie. Führung im neuen Normal. Fraunhofer-Institut für Arbeitswissenschaft und Organisation in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Personalführung (DGFP). Stuttgart, 2021



Claudia Ricci

Claudia Ricci ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fraunhofer IAO. Sie hat Betriebswirtschaft in Bozen (Italien) und München studiert und war 4 Jahre in der Nachhaltigkeitsberatung tätig, bevor sie 2019 zum Fraunhofer IAO in das Team „Zusammenarbeit und Führung“ wechselte. Im Zentrum ihrer Arbeit steht die Forschung rund um neue, zukunftsfähige Formen der Arbeit und deren Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeitenden sowie auf ökologische, soziale und ökonomische Nachhaltigkeit.



Alexander Piele

Alexander Piele ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und seit 2011 im Team „Zusammenarbeit und Führung“ des Fraunhofer IAO beschäftigt. Er studierte Rechtswissenschaft mit dem Schwerpunkt Arbeitsrecht. Von Beginn an lagen seine persönlichen Beratungs- und Forschungsschwerpunkte in den Themenfeldern der örtlichen und zeitlichen Flexibilisierung der Arbeit, der zugehörigen Gestaltung betrieblicher Regelungen sowie der Partizipation der Beschäftigten bei der Einführung neuer Arbeitsformen.



Christian Piele

Christian Piele ist seit 2011 als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Team „Zusammenarbeit und Führung“ des Fraunhofer IAO beschäftigt. Er studierte Empirische Politik- und Sozialforschung an der Universität Stuttgart. Seine methodischen Schwerpunkte liegen im Bereich der Evaluation und Datenanalyse im Themenfeld der Arbeits- und Organisationsforschung. Den inhaltlichen Fokus seiner Arbeit bilden aktuell Beratungs- und Forschungsprojekte in den Themenfeldern der örtlichen und zeitlichen Flexibilisierung von Arbeit.

Interview mit Bärbel Bas



© Bärbel Bas/Benno Kraehahn

Bärbel Bas

Stellvertretende Fraktionsvorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion

Welche Lehren ziehen Sie aus der Corona-Pandemie für die Arbeitswelt?

Wir mussten in der Pandemie Kontakte vermeiden. Das hat auch bedeutet, dass Geschäfte schließen mussten, Veranstaltungen abgesagt wurden und Arbeit vom Büro ins Homeoffice verlegt wurde. Mit einer deutlichen Ausweitung des Kurzarbeitergeldes und mit unseren Corona-Hilfspaketen konnten wir Betriebe und Beschäftigte unterstützen und Arbeitsplätze erhalten. Während viele in Kurzarbeit waren, haben wir auch die Bilder aus der Pflege vor Augen, von Pflegepersonal, das oft über die Belastungsgrenze hinaus gearbeitet hat. Es gibt also nicht nur die eine Lehre aus Corona, so wie es auch keine einheitliche Auswirkung von Corona auf den einzelnen Arbeitsplatz gibt.

Es gibt aus meiner Sicht eine wichtige strukturelle Veränderung: Wir haben zum Höhepunkt der dritten Welle Unternehmen dazu verpflichtet, ihren Beschäftigten das Arbeiten im Homeoffice zu ermöglichen, um sie selbst und andere vor Infektionen zu schützen. Und auch wenn viele nach der Pandemie wieder ins Büro zurückkommen, steht außer Frage, dass die Pandemie dem mobilen Arbeiten einen enormen Auftrieb verschafft hat. Mit Blick auf den Ge-

sundheitsschutz der Beschäftigten müssen wir uns diese Entwicklung genau anschauen.

Aber nicht nur dort: Wir wissen, dass längst nicht alle Arbeiten im Homeoffice erledigt werden können. Gesundheitsschutz muss daher für alle Beschäftigten gelten. Wir haben die Unternehmen deshalb verpflichtet, den Beschäftigten, die vor Ort arbeiten mussten, ebenso zu schützen, z.B. durch Maskenpflicht und verpflichtende Testangebote. Dieses Vorgehen gilt beispielhaft für die Zukunft der Arbeit: Gesundheits- und Arbeitsschutz müssen überall gelten, unabhängig vom Arbeitsplatz und Arbeitsort.

Die Pandemie und ihre Folgen sind vielschichtig, es gibt aber wesentliche Lehren, die wir berücksichtigen sollten: In der Rückschau wird die Pandemie ein Meilenstein der Digitalisierung der Arbeitswelt sein. Hier gab es vor der Pandemie oftmals Bedenken. Die Erfahrungen zeigen, dass neue technische Möglichkeiten auch künftig wichtige Hilfsmittel sein können, um Beschäftigte zu entlasten und ihnen eine gesündere Work-Life-Balance zu ermöglichen. Diese Chancen müssen wir nutzen, die Bedingungen zum Wohl der Beschäftigten aber aktiv gestalten. Digitalisierung darf kein Synonym für Sparmaßnahmen auf Kosten der Beschäftigten werden.

Ein weiterer Punkt: Wir müssen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für beide Geschlechter weiter verbessern. Davon profitieren besonders Frauen. Es darf nicht sein, dass Frauen in Krisen immer noch die Hauptlasten tragen und ihre beruflichen Chancen darunter leiden.

Und ein Punkt ist mir als Gesundheitspolitikerin natürlich besonders wichtig: Die Arbeitsbedingungen in der Pflege. Sie müssen wir nachhaltig verbessern. Das ist keine neue Erkenntnis, die Pandemie hat dies aber für die gesamte Gesellschaft wie in einem Brennglas deutlich gemacht. Dieses neue gesellschaftliche Bewusstsein müssen wir nutzen und dauerhafte Verbesserungen erreichen. Erste Schritte, etwa zu einer besseren Personalbemessung und einer besseren Bezahlung nach Tarif in der Altenfle-

ge haben wir gemacht. Es braucht aber noch mehr, hier müssen wir dran bleiben.

Wie muss die Politik diese Lehren umsetzen und auf die Auswirkungen auf die Arbeitswelt und die Gesundheit der Beschäftigten reagieren?

Die Corona-Pandemie hat sich auf die Beschäftigten sehr unterschiedlich ausgewirkt. Es ist ein Unterschied, ob ich alleine im Homeoffice arbeite oder ob ich nebenbei noch Kinder betreuen muss. Es ist ein Unterschied, ob ich einen Job habe, der trotz Pandemie weiterläuft, oder ob ich in Kurzarbeit muss. Und es ist ein Unterschied, ob ich Kontakte durch das Homeoffice reduzieren kann oder zum Arbeitsort muss, weil Kranke nicht im Homeoffice gepflegt und Stahl nicht im Homeoffice produziert werden können. Daher sind auch die Erfahrungen und die Bewertungen von Arbeit in der Corona-Pandemie sehr unterschiedlich. Einige Entwicklungen lassen sich aber doch erkennen.

Die Pandemie hat gezeigt, wie wichtig die Vereinbarkeit von Familie und Beruf dafür ist, dass Frauen gleichberechtigt am Erwerbsleben teilhaben können. Frauen haben in der Corona-Krise viel geleistet. Noch immer sind es Frauen, die für die Familie beruflich zurückstecken und ihre Stunden im Job reduzieren. Viel Home und wenig Office – das ist leider eine zutreffende Beschreibung der Rolle von vielen Frauen in dieser Pandemie. 20 Prozent der Frauen haben nach einer Studie des Wissenschaftszentrum Berlin in der Pandemie die Arbeitszeit reduziert. Die alten Rollenmuster in den Familien verstärken sich. Die Gründe sind bekannt: Die Lohnlücke zwischen Männern und Frauen ist noch immer da, Frauen arbeiten häufiger in Teilzeit. Und dann sind es eben wieder die Frauen, die in der Krise zurück an den Herd gehen. Wir setzen daher auf mehr Betreuungsangebote. Dazu gehört ein Rechtsanspruch auf Ganztagsbetreuung. Für die Kinder selbst, ihr Miteinander, aber auch für mehr Chancengerechtigkeit für Frauen durch eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Und auch bei den Arbeitsbedingungen in der Pflege geht es in der Mehrzahl um Arbeit von Frauen. Soziale Berufe, das hat die Pandemie überaus deutlich gemacht, sind mehr wert als die Wertschätzung, die wir dafür haben. Dies geht einher mit einem Fachkräftemangel in all diesen Berufen. Wir müssen soziale Berufe attraktiver machen. Wir haben in der Pflege dazu erste Schritte gemacht, am Ziel sind wir noch nicht.

Homeoffice ist ein Sinnbild der Pandemie. Für viele Menschen ist Homeoffice aber nicht möglich. Dies wird auch weiter so bleiben. Was nicht so bleiben kann ist, dass der Gesundheitsschutz davon abhängt, ob ich im Homeoffice arbeiten kann oder nicht. Auch diejenigen, die an ihren Arbeitsplatz müssen, müssen geschützt werden. Ganz gleich ob es um die Verfügbarkeit von Schutzausrüstung, um regelmäßige Tests oder um andere, in der Zukunft notwendige Maßnahmen geht: Gesundheitsschutz muss für alle Beschäftigten gelten, er darf nicht von der Art der Arbeit abhängen. Die Politik muss auch in einer stärker mobilen Arbeitswelt die Gesundheit aller Beschäftigten im Blick haben.

Brauchen wir Regelungen für das mobile Arbeiten?

Die Pandemie war ein Testlauf für eine Ausweitung der mobilen Arbeit, die auf uns zukommt. Viele wünschen sich mehr Flexibilität und die Möglichkeit zum mobilen Arbeiten – gerade auch, weil es die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtert. Homeoffice kann die Zufriedenheit und damit auch die Gesundheit der Beschäftigten erhöhen. Wir wollen deshalb einen Rechtsanspruch auf mobile Arbeit einführen. Grundsätzlich sollen Beschäftigte bei einer Fünf-Tage-Woche mindestens 24 Tage im Jahr mobil oder im Homeoffice arbeiten können, wenn es die Tätigkeit erlaubt.

Mobiles Arbeiten ist dabei nicht nur arbeiten an einem anderen Ort. Es verändert, wie wir arbeiten. Arbeitsschutz muss dabei auch im Homeoffice gewährleistet sein. Mobile Arbeit darf nicht in Rund-um-die-Uhr-arbeiten ausarten. Auch im Homeoffice müssen Arbeits- und Ruhezeiten gelten, die Arbeitszeit muss jeden Tag vollständig erfasst werden und es braucht ein Recht auf Nichterreichbarkeitszeiten, auf technische Ausstattung sowie guten Arbeits- und Unfallversicherungsschutz. Dazu brauchen wir auch betriebliche Regelungen. Wir wollen, dass diese im Rahmen der Mitbestimmung vereinbart werden.

Wir werden mehr – aber nicht nur – mobil arbeiten. Arbeit im Büro mit all seinen sozialen Kontakten ist ebenso wichtig für das Wohlbefinden und die Gesundheit. Der Arbeitsplatz ist auch ein Ort des Austauschs, der persönlichen Interaktion und der sozialen Einbettung. Auch das haben wir in der Pandemie deutlich gemerkt. Ich gehe davon aus, dass es deswegen kein entweder Büro oder Homeoffice geben wird. Zunehmen werden die hybriden Formen des Arbeitens. Die müssen wir gestalten. Hier müssen wir gute Arbeit sicherstellen.

Gesundheitskompetenz: eine Ressource in der Krise?!

Eva Maria Bitzer

Pädagogische Hochschule Freiburg

Was ist Gesundheitskompetenz?

Bei dem Begriff „Gesundheitskompetenz“ handelt es sich um die im deutschen gebräuchliche Übersetzung von Health Literacy. Zunächst verstanden als die patientenseitige Fähigkeit, ärztliche Anweisungen, Packungsbeilagen, Patienteninformationen u.ä. zu verstehen und umzusetzen, war Gesundheitskompetenz nahezu gleichbedeutend mit der Fähigkeit von Patientinnen und Patienten, zu lesen und zu rechnen bzw. Text- und Zahlenverständnis für gesundheitliche Sachverhalte zu entwickeln [1]. Eine deutliche, über diese basalen kognitiven Fähigkeiten (**funktionale Gesundheitskompetenz**) hinausgehende Erweiterung erfährt das Konzept wiederum ab 1998. So bezeichnet die **interaktive Gesundheitskompetenz** die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen aus verschiedenen Quellen zu finden, zu bewerten und für eigene gesundheitsbezogene Entscheidungen anzuwenden sowie die Fähigkeit, selbst gesundheitsrelevante Informationen zu kommunizieren, beispielsweise in der Patient-Arzt-Interaktion. Mit der **kritischen Gesundheitskompetenz** sind Fähigkeiten gemeint, die zur kritischen und reflektierten Auseinandersetzung mit Gesundheit und gesundheitlichen Fragen erforderlich sind [2].

Ausgehend von der Frage „Über welche Fähigkeiten und Fertigkeiten muss man als Person verfügen, um im Alltag und im Umgang mit dem Gesundheitssystem so handeln zu können, dass es sich positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirkt?“ ergibt sich ein noch sehr viel breiteres Konzept [3].

„Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen in Bezug darauf, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die die Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf erhalten oder verbessern“ [4].

Wie steht es um die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung?

Auch in modernen Industriegesellschaften, trotz allgemeiner Schulpflicht und mit im weltweiten Vergleich guten sozioökonomischen Bedingungen, erleben sich viele Menschen als wenig gesundheitskompetent und berichten über zum Teil erhebliche Schwierigkeiten, gesundheitliche Informationen zu finden, zu verstehen und zu bewerten. Im Jahr 2020 sehen sich 58,8% der Bevölkerung in Deutschland im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen vor erhebliche Schwierigkeiten gestellt, d.h. gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen, um beispielsweise bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen die passende Hilfe ausfindig zu machen oder um Gesundheitsrisiken vorzubeugen [5]. Die meisten Probleme berichten die Befragten bei der Beurteilung der Qualität von Gesundheitsinformationen.

Weltweit und auch in Deutschland ist Gesundheitskompetenz in der Gesellschaft ungleich verteilt und folgt in etwa anderen sozialen Gradienten: Je höher der Bildungsgrad, das verfügbare Einkommen, die soziale Stellung, desto wahrscheinlicher berichten Menschen über gering ausgeprägte Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitlichen Problemstellungen [6]. In Deutschland beträgt beispielsweise der Anteil an Personen, der über Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen berichtet, bei Menschen mit niedriger Bildung 78,3%, niedrigem Sozialstatus 71,9% und bei Menschen im höheren Alter 65,1% [5].

Ungleich verteilte Gesundheitskompetenz ist auch Ausdruck ungleicher gesellschaftlicher Verhältnisse und trägt u.U. zur Verfestigung dieser Ungleichheiten bei [7].

Gesundheitskompetenz kann man lernen

Im Zentrum der Definition von Gesundheitskompetenz stehen vier Schritte:

1. in der Lage sein, gesundheitsbezogene Informationen zu finden bzw. sich Zugang zu verschaffen,
2. sie zu verstehen und
3. zu beurteilen sowie
4. für sich bzw. Angehörige anzuwenden.

Um dieses Zentrum herum gruppieren sich weitere Facetten, u. a. die Motivation, Absicht und Bereitschaft, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, Durchsetzungsvermögen, die Fähigkeit, soziale Ressourcen zu nutzen und sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden [8]. Diese Fähigkeiten sind das kumulative Ergebnis kognitiver Fähigkeiten, Lebenserfahrungen, von Wissen und Möglichkeiten [9].

Gesundheitskompetenz ist spezifisch, d. h. es gibt zwar allgemeine Kompetenzen, die für verschiedene gesundheitsbezogene Situationen relevant sind (vgl. funktionelle Gesundheitskompetenz). Um sich aber für oder gegen konsequente Einhalten der Hygiene- und Abstandsregeln zur Reduktion der Verbreitung von SARS-CoV-2, die korrekte Durchführung eines SARS-CoV-2-Schnelltests, die Anwendung der Corona-Warn-App oder die COVID-19-Impfung zu entscheiden, sind unterschiedliche Ausprägungen der Kompetenzen „Finden“, „Verstehen“, „Bewerten“ und „Anwenden“ gesundheitsrelevanter Informationen erforderlich und zu erwerben.

Die Pandemie verdeutlicht zudem den dynamischen Charakter von Gesundheitskompetenz: man war möglicherweise vor der Pandemie zwar für bestimmte gesundheitliche Problemlagen in einem bestimmten Versorgungssetting in hohem Maß gesundheitskompetent. Aber wenn sich äußere Gegebenheiten (z. B. durch eine Pandemie) und damit beispielsweise gesetzliche Rahmenbedingungen, wissenschaftliche Erkenntnisse, die Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen, Inhalte von Empfehlungen, und/oder die individuelle Situation sich ändern (z. B. Homeoffice, Kontakt mit einer an COVID-19 erkrankten Person), gilt es, bis dahin erworbene Kompetenzen anzupassen, zu erweitern und ggf. neu zu erwerben.

 Gesundheitskompetenz besteht wesentlich aus den Komponenten „Finden“, „Verstehen“, „Bewerten“ und „Anwenden“ gesundheitsrelevanter Informationen. Diese Kompe-

tenzen sind je nach Situation – und das gilt besonders für individuelle genauso wie für globale Ausnahmesituationen – unterschiedlich ausgeprägt. Dadurch wird zudem eine hohe Anpassungsfähigkeit notwendig, um auch in solche Situationen die eigene Gesundheitskompetenz zu erhalten.

Wie hat sich Gesundheitskompetenz in der Pandemie verändert?

So gesehen hat die SARS-CoV-2 Pandemie weltweit zu einem erheblichen Zuwachs an Gesundheitskompetenz geführt, nach 1,5 Jahren Pandemie haben Milliarden von Menschen Wissen und Können im Umgang mit dem Virus, zum Maske tragen, zu Tests, Impfung und Therapie, Quarantäne, Mobilitätseinschränkungen, Videokonferenzen, um nur einige Aspekte zu nennen, erworben.

Einen Zuwachs an COVID-19 spezifischer Gesundheitskompetenz zeigen die wiederholten Befragungen des COVID-19 Schnappschuss-Monitorings [COSMO] [10–12] wie die Beispiele zum Wissen um Übertragungswege, Behandlungsmöglichkeiten zeigen.

- Die Mehrheit der Teilnehmenden weiß schon früh im Verlauf der Pandemie, dass Tröpfcheninfektionen möglich sind. Mit Bekanntwerden der Aerosolansteckung Sommer 2020 steigt das Wissen darüber stark an und stagniert seit September 2020 bei einem Anteil in der Bevölkerung von etwa 65–70%. Nach der Veröffentlichung der Aerosolstudien im April 2021 liegt der Anteil nun etwas höher und stabil bei etwa 72%.
- Anfang November 2020 wissen mehr als 80% der Befragten, dass es weder einen Impfstoff noch eine wirksame Behandlung gibt. Mit Zulassung der ersten Impfstoffe (z. B. in den USA Anfang Dezember 2020) steigt der Anteil der Menschen, die wissen, dass es Impfstoffe gibt, steil an und erreicht bereits Mitte Januar 2021 mit ca. 95% ein Plateau.

Auch in anderen Erhebungsverfahren zeigt sich ein deutlicher Zuwachs an coronaspezifischer Gesundheitskompetenz: der Anteil der Personen mit einer geringen coronaspezifischen Gesundheitskompetenz ist von April 2020 bis September 2020 von 50,4% auf 35,5% gefallen [13]. Die größte Herausforderung besteht den Autoren zufolge in der Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit von medienbezogenen Gesundheitsinformationen und darin, anhand dieser Informationen das eigene Verhalten auszurichten.

Die allgemeine Gesundheitskompetenz blieb dagegen im Vergleich zu präpandemischen Erhebungen nahezu unverändert

Zu den Herausforderungen der SARS-CoV-2-Pandemie, bei deren Bewältigung Gesundheitskompetenz eine zentrale Ressource sein könnte, gehören nach [14]:

1. Aufrechterhaltung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils in den Phasen der Ausgangs- und Mobilitätsbeschränkungen
2. Stärkung der Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge, während Gesundheits-, Arbeits- und Bildungssysteme digital zu navigieren sind
3. Prävention und ggf. Behandlung von COVID-19
4. Psychische Belastungen
5. Bewältigung der „infodemic“ – des übergroßen Angebots an Informationen unterschiedlichster Güte

Wissenschaftliche Befunde, inwiefern Gesundheitskompetenz in diesen fünf Bereichen eine relevante Ressource darstellt oder inwiefern geringe Gesundheitskompetenz ein Risikofaktor ist und wie sich Gesundheitskompetenz zu anderen psychischen und sozialen Ressourcen (z.B. Resilienz, soziale Unterstützung, Vertrauen in Institutionen) verhält, liegen bislang nur vereinzelt vor [15]. Unzufriedenheit mit der Informationslage taucht mitunter als Risikofaktor für psychische Belastungen auf [16].

Gesundheitsinformation, Gesundheitskompetenz und COVID-19

In Deutschland vertrauen die Mensch bei der Bewältigung der Krise am meisten den Ärzt:innen, Krankenhäusern, dem Robert-Koch-Institut und der Wissenschaft [17]. Gleichwohl waren 56% von der Informationsflut verunsichert, und nur 51% trauten sich zu, zu beurteilen, ob Informationen über das neue Coronavirus vertrauenswürdig waren. Die Unsicherheit entspricht in der Größenordnung der repräsentativen Befragung zur allgemeinen Gesundheitskompetenz in Deutschland [5]. Die wichtigste Rolle bei der Verbreitung vertrauenswürdiger Nachrichten sehen Befragte in Deutschland und in fünf anderen Ländern in erster Linie bei wissenschaftlichen Einrichtungen und beim klassischen, Recherche-gestützten Wissenschaftsjournalismus [18].

Welche Rolle hat Gesundheitskompetenz in der Bewältigung des übergroßen Angebots an Informationen unterschiedlichster Güte rund um die Pandemie? Bislang nur selten adressiert wird in der Diskussion um Gesundheitskompetenz

die Fähigkeit, Falsch- und Desinformation zu erkennen, sich gegen die Wirkungen von Falsch- und Desinformation zu wappnen und das Risiko Verschwörungserzählungen anheim zu fallen, zu minimieren.

Im Kontext mit COVID-19 hat der WHO Generalsekretär den Begriff „Infodemic“ geprägt und damit die schädlichen Effekte vielfach geteilter und verbreiteter problematische, bis hin zu gefährlichen Inhalten gemeint. Während der Corona-Krise konnte und kann die Verbreitung problematischer Inhalte besonderen Schaden anrichten [19]:

1. Irreführende Aussagen zu Maßnahmen der Pandemiebekämpfung vermitteln Menschen ein verzerrtes Bild von Wirksamkeit und/oder Schäden und können im Extremfall Menschen zu gefährlichen Handlungen motivieren, die ihnen selbst oder anderen schaden können.
2. Impfen und viele verhaltenspräventive Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie funktionieren nur, wenn sie von einem möglichst großen Teil der Bevölkerung umgesetzt werden. Desinformation können das Vertrauen in solche Maßnahmen und die Institutionen, die sie einführen und durchsetzen sollen, untergraben, ihre Umsetzung gefährden und so die Kontrolle des Infektionsgeschehens behindern.

Im Zusammenhang mit problematischen Informationen bedarf es gerade während der COVID-19-Pandemie einer sorgfältigen Begriffsklärung. Denn einer deutlichen Zunahme der Verbreitung problematischer Inhalte mit teils fatalen Folgen steht eine ebenso deutliche Zunahme an Versuchen gegenüber, als „falsch“ angenommene Inhalte zu sperren bzw. deren Verbreitung zu behindern. Eine inzwischen weit geteilte Definition unterscheidet zwischen „Misinformatio“ und „Desinformation“. Beide kennzeichnet, dass sie falsche oder irreführende Aussagen verbreiten; bei Desinformation geschieht dies bewusst und mit Vorsatz [20, 21]. Um eine Nachricht korrekt als Miss- oder Desinformation bezeichnen zu können, muss ihre Korrektheit überprüft werden. Erst nach dieser Überprüfung kann sie so bezeichnet werden. Um die Korrektheit zu überprüfen, sind stringente Methoden und klare Kriterien notwendig.



Gerade bei Aussagen mit Bezug zu wissenschaftlichen Erkenntnissen kommt erschwerend hinzu, dass Wissenschaft selten eine absolute Wahrheit kennt, sondern jeweils den aktuellen Stand des Wissens beschreibt, der sich ändern kann und häufig mit Unsicherheit behaftet ist.

Wie schnell sich Wissen ändern kann, hat die Corona-Pandemie eindrücklich gezeigt. Was zunächst als richtig gilt und auch von anerkannten Organisationen vertreten wird, kann sich kurze Zeit später als Irrtum oder als zweifelhaft herausstellen [20]. Ein prominentes Beispiel hierfür ist die lange von der WHO vertretene Ansicht, SARS-COV2 würde nicht durch Aerosole übertragen [22].

Doch zeigt sich gerade während der Pandemie auch, dass Aussagen ohne jede wissenschaftliche Grundlage, Verschwörungsmymen und gefälschte Aussagen massenhaft verbreitet und geteilt werden (z.B. [23, 24]), teilweise sogar strategisch geplant [25]. Und es sind diese vielfach geteilten aus dem Zusammenhang gerissenen, unsachlichen, wissenschaftlicher Grundlage entbehrenden und dramatisierenden Inhalte, die Schaden anrichten.

In Deutschland stimmt fast jede fünfte einer von zwei gegensätzlichen Verschwörungserzählungen (Corona ist menschengemacht vs. ist ein Schwindel) mindestens teilweise zu (22% bzw. 19%), in etwa 10% aller Befragten bejahen beide Aussagen. Den Anhängern von Verschwörungserzählungen geht es dabei weniger um die absolute Überzeugung als um die Ablehnung einer „offiziellen“ Sichtweise. Wer diesen alternativen Sichtweisen anhängt hält sich weniger an die Regeln und lehnt Maßnahmen eher ab [26]. Es scheint einen Zusammenhang zu geben zwischen der Zustimmung zu COVID-19-Verschwörungstheorien und der fehlenden Bereitschaft, Gesundheitsempfehlungen zu COVID-19 zu befolgen [27].

Miss- und Desinformation in den sozialen Medien wird auch deshalb so schnell und weit verteilt, weil

1. die Informationen häufig emotional, dringend, sensationell „verpackt“ sind, sodass sie Reflexe ansprechen, kognitive Verzerrungen fördern, Angst erzeugen und Menschen aus einem Gefühl der Dringlichkeit heraus die Infos weitergeben,
2. die Plattformen der sozialen Medien Mechanismen implementiert haben, die starke Anreize zur Verbreitung in Inhalten setzen,
3. die automatisierten Vorschläge der Plattformen zu neuen Inhalten sich auch an bislang genutzten Inhalten orientieren.

Auch das Fehlen (oder die schwierige Auffindbarkeit) von verlässlicher Information erhöht die Wahrscheinlichkeit, mit Miss- und Desinformation konfrontiert zu werden. Ganz allgemein gesprochen fallen Miss- und Desinformation auf besonders fruchtbaren Boden, wenn das gesellschaftliche Klima von Misstrauen, Feindseligkeit, Spaltung und Polarisie-

rung gekennzeichnet ist [28]. Häufig machen gerade vulnerable, marginalisierte Bevölkerungsgruppen schlechte Erfahrungen mit staatlichen Institutionen oder Einrichtungen des Gesundheitswesens und sind allein deshalb misstrauisch gegenüber staatlichen Maßnahmen, beispielsweise der Pandemiebekämpfung und Angeboten wie der COVID-19-Impfung. Auch in Deutschland zeigt sich, dass Vertrauen, hier in die Sicherheit der Impfung, der wichtigste Einflussfaktor auf die Impfbereitschaft ist (je höher das Vertrauen, desto höher die Impfbereitschaft) [26].

Gesundheitskompetenz und die natürliche und soziale Umwelt

Die Ausführungen zur Verbreitung von Miss- und Desinformation zeigen, dass gesundheitskompetentes Verhalten Ausdruck des Zusammenspiels von individuellen Fähig- und Fertigkeiten und den Anforderungen bzw. der Komplexität der natürlichen und sozialen Umwelt ist. Zur sozialen Umwelt gehören rechtliche, soziale und kulturelle Normen, auch ausgedrückt in der Art und Weise, wie wissenschaftliche gesundheitsbezogene Evidenz gewonnen und rezipiert wird und beispielsweise in politischen Entscheidungen zu Gesundheit, Verbraucherschutz und Patientensicherheit einfließt. Ob und wenn ja, in welchem Ausmaß sich Gesundheitskompetenz entfalten kann, steht so in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Auftrag, den soziale Institutionen und Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung haben, mit welchen Ressourcen sie ausgestattet und zu welchem Grad sie diesem Auftrag nachkommen [29]. Die Befunde zur geringen Gesundheitskompetenz und ihrer ungleichen Verteilung haben in den letzten 20 Jahren dazu beigetragen, dass das Thema „Gesundheitskompetenz“ auf der politischen Agenda erscheint [30]. Eine Reihe von Ländern hat Gesundheitskompetenz als nationales Handlungs- und Aktionsfeld erkannt und politische Strategien, beispielsweise Aktionspläne, entwickelt. Die Aktivitäten sind in der Regel staatlich mandatiert, fokussieren auf die Erhöhung kommunikativer Kompetenzen des Gesundheitsfachpersonals, die Stärkung von Patientenorientierung und gemeinsamer Entscheidungsfindung und erkennen die Relevanz der Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung an. Dezierte (finanzielle) Ressourcen und explizite Maßnahmen zum Monitoring etwaiger Effekte fehlen allerdings häufig [30, 31].

In Deutschland ist „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ seit

2011 ein nationales Gesundheitsziel [32], eines von acht von der GKV in der Prävention und Gesundheitsförderung zu adressierenden Zielen und in erster Linie im Kontext gesundheitlicher Versorgung gesetzlich verankert. Das Bundesministerium für Gesundheit, Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen und die Gesundheitsministerkonferenz der Länder haben 2017 die Allianz für Gesundheitskompetenz gegründet [33]. Die von den Partnern der Allianz bereits laufenden Aktivitäten [34] fokussieren v. a. die Verfügbarkeit besserer Gesundheitsinformation für Laien und die Verankerung kommunikativer Kompetenzen in der ärztlichen Ausbildung. Daneben gibt es den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz, der Impulse für die Politik, die Verbände, die Forschung und die Interventionsentwicklung setzen möchte [35]. Die 2017 veröffentlichten 15 Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz beziehen sich auf vier Handlungsfelder:

- Gesundheitskompetenz in Lebenswelten stärken,
- das Gesundheitssystem nutzerfreundlich und gesundheitskompetent zu gestalten,
- mit chronischer Erkrankung gesundheitskompetent leben und zuletzt
- Gesundheitskompetenz systematisch erforschen [36].

Mit Anknüpfungspunkten, die neben Menschen mit chronischen Erkrankungen und dem Gesundheitssystem weitere gesellschaftliche (Sub-)systeme in den Blick nehmen (Städte und Kommunen, Arbeitswelt, Erziehungs- und Bildungssystem) geht der Nationale Aktionsplan aber weit über die bisherigen, im SGB V verankerten und in der Allianz für Gesundheitskompetenz gebündelten Aktivitäten hinaus.

Inwiefern diese nationalen, politischen Initiativen ihre Ziele erreichen, also zu einer höheren Gesundheitskompetenz der Bevölkerung beitragen, und zu welchem Grad diese Initiativen in der pandemischen Situation auch an den politischen Entscheidungsprozessen rund um das Pandemiemanagement und die Kommunikation von Entscheidungen und Maßnahmen beteiligt gewesen sind, ist erst ansatzweise untersucht.

Eine vergleichende Analyse der Aktionspläne zur Gesundheitskompetenz verschiedener Länder (ohne Einbezug der deutschen Initiativen) stellt Australien, den USA und Österreich sehr gute Zeugnisse aus [29]. Die Aktionspläne dieser Länder seien vorbildlich, u. a. was die dezidierte Planung, institutionelle Verankerung und die zur Verfügung gestellten Ressourcen anbelangt.

Vergleicht man Australien und USA in Bezug auf ihr politisches Handeln im Umgang mit SARS-CoV-2 und COVID-19 auf Ziele, Ausrichtung und die Stringenz der Maßnahmen des Pandemiemanagements und nicht zuletzt in Bezug auf die nationalen Infektionszahlen sowie die Mortalität an COVID-19 wird deutlich, dass allein gute nationale Aktionspläne zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz nicht ausreichend sind.

In einer orientierenden Bestandsaufnahme unter Akteuren der Allianz für Gesundheitskompetenz, inwiefern Menschen mit gesundheitlichen Beschwerden in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie dabei unterstützt werden, gesundheitskompetente Entscheidungen für oder gegen die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen zu treffen, zeigt sich, dass es für die meisten Patientinnen und Patienten keine gezielten Informationen zu dem Thema gab [37].

Fazit

Persönlich hoch ausgeprägte Gesundheitskompetenz ist eine individuelle Ressource, sie kommt in adäquaten gesundheitlichen Entscheidungen der Bürgerinnen und Bürger zum Ausdruck und unterstützt so den Erhalt und die Förderung von Gesundheit auch und gerade in krisenhaften Zeiten. Das Gelingen gesundheitskompetenten Handelns ist umso wahrscheinlicher, je besser die Verantwortlichen in Politik und Selbstverwaltung ihrer Verantwortung zu umsichtigem, rationalem, dem Gemeinwohl verpflichteten Handeln unter Einbezug wissenschaftlicher Erkenntnisse nachkommen und so als vertrauenswürdig wahrgenommen werden. Gesundheitskompetente Entscheidungen werden auch wahrscheinlicher, je passgenauer die Strukturen und Prozesse der gesundheitlichen Versorgung und das in ihnen handelnde Fachpersonal in der Lage sind, auf die unterschiedliche Gesundheitskompetenz der Bevölkerung bzw. von Teilpopulationen und Individuen angemessen zu reagieren. Daraus ergibt sich wiederum die Notwendigkeit von Responsivität: Systeme, Institutionen und Einrichtungen sollten die Gesundheitsinformation, Ressourcen, Unterstützung und Umgebungen möglichst so gestalten und anbieten, dass sie für Menschen mit unterschiedlich ausgeprägter Gesundheitskompetenz gleichermaßen zugänglich und nutzbar sind. Außerhalb des Gesundheitssystems sind Anstrengungen im gesamten Bildungssystem und in der Arbeitswelt zu intensivieren, Menschen den Erwerb von Gesundheitskompetenz zu ermöglichen.

Literatur

1. Nutbeam D. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health Promotion International*. 2000;15:183–4. doi:10.1093/heapro/15.3.183.
2. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot.Int*. 2000; 15:259–67.
3. Ernstmann N, Bauer U, Berens E, Bitzer EM, Bollweg TM, Danner M, et al. DNVF Memorandum Gesundheitskompetenz (Teil 1). Hintergrund, Relevanz, Gegenstand und Fragestellungen in der Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen*. 2020;82.
4. Sørensen K, Broucke S van den, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonka Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
5. Schaeffer D, Berens E-M, Gille S, Griese L, Klinger J, Sombre S de, et al. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2: Bielefeld: 2021. pub.uni-bielefeld.de/record/2950305. Accessed 18. Juni 2021.
6. Bitzer EM, Sørensen K. Gesundheitskompetenz – Health Literacy. [Health Literacy]. *Gesundheitswesen*. 2018;80:754–66. doi:10.1055/a-0664-0395.
7. Bittlingmayer UH, Dadaczynski K, Sahrai D, van den Broucke S, Okan O. Digitale Gesundheitskompetenz – Konzeptionelle Verortung, Erfassung und Förderung mit Fokus auf Kinder und Jugendliche. [Digital health literacy-conceptual contextualization, measurement, and promotion]. *Bundesgesundheitsbl*. 2020;63:176–84. doi:10.1007/s00103-019-03087-6.
8. Dierks M-L. Gesundheitskompetenz – Was ist das? *Public Health Forum*. 2017;25:101. doi:10.1515/pubhef-2016-2111.
9. Levin-Zamir D, Leung AYM, Dodson S, Rowlands G. Health literacy in selected populations: Individuals, families, and communities from the international and cultural perspective. *Information Services & Use*. 2017;37:131–51. doi:10.3233/ISU-170834.
10. Betsch C, Wieler LH, Habersaat K. Monitoring behavioural insights related to COVID-19. *The Lancet*. 2020;395:1255–6. doi:10.1016/S0140-6736(20)30729-7.
11. Betsch C, Wieler L, Bosnjak M, Ramharter M, Stollorz V, Omer S, et al. Germany COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO Germany): Monitoring knowledge, risk perceptions, preventive behaviours, and public trust in the current coronavirus outbreak in Germany: *PsychArchives*; 2020.
12. Betsch C. COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO). Wahrgenommenes und tatsächliches Wissen über COVID-19. 2021. Internet: <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/cosmo-analysis.html>. Accessed 22 Jul 2021.
13. Okan O, Sombre S de, Hurrelmann K, Berens E-M, Bauer U, Schaeffer D. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung im Umgang mit der Coronavirus-Pandemie. *Monitor Versorgungsforschung*. 2020;13:40–5.
14. Levin-Zamir D, Sorensen K, Su TT, Sentell T, Rowlands G, Messer M, et al. Health promotion preparedness for health crises – a ‘must’ or ‘nice to have’? Case studies and global lessons learned from the COVID-19 pandemic. *Glob Health Promot*. 2021;28:27–37. doi:10.1177/1757975921998639.
15. Mattered U, Egger N, Tempes J, Tischer C, Lander J, Dierks M-L, et al. Health literacy in the general population in the context of epidemic or pandemic coronavirus outbreak situations: rapid scoping review. *Patient Education and Counseling* 2020. doi:10.1101/2020.07.03.20145060.
16. Gilan D, Röthke N, Blessin M, Kunzler A, Stoffers-Winterling J, Müssig M, et al. Psychische Belastungen, Resilienz, Risiko- und protektive Faktoren während der SARS-CoV-2-Pandemie. Systematische Literaturanalyse und Studienergebnisse aus dem deutschen COSMO-Panel. *Dtsch Arztebl Int*. 2020;117:625–30. doi:10.3238/arztebl.2020.0625.
17. Betsch C. COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO). Wissen, Risikowahrnehmung, Schutzverhalten, Vertrauen. 2020. Internet: <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/cosmo-analysis.html>. Accessed 30 Apr 2020.
18. Kleis Nielsen R, Fletcher R, Newman, N, Brennen, JS, Howard PN. Navigating the ‘infodemic’: how people in six countries access and rate news and information about coronavirus. 2020. <https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/infodemic-how-people-six-countries-access-and-rate-news-and-information-about-coronavirus>. Accessed 16 Jun 2021.
19. Schaefer C, Bitzer EM, Ollenschläger G, Okan O. Fact Sheet – Umgang mit Falschnachrichten in den Medien. Eine Übersicht über aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Falschnachrichten bei COVID-19. 2020. https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/2020_07_14_Factsheet_Fake_News-V2.pdf. Accessed 14.12.20.
20. Clarke L. Covid-19: Who fact checks health and science on Facebook? *BMJ*. 2021;373:n1170. doi:10.1136/bmj.n1170.
21. Stahl BC. On the Difference or Equality of Information, Misinformation, and Disinformation: A Critical Research Perspective. *InformingSciJ*. 2006;9:83–96. doi:10.28945/473.
22. Greenhalgh T, Jimenez JL, Prather KA, Tufekci Z, Fisman D, Schoolley R. Ten scientific reasons in support of airborne transmission of SARS-CoV-2. *The Lancet*. 2021;397:1603–5. doi:10.1016/S0140-6736(21)00869-2.
23. Mian A, Khan S. Coronavirus: the spread of misinformation. *BMC Med*. 2020;18:89. doi:10.1186/s12916-020-01556-3.
24. Brennen JS, Simon F, Howard PN, Kleis Nielsen. Types, sources, and claims of COVID-19 misinformation. 2020. <https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/types-sources-and-claims-covid-19-misinformation>. Accessed 30 Jun 2020.
25. Europäischer Auswärtiger Dienst (EAD). EAD-Sonderbericht, update: Kurzbewertung der Narrative und Desinformation zur COVID-19-Pandemie (Aktualisierung Dezember 2020 bis April 2021). 2021. <https://euvsdisinfo.eu/de/ead-sonderbericht-update-kurzbewertung-der-narrative-und-desinformation-zur-covid-19-pandemie-aktualisierung-dezember-2020-bis-april-2021/>. Accessed 16 Jun 2021.
26. Betsch C, COSMO-Konsortium. Ergebnisse aus dem COVID-19 Snapshot Monitoring COSMO: Die psychologische Lage. 2021. <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/topic/vertrauen-ablehnung-demos/30-verschwoerung/>. Accessed 22 Jul 2021.
27. Allington D, Dhavan N. The relationship between conspiracy beliefs and compliance with publichealth guidance with regard to COVID-19. *London*; 2020.

28. U.S. Surgeon General. Confronting Health Misinformation: The U.S. Surgeon General's Advisory on Building a Healthy Information Environment. 2021. <https://www.hhs.gov/surgeongeneral/reports-and-publications/health-misinformation/index.html>. Accessed 22 Jul 2021.
29. Sukkar E, Guerrero C. Health literacy around the world: policy approaches to wellbeing through knowledge and empowerment. 2021. <https://eiperspectives.economist.com/health-care/health-literacy-around-world-policy-approaches-wellbeing-through-knowledge-and-empowerment>. Accessed 22 Jul 2021.
30. Weishaar H, Hurrelmann K, Okan O, Horn A, Schaeffer D. Framing health literacy: A comparative analysis of national action plans. *Health Policy*. 2019;123:11–20. doi:10.1016/j.healthpol.2018.11.012.
31. Trezona A, Rowlands G, Nutbeam D. Progress in Implementing National Policies and Strategies for Health Literacy-What Have We Learned so Far? *Int J Environ Res Public Health* 2018. doi:10.3390/ijerph15071554.
32. Gesundheitsziele.de. Gesundheitsziel: Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken. 2011. <http://gesundheitsziele.de/>. Accessed 10 Dec 2017.
33. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Gemeinsame Erklärung des Bundesministeriums für Gesundheit, der Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen und des Vorsitzlandes der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zur Bildung einer Allianz für Gesundheitskompetenz. 2017. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2017/juni/allianz-fuer-gesundheitskompetenz.html>. Accessed 28 Dec 2017.
34. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Übersicht über aktuelle Maßnahmen der Partner der Allianz für Gesundheitskompetenz. 2017. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheit/Allianz_Gesundheitskompetenz_Massnahmen.pdf. Accessed 28 Dec 2017.
35. Schaeffer D, Berens E-M, Weishaar H, Vogt D. Gesundheitskompetenz in Deutschland – Nationaler Aktionsplan. *Public Health Forum* 2017. doi:10.1515/pubhef-2016-2164.
36. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer, Ullrich, Kolpatzik, Kai. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart; 2018.
37. Bitzer EM, Ansmann L, Hörold M, Lyssenko L, Apfelbacher C. „... oder doch lieber daheimbleiben?“ – Gesundheitskompetenz für die Regelversorgung in der COVID-19 Pandemie. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2021. doi:10.1007/s00103-021-03282-4.



Prof. Dr. Eva Maria Bitzer MPH

Eva Maria Bitzer ist Professorin für die Medizin in der Gesundheitspädagogik an der Pädagogischen Hochschule Freiburg und leitet dort die Fachrichtung Public Health & Health Education. Sie beschäftigt sich in der Forschung mit Gesundheitskompetenz (Health Literacy) und Gesundheitspädagogik, Evidenzbasierung in Prävention und Rehabilitation und Versorgungsforschung aus Public Health Perspektive. Sie ist im Sprecherteam der DFG-Forschungsgruppe „Gesundheitskompetenz in der frühkindlichen Allergieprävention“ und stellv. Vorsitzende des Netzwerks Gesundheitskompetenz.

Interview mit Kirsten Kappert-Gonther



© Thomas Trutschel

Dr. Kirsten Kappert-Gonther
Sprecherin für Gesundheitsförderung der Grünen im Bundestag

Wie hat sich die Coronavirus-Pandemie auf die Gesundheitskompetenz sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern ausgewirkt?

Rein intuitiv könnte man meinen, dass die Allgegenwärtigkeit der Pandemie und vielleicht auch die stärkere Beschäftigung mit Gesundheitsthemen zu mehr aufgeklärten, mündigen Patient:innen geführt haben dürfte, die sich selbst gut im Gesundheitssystem zurechtfinden. Doch das scheint – leider – zu kurz gesprungen. Einer aktuellen Studie zufolge hat sich die Gesundheitskompetenz der Bürger:innen zwischen 2014 und 2020 sogar noch verschlechtert. Im Pandemiejahr 2020 klagten demnach fast 60 Prozent der Befragten über große Schwierigkeiten, sich im unüberschaubaren Angebot von Gesundheitsinformationen zu orientieren. Als Grund für diese Überforderung gaben die Autor:innen v. a. die Menge, Vielfalt und Widersprüchlichkeit von Informationen an. Etwa drei Viertel der Befragten finden es schlichtweg schwierig, vorhandene Gesundheitsinformationen richtig einzuschätzen.

Die schlechte Gesundheits- und Risikokommunikation der Bundesregierung und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) während der Corona-Pandemie dürfte nicht dazu beigetragen

haben, dass sich diese Problemlagen in den vergangenen Monaten und Wochen verringert hätten. Im Gegenteil: Wiederholt wurde etwa in den Erhebungswellen der COSMO-Studie kritisiert, dass die unabgestimmte Vielzahl an Informationen von unterschiedlichen (auch staatlichen) Akteur:innen das Wissen, die Risikowahrnehmung und das Vertrauen der Bevölkerung in Infektionsschutzmaßnahmen belastet haben. Die Verantwortung für die Kommunikation hätte in den Händen einer Institution liegen müssen, die auch über das notwendige Vertrauen der Bevölkerung verfügt. Während die Autor:innen der COSMO-Studie hier etwa das Robert Koch-Institut stärker in die Verantwortung nehmen wollten, meine ich, dass wir unbedingt die Potenziale der BZgA, die zweifelsohne vorhanden sind – siehe etwa die erfolgreiche und in viele Bevölkerungsgruppen hinein diffundierte HIV/Aids-Kampagne –, viel stärker ausspielen müssen. Das wird eine wichtige Aufgabe auch für die nächste Legislaturperiode sein.

Die BZgA sollte dann unbedingt die „kritische Gesundheitskompetenz“ der Bevölkerung fördern, also die Fähigkeit, aus den bestehenden Angeboten und der Versorgung kritisch auszuwählen zu können. Hier muss die Behörde Ansätze und Wege finden, um in die Lebenswelten der Menschen vor Ort vorzudringen. Eine Plattform wie das „Nationale Gesundheitsportal“ ist sicher gut gemeint, erreicht aber nur einen kleinen und ohnehin gut ausgebildeten Teil der Gesellschaft.

Dabei ist die Frage nach Gesundheitskompetenz vordringlich auch eine soziale: Die Autor:innen der eingangs erwähnten Studie warnen angesichts der Flut an Informationen bei gleichzeitig mangelnder „kritischer Gesundheitskompetenz“ vor allem in benachteiligten Gruppen vor einer neuen Form von gesundheitlicher Ungleichheit. Dieses Phänomen ist in der Corona-Pandemie ganz besonders deutlich geworden: Während gut situierte, deutschsprachige Familien einen verhältnismäßig guten Zugang zu

Gesundheitsinformationen hatten und haben, wird es migrantischen Communities hier deutlich schwerer gemacht. Für sie existieren nach wie vor kaum niederschwellig zugängliche staatliche Informationen, ein lebensnahes „Empowerment“ von zivilgesellschaftlichen Akteur:innen vor Ort durch und in Zusammenarbeit mit den Behörden findet weiterhin nur vereinzelt statt. Das allerdings sind wichtige Aufgaben für die Zukunft.

Muss der Gesetzgeber diesbezüglich weiter nachsteuern und falls ja, wie?

Bei der Förderung von Gesundheitskompetenz gibt es ganz offensichtlich großen Handlungsbedarf. Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen hat hierzu in den vergangenen Jahren bereits einige Vorschläge gemacht, auf welchen Wegen das gelingen kann: etwa durch eine stärkere Bekanntmachung bestehender Patienteninformationszentren, in denen Hilfe zur Selbsthilfe und Recherche angeboten wird. Auch die Unabhängige Patientenberatung (UPD) sollte unter dem Dach einer verlässlich finanzierten und unabhängigen Patientenstiftung neu aufgestellt werden, damit weder von Politik, Krankenkassen noch Pharmaunternehmen Einfluss auf die Beratung ausgeübt wird. Auch die frühe und gezielte Förderung der Gesundheitskompetenz, im besten Fall schon in der Schule, muss auf dem Maßnahmenkatalog stehen. Und sicher kann auch ein nationales Gesundheitsportal zu mehr Kompetenzen auf

seiten der Bürger:innen beitragen, dafür muss es aber für alle Menschen leicht zugänglich und verständlich sein; auch eine stärkere Bekanntmachung dieses Angebots ist sicher notwendig.

Doch wir können und müssen auch strukturell etwas tun. Unser Gesundheitswesen ist bislang viel zu einseitig auf Krankheitsbehandlung ausgerichtet. Gesundheitsförderung als Teil von Public Health spielt dagegen nur eine untergeordnete Rolle, das hemmt auch die Gesundheitskompetenzen der Menschen. Hier braucht es mehr alltägliche Berührungspunkte mit Gesundheitsthemen, die Corona-Pandemie bietet hierfür ein Gelegenheitsfenster. Die Unterstützung von Patient:innen in der Gesundheitserhaltung und -förderung und die Stärkung der Gesundheitskompetenz stellen bislang keine wirkliche Ausübung der Heilkunde dar, da sie keinen Bezug zu einer Krankenbehandlung haben. Das müssen wir dringend ändern, zum Beispiel über die viel stärkere Förderung von sog. „Community Health Nurses“, die in anderen Ländern – allen voran in Skandinavien und Kanada – längst eigenverantwortlich in der Primärversorgung tätig sind. Sie bieten als Lots:innen und erste Ansprechpartner:innen einen niederschweligen Zugang zu Gesundheits- und Krankheitsfragen an. Ein zentraler Baustein auch für mehr Gesundheitskompetenz wird daher eine neue Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen sein, die mehr Gesundheitsförderung und -versorgung auf Augenhöhe ermöglicht und Patient:innen zu Spielmacher:innen unseres Gesundheitswesens macht.

Die Neue Normalität in der Arbeitswelt – Konsequenzen für die Lebensphasenorientierte Personalpolitik

Jutta Rump und Silke Eilers

Institut für Beschäftigung und Employability, IBE, Ludwigshafen

New Normal

Die Corona-Pandemie und die damit verbundenen Entwicklungen haben eine Neue Normalität in der Arbeitswelt entstehen lassen. Die Neue Normalität in der Arbeitswelt beinhaltet u. a. die folgenden sieben Aspekte:

1. **Die Transformations-Trilogie:** Digitale Transformation – Ökonomische Transformation – Ökologische Transformation
2. **Drei limitierte Faktoren:** Eingeschränkte finanzielle Mittel – Zeit als knappes Gut – Nachwuchs- und Fachkräftemangel
3. **Drei „Währungen“:** Geld – Zeit – Purpose
4. **Drei Aspekte der Organisation:** Agiles Arbeiten – Mobile Work – Flexible Arbeitsformen
5. **Drei Formen der Zusammenarbeit:** Stationäre Zusammenarbeit – Hybride Zusammenarbeit – Virtuelle Zusammenarbeit
6. **Drei Merkmale der Führung:** Transparenz – Partizipation – Krisenstab
7. **Drei Ebenen der Beschäftigungsfähigkeit:** Kompetenzen – Identifikation – Gesundheit

Diese sieben Aspekte werden auch als die 7 * 3er-Regel bezeichnet [1]. »»» Abbildung 1 gibt einen Überblick.

Welche Konsequenzen hat die Neue Normalität für die Lebensphasenorientierte Personalpolitik? Wie passt die Lebensphasenorientierung in diesen Kontext? Die Lebensphasenorientierte Personalpolitik war vor der Corona-Krise ein wesentlicher Handlungsrahmen zur Steigerung der Attraktivität als Arbeitgeber, diente zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, beförderte die Life-Balance, trug zur Verbesserung der Employability bei, war ein Hebel zum Paradigmenwechsel in Rollenmustern [2]. Wird sie in der Neuen Normalität diese Bedeutung beibehalten?

Im Folgenden wird an einigen Dimensionen der Zusammenhang zwischen der Neuen Normalität in der Arbeitswelt und der Lebensphasenorientierten Personalpolitik zur Diskussion gestellt.

Abbildung 1 Die sieben Trilogien der Neuen Normalität [1]



Transformations-Trilogie

Die Neue Normalität in der Arbeitswelt wird häufig mit der sogenannten Transformations-Trilogie in Zusammenhang gebracht. Die Transformations-Trilogie umfasst die digitale, ökonomische und ökologische Transformation. Die digitale Transformation wird durch die Corona-Krise beschleunigt und findet in größerem Ausmaß als bisher statt. So nutzen eine Reihe von Unternehmen die Krisenzeit sowie die damit verbundene Disruption als Treiber der Digitalisierung von Prozessen, Strukturen und Geschäftsmodellen. Die Konsequenzen zeigen sich in der sogenannten VUCA-Welt. Durch die Vernetzung und das Teilen von Informationen, Wissen und Erfahrungen on time nimmt die Geschwindigkeit des Agierens und Reagierens zu, ebenso wie die Komplexität der Kontexte, in denen wir unterwegs sind. Darüber hinaus ist ein weiterer Trend zu beobachten: Zunehmend entscheiden sich Unternehmen für das sogenannte Inshoring oder Reshoring. Das heißt, dass ausgelagerte Prozesse zurück in das Ursprungsland geholt werden. Hintergrund ist, dass die Kostenvorteile in den klassischen Offshoring-Ländern vielfach schwinden, insbesondere im Hinblick darauf, dass die Errungenschaften der Digitalisierung im Kontext von Industrie 4.0 ebenfalls zu deutlichen Kostenreduktionen und Kapazitätsverbesserungen führen können. Darüber hinaus zeigt die Corona-Krise, dass ausschließlich ökonomisch ausgerichtete Wertschöpfungs- und Lieferketten zu Versorgungsengpässen führen können. Digitalisierung kann hier eine Lösungsoption bieten [3]. Damit einher geht eine ökonomische Transformation. Parallel zur digitalen und ökonomischen Transformation ist zudem die ökologische Transformation zu beobachten. Nicht wenige Unternehmen überlegen, welche gewohnten Abläufe möglicherweise anders – auch digitaler – zu bewerkstelligen sind. Sie agieren entsprechend der Überlegung „Wenn wir digital und ökonomisch transformieren, dann können wir die ökologische Transformation doch gleich mitmachen“. Im Moment hat man allerdings den Eindruck, dass die ökologische Transformation eher im Hintergrund – quasi auf der Hinterbühne – stattfindet.

Mit der Transformations-Trilogie nimmt die Komplexität zu. Gleichzeitig erhöht sich die Veränderungsgeschwindigkeit, was letztlich zu einer entsprechenden Reduktion der Reaktionszeiten führt. Veränderung in einer hohen Komplexität und Schnelligkeit wird zu einem Normalzustand. Um diese Herausforderungen bewältigen zu können,

braucht es unter anderem Menschen, die nicht nur „in Bewegung bleiben“, sondern auch „die Balance halten“. Die Lebensphasenorientierte Personalpolitik trägt erheblich dazu bei, Berufliches und Privates zu vereinbaren, was wiederum Stabilisierung und Orientierung bietet. Die Transformations-Trilogie treibt also die Notwendigkeit einer Lebensphasenorientierten Personalpolitik.

Das knappe Gut „Geld“

Die Corona-Krise hat die zehn Jahre währende ökonomische „Party“ abgelöst. Die finanziellen Möglichkeiten auf staatlicher Ebene, in vielen Betrieben und bei Teilen der Bevölkerung sind begrenzt. Nicht selten fehlt in Unternehmen und Institutionen das Geld, „um so weiterzumachen, wie bisher“. Es erfolgt eine zunehmende Fokussierung und Priorisierung bei Investitionen, die mit einer umfassenden Kosten-Nutzen-Betrachtung verbunden sind. Es ist damit zu rechnen, dass es zu Verteilungskämpfen um das knappe Gut „Geld“ kommt.

Wenn die Lebensphasenorientierte Personalpolitik bisher nicht als strategisches Handlungsfeld verankert ist, besteht die Gefahr, im Verteilungskampf um die knappe Ressource „Geld“ unterzugehen bzw. nur bedingt zum Einsatz zu kommen. Gleichzeitig steigen die Anforderungen, den Nutzen einer Lebensphasenorientierten Personalpolitik auf der Basis einer Controlling-Sprache, die für die Investitionsanalyse und die Kosten-Nutzen-Kalkulationen relevant ist, sichtbar zu machen. Somit besteht – neben dem Konkurrieren mit anderen Themenfeldern – die Notwendigkeit, die Lebensphasenorientierte Personalpolitik in der OKR-Welt (Objectives and Key Results) zu etablieren.

„Zeit“ als zweite „Währung“ und als Attraktivitätsfaktor

Entgelt für eine erbrachte Leistung gilt in der Arbeitswelt als Währung. Auch in der Neuen Normalität ist eine angemessene, marktgerechte Bezahlung ein zentraler Faktor. In der Welt der Neuen Normalität wird diese Währung allerdings ergänzt um die Währung „Zeit“. Wenn Menschen das Gefühl haben, ihnen rinnt zunehmend die Zeit durch die Finger angesichts steigender Veränderungsgeschwindigkeit und sinkender Reaktionszeit, strebt jeder nach mehr Selbstbestimmtheit in Sachen Zeit und Zeitsouveränität. Der Umgang mit Zeit bedarf einer hohen Professionalität und wird zu einem zentralen

Faktor der Arbeitgeber-Attraktivität sowie zu einer gesellschaftlichen Wohlstands-Bedingung.

Die Lebensphasenorientierte Personalpolitik hat das Ziel, Menschen und Systeme in Balance zu halten. Dazu gehört auch, die Ressource Zeit bestmöglich auf unterschiedliche Lebenssituationen aufzuteilen. Vor dem Hintergrund steigender Veränderungsgeschwindigkeit und sinkender Reaktionszeiten wird dies zu einer zentralen Strategie zur Motivation und Identifikation, was sich dann in Mitarbeiterbindung widerspiegelt. Der verantwortungsvolle Umgang mit Zeit als Teil der Lebensphasenorientierten Personalpolitik führt zur Attraktivität als Arbeitgeber. Dieser Aspekt darf nicht vernachlässigt werden, da auch in der neuen Normalität der Arbeitswelt Nachwuchs- und Fachkräftemangel auf der Tagesordnung stehen werden.

Der Zielkonflikt in der Arbeitsorganisation

Die Neue Normalität der Organisation ist u.a. verbunden mit agilen Organisations- und Arbeitsformen. Agilität im organisationalen Kontext bedeutet Selbstbestimmtheit, Selbstorganisation, Vernetzung, Dezentralisierung und mehr oder weniger Hierarchiefreiheit mit dem Ziel Innovationen zu generieren, Verbesserungen in den Fokus zu nehmen und Optimierungen anzustreben. Es gilt, die Schwarmintelligenz bzw. die kollektive Intelligenz zu heben und zu nutzen. Es reicht nicht mehr, Entscheidungen zur Weiterentwicklung des Unternehmens nur im kleinen Kreis zu treffen. Das Know-how, die Erfahrung und die Ideen aller Beschäftigten, Partner:innen und Kunden:innen werden benötigt.

Bereits seit vor der Corona-Krise sichtbar besteht die Gefahr, dass ein Konflikt zwischen agilen Arbeitsformen und flexiblen Arbeits(zeit)modellen entsteht. Während Agilität stark verknüpft ist mit Selbstorganisation und Hierarchiefreiheit mit dem Ziel, u.a. schnell Innovationen zu generieren, ist Flexibilität im organisationalen Kontext nicht selten verbunden mit der Vereinbarkeit von Unternehmens- und Beschäftigtenzielen sowie -interessen.

Zugespielt formuliert: Wenn ein agil organisiertes Team im Flow ist, sich also an einem erfolgskritischen Zeitpunkt des Innovationsprozesses befindet, ist es kontraproduktiv, wenn ein Teammitglied oder mehrere Teammitglieder auf die Uhr schauen und feststellen, dass sie jetzt gehen müssen, um die Kinder von der Kinderbetreuung abzuholen oder den geplanten Sportaktivitäten nachzugehen.



Die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben scheint nur bedingt mit der agilen Organisation kompatibel zu sein. Agilität und Flexibilität folgen *nicht* der gleichen Logik und haben *nicht* das gleiche Ziel.

Damit konkurriert die Lebensphasenorientierte Personalpolitik, die mit flexiblen Arbeits(zeit)modellen zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben als zentralem Handlungsinstrumentarium arbeitet, mit der Agilität als Organisationsprinzip zur Unternehmensentwicklung [4].

Mobile Arbeit als Normalzustand

Die Neue Normalität in der Arbeitswelt ist mit mobiler Arbeit verknüpft. Vor der Corona-Krise lediglich ein Arbeitsmodell für bestimmte Gruppen wie Mütter, pflegende Angehörige und einige Vertreter:innen der Generation Y und Z, ist es in der Krise zu einer Arbeitsform für fast alle geworden, die in dieser Art und Weise arbeiten können. Nach der Corona-Krise kehren wir nicht in die alte Welt zurück, sondern praktizieren hybride Arbeitsmodelle, die einen Mix zwischen stationär und mobil darstellen. Auf den ersten Blick ist diese Entwicklung ein Glücksfall für die Etablierung der Lebensphasenorientierten Personalpolitik. Denn die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben für alle Beschäftigte (und nicht nur für bestimmte Gruppen) wird nun zu einem akzeptierten Normalzustand. Auf den zweiten Blick zeigt sich ein differenzierteres Bild: In Familien mit partizipativen Mustern führt die Entwicklung zu einer zunehmenden Gleichverteilung von Familienpflichten. In Familien mit eher traditionellen Strukturen ist hingegen tendenziell eine Zementierung alter Rollenmuster zu beobachten. Es waren und sind vor allem Frauen aus traditionellen Rollen- und Familienkontexten, die während der Corona-Krise mit den 3 „Hs“ (Haushalt, Homeschooling, Homeoffice) konfrontiert wurden bzw. werden. Aus diesem differenzierten Blick resultiert, dass eine Lebensphasenorientierung immer zielgruppenspezifisch, bedarfsorientiert und sozialisationsbedingt ausgerichtet sein muss – in der Neuen Normalität mehr denn je.

Drei Dimensionen der Beschäftigungsfähigkeit oder die 3 „Es“

Die Notwendigkeit von Employability und der Employability-Ansatz sind nicht neu. Durch die Megatrends und die Corona-Krise erhalten die Anforde-

rungen, die mit Employability verbunden sind, jedoch erheblichen Rückenwind. Nur Beschäftigte, die beschäftigungsfähig sind, sind willens und in der Lage, die Entwicklungen mitzugehen und mitzugestalten. Employability beinhaltet drei Dimensionen:

- Kompetenzen und Qualifikationen,
- Motivation und Identifikation sowie
- Gesundheit und Wohlbefinden.

Kompetenzen und Qualifikationen tragen dazu bei, dass Aufgaben bearbeitet und Prozesse bewältigt werden. Die Transformations-Trilogie benötigt jedoch – neben Kompetenz und Qualifikation als Inputfaktoren – Motivation und Identifikation der Beschäftigten. Das ist der Hebel, um sich von einer „guten“ Prozessbewältigung und Aufgabenbearbeitung zu einer „bestmöglichen“ Prozessbewältigung und Aufgabenbearbeitung zu wandeln. Gesundheit und Wohlbefinden stellen einen Rahmenfaktor dar.



Nur Mitarbeitende, die gesund sind, in Balance bleiben und sich wohlfühlen für das, was es zu tun gilt, können jeden Tag den Anforderungen standhalten und „ihr Bestes geben“.

Employability ist eng verknüpft mit Empowerment. Die kontinuierliche Stärkung und Förderung der Beschäftigungsfähigkeit ist zwingend erforderlich, um eine immerwährende Kontinuität in der Leistungserbringung zu gewährleisten. Eine wesentliche Voraussetzung, damit die Gleichung „Employability + Empowerment = Excellence“ (das sind die drei „Es“) aufgeht, ist die Talent- und Stärkenorientierung. Darüber hinaus ist Lebensphasenorientierung ein zentraler Ansatz. Die Berücksichtigung der unterschiedlichen privaten Lebenssituationen sowie der jeweiligen Berufsphasen trägt erheblich zum Wohlbefinden bei, steigert die Motivation und vor allem die Identifikation mit dem Arbeitgeber und dem Team. Zudem resultieren aus der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben Lerneffekte und Kompetenzen, die für die Neue Normalität wichtig sind.

Die Lebensphasenorientierte Personalpolitik ist immer mit lebenslanger Beschäftigungsfähigkeit eng verbunden. Ohne Lebensphasenorientierung ist Employability nicht möglich.

Fazit

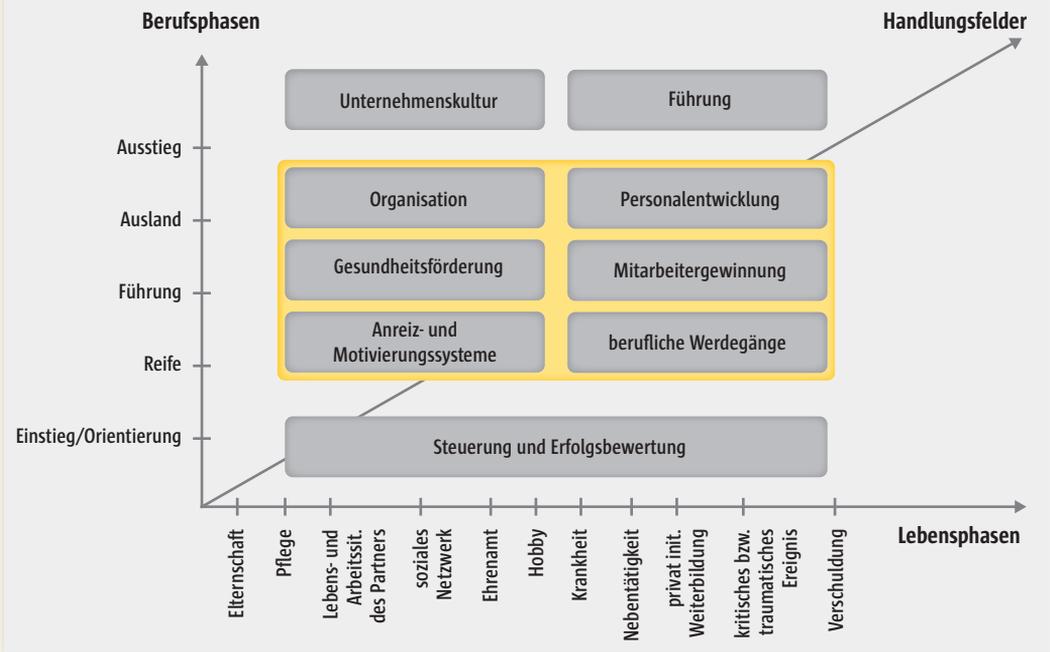
Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass die Corona-Pandemie unser Leben und Arbeiten nachhaltig geprägt hat. Die Neue Normalität in der Arbeitswelt stellt für Betriebe und ihre Beschäftigten ebenso eine Herausforderung wie eine Chance dar. Unerlässlich erscheint, sich proaktiv bei der Gestaltung der neuen Arbeitswelt mit der Lebensphasenorientierung auseinanderzusetzen, um so die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Produktivität der Beschäftigten auch über ein verlängertes Erwerbsleben hinweg zu erhalten.

Eine Lebensphasenorientierte Personalpolitik zielt darauf ab, Mitarbeitende über den gesamten Erwerbslebenszyklus hinweg in ihren unterschiedlichen Lebens- und Berufsphasen dabei zu unterstützen, ihr Potenzial bestmöglich zu entfalten und mit den zuvor dargestellten Spannungsfeldern, beispielsweise zwischen Agilität und Flexibilität, umzugehen. Lebens- und Berufsphasen vor dem Hintergrund der Implikationen der Neuen Normalität miteinander zu vereinbaren, wird auch als „Matching“ bezeichnet, das mit einer Fülle von Einzelmaßnahmen einhergeht. Vielfach sind die dabei genutzten Instrumente nicht neu, sondern zählen zu den bewährten, mit denen Unternehmen bereits Erfahrungen gesammelt haben. Es geht somit vielmehr darum, bedarfsgenau und individualisiert die betrieblichen Belange in Einklang mit den Bedürfnissen der Beschäftigten zu bringen. Dies bedeutet, dass es nicht mehr mehrerer Einzelstrategien, z.B. zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, Demografieorientierung, etc. bedarf. Vielmehr können unterschiedliche Zielgruppen mit einem Konzept angesprochen werden. Dadurch steigt die Akzeptanz innerhalb der Belegschaft und bei den Führungskräften. Um bei aller Individualisierung den Überblick nicht zu verlieren, bedarf es einer Systematisierung. Dazu liegt es nahe, die Maßnahmen in personalpolitische Handlungsfelder einzuteilen (»» Abbildung 2).

Dabei gilt es grundsätzlich, den folgenden 10-Punkte-Plan zu verinnerlichen [2]:

1. Verankerung der Lebensphasenorientierung als Top-Thema auf der obersten Ebene.
2. Aufzeigen des Nutzens und der Kosten sowie Integration in das Controlling.
3. Abstimmen der Herangehensweise in allen betrieblichen Handlungsfeldern (Unternehmenskultur, Führung, Organisation, ...).
4. Sensibilisierung der Führungskräfte („Steter Tropfen höhlt den Stein“).

Abbildung 2 Das Gesamtkonzept einer Lebensphasenorientierten Personalpolitik [2]



5. Fokussieren und Aufzeigen flexibler Lösungen und pragmatischer Handlungsansätze.
6. Priorisierung kostenneutraler Instrumente und Modelle.
7. Umfassende Informationen über die Möglichkeiten und Kreativität für neue Wege.
8. Vorbereitung auf alle „Killer-Argumente“!
9. Kontinuierliche Mitarbeiter-Befragung.
10. Progressive Öffentlichkeitsarbeit (intern wie extern): Ist ein Arbeitgeber attraktiv und die Öffentlichkeit weiß das, ist es schwieriger, „das Rad zurückzudrehen“.

Literatur

1. Rump J (2021) Die Neue Normalität in der Arbeitswelt. Ludwigshafen
2. Rump J, Eilers S, Wilms G (2011) Strategie für die Zukunft. Lebensphasenorientierte Personalpolitik 2.0. Mainz
3. Rump J, Brandt M, Eilers S (2020) Personalpolitik in der Corona-Krise. Ludwigshafen
4. Rump J, Eilers S, Wilms G (2020) Ein Blick hinter die Kulissen von agilen Organisations- und Arbeitsformen. Ludwigshafen



Prof. Dr. Jutta Rump

Prof. Dr. Jutta Rump ist Professorin für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Internationales Personalmanagement und Organisationsentwicklung an der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen. Daneben leitet sie das Institut für Beschäftigung und Employability (www.ibe-ludwigshafen.de), das den Schwerpunkt seiner Forschungsarbeit auf personalwirtschaftliche, arbeitsmarktpolitische und beschäftigungsrelevante Fragestellungen legt. Sie hat darüber hinaus zahlreiche Mandate auf regionaler und nationaler Ebene inne.



Silke Eilers

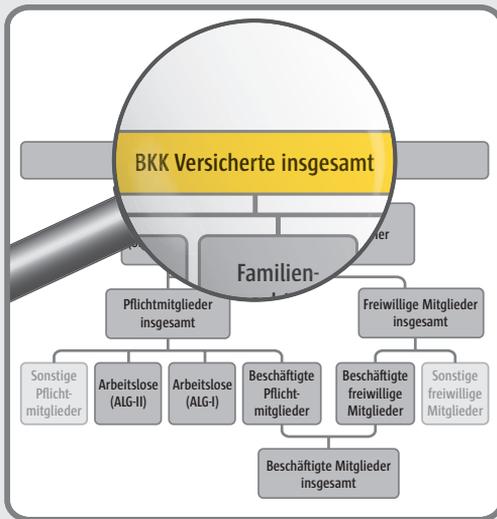
Silke Eilers ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektleiterin am Institut für Beschäftigung und Employability IBE der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich New Work und New Normal, Basic Work sowie Employability und Lebensphasenorientierter Personalpolitik.

3

Stationäre Versorgung

Matthias Richter, Karin Kliner, Dirk Rennert





Äquivalent zu den Analysen für die ambulante Versorgung werden auch bei der Betrachtung des stationären Sektors hauptsächlich die Daten aller BKK Versicherten zugrunde gelegt. Für das Berichtsjahr 2020 sind dabei rund 9 Mio. BKK Versicherte einbezogen worden.

3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

3.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2020

- Deutlicher Einbruch bei den Fallzahlen: In 2020 sind im Durchschnitt je 1.000 Versicherte 171 stationäre Behandlungen erfolgt, rund 15% weniger als noch im Vorjahr (202 KH-Fälle je 1.000 Versicherte).
- Ohnehin nimmt immer nur ein relativ kleiner Teil aller Versicherten innerhalb eines Jahres eine stationäre Behandlung in Anspruch. Waren dies in den Vorjahren immer etwa 13% der Versicherten, betrug im Jahr 2020 der Anteil Versicherter mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt nur 11,6%.
- Keine Veränderung zeigt sich hingegen bei der Verweildauer: Rund zwei Drittel aller Fälle sind nach höchstens einer Woche abgeschlossen, nur 3,0% dauern hingegen länger als 6 Wochen.

Die im Weiteren dargestellten Ergebnisse basieren auf rund 1,5 Mio. voll- oder teilstationären Krankenhaufällen (KH-Fälle ohne Entbindungsfälle und ohne ambulante Operationen) im Jahr 2020. Dies entspricht, bezogen auf alle BKK Versicherten, einem Durchschnittswert von rund 171 Fällen je 1.000 BKK Versicherte. In dieser Statistik werden – anders als z.B. bei den Analysen des Statistischen Bundesamtes – auch der Aufnahme- und Entlassungstag bei der Ermittlung der Behandlungsdauer einbezogen (»» Methodische Hinweise). Diesen Vorgaben entsprechend wurden im Berichtsjahr 2020 für die BKK Versicherten insgesamt 13,6 Mio. Krankenhaustage (KH-Tage) dokumentiert, was einem Durchschnitt von 1.519 Behandlungstagen je 1.000 BKK Versicherte entspricht. Die Durchschnittswerte für KH-Fälle und -Tage sind mit einem Minus von jeweils rund –15% im Vergleich zum Vorjahr erheblich reduziert, wesentlicher Grund dafür dürften die Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie sein (»» Sonderregelungen im Zusammenhang mit der

Coronavirus-Pandemie). Die daraus sich ergebende mittlere Behandlungsdauer bleibt hingegen mit durchschnittlich 8,9 Tagen im Vergleich zu den Vorjahren konstant.

»» Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie

Die Bewältigung der Coronavirus-Pandemie hat auch den stationären Sektor vor große Herausforderungen gestellt. Hierzu wurden verschiedene Sonderregelungen eingeführt, die eine notwendige Behandlung von schwer erkrankten COVID-19-Infizierten sicherstellen genauso wie insgesamt den Erhalt der stationären Versorgung gewährleisten sollten. Es wurde damit nicht nur auf das Meidungsverhalten Erkrankter aus Angst vor einer COVID-19-Ansteckung reagiert, sondern auch aktiv die Belegung gesteuert. Wesentlich sind hierbei die Einführung von Ausgleichszahlungen für die Freihaltung weiterer Behandlungskapazitäten durch die Aussetzung planbarer bzw. verschiebbarer stationärer Behandlungen (gültig im Zeitraum 16.3. – 30.9.2020 bzw. ab 18.11.2020), sowie die gleichzeitige Anreizsetzung zur Aufstockung intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten zu nennen¹. Entsprechende Auswirkungen sind in den weiteren in diesem Kapitel dargestellten Kennzahlen ablesbar bzw. werden in einer Sonderauswertung Entwicklung der Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern während der Corona-Wellen 1–3 im »» Kapitel 3.1.3 betrachtet.

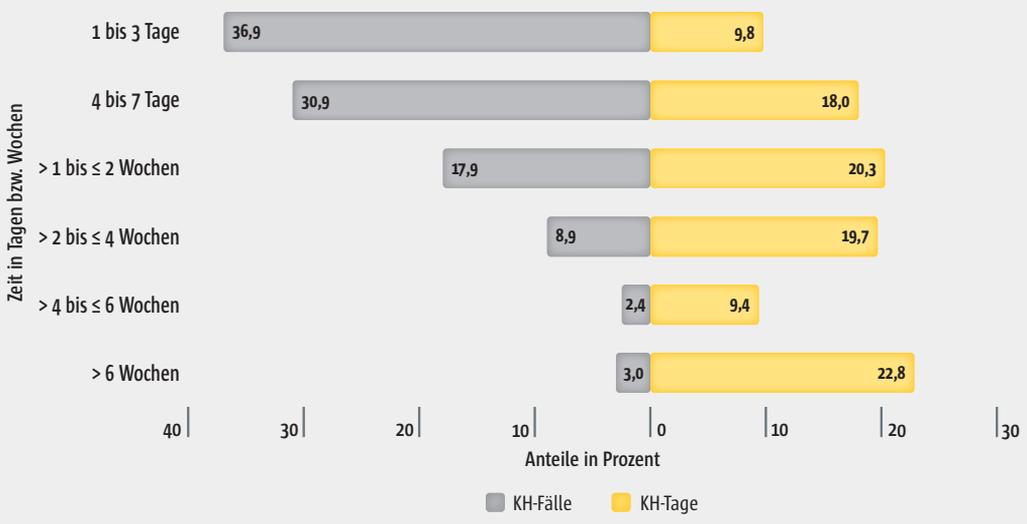
Allgemein ist für die stationäre Versorgung zu konstatieren, dass diese aufgrund ihrer zentralen Ausrichtung auf eine schwerwiegende, oft auch akute Erkrankungssymptomatik entsprechend nur von einem relativ kleinen Teil der Bevölkerung in An-

1 GKV-Spitzenverband. Fokus: Sonderregelungen im Zusammenhang mit dem Coronavirus https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/fokus_corona.jsp [12.8.2021]

Tabelle 3.1.1 Stationäre Versorgung – Versichertenanteile nach Anzahl der Krankenhausaufenthalte im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2020)

Anzahl der KH-Aufenthalte	Anteile der BKK Versicherten in Prozent	Veränderung zum Vorjahr (Prozentpunkte)
kein Aufenthalt	88,4	+1,7
1 Aufenthalt	8,1	-1,1
2 Aufenthalte	2,1	-0,3
3 und mehr Aufenthalte	1,5	-0,3

Diagramm 3.1.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2020)



spruch genommen wird bzw. werden muss. Aber auch bei der Inanspruchnahmequote ist es zu einer deutlichen Reduktion gegenüber dem Vorjahr gekommen: Waren im Jahr 2019 noch 13,3% von allen BKK Versicherten mindestens einmal stationär behandelt worden, so sind es im aktuellen Berichtsjahr 2020 nur insgesamt 11,6% gewesen (»» Tabelle 3.1.1). Im Vergleich zum Vorjahr sind damit 1,7 Prozentpunkte weniger Versicherte im Krankenhaus behandelt worden, was vor allem auf weniger Personen mit nur einem Aufenthalt zurückzuführen ist: Für 8,1% der Versicherten wurde ein Aufenthalt (-1,1% gegenüber 2019), für 2,1% wurden zwei Aufenthalte, sowie für 1,5% drei und mehr Aufenthalte dokumentiert. 88,4% der Versicherten sind ohne Kontakt zur stationären Versorgung geblieben.

Im Falle eines Krankenhausaufenthalts ist hingegen die durchschnittliche Falldauer weiterhin in der Regel mehrheitlich kurz, im Berichtsjahr 2020 wurden mit 67,8% die meisten der Krankenhausaufenthalte innerhalb einer Woche abgeschlossen, 36,9% sogar innerhalb von 3 Tagen (»» Diagramm 3.1.1). In den letzten zehn Jahren ist die stärkste Zunahme insbesondere bei letztgenannter Gruppen zu beobachten: 2010 wurden nur 31,2% aller KH-Fälle innerhalb von 3 Tagen beendet. Der größte Rückgang ist hingegen bei den Fällen mit einer Aufenthaltsdauer von 1–2 Wochen zu verzeichnen (2010: 21,7%). Auf der anderen Seite machen Fälle mit mehr als sechs Wochen Liegezeit nur einen Anteil von 3,0% aus, allerdings ist mehr als jeder fünfte Krankenhausaufenthalt (22,8%) auf einen solchen Langzeitfall zu-

rückzuführen. Diese Anteile bezogen auf die Langzeitfälle sind gegenüber dem Vorjahr konstant geblieben.

Die Tatsache, dass im Jahr 2020 deutlich weniger stationäre Behandlungsfälle versorgt wurden, hat sich nicht auf das schon bekannte Muster bei den Aufnahme- und Entlassungstagen ausgewirkt. Hierbei gibt es im Vergleich zum Vorjahr kaum Veränderungen:

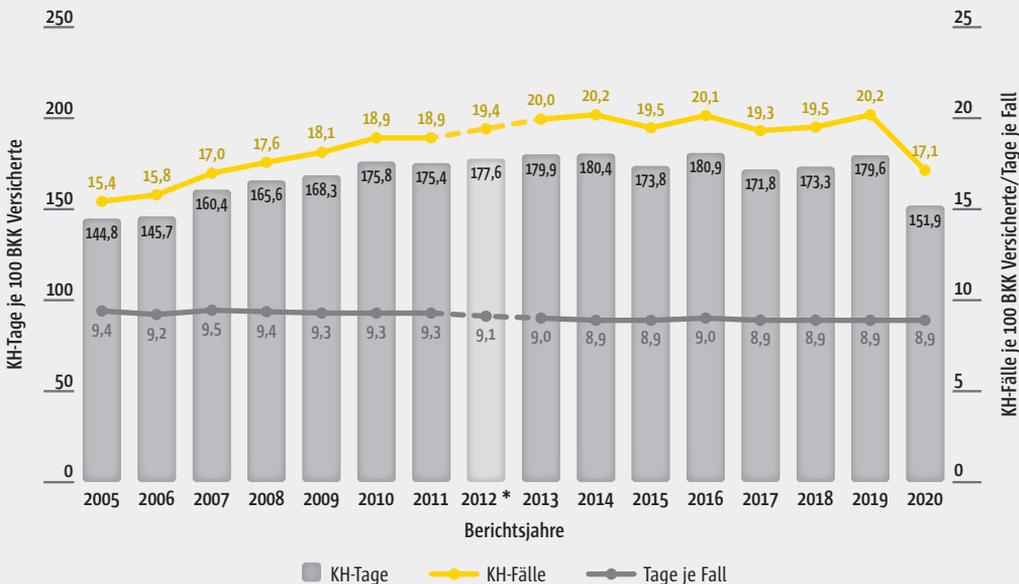
- Im aktuellen Berichtsjahr erfolgten Krankenhausaufnahmen am häufigsten an einem Montag, 20,3% aller Aufenthalte haben an diesem Tag begonnen. Am Wochenende werden in der Regel nur Notfälle aufgenommen, entsprechend sind hier im Vergleich die wenigsten Aufnahmen zu verzeichnen (6,0% der Aufnahmen erfolgten samstags und 7,0% der Aufnahmen sonntags).
- Die Entlassung aus stationärer Behandlung erfolgt wiederum am häufigsten vor dem Wochenende, so endeten 20,9% der Krankenhausaufenthalte freitags. Wiederum nur wenige Aufenthalte wurden an Wochenendtagen beendet: Den geringsten Anteil machen hier die Sonntage mit 5,2% aus, immerhin 10,7% wurden an einem Samstag entlassen.

3.1.2 Langzeitrends

- Durch den aktuellen Rückgang von Fallzahlen und Behandlungstagen sind diese Kennwerte des stationären Sektors so niedrig wie seit mehr als 13 Jahren nicht mehr.
- Im Langzeitvergleich hat sich besonders die Falldauer erheblich verändert: Dauerte ein Behandlungsfall vor 25 Jahren noch knapp 2 Wochen, hat sich die Liegezeit mittlerweile recht konstant bei durchschnittlich rund 9 Tagen eingependelt.

Wie schon im vorherigen Abschnitt erwähnt, sind für das aktuelle Berichtsjahr 2020 gegenüber dem Vorjahr deutlich niedrigere Werte zu verzeichnen: Sowohl die KH-Fälle als auch die -Tage sind gegenüber 2019 um rund 15% gesunken (» Diagramm 3.1.2). Man muss schon deutlich weiter zurückgehen, um einen ähnlich niedrigen Fallzahlenwert (und damit einhergehend geringe durchschnittliche Krankenhaustage) zu finden: So war die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle zuletzt im Jahr 2007 mit 17,0 KH-Fällen je 100 BKK Versicherte geringer als im aktuellen Berichtsjahr 2020.

Diagramm 3.1.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2005–2020)



* Geschätzt, da keine valide Datengrundlage in diesem Berichtsjahr.

Dank der noch weiter zurückreichenden BKK Versichertenstatistiken sind auch Vergleiche zu noch deutlich älteren Berichtsjahren möglich (da diese allerdings nicht für alle Jahrgänge vorliegen, sind sie hier nicht im Zeitreihendiagramm aufgeführt), die Unterschiede zwischen den Kennzahlen über mehr als zwei Jahrzehnte sind allerdings nur sehr begrenzt interpretierbar, dies ist unter anderem beschränkt durch eine differierende zugrundeliegende Versichertenpopulation (erst ab 1994 auch volle Erfassung der ostdeutschen Leistungsfälle im stationären Bereich) sowie die unterschiedliche Klassifikation der Krankheitsarten (Kodierung der stationären Diagnosen vollständig nach ICD-10 ab 2001). Andererseits werden aber bei so einer Betrachtung zumindest die enormen Veränderungen in der stationären Versorgung in den vergangenen Dekaden erkennbar, sowohl durch die Verbesserungen in den Behandlungsmöglichkeiten (beispielsweise durch Etablierung minimalinvasiver Operationsmethoden in den 1990er-Jahren) genauso wie durch tiefgreifende Veränderungen aufgrund unterschiedlicher Abrechnungsprinzipien (»» Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems).

»» Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems

Bemühungen um kürzere Liegezeiten haben lange vor Einführung des Klassifikationssystems der diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRG) in den Jahren 2003/2004 eingesetzt. Das DRG-System erzeugte hierbei aber eine zusätzliche Dynamik, da die Vergütung – vereinfacht ausgedrückt – pauschalisiert und unabhängig von der eigentlichen Liegezeit erfolgt. Lag die durchschnittliche Krankenhausverweildauer der BKK Versicherten im Jahr 1990 noch bei 15,2 Tagen, so wurde diese in den nachfolgenden Jahren kontinuierlich abgesenkt: 1995 betrug die durchschnittliche Liegedauer bundesweit nur noch 12,8 Tage, im „Optionsjahr“ der DRG-Einführung 2003 (Beteiligung auf freiwilliger Grundlage und budgetneutral, d.h., die DRG-Anwendung führte noch nicht zu Gewinnen oder Verlusten) waren es dann 9,6 Tage.

Anders als im somatischen Bereich sind in der psychiatrischen/psychosomatischen stationären Versorgung in den letzten Jahren die durchschnittlichen Falldauern eher noch gestiegen. In diesem Bereich findet das DRG-System keine Anwendung, für die Vergütung wird hier vielmehr das sogenannte Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) verwendet, das sich nach einer freiwilligen Optionsphase (ab 2013) nun seit Beginn 2018 verpflichtend in Anwendung befindet. Die Vergütung erfolgt anhand einheitlicher Bewertungsrelationen sowie krankenhausindividueller Entgelte, seit 2020 werden da-

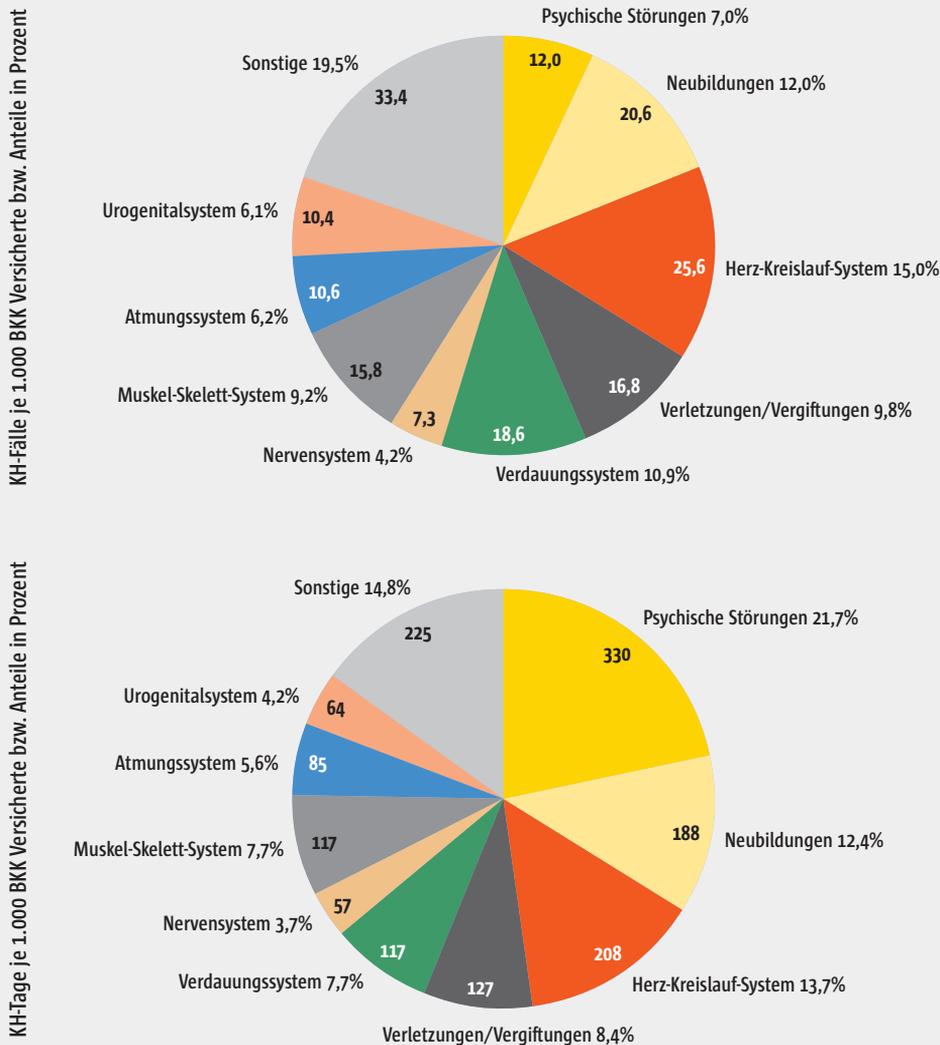
bei außerdem Personalmindestvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) berücksichtigt.

3.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen

- Trotz deutlichem Rückgang der Kennzahlen bleibt das Bild nach Erkrankungsarten weitestgehend unverändert: Auch im Jahr 2020 gehen die meisten Fälle in der stationären Versorgung auf Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems zurück, gefolgt von Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems.
- Die weitaus meisten stationären Behandlungstage gehen auf psychische Störungen zurück. Waren diese in den letzten Jahren wesentlich gestiegen, so ist nun gegenüber dem Vorjahr mit -17,9% ein überdurchschnittlicher Rückgang zu verzeichnen.
- Ein nur geringer Rückgang gegenüber dem Vorjahr ist hingegen bei den Neubildungen zu verzeichnen (rund -8% weniger KH-Fälle und -Tage im Vergleich zu 2019).

Auch bei einer detaillierteren Betrachtung zeigt sich eine Reduktion bei den Kennzahlen, wobei diese bei allen Diagnosehauptgruppen zu verzeichnen ist, sodass das Versorgungsgeschehen in Hinblick auf die behandelten Erkrankungsarten wesentlich gleichbleibt. So haben, wie schon in den letzten Jahren, die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems auch im aktuellen Berichtsjahr 2020 am häufigsten zu einem Krankenhausaufenthalt geführt: Je 1.000 Versicherte sind für diese Diagnosegruppe 25,6 KH-Fälle zu verzeichnen (»» Diagramm 3.1.3), damit gehen allein 15,0% aller Behandlungsfälle auf diese Erkrankungsart zurück. Zweithäufigster Behandlungsgrund sind Neubildungen (12,0%) dicht gefolgt von Erkrankungen des Verdauungssystems (10,9%). Psychische Störungen machen hingegen nur 7,0% aller Fälle aus. Die im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen sowie in der ambulanten Versorgung sehr häufig vorkommenden Erkrankungen des Atmungssystems spielen bei den stationären Kennwerten hingegen nur eine untergeordnete Rolle – allerdings sind gerade für diese Erkrankungsart die Behandlungsfälle überdurchschnittlich zurückgegangen (-21,2%). Möglicherweise spiegelt sich hierin auch die Wirkung der Pandemiemaßnahmen wider, die neben der Ansteckung mit dem Coronavirus auch Infektionen der Atemwege verhindert haben. Betrachtet man die Anzahl der Behandlungstage, zeigt sich hin-

Diagramm 3.1.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)

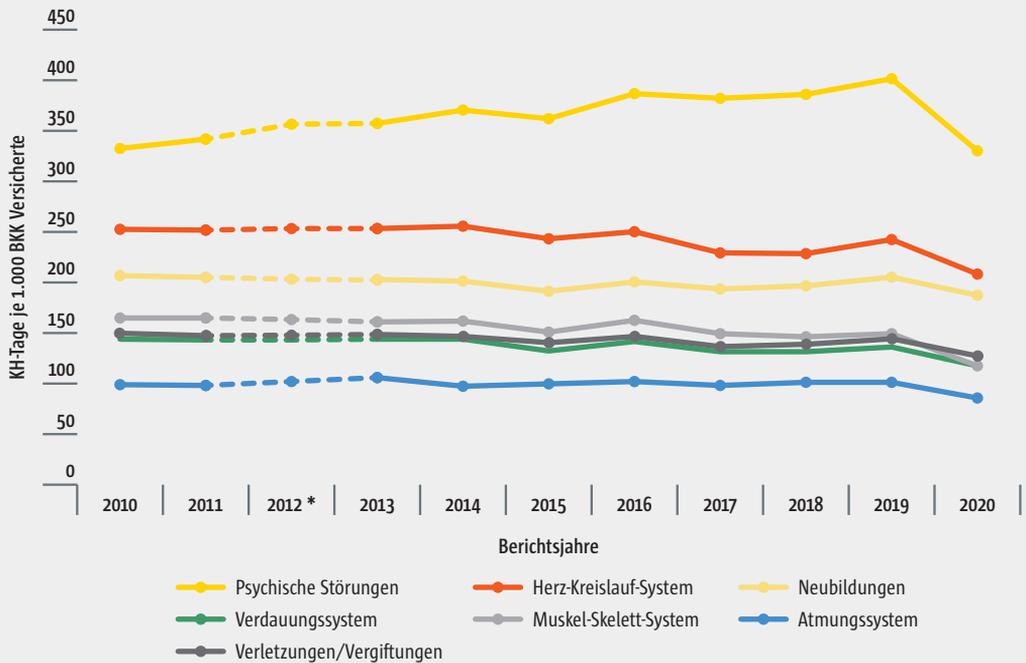


gegen ein anderes Bild: Hierbei liegen die psychischen Störungen mit 330 KH-Tagen je 1.000 BKK Versicherte deutlich an der Spitze, dies entspricht 21,7% aller KH-Tage. Auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehen wiederum 13,7% der Behandlungstage zurück und auf Neubildungen 12,4%.

Anhand der deutlich unterschiedlichen Anteile der psychischen Störungen an KH-Fällen und -Tagen lässt sich außerdem schließen, dass diese Erkrankungsart eine besonders lange durchschnittliche Verweildauer aufweist: Im Jahr 2020 waren Betroffene je Erkan-

kungsfall durchschnittlich 4 Wochen in stationärer Behandlung (27,6 KH-Tage je Fall). Die durchschnittliche Verweildauer bei somatischen Erkrankungen ist mit weniger als 10 KH-Tagen je Fall deutlich kürzer. Entsprechend erfolgen Langzeitbehandlungen bei weitem am häufigsten aufgrund von psychischen Störungen: 57,3% aller Fälle mit mehr als sechs Wochen Dauer sind darauf zurückzuführen. Den zweitgrößten Teil machen Neubildungen mit 13,0% der Langzeitfälle aus, gefolgt von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems mit einem Anteil von 6,5%.

Diagramm 3.1.4 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2010–2020)



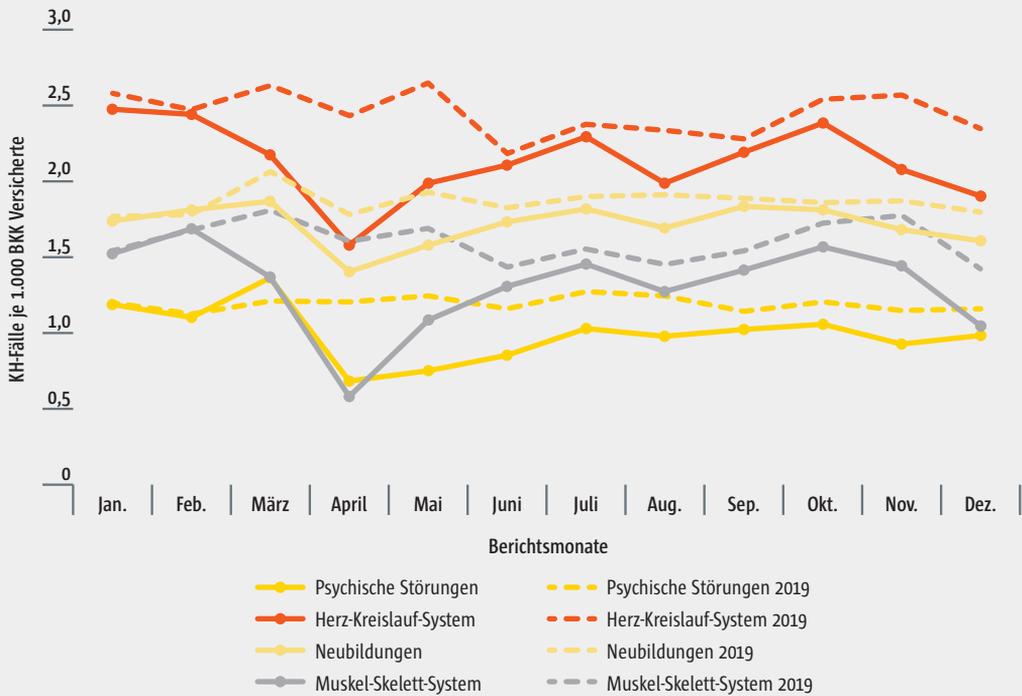
* Geschätzt, da keine valide Datengrundlage in diesem Berichtsjahr.

Wie erwähnt ist ein Rückgang der Kennzahlen bei allen Diagnosehauptgruppen zu verzeichnen, eine deutliche Verschiebung des Versorgungsgeschehens bei einzelnen Erkrankungsarten findet hingegen nicht statt. Zumindest aber leichte Unterschiede sind dennoch zu beobachten, wie anhand der stationären Behandlungstage im **»»** Diagramm 3.1.4 nachfolgend exemplarisch aufgezeigt wird. So ist im Jahr 2020 bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen im Vergleich zum Vorjahr mehr als jeder fünfte KH-Tag weggefallen (-21,4%), während es im Gesamtdurchschnitt weniger als jeder sechste Behandlungstag war (-15,5%). Auch die Reduktion der Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen ist mit -17,9% überdurchschnittlich. Bei Neubildungen ging die Zahl der Behandlungstage gegenüber 2019 hingegen nur um -8,4% zurück. Anhand des Diagramms werden darüber hinaus auch die Langzeittrends erkennbar: So ist bei den psychischen Störungen die durchschnittliche Anzahl an Behandlungstagen nun wieder auf dem Niveau von 2010 – allerdings waren diese zuvor im Zeitraum bis 2019

um +20,9% gestiegen. Im gleichen Zeitraum war die Anzahl der Behandlungstage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen hingegen um -9,6% gesunken, auch bei den anderen hier aufgeführten Diagnosegruppen war die Zahl der Behandlungstage stagnierend oder rückläufig.

In einer nach Monaten differenzierten Darstellung lassen sich wiederum anhand der Krankenhausfälle die teils sprunghaften Veränderungen in den Belegungen nachvollziehen. Für vier ausgewählte Diagnosehauptgruppen sind im **»»** Diagramm 3.1.5 monatsweise die Werte des Berichtsjahrs 2020 denen von 2019 gegenübergestellt. Wie darin sehr eindrücklich zu erkennen ist, gingen die Fallzahlen besonders massiv im April zurück, bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen am stärksten, so dass gegenüber dem Vorjahresmonat sogar nur rund ein Drittel der Fälle zu verzeichnen waren. Selbst bei den Neubildungen ging hier die Fallzahl um mehr als 20% zurück. Auch in Mai waren die Fallzahlen für alle Diagnosehauptgruppen reduziert, stärker als in allen noch folgenden Monaten. So erkennt man im

Diagramm 3.1.5 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im monatlichen Zeitverlauf mit Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2020)



August einen weiteren kleineren Einbruch der Werte und schließlich sinken auch ab November wieder die Fallzahlen zu Beginn der zweiten Infektionswelle. Wesentlich gilt dies für alle Diagnosehauptgruppen, bei den Fallzahlen für die psychischen Störungen wird allerdings zudem die hohe Anzahl von Langzeitbehandlungen sichtbar: Im März steigen erst sogar noch die Fallzahlen, was darauf hindeutet, dass zu diesem Zeitpunkt hier besonders viele Personen aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Danach steigen die Fallzahlen deutlich langsamer, was darauf hindeutet, dass hier es erst noch länger dauert, bis es zu einem Fallabschluss kommt (»Methodische Hinweise«). Außerdem spielt hier möglicherweise eine Rolle, dass auch von Seiten der Behandlungsbedürftigen ein größeres Meidungsverhalten bei zu erwartenden langen Aufenthalten gezeigt wurde. Entsprechend sind die Fallzahlen bis in den August hinein noch durchschnittlich über 20% geringer als im Vorjahr.

- Die bei weitem meisten Behandlungstage für eine Einzeldiagnose sind bei der rezidivierenden depressiven Störung (F33) zu verzeichnen.
- Neben der rezidivierenden depressiven Störung (F33) weisen auch die depressive Episode (F32) sowie die Schizophrenie (F20) mit einer durchschnittlichen Behandlungszeit von 5–6 Wochen deutlich überdurchschnittliche Falldauern auf.
- Gegenüber dem Vorjahr sind die Kennzahlen besonders bei Atemwegserkrankungen gesunken: 30% weniger KH-Fälle und Tage aufgrund von sonstiger chronischer obstruktiver Lungenerkrankung (J44) sowie Pneumonie mit nicht näher bezeichnetem Erreger (J44).

Wie schon in den Vorjahren sind es auch bei der Betrachtung von Einzeldiagnosen psychische Störungen, aufgrund derer viele Behandlungstage anfallen (»Tabelle 3.1.2«). Die mit Abstand meisten Krankenhaustage sind wie schon im Vorjahr aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) erfolgt

Tabelle 3.1.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2020)

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,3	90,8	40,2
F32	Depressive Episode	1,4	52,2	36,8
I50	Herzinsuffizienz	3,8	42,4	11,1
I63	Hirninfrakt	2,3	28,4	12,3
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2,4	25,6	10,9
F20	Schizophrenie	0,7	24,7	38,0
S72	Fraktur des Femurs	1,6	23,9	15,2
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	2,0	20,1	10,0
I70	Atherosklerose	1,7	16,9	10,1
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	1,8	16,4	9,1

(90,8 KH-Tage je 1.000 Versicherte), gefolgt von Behandlungen aufgrund einer depressiven Episode (F32), wobei bei letzteren die Kennwerte besonders stark gesunken sind (-19,3% weniger KH-Fälle, -23,1% weniger KH-Tage). Nach den beiden Depressionsdiagnosen folgt an dritter Stelle nach Behandlungstagen die Herzinsuffizienz (I50), danach der Hirninfrakt (I63). Insgesamt zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr kaum eine Veränderung in der Reihenfolge der Diagnosen. So sind die ersten acht Diagnosen gegenüber dem Vorjahr gleichgeblieben. Zwar sind die Kennwerte insgesamt rückläufig, am wenigsten war dies aber bei Oberschenkelbrüchen (S72; -1,9% KH-Fälle), sowie bei Hirninfrakten (I63; -6,9% KH-Fälle) der Fall. Allein bei der Behandlung der sonstigen chronischen obstruktiven Lungenkrankheit (J44) – 2019 noch an neunter Stelle in diesem Ranking – entfielen im Berichtsjahr 2020 rund -30% weniger stationäre Behandlungen

fälle und -tage, sodass diese Erkrankung nicht mehr hier aufgeführt ist. Vermutlich ist dies eine Auswirkung der Coronavirus-Pandemie, zumal auch die stationären Behandlungen von – hier in der Abbildung nicht enthaltenen – Diagnosen wie beispielsweise Pneumonie mit nicht näher bezeichnetem Erreger (J18) in ähnlichem Maße weniger geworden sind (für Virus-pneumonien [J12] sind hingegen mehr als siebenmal so viele stationäre Fälle zu verzeichnen).

Die zwei Depressionsdiagnosen stechen dabei auch deshalb besonders heraus, da diese oft Ursachen von Langzeitbehandlungen mit mehr als 6 Wochen stationärem Aufenthalt sind: Von allen stationär behandelten Fällen einer depressiven Episode (F32) sind mehr als ein Drittel Langzeitfälle (37,8%), von allen dort behandelten rezidivierenden depressiven Störungen (F33) weisen sogar 44,0% eine solch lange Verweildauer auf.

Exkurs: Entwicklung der stationären Fallzahlen während der Corona-Wellen 1 bis 3

Uwe Mehlhorn, BKK Dachverband

Ziel dieses empirisch unterlegten Beitrags ist es, anhand von beispielhaften Krankheitsbildern für elektive und nichtelektive Behandlungen den Zusammenhang der Corona-Lage mit der Fallzahlentwicklung im Krankenhaussektor zu beleuchten. Grundlage der nachfolgenden Analysen sind die BKK Gesamtzahlen aus dem digitalen Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen (DTA § 301 SGB V). Im Kontext der Abschätzung des Infektionsgeschehens kamen den Daten aus diesem Leistungsbereich eine besondere Aufmerksamkeit zu, weil diese annähernd tagesaktuell und auf deren Basis mögliche Trendentwicklungen ablesbar sind.

Die nachfolgend dargestellten Daten basieren auf der Gesamtzahl der BKK Versicherten, diese umfassen etwa 15% der GKV Versicherten². Die stationären Krankenhausfälle welche hier näher betrachtet werden, machten dabei im Jahr 2020 mit etwa 2 Mio. Fällen (DRG und PEPP) etwa 10% der Krankenhausfälle³ in Deutschland aus.

In den nachfolgend wochenweise ausgewerteten stationären Aufnahmezeiten aller stationären Krankenhausfälle werden die Wellen der Coronavirus-Pandemie nur zum Teil als Rückgang der Zahl an Aufnahmen sichtbar (»»» Abbildung 1):

- Zu Zeiten der ersten Welle kam es zu einer deutlichen Reduzierung der Aufnahmezahlen, sowohl im somatischen als auch im psychiatrischen Bereich. Diese Phase erstreckte sich etwa auf die 12. – 26. KW im Jahr 2020.
- Die zweite Welle am Jahresende ist nur durch einen beginnenden Einbruch der Aufnahmezahlen mit einem sich anschließenden Peak zum Jahreswechsel 2021 gekennzeichnet.
- Die dritte Welle (ca. ab der 11. KW 2021) lässt sich in der Zahl der Aufnahmen aller Krankenhausfälle nicht erkennen.

Die erste und dritte Welle war hinsichtlich der Zahl der Coronafälle, die in Krankenhäuser eingewiesen wurden, schwächer ausgeprägt als bei der zweiten Welle. Trotzdem ist erkennbar, dass die Krankenhausaufnahmen insgesamt in dieser ersten Welle im Vergleich zur Zweiten und Dritten zu einem unverhältnismäßig starken Rückgang der stationären Krankenhausaufnahmen führten. Ursächlich hierfür scheinen die vom Gesetzgeber ausgelobten Anreize zur Verschiebung planbarer Behandlungen verbunden mit Ausgleichbeträgen durch den Bund zu sein⁴. Pauschal wurden den zugelassenen Krankenhäusern für jeden im Vergleich zu 2019 nicht erbrachten Behandlungstag 560 € vergütet. Es liegt nahe, dass diese Regelung bei einer Vielzahl von Häusern mit günstigen Kostenstrukturen zu einer Überkompensation von Einnahmeausfällen führte, die durch Gewährung von Überstundenabbau und Urlaub für das Personal noch verstärkt werden konnte. Mehr als die Hälfte der Krankenhäuser hatte zwischen März und Mai 2020 zudem für einen Teil der Mitarbeiter Kurzarbeit angemeldet⁵. Erst nachfolgende Gesetze⁶ setzten die Hürden höher, immer weniger Krankenhäuser kamen in der Folge in den Genuss dieser Ausgleichs. Dies kann ebenfalls in den Grafiken abgelesen werden, die zweite und dritte Welle ist in den Gesamt-Aufnahmezahlen nur noch zu erahnen. Insgesamt ist zudem zu erkennen, dass jenseits dieser Anreize die Fallzahl in 2020 um etwa 10% zurückgegangen ist. Zum Vergleich: Die COVID-19-Fälle in 2020 machten maximal 5% der gesamten Behandlungsfälle aus. Dies scheint nicht auf das Leistungsvermögen der Krankenhäuser sondern vielmehr dem Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten geschuldet zu sein⁷.

2 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/Versicherte_2020.xlsx aus KM1 1. Juli

3 Krankenhauszahlen-Gesamt, DRG-Bereich 2019 – 22.194.192 laut InEK: Abschlussbericht aG-DRG-System 2021: https://www.g-drg.de/content/download/10160/73513/version/3/file/Abschlussbericht_aG-DRG-System2021.pdf

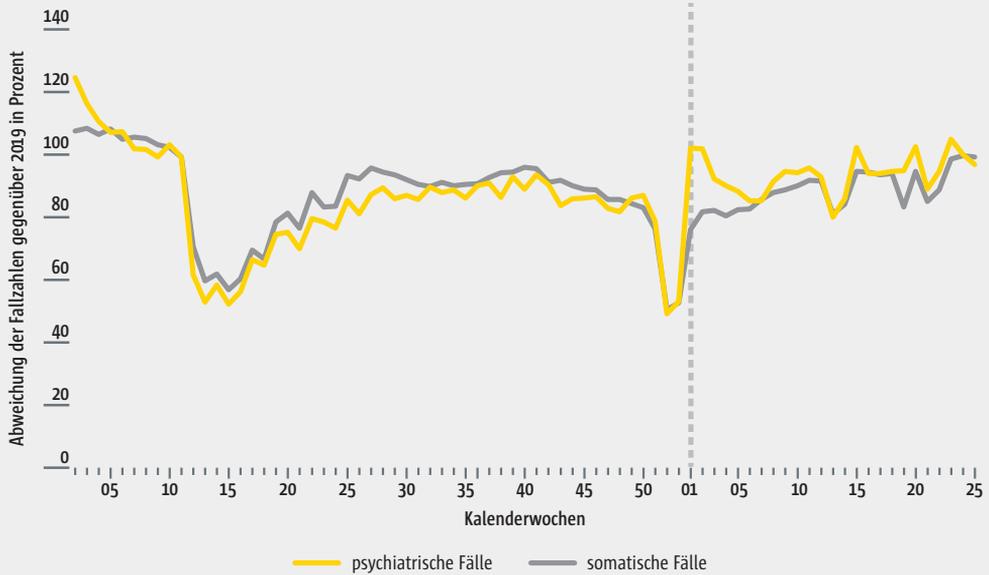
4 § 21 KHG ergänzt am 27.03.2020 durch Art. 1 des COVID-19-Krankenhausetlastungsgesetz

5 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/115076/Kliniken-und-Praxen-meldeten-Kurzarbeit-fuer-mehr-als-400-000-Mitarbeiter-an>

6 2. COVIFSGAnpG, Art. 3 v. 19.5.2020 BGBl. S. 1028 (Nr. 23), Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) Art. 1 29.10.2020, BGBl. S. 2208 (Nr. 48), 3. COVIFSGAnpG 19.11.2020, BGBl. I S. 2397 (Nr. 52)

7 Augurzky et al., 2021, Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise, Seite 4: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Analyse_Leistungen_Ausgleichszahlungen_2020_Corona-Krise.pdf

Abbildung 1 Vergleich der somatischen und psychiatrischen Fallzahlen in Krankenhäusern für BKK Versicherte je Woche 2020/21 im Vergleich zu 2019



Nach der allgemeinen Darstellung der Corona bedingten Fallzahlschwankungen soll exemplarisch eine Differenzierung in beispielhaften Behandlungsarten beleuchtet werden (»»» Abbildung 2).

Dazu wurden jeweils zwei Beispiele für elektive Behandlungsarten betrachtet, und zwar die Implantation, die Revision, der Wechsel und die Entfernung einer Endo-Prothese am

- Hüftgelenk (Fälle mit den OPS-Schlüsseln 5-820 und 5-821), sowie am
- Kniegelenk (Fälle mit den OPS-Schlüsseln 5-822 und 5-823).

Als nichtelektive Behandlungen wurden die Diagnosen

- Herzinfarkt (Fälle mit der Hauptdiagnose nach ICD-10: I21) und
- Schlaganfall (Fälle mit der Hauptdiagnose nach ICD-10: I60, I61, I62, I63 oder I64) betrachtet.

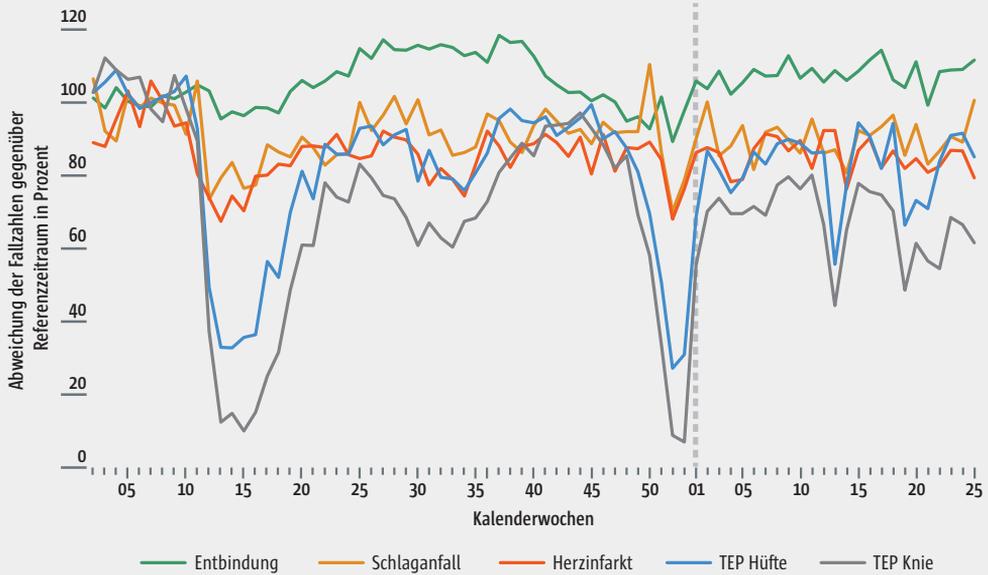
Es wurde zur Plausibilisierung des Niveaus der nichtelektiven Leistungen die Entbindungen als unaufschiebbare Leistung hinzugezogen, entsprechend der Kennzeichen ‚Entbindung‘ aus der Entlassungsanzeige (ENTL-EBG).

Bezüglich der Fallzahlentwicklung für Entbindungen wird erwartet, dass diese durch die Coronavirus-Pandemie nur wenig beeinflusst wird, was sich in den Fallzahlen für 2020 bestätigt. Gut zu erkennen ist auch die zu erwartende Zunahme der Geburten in den Sommermonaten. Allerdings zeigt sich im Vorfeld der zweiten Welle zumindest ein Abebben dieser Entwicklung. Dies scheint möglicherweise ein Meidungseffekt zu sein, der allerdings noch in anderen Leistungsbereichen (Hausgeburten im Leistungsbereich Hebammen) betrachtet werden sollte.

Eine ebensolche geringe Beeinflussung durch die Pandemie wäre auch für die Fallzahlen der akuten Krankheitsbilder Schlaganfall und Herzinfarkt zu erwarten. Diese nehmen aber in der ersten und zweiten Welle um bis zu 20% deutlich ab, und zeigen darüber hinaus nur geringe Nachholeffekte in den Folgewochen.

Bei den Herzinfarkten ist diese Tendenz etwas geringer ausgeprägt. Wobei dies durch die fließenden Übergänge zur Angina Pectoris als meist vorausgehendes Symptom die Feststellung eines Infarkts verwischen mag und die Feststellung dieser Diagnose in den meisten Fällen das aktive Handeln des Patienten in der Preisgabe von Schmerzsymptomen voraussetzt. Die Zahl der Zufallsbefunde von stummen Infarkten dürfte Corona

Abbildung 2 Entwicklung der Fallzahlen ausgewählter Krankheitsbilder in Krankenhäusern für BKK Versicherte im Wochenvergleich 2020/21 zum Wochendurchschnitt der 6–8. Woche 2020



bedingt durch reduzierte Arztkontakte eher abgenommen haben, deren Anteil liegt aber generell laut US-amerikanischen Zahlen mit 78% überraschend hoch⁸.

Der akute Schlaganfall lässt sich gegenüber dem Herzinfarkt in seinen Symptomen

- akute Muskelschwäche
- Lähmungs- und Taubheitsgefühle in einer Körperhälfte
- plötzliche Seh- und Sprachstörungen
- akute und sehr starke Kopfschmerzen
- akuter Schwindel

weniger gut durch den Erkrankten verbergen. Insofern lässt sich der tendenziell geringere Einbruch der Aufnahmen gegenüber dem akuten Herzinfarkt erklären.

In beiden Krankheitsgeschehen besteht jedoch unmittelbare Lebensgefahr und der Rückgang von Fallzahlen verweist auf ein gedämpftes Inanspruchnahmeverhalten, da es ein gleichwertiges Versorgungsangebot im ambulanten Bereich nicht gibt.

8 Evrim B. Turkbey, Marcelo S. Nacif, Mengye Guo, PhD et al.: Prevalence and Correlates of Myocardial Scar in a US Cohort. *Journal of the American Medical Association*, 2015;314(18):1945–1954

Bei den elektiven Leistungen kann in den Daten die Wirkung der gesetzgeberisch angeordneten Leistungsreduktion⁹ deutlich abgelesen werden. Sehr deutlich zu erkennen ist in den Wochen 50–52 ein Fallzahlrückgang, welcher in den eingangs gezeigten Darstellung der Gesamtaufnahmen noch durch andere Teile des Aufnahmegeschehens verdeckt wurde. Während der anschließenden Perioden ist kein Nachholeffekt in den Daten erkennbar, vielmehr liegt die Fallzahl bei etwa 15% unter der Menge vom Jahresbeginn. Zudem ist die Versorgung mit Knie-Endoprothesen stärker zurückgegangen als die des Hüftersatzes. Ob ein Nachholeffekt noch später auftreten wird, ist derzeit noch nicht absehbar.

9 Beschluss planbare Eingriffe in Krankenhäusern zu verschieben vom 13.4.2021 anlässlich der Krisensitzung vom 12.3.2021 der Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) und die Ministerpräsidentinnen und -präsidenten anlässlich der Ausbreitung des Coronavirus der Ausbreitung des Coronavirus, mit Umsetzung in den Landesgesetzen und Wirkung zum 16.3.2020

Rückschlüsse auf die Notwendigkeit von Behandlungen im stationären Sektor

Zum Ende der Ausführungen soll ein Bezug zum notwendigen Maß von elektiven Leistungen im deutschen Versorgungsgeschehen geschlagen werden. Dies ist ein Eckpfeiler der Leistungsgewährung in der deutschen Sozialgesetzgebung¹⁰. Der Gesetzgeber fordert in § 12 des SGB V:

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten

Der Fallzahlrückgang im Jahresmittel aufgrund der Coronavirus-Pandemie kann bei den elektiven Leistungen im April 2020 als derjenige Anteil der Leistungen gesehen werden, der im gegenwärtigen Behandlungsgeschehen unvermeidbar wäre und damit dem § 12 des SGB V entspricht. Erstmals wird die Entscheidung des Behandlungsvorschlags eines empfehlenden Arztes eine vom Leistungsnahmer als real wahrgenommene Gefahr entgegengestellt, die beim Versicherten im Gegensatz zu den in Aufklärungsgesprächen der Ärzte geschilderten Risiken nicht abstrakt bleibt. Werden die Zahlen ab April 2020 mit den Zahlen zu Anfang 2020 verglichen, liegt der Schluss nahe, dass die nun fehlenden Fälle das Ausmaß der Überversorgung im Krankenhaus zeigen. Dabei sollten die Zeiten der beschriebenen Corona-Wellen explizit von dem Vergleich ausgenom-

men werden. Danach ist in den restlichen Zeiten erkennbar, dass 15–20% weniger der elektiven Leistungen bereitgestellt wurden. Der Einfluss der Pandemie wirkt hier wie ein Brennglas und fördert die kritische Abwägung der Notwendigkeit einer Behandlung durch den Versicherten. Wenn nun die in 2020/21 erbrachten Mengen das wirklich Notwendige darstellen, bringt uns dies im Umkehrschluss zu der Hypothese, dass das Ausmaß der Überversorgung elektiver Leistungen in den Vorjahreszeiträumen etwa 15–20% des Gesamtleistungsumfangs erreicht hätte. Zwar wurden ab 2016 durch Regelungen zur Sachkostenausgliederung¹¹ Anreize zur Mengenausweitung bei operativer (meist elektiver) Leistungen reduziert, diese Maßnahmen scheinen aber noch nicht ausgereicht zu haben, wenn man der geschilderten Argumentation folgen mag.

Diese aufgestellte Hypothese sollte Anregung dazu sein, durch weitere Untersuchungen bei anderen Kostenträgern und Leistungen ergänzt und bestätigt oder verworfen zu werden, um den Sachverhalt in seiner Gänze zu ergründen und zu erkennen. Im Angesicht der zu erwartenden Ausgabensteigerungen, die in ihren Auswirkungen schon im Jahre 2022 erwartet werden¹², sollten die bestehenden Fehlanreize bei elektiven Leistungen dringend weiter abgebaut werden.

11 § 17b Abs. 1 Satz 5, 6 KHG eingebracht durch KHSG vom 10.12.2015
12 Geschätztes Defizit der GKV durch Leistungsausweitung ca. 12,6 Mrd. €. kma Online: Zusatzbeitragssatz: Ergebnis des GKV-Schätzerkreises bestätigt drohende Misere : <https://www.kma-online.de/aktuelles/politik/detail/ergebnis-des-gkv-schaetzerkreises-bestaetigt-drohende-misere-a-44127>

10 § 12 SGB V – Wirtschaftlichkeitsgebot

3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Krankenhausbehandlungen umfassen im Gegensatz zur Arbeitsunfähigkeit, die sich nur auf die krankengeldberechtigten BKK Mitglieder bezieht, alle Versicherungsträgergruppen – von Kindern bis hin zu Rentnern. Dies gilt auch für das im vorherigen **III** Kapitel 2 dargestellte Geschehen in der ambulanten Versorgung. Allerdings ist das Krankheitsspektrum in der stationären Versorgung ein deutlich anderes: Viele Erkrankungen – selbst schwerwiegende und chronische –, die in der ambulanten Versorgung gehäuft auftreten, führen nicht zwingend zu einem Krankenhausaufenthalt.

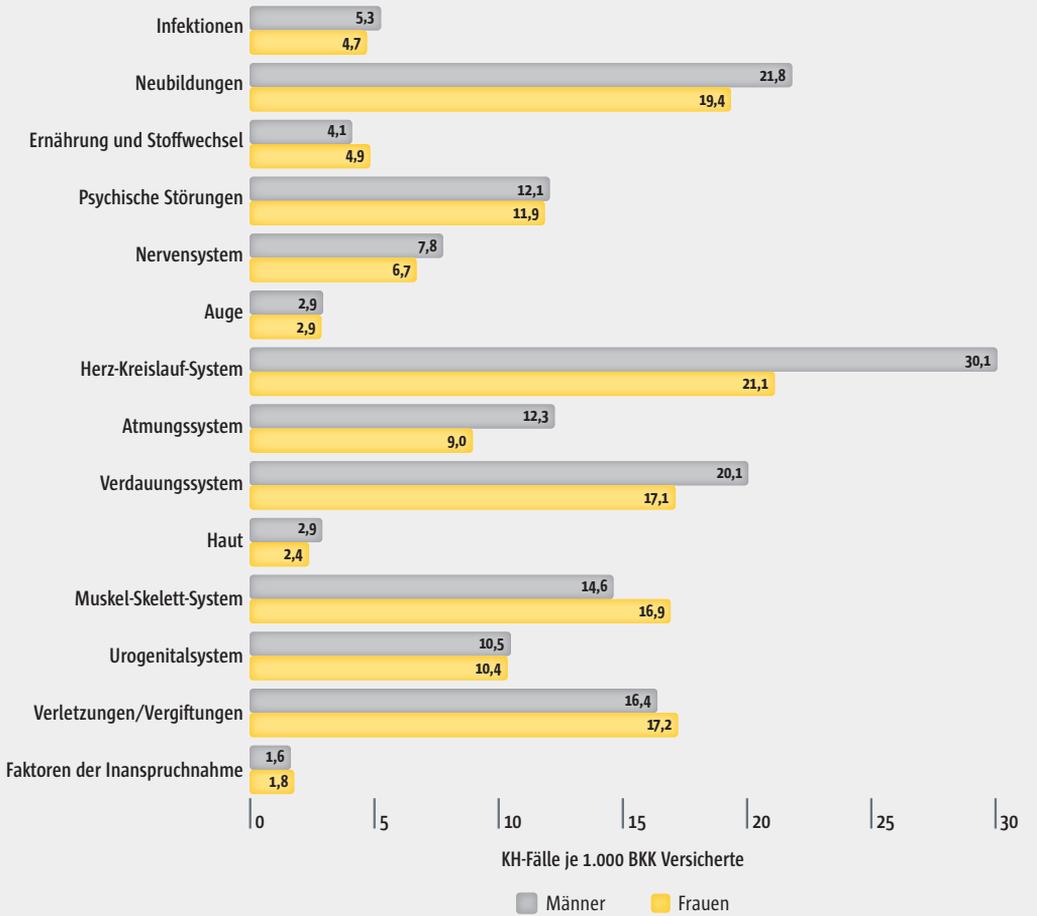
3.2.1 Stationäre Versorgung nach Alter und Geschlecht

- Männer sind etwas häufiger in stationärer Behandlung als Frauen. Im aktuellen Berichtsjahr hat sich diese geschlechtsspezifische Differenz besonders bei den Atemwegserkrankungen deutlich vergrößert.
- Herz- und Kreislauferkrankungen sind vor allem „Seniorenkrankheiten“: Ab dem 60. Lebensjahr ist dies vor allem für Männer der häufigste Grund einer stationären Behandlung.
- Anders bei den psychischen Störungen: Die meisten stationären Fälle und daraus resultierende Behandlungstage bei den unter 60-jährigen gehen auf psychische Störungen zurück. Dabei sind Frauen nicht häufiger, aber im Schnitt deutlich länger in Behandlung als Männer.

Insgesamt waren Männer im Jahr 2020 etwas öfter in stationärer Behandlung als Frauen. War bislang die Fallzahlen-Differenz zwischen den Geschlechtern relativ gering (seit 2013 zwischen 1% und 4%), so beträgt im aktuellen Berichtsjahr der Unterschied immerhin 6,3% (Männer: 176,3 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte, Frauen: 165,9 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte).

Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist bei der durchschnittlichen Anzahl der Krankenhaustage geringer (Männer: 1.547 KH-Tage je 1.000 Versicherte; Frauen: 1.490 KH-Tage je 1.000 Versicherte), aber auch hier hat sich die Differenz vergrößert (3,8% in 2020 vs. 1,5% in 2019). Diese Veränderung in den Kennzahlen ist vor allem auf eine vergrößerte geschlechtsspezifische Differenz bei den Krankheiten des Atmungssystems zurückzuführen – eine Erkrankungsart, bei denen Männer ohnehin deutlich höhere Kennwerte aufweisen, als Frauen, wie **III** Diagramm 3.2.1 und **III** Diagramm 3.2.2 erkennen lässt. Die größte Differenz bei den Fallzahlen ist hingegen bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verzeichnen: Männer sind mit 30,1 KH-Fällen je 1.000 Versicherte etwa um +42% häufiger aufgrund dieser Erkrankungsart stationär in Behandlung gewesen als Frauen (21,1 KH-Fälle je 1.000 Versicherte), pro 1.000 männliche Versicherte fallen dabei 245 Behandlungstage an (bei den Frauen nur 170 KH-Tage je 1.000 weibliche Versicherte). Auch aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems sind Männer öfter in stationärer Behandlung, es fallen hierfür bei den Männern sogar um fast die Hälfte (+46%) mehr Krankenhaustage pro Versicherten gegenüber den Frauen an – diese Differenz hat sich gegenüber dem Vorjahr um enorme +12 Prozentpunkte vergrößert. Frauen werden dagegen häufiger aufgrund von Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen sowie wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen stationär behandelt. Während bei letzterer Diagnosegruppe auch die Menge der Krankenhaustage bei den Frauen im Vergleich zu den Männern höher ist (+24%), ist hingegen bei den Stoffwechselerkrankungen eine geringfügig höhere Zahl an Behandlungstagen bei den Männern gegenüber den Frauen zu finden, woraus für die Männer eine höhere durchschnittliche Falldauer resultiert (9,3 vs. 7,3 Tage je Fall). Bei den psychischen Erkrankungen sind es hingegen die Frauen, die im Schnitt länger in Behandlung sind (30,4 vs. 24,8 Tage je Fall).

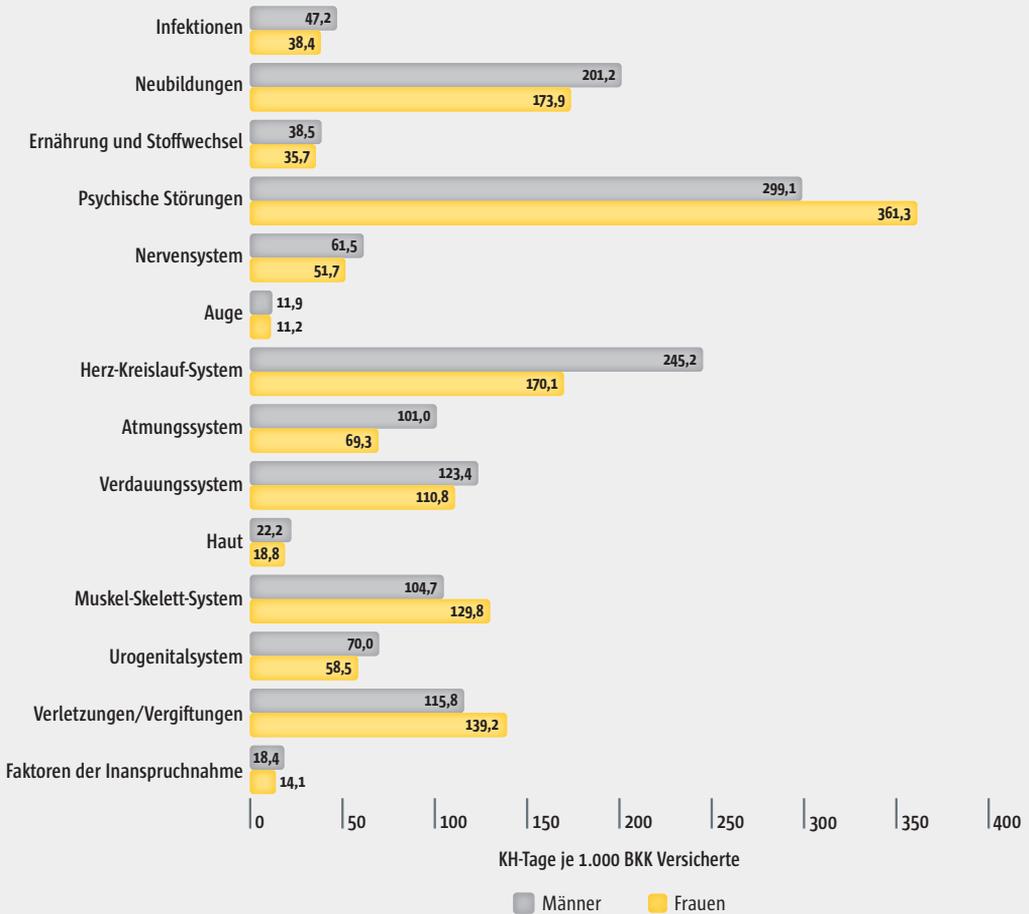
Diagramm 3.2.1 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



Erwartungsgemäß sind Krankenhausbehandlungen bei jungen Menschen eher selten. Erst ab der zweiten Lebenshälfte (etwa ab dem 45. Lebensjahr) werden die Behandlungen häufiger, es nimmt dann mit steigendem Alter sowohl die Anzahl der Krankenhausfälle als auch die der -tage zu. Der im aktuellen Jahr zu beobachtende Rückgang bei den Kennwerten betrifft alle Altersgruppen, allerdings ist dieser bei den Jüngeren etwas größer als bei den Älteren: So gehen die Fallzahlen bei den unter 35-Jährigen um 18–19% zurück, was über dem Rückgang der Gesamt-Fallzahlen von –15,2% liegt. In der Altersgruppe der unter 35-Jährigen beträgt damit im Berichtsjahr 2020 die Fallzahl zwischen 80,5 und 90,6 Fällen je 1.000 Versicherte. Wie erwähnt stei-

gen die Kennwerte in der zweiten Lebenshälfte deutlich, sodass im Renteneintrittsalter (Altersgruppe 65 bis 69 Jahre) die Fallzahl mit 275,1 Fällen je 1.000 Versicherte demgegenüber etwa dreimal so groß ist und bei den über 80-Jährigen mit 575 Fällen je 1.000 Versicherte mehr als das Sechsfache beträgt. Äquivalent nehmen auch die Krankenhaustage mit dem Alter zu: Die 65- bis 69-Jährigen waren im aktuellen Berichtsjahr 2020 durchschnittlich fast einen ganzen Tag mehr in stationärer Behandlung als der Gesamtdurchschnitt aller Versicherten (2,4 vs. 1,5 KH-Tage je Versicherten). Im Mittel war jeder Versicherte im Alter von 80 Jahren oder älter sogar fast 6 Tage in stationärer Behandlung.

Diagramm 3.2.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



Betrachtet man zudem die stationären Behandlungsfälle und -tage der Altersgruppen getrennt nach Geschlecht (»»» Diagramm 3.2.3), werden weitere Auffälligkeiten in bestimmten Lebensabschnitten ersichtlich. So sind Jungen bis zur Pubertät das „auffälligere“ Geschlecht (u.a. aufgrund deutlich höherer Kennwerte bei Atmungssystem-Erkrankungen, angeborener Fehlbildungen sowie bei Verletzungen/Vergiftungen). Sie sind in der Altersgruppe bis 15 Jahre mit 87,9 KH-Fällen je 1.000 Versicherte deutlich häufiger in stationärer Behandlung als Mädchen (72,9 KH-Fälle je 1.000 Versicherte). In den Altersgruppen zwischen dem 15. und 39. Lebensjahr sind hingegen die Fallzahlen und die damit einhergehenden Mengen an Behandlungstagen bei den Frauen

höher als bei den Männern, während ab etwa 55 Jahren Männer wieder höhere Kennzahlen aufweisen.

»»» Diagramm 3.2.4 und »»» Diagramm 3.2.5 zeigen für ausgewählte Krankheitsarten die jeweiligen Krankenhausfälle bzw. -tage. Dabei ist zu erkennen, dass stationäre Behandlungen von Kindern und Jugendlichen in der Altersgruppe **unter 15 Jahren** aufgrund psychischer Störungen relativ selten sind: So waren im Jahr 2020 durchschnittlich nur 4,6 KH-Fälle je 1.000 Versicherte und 164 Behandlungstage je 1.000 Versicherte in dieser Gruppe zu verzeichnen. Die höchsten Fallzahlen in dieser Altersgruppe sind im aktuellen Berichtsjahr bei den Verletzungen/Vergiftungen zu finden. Bei den Krankheiten des Atmungssystems zeigt sich hingegen mit einem Drittel weni-

Diagramm 3.2.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

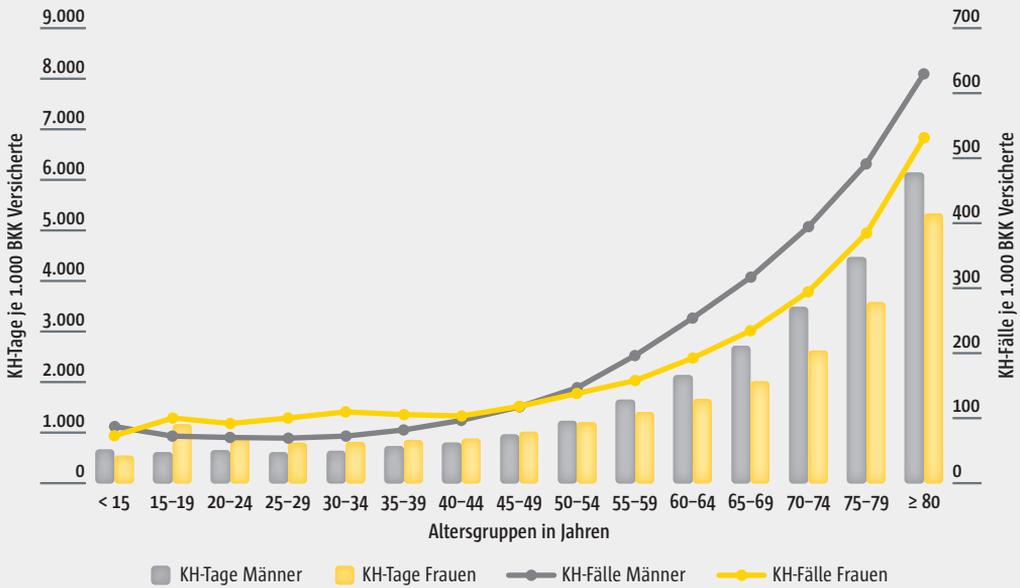


Diagramm 3.2.4 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2020)

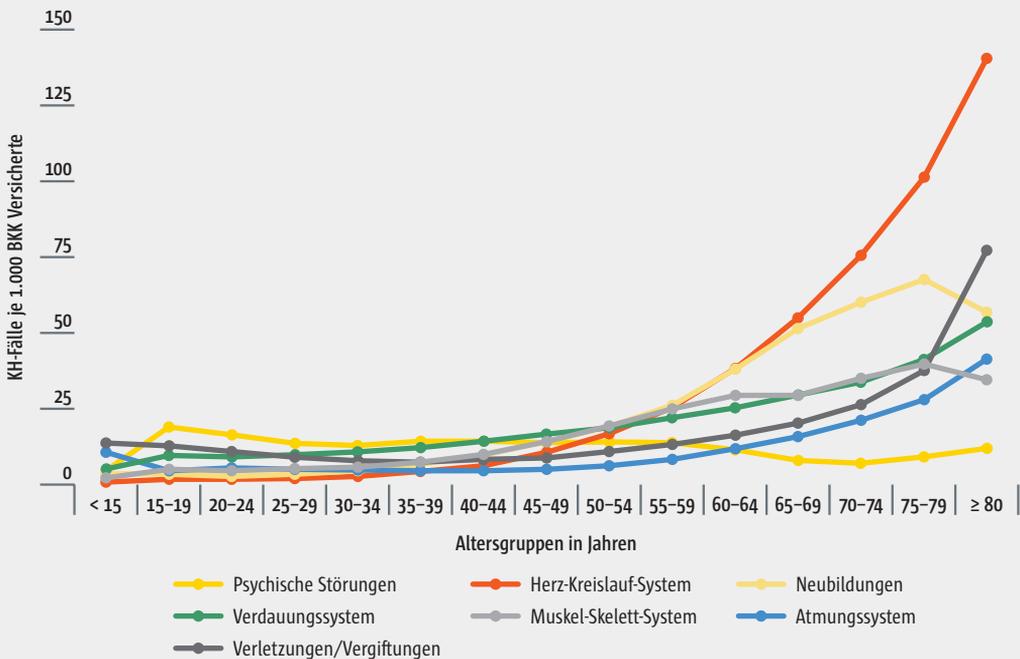
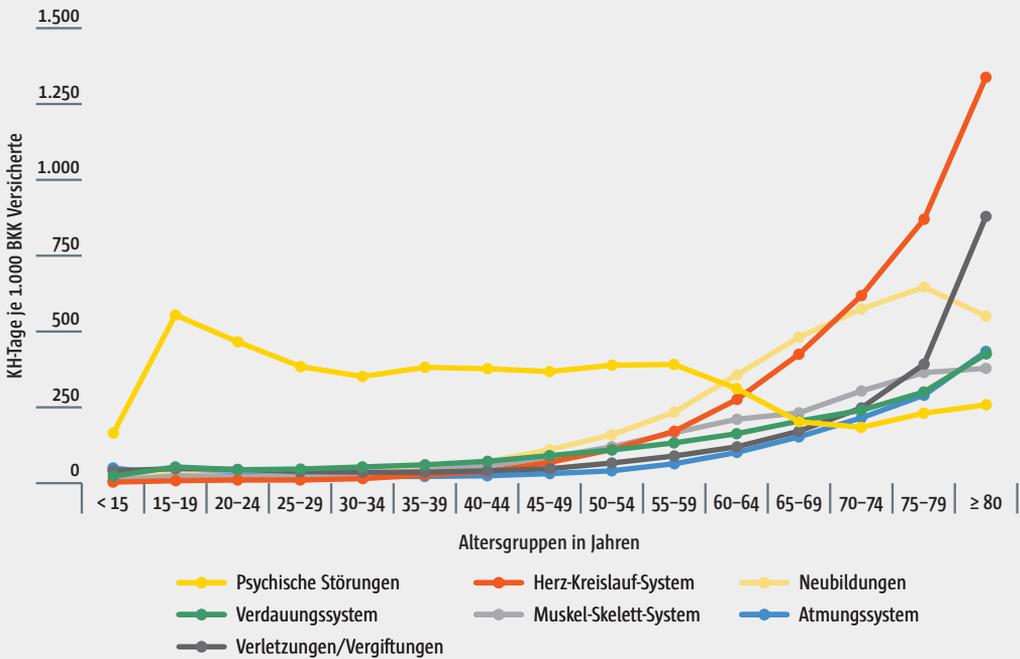


Diagramm 3.2.5 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2020)



ger Fälle gegenüber dem Vorjahr in dieser Altersgruppe der größte relative Rückgang für alle Altersgruppen und Erkrankungsarten. Ursache dafür könnten wie schon erwähnt die Pandemiemaßnahmen sein, die auch weitere Atemwegsinfekte verhindert haben.

In der Altersgruppe von 15 bis 19 Jahren verändert sich das Verhältnis der Kennwerte von männlichen und weiblichen Versicherten: Weibliche Jugendliche dieses Alters sind deutlich häufiger in stationärer Behandlung als männliche – was auch damit zusammenhängt, dass in dieser Altersgruppe die stationären Behandlungen aufgrund von psychischen Störungen zunehmen: Mehr als jeder fünfte Krankenhausfall bei den 15- bis 19-Jährigen erfolgt aufgrund einer diagnostizierten psychischen Erkrankung, sogar rund 63% der Krankenhaustage gehen auf diese Diagnosehauptgruppe zurück. Dabei ist der geschlechtsbezogene Unterschied bei der Falldauer in keiner anderen Altersgruppe so groß wie in dieser (Frauen: 32 KH-Tage je Fall vs. Männer: 24 KH-Tage je Fall). Männliche Jugendliche sind hingegen von Verletzungen und Vergiftungen mit 15,1 Fällen je 1.000 Versicherte häufiger betroffen als weibliche (10,0 KH-Fälle je 1.000 Versicherte).

In den jüngeren Erwachsenengruppen bis etwa 39 Jahre werden Frauen durchweg deutlich häufiger als Männer stationär behandelt. Die Unterschiede erklären sich vorwiegend durch Schwangerschaft und Geburt (so führen in der Regel zwischen 25 und 39 Jahren Schwangerschaft und Entbindung bei Frauen am häufigsten zu einem Krankenhausaufenthalt) sowie frauenspezifische Urogenitalerkrankungen und Neubildungen. Das Morbiditätsspektrum der Männer zwischen 20 und 39 Jahren ist hingegen anders geprägt: Diese sind am häufigsten aufgrund psychischer Krankheiten in stationärer Behandlung, darunter vielfach wegen Alkoholabhängigkeit. Da psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) eine relativ kurze Falldauer aufweisen (»» Tabelle 3.2.1), ist die durchschnittliche Behandlungsdauer psychischer Störungen bei den Männern in diesem Altersbereich etwa eine Woche kürzer als die der Frauen.

Insgesamt dominieren **in den Altersgruppen bis zum 60. Lebensjahr** die psychischen Störungen mit dem größten Anteil an den stationären Behandlungstagen. Erst danach sind es insbesondere die Neubildungen sowie die Herz- und Kreislauf-Erkrankungen,

aufgrund derer sich mehr Krankenhaustage summieren – wobei die Kennwerte aufgrund psychischer Erkrankungen bei den Altersgruppen über 60 Jahre gleichzeitig deutlich zurückgehen. Die stationären Behandlungen aufgrund von Neubildungen nehmen ab dem 40. Lebensjahr vor allem bei den Frauen zu, so sind im aktuellen Berichtsjahr bei den 40- bis 59-Jährigen Neubildungen häufigster Aufnahmegrund bei den weiblichen Versicherten. Bei den Männern dieser Altersgruppe zeichnet sich hingegen die besondere Anfälligkeit für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ab: Ab 50 Jahren ist dies bei ihnen der häufigste Grund für eine stationäre Behandlung.

Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sind wiederum **ab 65 Jahren** sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die häufigste stationäre Diagnose – wobei dennoch Frauen im Vergleich zu den Männern auch in den höheren Altersgruppen durchweg deutlich geringere Fallhäufigkeiten und entsprechend weniger Behandlungstage aufweisen. Bei den über 80-Jährigen geht schließlich etwa jeder vierte Behandlungsfall und -tag auf eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zurück. Zweithäufigster Behandlungsgrund in dieser Altersgruppe sind die Verletzungen und Vergiftungen, wobei Frauen häufiger aus diesem Grund in stationärer Behandlung sind als Männer (89,3 vs. 62,2 KH-Fälle je 1.000 Versicherte). Ein wichtiger Grund hierfür dürften häufigere Sturzunfälle im Alter sein, insbesondere im Zusammenhang mit altersbedingten Schädigungen im Muskel- und Skelettsystem (u. a. Osteoporose).

Die bisherigen Auswertungen zeigen die besondere Bedeutung der psychischen und Verhaltensstörungen, der Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sowie der Neubildungen in der stationären Versorgung. Im Folgenden werden daher diese drei Diagnosehauptgruppen hinsichtlich ausgewählter Einzeldiagnosen detaillierter betrachtet.

Psychische und Verhaltensstörungen

- 2020 betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer von psychischen Störungen knapp 27,6 Tage je Fall – damit ist dieser Kennwert zum ersten Mal seit Jahren zumindest leicht gesunken.
- Depressionen (F32 bzw. F33) sind dabei weiterhin die bei weitem häufigste Diagnose: Bei Frauen sind diese der Behandlungsgrund bei fast der Hälfte, bei Männern immerhin bei mehr als einem Drittel der Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen.

- Gegenüber dem Vorjahr sind vor allem die Behandlungsfälle aufgrund von somatoformen Störungen (F45) zurückgegangen, hingegen kaum bei Schizophrenie (F20), schizoaffektiven Störungen (F25) sowie Essstörungen (F50).

Die Diagnosegruppe der psychischen Störungen hat, was die durchschnittliche Anzahl der darauf zurückzuführenden stationären Behandlungstage angeht, schon seit 2007 die Spitzenposition inne, als erstmals mehr KH-Tage auf diese Erkrankungsart anstatt auf Kreislauf-Erkrankungen entfielen. Wie schon zuvor erläutert (III Diagramm 3.1.4), hat seitdem die Zahl der Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen sukzessive zugenommen (+20,9% zwischen 2010 und 2019), so sind die deutlich geringeren Kennwerte im aktuellen Berichtsjahr (-16,5% weniger KH-Fälle und -17,9% weniger KH-Tage im Vergleich zu 2019) quasi „nur ein Zurückfallen“ auf das Niveau von vor 10 Jahren. Bei der Bewertung dieser Kennzahlenentwicklung sind aber auch Besonderheiten der Psychiatrie/Psychosomatik gegenüber dem akut somatischen Bereich zu berücksichtigen – dazu zählt auch der Umstand, dass bis zum aktuellen Berichtsjahr kein so umfassendes pauschalierendes Entgeltsystem wie im somatischen Bereich eingeführt worden ist (siehe III Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems). Es ist für die psychischen Störungen keine so starke Verweildauerreduzierung wie im somatischen Bereich zu beobachten – im Gegenteil: Die durchschnittliche Falldauer ist seit 2010 um mehr als 3 Tage gestiegen (2010: 24,4 Tage je Fall vs. 2020: 27,6 Tage je Fall). Immerhin ist nach dem Höchststand im Vorjahr (28,0 Tage je Fall) dieser Kennwert zumindest leicht zurückgegangen.

Sind Frauen und Männer allgemein betrachtet zwar in etwa gleich häufig aufgrund von psychischen Störungen in stationärer Behandlung (III Diagramm 3.2.1), so zeigen sich teilweise deutliche Unterschiede bei der Betrachtung der Einzeldiagnosen (III Tabelle 3.2.1). Frauen sind häufiger als Männer von Depressionen betroffen, was anhand der deutlich höheren Fallzahl und einer damit einhergehend höheren Anzahl von Krankenhaustagen abzulesen ist. Allein die rezidivierende depressive Störung (F33) und die depressive Episode (F32) zusammen genommen verursachen fast die Hälfte aller psychisch bedingten Krankenhaustage bei den Frauen. Auch bei den Männern sind dies die häufigsten Einzeldiagnosen, zusammen verursachen diese aber „nur“ knapp 38% aller psychisch bedingten Kranken-

Tabelle 3.2.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

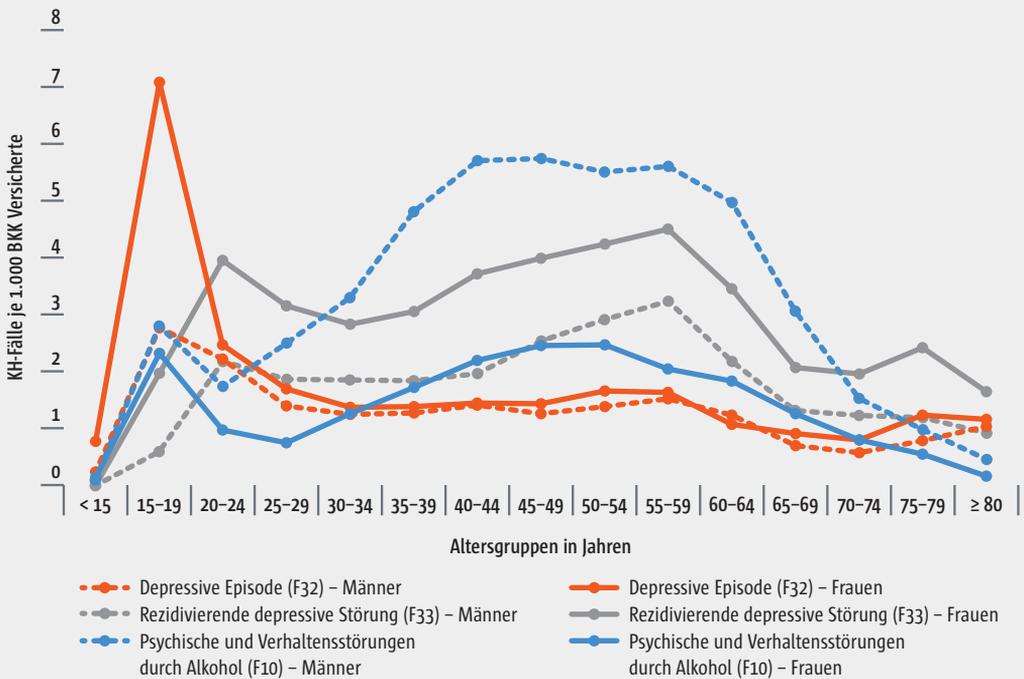
ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
Männer				
F33	Rezidivierende depressive Störung	1,7	68,6	39,8
F32	Depressive Episode	1,2	44,1	36,1
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3,3	36,5	11,0
F20	Schizophrenie	0,9	31,3	36,9
F31	Bipolare affektive Störung	0,2	8,7	37,8
F90	Hyperkinetische Störungen	0,2	8,5	49,1
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,5	8,2	17,3
F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	0,4	8,2	21,8
F25	Schizoaffektive Störungen	0,2	8,1	39,9
F45	Somatoforme Störungen	0,4	7,8	19,0
Frauen				
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,8	113,3	40,5
F32	Depressive Episode	1,6	60,4	37,4
F20	Schizophrenie	0,5	17,9	40,0
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,7	17,9	25,4
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	0,5	17,8	33,7
F45	Somatoforme Störungen	0,9	16,3	18,5
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,4	14,6	10,4
F50	Essstörungen	0,3	13,9	50,0
F25	Schizoaffektive Störungen	0,3	12,7	42,1
F31	Bipolare affektive Störung	0,3	11,4	39,7

haustage. Wiederum ist bei den Männern aber eine höhere Prävalenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bekannt¹³, was sich in den deutlich höheren Fallzahlen zur entsprechenden ICD-Diagnose (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alko-

hol, F10) widerspiegelt. Dabei ist die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer mit 11,0 Tagen (Männer) bzw. 10,4 Tagen (Frauen) je Fall deutlich kürzer als die aller anderen hier aufgeführten psychischen Störungen. Ein weiterer Geschlechtsunterschied bei der Behandlungsdauer zeigt sich bei den Anpassungsstörungen (F43): Frauen werden aufgrund dessen acht Tage länger stationär behandelt als Männer (25,4 vs. 17,3 Tage je Fall). Bei beiden Geschlechtern gleichermaßen zeigt sich hingegen der

13 Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft (2017). Alkoholatlas Deutschland 2017. Pabst Science Publishers: Lengerich.

Diagramm 3.2.6 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten für ausgewählte Diagnosen der Psychischen Störungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



größte Rückgang gegenüber dem Vorjahr bei den somatoformen Störungen (F45) mit rund einem Viertel weniger Fälle. Die geringste Reduktion beider Kennwerte in diesem Vergleich zeigt sich hingegen bei der Schizophrenie (F20) bzw. bei schizoaffektiven Störungen (F25), bei denen etwa jeder zehnte Behandlungsfall und -tag weggefallen ist, sowie bei den wegen Essstörungen (F50) behandelten Frauen, für die die Fallzahl gegenüber dem Vorjahr sogar unverändert geblieben ist.

Ein genauerer Eindruck der o.g. Erkrankungen entsteht, wenn man das Auftreten von Behandlungsfällen in einzelnen Altersgruppen betrachtet. Hierzu sind die KH-Fälle der beiden Depressions-Diagnosen (F32, F33) sowie die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) im **III** Diagramm 3.2.6 altersdifferenziert dargestellt. Wie schon zuvor berichtet (**III** Diagramm 3.2.4 und **III** Diagramm 3.2.5), ist gerade in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen eine besondere Spitze bei den Kennwerten aufgrund psychischer Störungen zu finden. Die hier dargestellte Betrachtung zeigt wiederum, dass die meisten Behandlungsfälle auf depres-

sive Episoden (F32) zurückzuführen sind (dementsprechend gehen auch die meisten Behandlungstage auf diese Diagnose zurück). Betroffen sind dabei mit mehr als zweieinhalbmal so hohen Fallzahlen deutlich mehr weibliche Jugendliche als männliche. Als Erklärungsansätze für diese starke Häufung von depressiven Erkrankungen in dieser Altersgruppe werden verschiedene mögliche Ursachen diskutiert, von physiologischen Veränderungen in der Pubertät bis hin zu damit einhergehenden Entwicklungsaufgaben und Stressbelastungen, insbesondere Beeinträchtigungen bei Körper- und Selbstwertgefühl¹⁴. Bei älteren Versicherten bewegen sich die Fallzahlen aufgrund von depressiven Episoden auf deutlich niedrigerem Niveau, während diese dann häufiger aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung in stationärer Behandlung sind. Die meisten Fälle treten dabei zwischen dem 50. und 59. Lebensjahr auf. Bei dieser Diagnose sind außerdem durchweg

14 Groen G, Petermann F (2011). Depressive Kinder und Jugendliche. Hogrefe: Göttingen.

die Frauen häufiger in stationärer Behandlung als die Männer. Bei den alkoholbedingten psychischen Störungen fällt zum einen eine besondere Fallhäufung bei den 15- bis 19-Jährigen auf: In dieser Altersgruppe sind die männlichen Jugendlichen in nur relativ geringem Umfang häufiger aufgrund dieser Diagnose in stationärer Behandlung als die weiblichen. Hierbei handelt es sich allerdings vorrangig um sehr kurzzeitige Aufenthalte, die auf akutes Missbrauchsverhalten hinweisen: Die durchschnittliche Falldauer beträgt für die 15- bis 19-Jährigen nur rund 2 Tage. Mit höherem Alter gehen hierbei aber die Fallzahlen geschlechtsspezifisch deutlich auseinander, mit teils bis zu dreimal so hohe Kennzahlen bei den Männern gegenüber den Frauen.

Vergleicht man die stationäre Versorgung psychischer Störungen mit dem Geschehen in anderen Leistungsbereichen, zeigen sich einige Unterschiede: Die hohen stationären Fallzahlen spiegeln sich bei den 15- bis 19-Jährigen nicht in gleicher Weise in Kennwerten aus der ambulanten Versorgung oder bei Arzneimittelverordnungen wider, in diesen Leistungssektoren sind die höchsten Kennwerte vielmehr in der zweiten Lebenshälfte zu verzeichnen. So sind ambulante Behandlungen genauso wie Psychopharmaka-Verordnungen gerade bei Versicherten im Rentenalter ungebrochen häufig. Hierbei ist aber zumindest, ähnlich wie bei den stationären Behandlungen, teilweise ein Kennwertrückgang für Versicherte im Bereich des Renteneintrittsalters zu erkennen.

Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems

- Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen sind Herzinsuffizienz (I50) und Hirninfarkt (I63) die häufigsten Einzeldiagnosen bei den Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems.
- Bei schwerwiegenden Erkrankungen wie Infarkten oder Hirnblutungen sind die Fallzahlen, genauso wie die Anzahl der Behandlungstage, kaum gegenüber dem Vorjahr verändert. Der größte Kennzahlrückgang ist hingegen bei der stationären Behandlung von Bluthochdruck (I10) zu verzeichnen.
- Es zeigt sich ein deutlicher Geschlechtsunterschied bei der chronisch ischämischen Herzkrankheit (I25), aufgrund derer Männer mehr als dreimal so häufig wie Frauen in stationärer Behandlungen sind. Frauen sind hingegen deutlich häufiger als Männer wegen Bluthochdruck (I10) im Krankenhaus.

Wie schon zuvor erwähnt, sind Männer häufiger als Frauen aufgrund von Herz- und Kreislauf-Erkrankungen in stationärer Behandlung. Daran ändern auch die geringeren Kennwerte im aktuellen Berichtsjahr (-12,9% weniger KH-Fälle und -14,3% weniger KH-Tage im Vergleich zu 2019) nichts. Wie anhand von **III** Tabelle 3.2.2 zu erkennen ist, gehen die meisten stationären Behandlungstage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen auf die Einzeldiagnosen Herzinsuffizienz (I50) und Hirninfarkt (I63) zurück. Dabei zeigt sich, dass die Kennwerte für den Hirninfarkt nur in relativ geringem Maße abgenommen haben. Auch bei anderen schweren, potenziell tödlichen Erkrankungen (Akuter Myokardinfarkt, I21, Intrazerebrale Blutung, I61) sind die Kennwerte wenig verändert, während hingegen bei der Behandlung von Bluthochdruck (Essenzielle [primäre] Hypertonie, I10) die Kennwerte im Schnitt um -20% zurückgegangen sind. Möglicherweise ist dies eine eher „leichte“ Erkrankungsart (oder sie wird als solche so wahrgenommen, Herzinfarkt und Schlaganfall drohen hierbei aber als Folge). Bei der Behandlung von Bluthochdruck zeigt sich allerdings weiterhin wie schon in den Vorjahren ein deutlicher Geschlechtsunterschied: Männer sind gegenüber den Frauen nur etwa halb so oft im Krankenhaus behandelt worden, auch die Anzahl der zugehörigen Krankenhaustage ist nur etwa halb so groß. Andersherum ist das Verhältnis hingegen bei der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25): Männer weisen mehr als dreimal so viele KH-Fälle und -Tage im Vergleich zu den Frauen auf. Auch beim akutem Myokardinfarkt (I21), Angina Pectoris (I20), sowie bei Atherosklerose (I70) sind die Fall- und Behandlungstage bei den Männern mindestens doppelt so hoch wie bei Frauen.

Das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere nach Erreichen des regulären Renteneintrittsalters, spiegelt sich auch bei der Betrachtung von Einzeldiagnosen wider, für die exemplarisch die Diagnosen Herzinsuffizienz (I50), Hirninfarkt (I63) sowie Vorhofflimmern und Vorhofflattern (I48) im **III** Diagramm 3.2.7 dargestellt sind. Die größte Fallzahlsteigerung ist dabei für die Herzinsuffizienz bei den über 80-Jährigen deutlich zu erkennen: Mehr als die Hälfte aller Behandlungsfälle und -tage bei Herzinsuffizienz erfolgen bei Versicherten dieser Altersgruppe. Nicht ganz so deutlich ist die Verteilung bei der stationären Behandlung von Hirninfarkten, aber immerhin noch mehr als ein Drittel aller Behandlungsfälle und -tage geht dabei auf über 80-Jährige zurück. Bei dieser Diagnose ist außerdem ein

Tabelle 3.2.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen des Herz-Kreislauf-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
Männer				
I50	Herzinsuffizienz	4,2	46,9	11,3
I63	Hirninfarkt	2,6	32,3	12,4
I21	Akuter Myokardinfarkt	2,9	22,9	8,0
I70	Atherosklerose	2,2	22,9	10,2
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	3,5	16,5	4,7
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2,8	14,7	5,3
I20	Angina pectoris	2,8	12,6	4,6
I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten	0,8	9,2	11,4
I61	Intrazerebrale Blutung	0,4	7,4	20,4
I10	Essenzielle (primäre) Hypertonie	1,2	5,5	4,5
Frauen				
I50	Herzinsuffizienz	3,5	37,9	11,0
I63	Hirninfarkt	2,0	24,5	12,2
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	2,6	14,2	5,4
I70	Atherosklerose	1,1	10,9	10,0
I10	Essenzielle (primäre) Hypertonie	2,2	10,7	4,8
I21	Akuter Myokardinfarkt	1,2	9,6	8,2
I20	Angina pectoris	1,4	6,2	4,6
I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten	0,5	5,8	11,6
I61	Intrazerebrale Blutung	0,3	5,0	18,2
I26	Lungenembolie	0,5	4,5	8,6

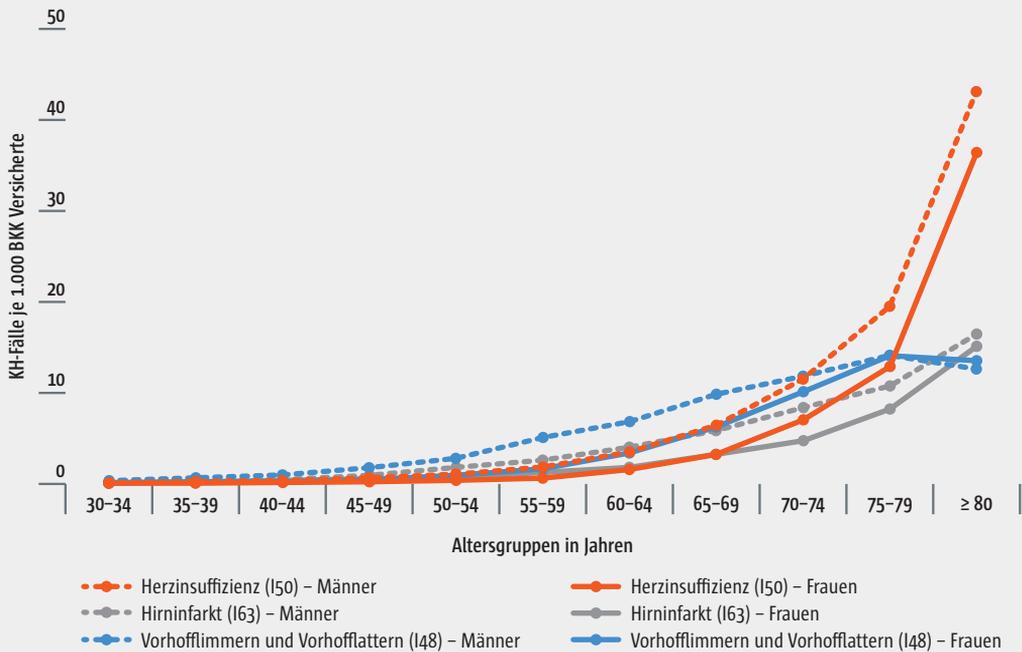
deutlicher Geschlechtsunterschied in den Altersgruppen zwischen dem 50. und 64. Lebensjahr zu erkennen: Bei diesen sind für Männer mehr als doppelt so viele Behandlungsfälle aufgrund von Hirninfarkten zu verzeichnen wie bei den gleichaltrigen Frauen. Vorhofflimmern und Vorhofflattern wiederum tritt zumindest etwas häufiger in jüngeren Jahren auf, so ist zumindest rund jeder fünfte Behandlungsfall bei Versicherten jünger als 60 Jahre erfolgt.

In der Regel sind die für die stationäre Versorgung beschriebenen Geschlechtsunterschiede bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch in ähnlicher Form im

Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (»» Kapitel 1.2) vorzufinden. Eine ambulante Behandlung wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen nehmen hingegen eher mehr Frauen in Anspruch (»» Kapitel 2.2), diese bekommen auch wesentlich häufiger Medikamente für Herz- und Kreislauf-Erkrankungen als die Männer verordnet (»» Kapitel 4.2). Gründe für diese Differenzen liegen möglicherweise in unterschiedlichem Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten:

- Frauen begeben sich allgemein öfter ambulant in Behandlung (mutmaßlich aufgrund eines größeren Gesundheitsbewusstseins, sie haben aber

Diagramm 3.2.7 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten für ausgewählte Diagnosen des Herz-Kreislauf-Systems nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



auch generell eine größere Nähe zur medizinischen Versorgung im Zusammenhang mit Routineuntersuchungen, Verhütung und Schwangerschaft). Frauen werden daher früher im Krankheitsverlauf behandelt, wobei dann auch häufiger medikamentös therapiert wird und eine stationäre Behandlung nicht notwendig wird.

- Dagegen suchen Männer medizinische Versorgung tendenziell später und häufig erst mit schwerwiegenden Symptomen auf, was wiederum mit längeren AU-Zeiten verbunden ist. Häufiger ist dann auch eine stationäre Behandlung notwendig, aufgrund der Schwere dauert die Behandlung dann möglicherweise zudem länger.

Neubildungen

- Bösartige Neubildungen der Bronchien und Lunge (C34) ist weiterhin die häufigste Krebs-Diagnose, wegen der BKK Versicherte in stationärer Behandlung sind. Dies ist die häufigste Einzeldiagnose bei Männern sowie bei Frauen nach Brustkrebs (C50) die zweithäufigste.

Unter der Diagnosehauptgruppe „Neubildungen“ werden verschiedene sowohl gut- als auch bösartige Gewebewucherungen zusammengefasst. Aufgrund der Notwendigkeit einer schnellen und umfassenden Behandlung insbesondere bei bösartigen Neubildungen sind diese vorrangig in der stationären Versorgung (d. h., in der hier betrachteten Akutversorgung, sowie darüber hinaus auch in der stationären Rehabilitation) vorzufinden. Die Fallzahlen und daraus resultierende Behandlungstage aufgrund von Neubildungen waren in den letzten Jahren sehr stabil (vgl. u. a. ■■ Diagramm 3.1.4) und auch der Rückgang der Kennwerte im aktuellen Berichtsjahr fällt verglichen mit anderen Erkrankungsarten gering aus (-8,0% weniger KH-Fälle und -8,4% weniger KH-Tage im Vergleich zu 2019). Auf Ebene der Einzeldiagnosen zeigen sich zumindest größere Unterschiede. Die meisten Behandlungsfälle und die meisten daraus resultierenden Krankenhaustage sind bei den Frauen auf eine Brustkrebskrankung (C50) zurückzuführen (■■■ Tabelle 3.2.3). Bei den Frauen erfolgt jeder sechste Behandlungstag innerhalb der Gruppe der Neubildungen aufgrund dieser Diagnose. Nach KH-Tagen folgen bei den Frauen an zweiter Stelle mit deutlichem Abstand die Neubildungen in Bronchien

Tabelle 3.2.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Neubildungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

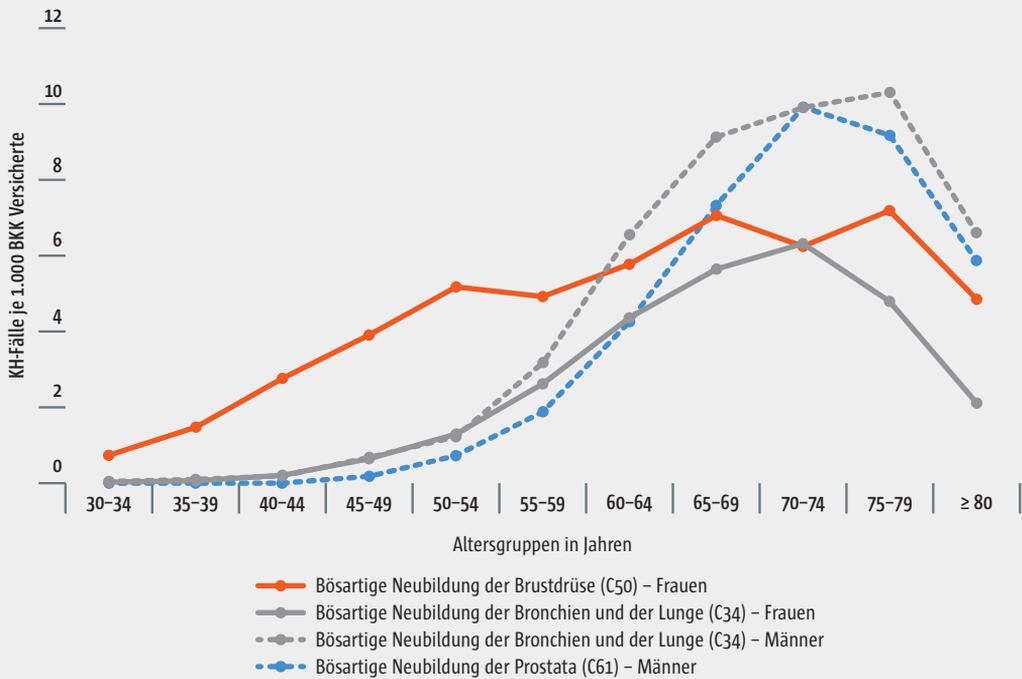
ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
Männer				
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	2,4	24,3	10,0
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	1,9	14,4	7,6
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	1,0	12,6	13,2
C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	1,7	11,7	6,8
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	0,8	9,6	12,4
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	0,7	8,2	11,2
C16	Bösartige Neubildung des Magens	0,7	7,9	11,5
C83	Nicht follikuläres Lymphom	0,6	6,5	10,6
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	0,5	6,2	12,6
C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	1,1	5,9	5,5
Frauen				
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	3,1	29,0	9,4
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	1,6	15,8	10,1
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	0,7	9,0	13,4
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	0,6	7,0	12,6
C56	Bösartige Neubildung des Ovars	0,6	6,7	12,0
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	0,5	5,5	12,1
D25	Leiomyom des Uterus	1,2	5,4	4,6
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	0,4	4,9	11,4
C92	Myeloische Leukämie	0,2	4,4	18,9
C83	Nicht follikuläres Lymphom	0,4	4,1	10,4

und Lunge (C34). Bei den Männern sind hingegen mit dieser Diagnose die meisten Krankenhaustage verbunden, was auch in etwa das Rauchverhalten – Männer rauchen deutlich häufiger als Frauen¹⁵ – in der Bevölkerung widerspiegelt. Größer noch ist der

Geschlechtsunterschied bei Neubildungen des Rektums (C20) sowie des Magens (C16): Bei beiden Einzeldiagnosen weisen Männer im Vergleich zu den Frauen fast doppelt so viele Krankenhaustage und -tage auf. Bei den stationär wegen Neubildungen des Rektums behandelten Männern zeigt sich zudem ein deutlicher Rückgang der Fallzahlen (-13,5%), in diesem Vergleich nur übertroffen bei den Neubildungen des Kolons (-15,0%). Allerdings sind bei den Frauen

15 vgl. z.B. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

Diagramm 3.2.8 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten für ausgewählte Diagnosen der Neubildungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



für die beiden genannten Einzeldiagnosen keine so großen Fallzahlrückgänge gegenüber dem Vorjahr zu beobachten. Der größte Rückgang von stationären Behandlungsfällen von Neubildungen bei Frauen weist vielmehr das Leiomyom des Uterus (D25) auf (-15,8%).

Gerade bei den geschlechtsspezifischen Krebs-erkrankungen sind die mittleren Erkrankungsalter sehr unterschiedlich: Gebärmutterhals- und Brustkrebs setzt bei Frauen recht früh ein (Brustkrebs tritt auch bei Männern auf, allerdings machen diese nur rund 1% aller Neuerkrankungsfälle aus)¹⁶. Prostatakrebs bzw. der bei Männern deutlich häufigere Harnblasenkrebs betrifft hingegen eher ältere Personen. Entsprechendes zeigt sich auch bei der altersspezifischen Auswertung der stationären Behandlungsfälle von Brust-, Prostata- sowie Lungen- und Bronchialkrebs (III Diagramm 3.2.8): In der Regel sind bei mehr

als einem Drittel aller Brustkrebsfälle (2020: 35,7%) die Patientinnen jünger als 55 Jahre alt, bei Lungen- und Bronchialkrebs ist von den Betroffenen hingegen weniger als jede(r) Zehnte (8,6%) jünger als 55 Jahre, bei Prostatakrebs-Patienten sogar weniger als jeder Zwanzigste (4,0%). Insgesamt erfolgen die meisten stationären Behandlungsfälle aufgrund von Neubildungen hingegen bei Patientinnen und Patienten zwischen 70 und 80 Jahren. Entgegen epidemiologischer Zahlen¹⁷ die auch jenseits des 80. Lebensjahrs hohe Erkrankungsrate ausweisen, sinken die stationären Behandlungszahlen für diese Altersgruppe deutlich. Dies lässt sich u. a. dadurch erklären, dass Betroffene nicht mehr in der Lage oder auch nicht willens sind, kräftezehrende Therapien zu absolvieren. Vielmehr findet bei der Therapiewahl eine Abwägung statt, mit welchen nachfolgenden Lebensqualitätseinschränkungen diese einhergehen.

16 Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg) (2017). Krebs in Deutschland für 2013/2014. RKI: Berlin.

17 Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg) (2017). Krebs in Deutschland für 2013/2014. RKI: Berlin.

In anderen Leistungsbereichen spielen die Neubildungen keine so große Rolle wie in der stationären Versorgung, aber man kann zumindest ähnliche alters- und geschlechtsspezifischen Muster erkennen. So sind in der Regel in der ambulanten Versorgung die Anteile von weiblichen Versicherten aufgrund eines Mamakarzinoms auch schon ab dem 45. Lebensjahr deutlich ansteigend, während sich Prostatakarzinom-Patienten vor allem jenseits des 65. Lebensjahrs in Behandlung begeben. Ein ähnliches Bild findet sich auch bei den Verordnungen antineoplastischer Mittel (L01) sowie bei Arbeitsunfähigkeitsfällen aufgrund von Neubildungen, wobei im AU-Geschehen wiederum die Kennzahlen aufgrund des *healthy worker effects* bei den 65-jährigen Beschäftigten – gegenläufig zu den ambulanten und stationären Fallzahlen – stark zurückgehen.

3.2.2 Stationäre Versorgung nach Versichertenstatus

- Rentner sowie Arbeitslose sind um ein Mehrfaches öfter und länger in stationärer Behandlung als Beschäftigte oder Familienangehörige.
- Bei Rentnern ist häufigster Grund für einen stationären Aufenthalt die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Jeder fünfte Behandlungstag ist darauf zurückzuführen.
- Arbeitslose sind hingegen am häufigsten aufgrund von psychischen Störungen im Krankenhaus: Mehr als die Hälfte aller Behandlungstage geht auf diese Krankheitsart zurück.

Tabelle 3.2.4 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

Versichertengruppen	Geschlecht	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Männer	103,9	763	7,3
	Frauen	107,6	815	7,6
	Gesamt	105,5	786	7,4
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	223,7	2.375	10,6
	Frauen	207,6	2.246	10,8
	Gesamt	216,4	2.317	10,7
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	260,4	3.031	11,6
	Frauen	227,3	2.409	10,6
	Gesamt	243,8	2.719	11,2
Familienangehörige	Männer	87,7	723	8,2
	Frauen	98,7	850	8,6
	Gesamt	94,1	798	8,5
Rentner	Männer	460,4	4.352	9,5
	Frauen	373,7	3630	9,7
	Gesamt	415,0	3.974	9,6
BKK Versicherte insgesamt	Männer	176,3	1547	8,8
	Frauen	165,9	1.490	9,0
	Gesamt	171,1	1.519	8,9

- Allerdings ist insgesamt bei den ALG-I-Empfängern die Zahl der Behandlungstage im Vergleich zum Vorjahr enorm zurückgegangen: Rund ein Viertel weniger ist für diese Versichertengruppe zu verzeichnen. Dies geht vor allem auf weniger Behandlungen aufgrund von psychischen Störungen zurück.

Die Gruppe der Versicherten besteht aus verschiedenen Subgruppen (»» Diagramm o.1.1), von denen nachfolgend die beschäftigten Mitglieder, die Arbeitslosen (unterschieden zwischen ALG-I- und ALG-II-Empfängern), die Familienangehörigen sowie die Rentner im Detail betrachtet werden.

Da zu den Familienangehörigen vor allem Kinder und Jugendliche zählen, sind hier die entsprechenden Kennzahlen erwartungsgemäß am niedrigsten (»» Tabelle 3.2.4): Im aktuellen Berichtsjahr 2020 sind 94,1 KH-Fälle und 798 KH-Tage je 1.000 Familienangehörige aufgetreten. Wie ebenfalls aufgrund des höheren Durchschnittsalters (»» Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten) zu erwarten ist, weisen die weiblichen Familienangehörigen dabei mehr Fälle und entsprechend mehr Tage auf als die männlichen. Für die beschäftigten Mitglieder – die weitaus größte Versichertengruppe in diesem Vergleich – sind annähernd so viele Behandlungstage wie bei den Familienangehörigen zu verzeichnen, bei allen weiteren Versichertengruppen sind die Kennwerte hingegen deutlich höher: Die

Gruppe der Rentner vereinigt dabei die meisten Krankenhausfälle und -tage auf sich. So war jeder Rentner im Durchschnitt 2020 rund 4 Tage im stationärer Behandlung. Des Weiteren sind auch hohe Kennzahlen für Arbeitslose (sowohl bei ALG-I- als auch ALG-II-Empfängern) zu verzeichnen: Es sind in aktuellen Berichtsjahr mehr als doppelt so viele Fälle und mehr als dreimal so viele Behandlungstage wie bei den Familienangehörigen und beschäftigten Mitgliedern. Im Vergleich zum Vorjahr sind aber die Kennwerte im aktuellen Berichtsjahr in allen Versichertengruppen zurückgegangen. Besonders deutlich fällt dieser Rückgang bei den ALG-I-Empfängern aus: Für diese fiel etwa jeder vierte Behandlungsfall und -tag weg (-22,6% weniger KH-Fälle, -27,0% weniger KH-Tage).

Differenziert man für die genannten Versichertengruppen wiederum nach Erkrankungsarten, so zeigen sich deutliche Unterschiede im Krankheitsgeschehen (»» Diagramm 3.2.9). So fallen bei den Rentnern für fast jede der hier aufgeführten Diagnosehauptgruppen – mit Ausnahme der psychischen Störungen – mehr Behandlungstage als bei den anderen Versichertengruppen an. Wie schon die Erkenntnisse zu Erkrankungsarten in Abhängigkeit vom Alter vermuten lassen, sind es die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, die hier wiederum auch relativ betrachtet bei den Rentnern mit rund 20% aller Behandlungstage den größten Anteil ausmachen. Besonders stechen in diesem Vergleich aber die große Anzahl bzw. die hohen Anteile an

Diagramm 3.2.9 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)

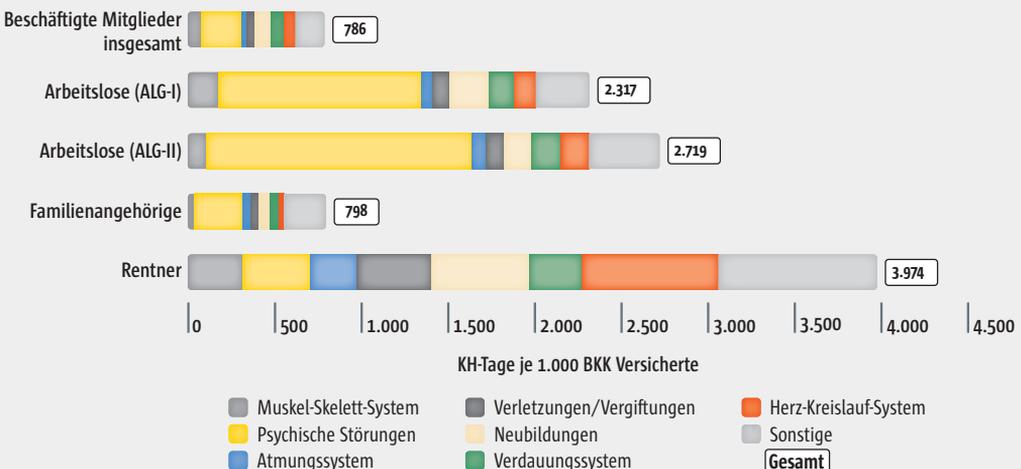
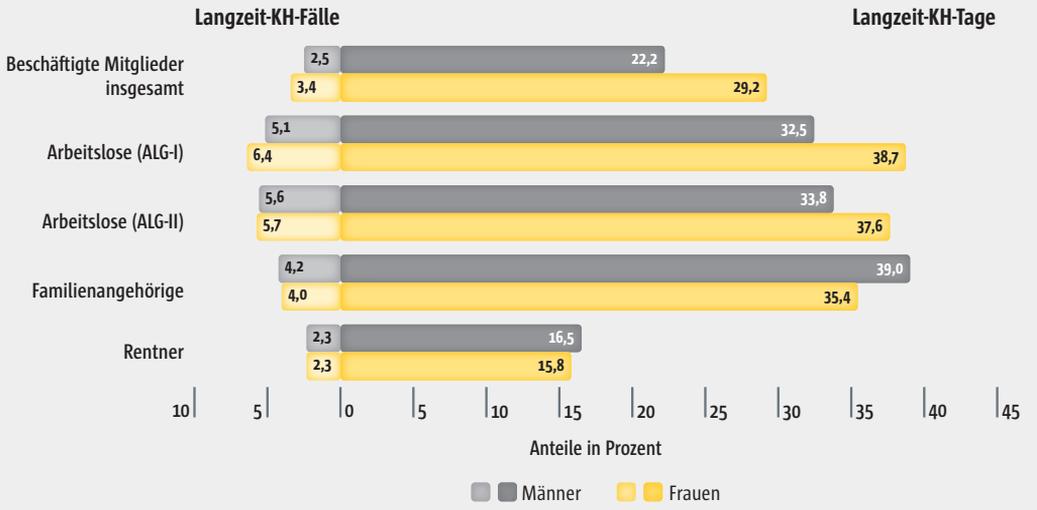


Diagramm 3.2.10 Stationäre Versorgung – Anteile der Langzeiterkrankungen (Falldauer > 6 Wochen) der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

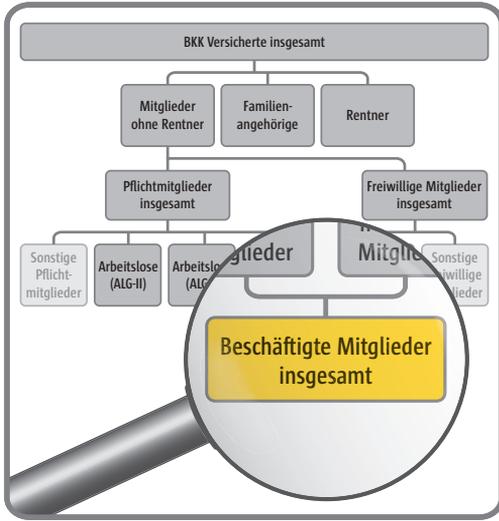


Behandlungstagen aufgrund psychischer Störungen bei den Arbeitslosen hervor: Sowohl bei den ALG-I-als auch den ALG-II-Empfängern geht mindestens jeder zweite Behandlungstag auf Erkrankungen aus diesem Diagnosespektrum zurück. Es ist allerdings auch festzustellen, dass sich gerade bei den ALG-I-Empfängern die Zahl der Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen mit -32,6% überdurchschnittlich stark gegenüber dem Vorjahr verringert hat. Für diese sind in ähnlichem Maße auch die Behandlungstage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen zurückgegangen (-31,9%), das Gleiche gilt hierbei auch für die ALG-II-Empfänger (-31,1%). Bei den letztgenannten ist hingegen der Rückgang der Zahl der Behandlungstage aufgrund von Atmungssystem-Erkrankungen relativ gering (-5,4%).

Die psychischen Störungen spielen wiederum in Kontext von Langzeitbehandlungen mit Falldauern länger als 6 Wochen eine größere Rolle, was sich ebenfalls bei der Differenzierung nach Versichertengruppen (▮▮▮ Diagramm 3.2.10) zeigt. Während insgesamt die Frauen nur moderat mehr Langzeitfälle von mehr als 6 Wochen Dauer als Männer aufweisen (3,2% vs. 2,8% aller KH-Fälle) und entsprechend der Anteil der darauf zurückgehende Behandlungstage nur wenig größer ist (24,0% vs. 21,7%), zeigt sich besonders bei den beschäftigten Mitgliedern ein großer Geschlechtsunterschied: 3,4% der KH-Fälle und 29,2% der KH-Tage sind bei den Frauen auf Langzeit-

fälle zurückzuführen, bei den Männern sind es hingegen nur 2,5% der Fälle und 22,2% der Tage. Die in diesem Vergleich größten Anteile von Langzeitbehandlungsfällen weisen hingegen die beiden Arbeitslosengruppen auf. Allerdings ist dabei anzumerken, dass besonders bei den ALG-I-Empfängern die Langzeitbehandlungen im Vergleich zum Vorjahr deutlich zurückgegangen sind. Anders hingegen bei der Gruppe der Familienangehörigen: Bei diesen sind gegenüber dem Vorjahr mehr Langzeitbehandlungen zu verzeichnen. Zwar ist der Anteil der Langzeitfälle an allen Krankenhausfällen in dieser Gruppe mit 4,1% insgesamt nicht besonders hoch, allerdings sind die aufgetretenen wenigen Langzeitfälle bei den Familienangehörigen meist langwieriger: Während Langzeitfälle bei den anderen Versicherten etwa zwischen 65 (ALG-I-Empfänger) und 70 Tagen je Fall (ALG-II-Empfänger) dauern, so werden für diese bei den Familienangehörigen im Schnitt rund 76 Tage je Fall benötigt. Auch hier kann dies zu einem großen Teil auf den hohen Anteil an psychischen Erkrankungen in den jungen Altersgruppen zurückgeführt werden, bei denen die Falldauer überdurchschnittlich lang ist. Rentner sind hingegen recht oft, aber im Verhältnis dazu seltener in stationärer Langzeitbehandlung, sodass auch nur 16,2% der Behandlungstage auf Langzeitbehandlungen zurückzuführen sind.

Fokus Beschäftigte Mitglieder



Da die Gruppe der beschäftigten Mitglieder fast die Hälfte aller Versicherten ausmacht und bei den nachfolgenden arbeitsweltlichen Analysen im Fokus steht, sollen an dieser Stelle weitere Details zu den Beschäf-

tigten dargestellt werden. Hierzu wurde schon zuvor beschrieben, dass die KH-Kennzahlen für diese Versichertengruppe relativ zu den anderen Gruppen sehr niedrig sind. So ist auch der Anteil derer, die in stationärer Behandlung waren, mit 7,7% im aktuellen Berichtsjahr 2020 deutlich niedriger im Vergleich zur Gesamtheit aller Versicherten (und auch gegenüber 9,1% in 2019 deutlich reduziert, auch hier wirkt sich die Pandemie auf die Inanspruchnahme stationärer Versorgungsleistungen aus). Auch bei der Differenzierung nach Alter fallen die Kennwerte bei den Beschäftigten im Vergleich zu allen Versicherten (» Diagramm 3.2.3) niedriger aus, so ist etwa die durchschnittliche Anzahl an stationären Behandlungstagen durchweg um rund ein Viertel niedriger, wobei in der Altersgruppe ab 65 Jahren zudem noch eine deutliche Reduktion der Kennwerte – anders als bei den Versicherten insgesamt – zu beobachten ist: Erreichen sowohl die Fallzahlen als auch die daraus resultierenden Behandlungstage Höchststände in der vorherigen Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen, so gehen bei den Älteren die Kennwerte bei beiden Geschlechtern um rund ein Viertel zurück. Dies ist auf den sogenannten *healthy worker effect* zurückzuführen, wie er auch in den anderen Leistungsbereichen zu beobachten ist: Erwerbstätige, die kurz vor dem Renteneintrittsalter

Diagramm 3.2.11 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2020)

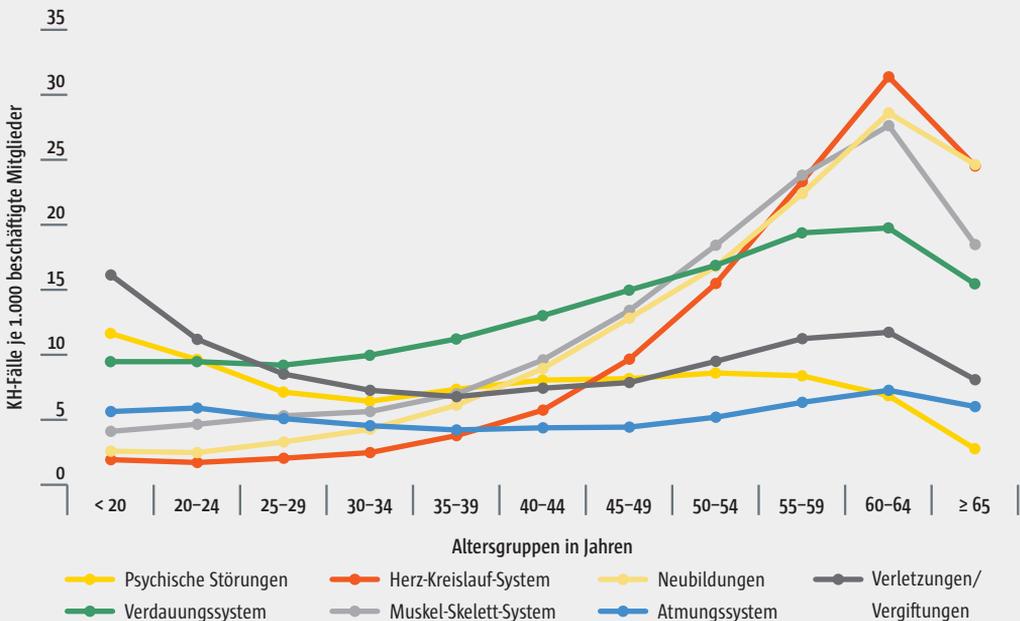
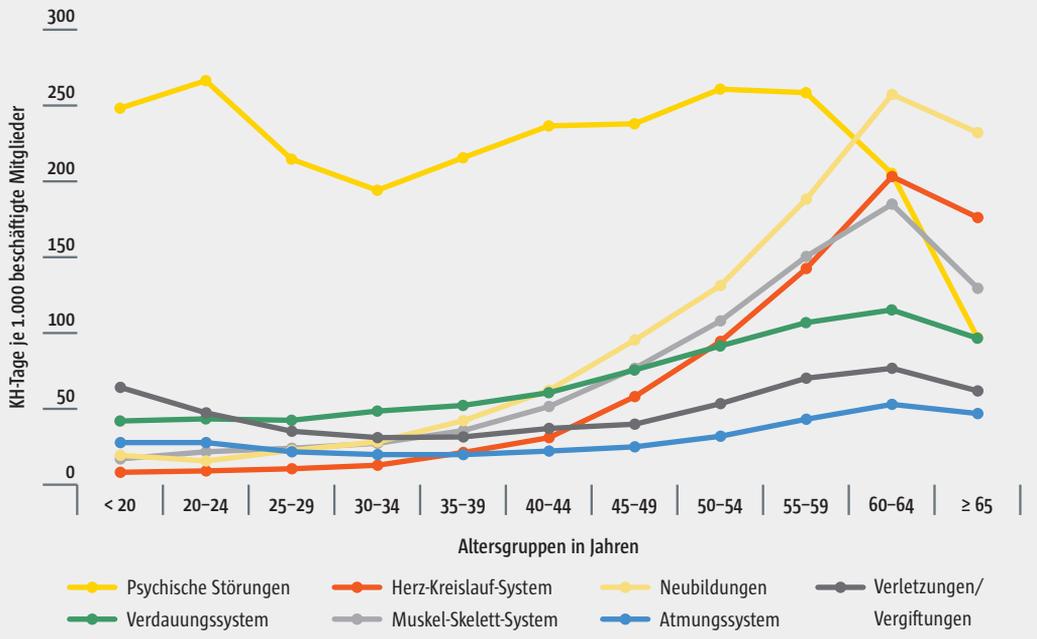


Diagramm 3.2.12 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2020)

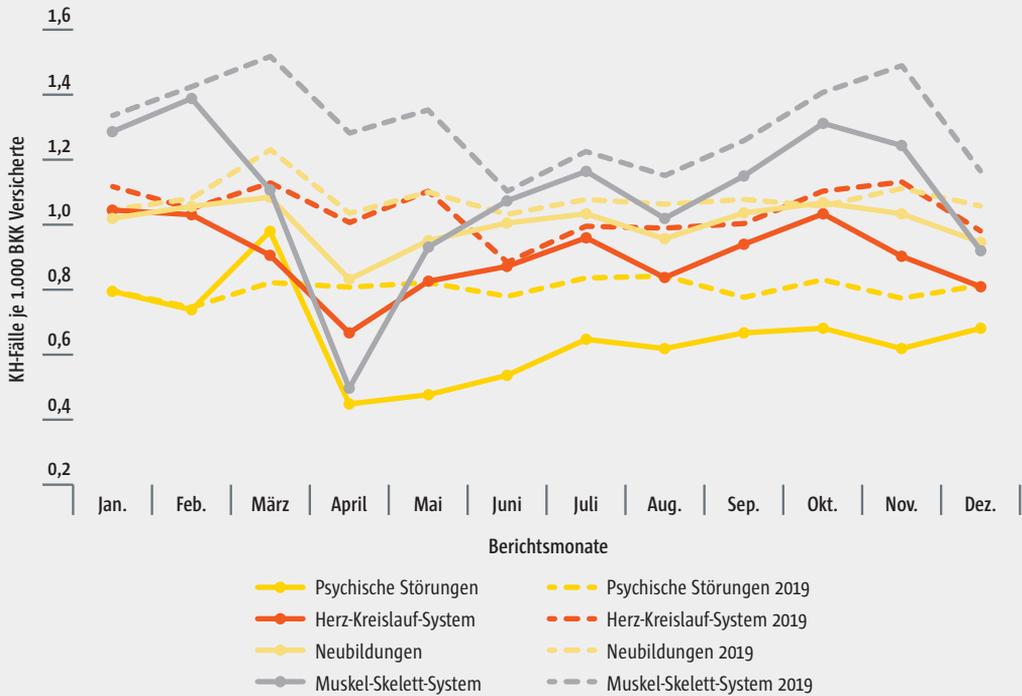


stehen (bzw. eigentlich schon im Rentenalter sind), sind meist gesünder als jüngere Beschäftigte, was aber wesentlich einen vorherigen Selektionseffekt widerspiegelt: Personen mit chronischen bzw. schweren Erkrankungen sind häufig schon vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden, sodass diese in der Gruppe der Beschäftigten ab 65 Jahren nicht mehr enthalten sind. Wie **III** Diagramm 3.2.11 und **III** Diagramm 3.2.12 aufzeigen, ist dieser Effekt mehr oder weniger stark für alle dargestellten Erkrankungsarten zu beobachten. Während aber beispielsweise bei Atmungssystem-Erkrankungen oder Verletzungen und Vergiftungen die Behandlungstage nur in relativ geringem Maße zurückgehen, fällt diese Reduktion hingegen bei den psychischen Störungen besonders stark aus und setzt sogar früher als bei den anderen Diagnosehauptgruppen ein: So sind die meisten Behandlungsfälle und -tage im aktuellen Berichtsjahr in der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen zu verzeichnen (8,6 KH-Fälle und 261 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Bei den Beschäftigten ab 65 Jahren sind die Kennwerte nur noch etwa ein Drittel so groß.

An dieser Stelle sei wie schon bei den Versicherten insgesamt auch für die beschäftigten Mitglieder ein Blick auf die unterjährige Entwicklung von Fall-

zahlen bestimmter Erkrankungsarten geworfen (**III** Diagramm 3.2.13). Dabei sind, wie zu erwarten, insbesondere die Kennwerte bezogen auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich niedriger. Die Verlaufskurven sowie der jeweilige Vergleich zu den Vorjahreswerten sind hingegen sehr ähnlich zu denen für die BKK Versicherten (**III** Diagramm 3.1.5). Sehr deutlich ist hier das Einbrechen der Fallzahlen im April zu erkennen: In diesem Monat sind die Fallzahlen mit einem Minus von -61% am stärksten bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen reduziert, bei den psychischen Störungen sind es -44%. Ebenso wie bei den Versicherten insgesamt sind des Weiteren auch die leichten Rückgänge im August sowie im Dezember bei den auf die Beschäftigten bezogenen Fallzahlen wiederzufinden. Außerdem zeigt sich auch hier bei den psychischen Störungen im März eine deutliche Erhöhung der Fallzahlen im Vergleich zum Vorjahr, was wahrscheinlich mit dem deutlich höheren Anteil von Langzeiterkrankten aufgrund psychischer Störungen zusammenhängt. Diese Steigerung der Entlass-Fallzahlen fällt gegenüber den Versicherten insgesamt sogar höher aus, während danach die Fallzahlen für psychische Störungen bei den Beschäftigten auf deutlich niedrigerem Niveau für längere Zeit

Diagramm 3.2.13 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im monatlichen Zeitverlauf mit Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2020)



verharren, was bei den Versicherten nicht so stark ausgeprägt ist. Möglicherweise scheuten hier die Beschäftigten stärker als andere Versicherte die stationäre Behandlung bzw. konnten aufgrund leichterer Symptomatik auch ambulant behandelt werden.

Wie man schon anhand der Anteilsdarstellung im **III** Diagramm 3.2.9 ablesen konnte, bestimmen auch bei den Beschäftigten die gleichen Erkrankungsarten wie bei den Versicherten insgesamt das stationäre Geschehen. Allerdings machen – wie aufgrund der Altersverteilung zu erwarten ist – die psychischen Störungen einen etwas größeren Anteil (29,5%) aus, als sie es bei den Versicherten insgesamt tun, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind hingegen bei den Beschäftigten in deutlich geringerem Maße (8,4%) für stationäre Behandlungstage ursächlich.

Beim Blick auf die Einzeldiagnosen für die Beschäftigten (**III** Tabelle 3.2.5) zeigt sich wiederum in einigen Bereichen eine deutlichere Verschiebung im Krankheitsgeschehen im Vergleich zu den Versicherten insgesamt (**III** Tabelle 3.1.2). Zwar sind auch bei den Beschäftigten die beiden Depressionsdiagnosen (F32, F33) diejenigen mit den meisten Behandlungen-

tagen (und auch hier zeigt sich ein recht deutlicher Rückgang der Kennwerte bei der stationären Behandlung der depressiven Episode [F32] gegenüber dem Vorjahr), danach folgen aber noch zwei weitere psychische Störungen, und zwar die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) sowie die somatoformen Störungen (F45). Die besondere Bedeutung von Brustkrebs (C50) für die Gruppe der Beschäftigten zeigt sich dadurch, dass diese Diagnose selbst für beide Geschlechter zusammengenommen in diesem Ranking an sechster Stelle steht. Für diese Diagnose ist außerdem gegenüber dem Vorjahr kein wesentlicher Rückgang zu verzeichnen. Auch im Hinblick auf Muskel-Skelett-Erkrankungen sind für Beschäftigte andere Diagnosen relevant, so etwa bei den stationär behandelten Bandscheibenschäden (M51). Für die im Vorjahr noch in diesem Ranking vertretenen Rückenschmerzen (M54) sind im aktuellen Berichtsjahr jedoch etwa –30% weniger stationäre Behandlungsfälle und -tage zu verzeichnen. Möglicherweise sind stationäre Rückenschmerz-Behandlungen eher aufschiebbar bzw. wurden unter den Pandemiebedingungen nur ambulant versorgt.

Tabelle 3.2.5 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2020)

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,1	88,9	42,6
F32	Depressive Episode	1,3	50,0	38,9
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,6	17,3	10,8
F45	Somatoforme Störungen	0,6	11,9	20,0
K80	Cholelithiasis	2,1	10,6	5,2
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	1,2	10,5	8,7
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1,5	9,2	6,3
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,5	9,1	20,5
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	1,1	9,0	8,1
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	0,9	8,2	9,4

Es ist dabei zu konstatieren, dass im ambulanten Sektor Rückenschmerzen eine sehr häufige Diagnose ist (»» Tabelle 2.1.3), im Vergleich zum Vorjahr aber kein Anstieg der Versichertenanteile mit einer solche Diagnose zu verzeichnen ist.

■ Auch bei höheren Ausbildungsabschlüssen sind die Kennwerte geringer. So haben Beschäftigte mit einfachem Abschluss im Schnitt über +75% mehr Krankenhaustage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Hochschulabsolventen.

3.2.3 Stationäre Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen

Für die weitere Analyse stationärer Versorgungsdaten hinsichtlich der Unterschiede nach höchstem erreichten Schul- und Ausbildungsabschluss wird ebenfalls die Gruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt betrachtet, da nur bei dieser Versichertengruppe die Zuordnung entsprechend der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) vorliegt.

- Je höher der Schulabschluss der Beschäftigten, desto seltener sind diese in stationärer medizinischer Behandlung: Beschäftigte mit (Fach-)Abitur weisen rund -40% weniger Behandlungsfälle und -tage auf als diejenigen mit Haupt-/Volksschulabschluss.
- Besonders deutlich wird dies bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Bei Beschäftigten mit Volks-/Hauptschulabschluss sind in 2020 über 2,5-mal mehr Behandlungsfälle und -tage aufgrund dieser Krankheitsart als bei Beschäftigten mit (Fach-)Abitur erfolgt.

Höchster Schulabschluss

Ähnlich wie im AU-Geschehen zeigt sich auch in der stationären Versorgung, dass mit höherem schulischen Bildungsgrad eine Abnahme der KH-Kennzahlen einhergeht. Dabei ist im Vergleich zwischen den verschiedenen Schulabschlüssen die Gruppe mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss diejenige, die insgesamt im Schnitt am häufigsten stationär behandelt wurde (128,4 KH-Fälle je 1.000 Beschäftigte) und entsprechend den höchsten Wert bei den Behandlungstagen aufweist (932 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) (»» Diagramm 3.2.14). Allerdings nur knapp dahinter rangieren diejenigen Beschäftigten ohne einen Schulabschluss. Für die Beschäftigten mit (Fach-)Abitur sind hingegen die niedrigsten Kennwerte festzustellen, immerhin über ein Viertel weniger Behandlungsfälle und -tage als der Durchschnitt aller Beschäftigten und rund -40% weniger als Beschäftigte mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss. Für diese Gruppe besteht zudem die größte

Diagramm 3.2.14 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

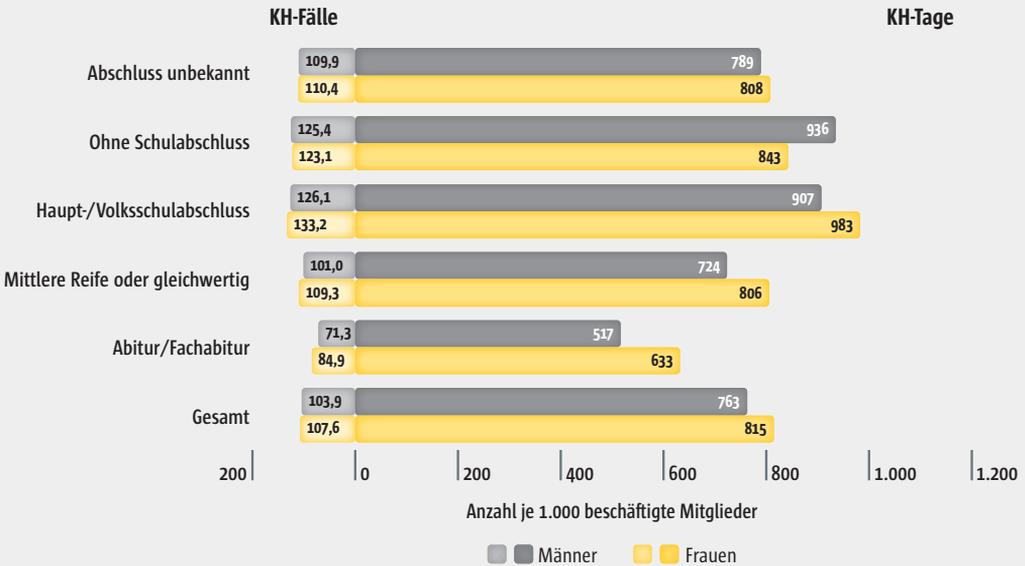
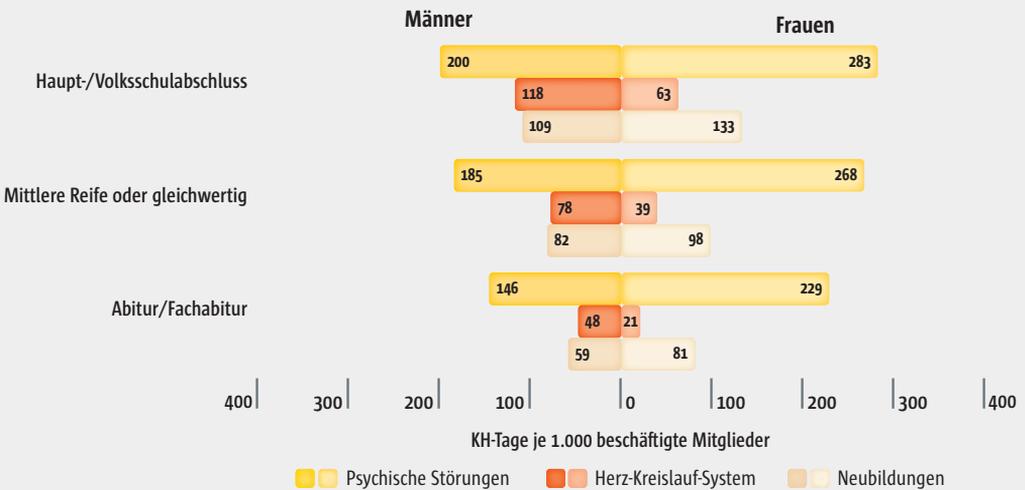


Diagramm 3.2.15 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



relative Differenz zwischen den Geschlechtern: Für Frauen mit (Fach-)Abitur sind rund +19% mehr Krankenhausfälle und +22% mehr Behandlungstage dokumentiert als für Männer mit gleichem Schulabschluss.

In **»»»** Diagramm 3.2.15 sind für drei Schulabschlussgruppen die Fallzahlen und Krankenhaustage in ausgewählten Diagnosegruppen gegenübergestellt. Sehr augenfällig ist dabei, dass auch hier durchweg bei Männern wie bei Frauen die Kennwerte

in höheren Schulabschlussgruppen geringer ausfallen. Dabei stechen die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems besonders heraus: Für Beschäftigte mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss sind im Vergleich zu (Fach-)Abiturienten das Zweieinhalbfache (Männer) bzw. Dreifache (Frauen) an Behandlungstagen im aktuellen Berichtsjahr dokumentiert. Geringe Differenzen sind hingegen bei den psychischen Störungen zwischen den Abschlussarten zu erkennen, wobei die Differenz zwischen Haupt-/Volksschulabschluss und (Fach-)Abitur immer noch zumindest über ein Fünftel weniger KH-Tage beträgt. Bei dieser Diagnosehauptgruppe zeigt sich außerdem, dass mit höherem Schulabschluss die durchschnittliche Falldauer zunimmt: Die stationäre Behandlung psychischer Leiden dauert bei Beschäftigten mit Haupt-/Volksschulabschluss im Schnitt rund 26 Tage, bei denjenigen mit (Fach-)Abitur hingegen fast 33 Tage. Dabei spielt auch eine wesentliche Rolle, dass Einzeldiagnosen in den Bildungsgruppen unterschiedlich oft auftreten, so sind beispielsweise die Kennwerte bei den psychischen und Verhaltensstörungen durch

Alkohol (F10) bei den Beschäftigten mit mittlerer Reife fast doppelt und bei den Haupt-/Volksschulabsolventen fast dreimal so hoch im Vergleich zu (Fach-)Abiturienten.

Höchster Berufsabschluss

In der Betrachtung nach höchstem beruflichen Ausbildungsabschluss (▣▣ Diagramm 3.2.16) – wie der höchste Schulabschluss ebenfalls ein mittelbarer Indikator für den sozialen Status der Beschäftigten – sind es bei den Männern diejenigen mit einem Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung, welche die meisten Behandlungsfälle und -tage aufweisen (111,4 KH-Fälle und 806 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Bei den Frauen sind es hingegen diejenigen ohne einen beruflichen Ausbildungsabschluss, für welche die höchsten Kennwerte zu verzeichnen sind (112,2 KH-Fälle und 849 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Hierbei ist aber zu berücksichtigen, dass diejenigen ohne einen Abschluss rund 8 Jahre jünger sind

Diagramm 3.2.16 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

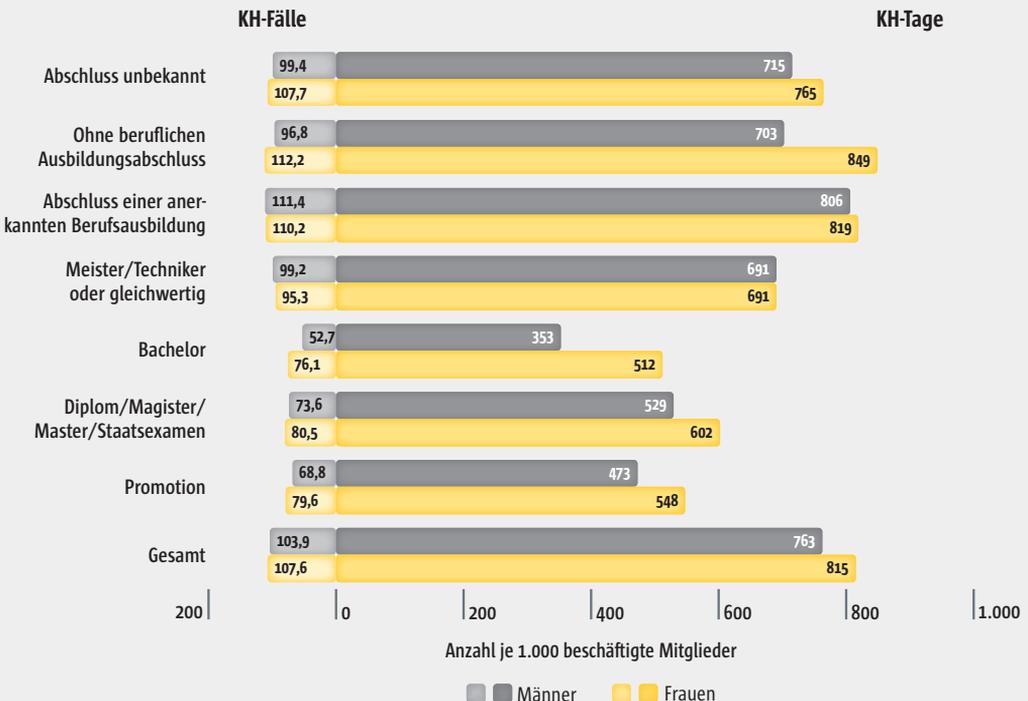
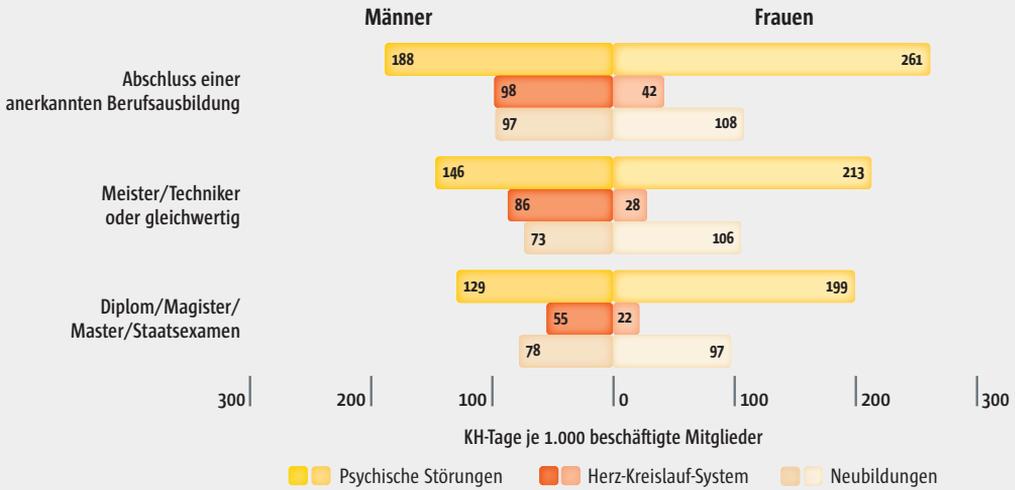


Diagramm 3.2.17 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

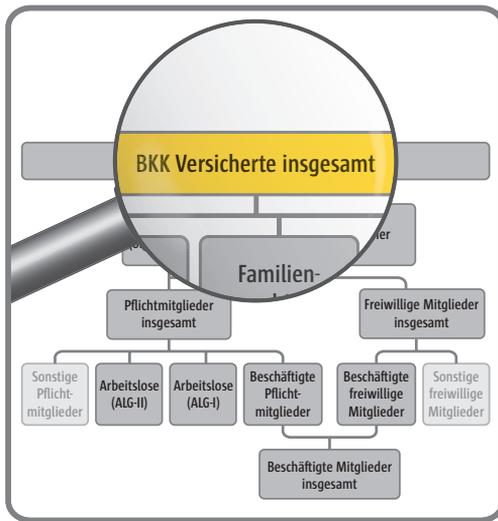


als der Durchschnitt aller Beschäftigten: Zu dieser Gruppe zählen viele Auszubildende, es sind aber auch ältere Personen darunter, die aus anderen Gründen keinen Abschluss erlangt haben oder dieser nicht anerkannt wurde. Die Bachelor-Absolventen sind gegenüber denjenigen ohne einen Abschluss sogar noch jünger. Für diese sind – anders als bei denen ohne einen Ausbildungsabschluss – für beide Geschlechter deutlich weniger Behandlungsfälle und -tage verglichen mit allen Beschäftigten zu verzeichnen: Bei den Frauen sind die Kennwerte um rund ein Drittel geringer, bei den Männern sogar nur rund halb so groß. Sieht man von diesen beiden Berufsabschlussgruppen ab, da diese vor allem aufgrund des geringeren Durchschnittsalters auffällig sind, so ist bei den weiteren Ausbildungsabschlüssen eine ähnliche Tendenz wie bei den Schulabschlüssen zu finden: Mit höherem Abschlussniveau gehen niedrigere Kennwerte einher. So sind diese bei Hochschulab-

solventen (Diplom/Magister/Master/Staatsexamen) um ein Drittel geringer als bei denjenigen mit einem einfachen Ausbildungsabschluss. Promovierte weisen gegenüber Erstgenannten sogar noch geringere Werte auf.

Wie **»»»** Diagramm 3.2.17 verdeutlicht, zeigt sich auch bei einzelnen Diagnosehauptgruppen die Kennwertabnahme mit höherem beruflichen Abschluss. Auch hier – wie bereits beim Schulabschluss – sind es die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, für welche die Anzahl an Behandlungstagen am stärksten zurückgeht: Für Beschäftigte mit einem Berufsausbildungsabschluss sind gegenüber Hochschulabsolventen (mit Diplom, Master, Magister oder Staatsexamen) über +75% mehr Tage in stationärer Behandlung zu verzeichnen. Die geringsten bildungsbezogenen Unterschiede bestehen hingegen bei den stationären Behandlungstagen der Frauen aufgrund von Neubildungen.

3.3 Stationäre Versorgung in Regionen



Die Gesundheit der Versicherten wird auch durch regionale Faktoren beeinflusst, so spielen neben den Lebensbedingungen an den Wohnorten der Versicherten, den dort vorherrschenden Arbeitsbedingungen genauso wie die allgemeine Wirtschaftskraft, die Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote sowie die soziokulturellen Bedingungen vor Ort eine Rolle. Darüber hinaus haben auch die regionalen Strukturen der medizinischen Versorgung, wie z.B. die Arzt-, Krankenhaus- und Apothekendichte einen Einfluss.

Nachfolgend werden die Kennwerte der stationären Versorgung auf Ebene der Bundesländer sowie der Kreise, zugeordnet nach dem Wohnort der Versicherten, ausgewertet und analysiert (für die Verteilung der BKK Versicherten nach Bundesländern sei auf das Kapitel [Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten](#) verwiesen).

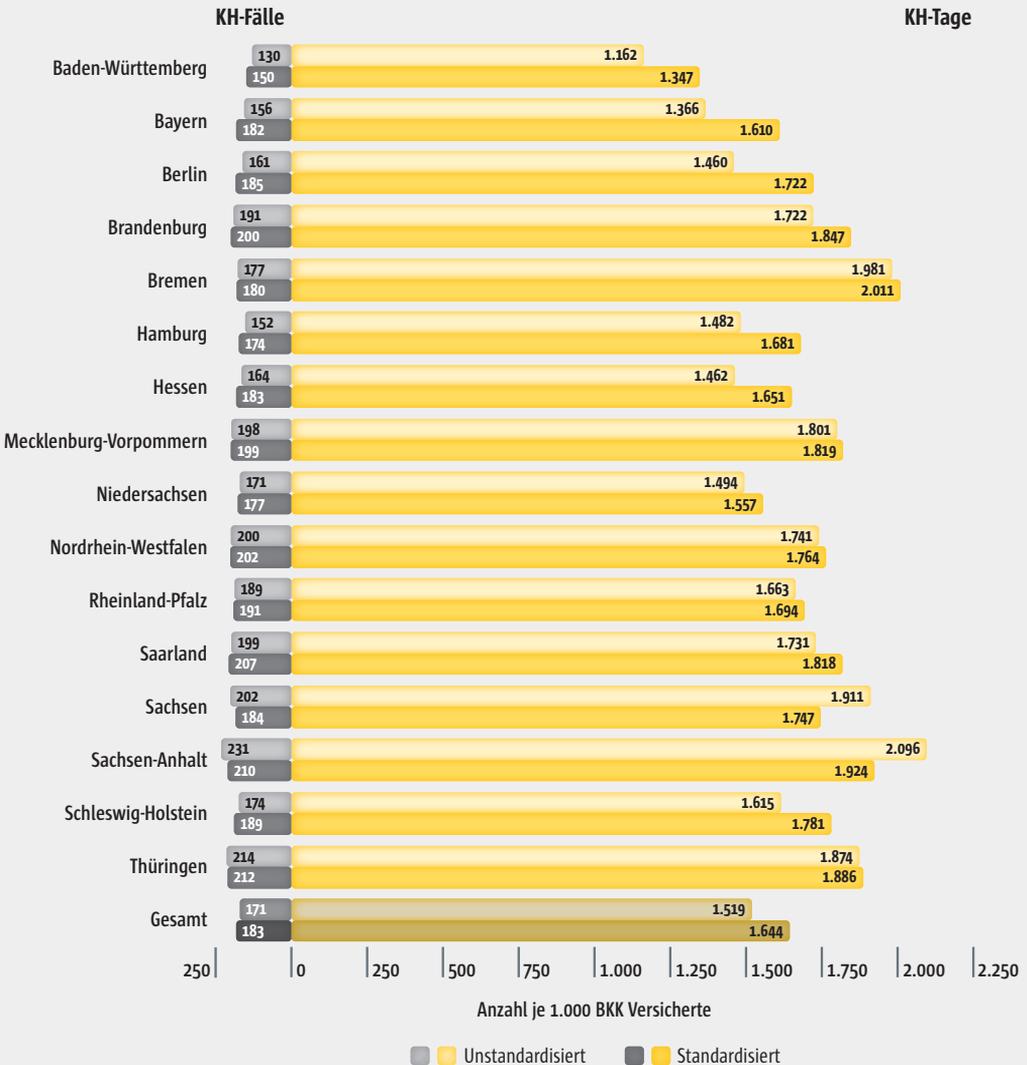
3.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise

- Wie schon in den Vorjahren weist von allen Bundesländern Baden-Württemberg die pro Kopf wenigsten, Sachsen-Anhalt hingegen die meisten Krankenhausfälle und -tage auf.
- Dagegen ist bei den ALG-II-Empfängern das Bundesland Bayern in diesem Jahr Spitzenreiter nach durchschnittlichen Krankentagen. Dort weisen selbst die Rentner, bei denen sonst in der Regel die Kennwerte am höchsten sind, durchschnittlich weniger Krankentage auf.

Die Häufigkeit und die Dauer von Krankenhausaufenthalten sowie die dafür als ursächlich diagnostizierten Erkrankungen unterscheiden sich zwischen den Bundesländern zum Teil deutlich. Da Alter und Geschlecht – wie schon in diesem Kapitel dargestellt – einen teils erheblichen Einfluss auf die Kennzahlen haben, sind für die regionalen Darstellungen zusätzlich auch Kennzahlen dargestellt, die per direkter Standardisierung um eben diese Effekte bereinigt sind (siehe dazu auch [Methodische Hinweise](#)).

Ein solcher Bundesländervergleich ist in [Diagramm 3.3.1](#) dargestellt: Nach unstandardisierten Werten – also der reell erfolgten Versorgung – weist Baden-Württemberg die wenigsten, Sachsen-Anhalt die meisten Krankenhausfälle und -tage pro Versicherten aller Bundesländer auf. Das Diagramm zeigt aber auch, dass insbesondere in Sachsen und Sachsen-Anhalt die standardisierten Fall- und Tageswerte bedeutend niedriger als die unstandardisierten Werte sind. In diesen beiden Bundesländern sind die BKK Versicherten im Vergleich zu den anderen Bundesländern am ältesten (fast 5 Jahre älter als der Bundesdurchschnitt; siehe [Tabelle 0.1.3](#)), folglich fallen die Kennwerte hier nach Bereinigung der Alters- und Geschlechtseffekte deutlich niedriger aus. Nach Krankentagen hat Sachsen-Anhalt allerdings

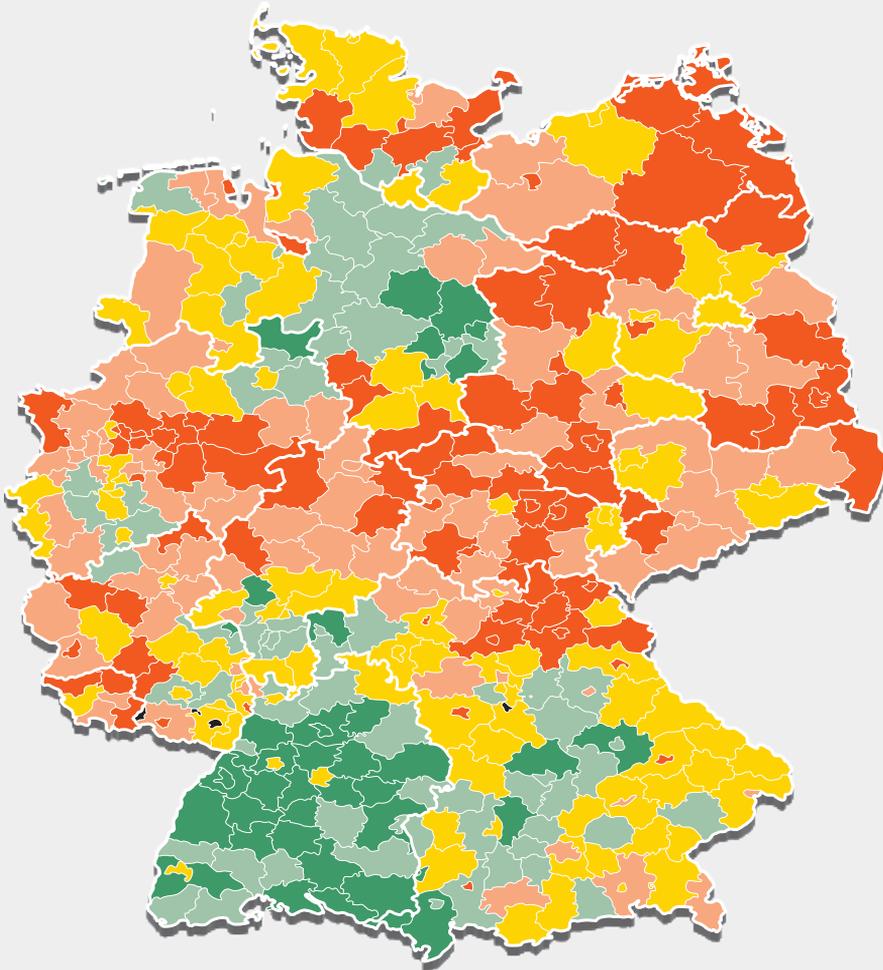
Diagramm 3.3.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2020)



auch nach der Standardisierung noch einen der höchsten Werte im Bundesländervergleich, auf dem Spitzenplatz ist allerdings nun Bremen. Bei den alters- und geschlechtsstandardisierten Fallzahlen weist wiederum Thüringen den höchsten Wert auf. Für das Bundesland Baden-Württemberg hingegen werden durch die Standardisierung die Kennwerte zwar deutlich nach oben korrigiert, dennoch bleibt es mit im Schnitt lediglich 1,3 Tagen je Versicherten das Land mit den niedrigsten Kennwerten.

Das **»»** Diagramm 3.3.2 stellt die Krankenhaustage pro Versicherten auf Kreisebene als standardisierte Werte dar. Wie die darin farblich dargestellten Abweichungen vom Bundesdurchschnitt verdeutlichen, sind auch innerhalb der Bundesländer teils deutliche Unterschiede vorhanden – selbst dann, wenn man den Einfluss von Alter und Geschlecht aus den kreisbezogenen Werten herausrechnet. So sind im Jahr 2020 die Versicherten im bayrischen Kaufbeuren am längsten im Krankenhaus gewesen

Diagramm 3.3.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2020)



Prozentuale Abweichungen der KH-Tage der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (1.644 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte)

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

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

(durchschnittlich 2,7 KH-Tage je Versicherten), gefolgt vom ebenfalls in Bayern gelegenen Bayreuth sowie dem nordrhein-westfälischen Herne (jeweils durchschnittlich 2,4 KH-Tage je Versicherten). In Bayern sind die Differenzen innerhalb des Bundes-

landes besonders stark ausgeprägt, so weisen Memmingen sowie Lindau am Bodensee mit 1,3 KH-Tagen je Versicherten deutlich unterdurchschnittliche Kennwerte auf. Die wenigsten Behandlungstage sind hingegen im aktuellen Berichtsjahr im nieder-

Tabelle 3.3.1 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2020)

Bundesländer	Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familienangehörige	Rentner
Baden-Württemberg	653	2.339	3.231	677	3.269
Bayern	774	2.444	3.914	771	3.901
Berlin	726	1.500	1.892	632	4.234
Brandenburg	862	2.711	2.771	841	4.314
Bremen	1.003	3.000	2.760	905	4.787
Hamburg	773	2.028	2.793	833	4.142
Hessen	777	2.147	2.605	887	3.875
Mecklenburg-Vorpommern	982	2.737	2.934	977	3.818
Niedersachsen	777	2.328	2.775	835	3.667
Nordrhein-Westfalen	829	2.289	2.564	834	4.413
Rheinland-Pfalz	869	2.415	2.959	854	4.099
Saarland	872	2.047	3.462	948	4.212
Sachsen	815	2.388	3.288	884	4.093
Sachsen-Anhalt	970	2.940	3.233	964	4.301
Schleswig-Holstein	837	2.382	2.766	876	4.166
Thüringen	1.007	2.924	2.990	940	3.942
Gesamt	786	2.317	2.719	798	3.974

sächsischen Gifhorn mit 1,1 KH-Tagen angefallen, gefolgt von Wolfsburg (ebenfalls Niedersachsen), Heilbronn und Ludwigsburg (Baden-Württemberg) (jeweils 1,2 KH-Tage je Versicherten).

In der Betrachtung der verschiedenen Versichertengruppen je Bundesland werden weitere Unterschiede deutlich (»»» Tabelle 3.3.1). Wie auf Bundesebene sind auch in fast allen Bundesländern die Rentner diejenigen, die pro Kopf durchschnittlich die meisten Krankenhaustage aufweisen. Die Ausnahme bildet hier allein das Bundesland Bayern: Hier übersteigt die Zahl der Behandlungstage bei den ALG-II-Empfängern die der Rentner, was wesentlich daher rührt, dass Bayern den deutlich höchsten Wert bei den Arbeitslosen (ALG-II) aufweist, während diese Kennzahl für die Rentner durchschnittlich ist. Auch in Baden-Württemberg ist die Anzahl der KH-Tage für ALG-II-Empfänger und Rentnern ähnlich

hoch. Hier ist allerdings die Kennzahl für die Rentner im Vergleich zu den anderen Bundesländern mit Abstand am niedrigsten. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass gerade in Baden-Württemberg und Bayern, wo die mit Abstand niedrigsten Arbeitslosenquoten zu finden sind¹⁸, Arbeitslose bzw. insbesondere ALG-II-Empfänger häufiger von stark beeinträchtigenden, und stationär zu behandelnden Erwerbshindernissen belastet sind. Berlin ist bei diesem Vergleich hingegen das andere Extrem: Hier sind für die Rentner mehr als zweimal so viele Behandlungstage zu verzeichnen wie für die

18 Jahresdurchschnitt der Arbeitslosenquote 2020: Bayern: 3,6%; Baden-Württemberg: 4,1%; Bundesdurchschnitt: 5,9% (Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit: https://www.arbeitsagentur.de/datei/arbeitslosenquote-2020_ba146816.pdf [abgerufen am 1.6.2021])

ALG-II-Empfänger. Dabei ist zu konstatieren, dass in Berlin auch die mit Abstand wenigsten Behandlungstage für beide Arbeitslosen-Gruppen (ALG-I und ALG-II) vorzufinden sind. Dabei ist bei den ALG-I-Empfängern der Rückgang der Kennwerte gegenüber dem Vorjahr in den Bundesländern Saarland, Berlin und Sachsen besonders stark, mehr als ein Drittel weniger stationäre Behandlungstage sind dort für diese Versichertengruppe im Vergleich zu verzeichnen.

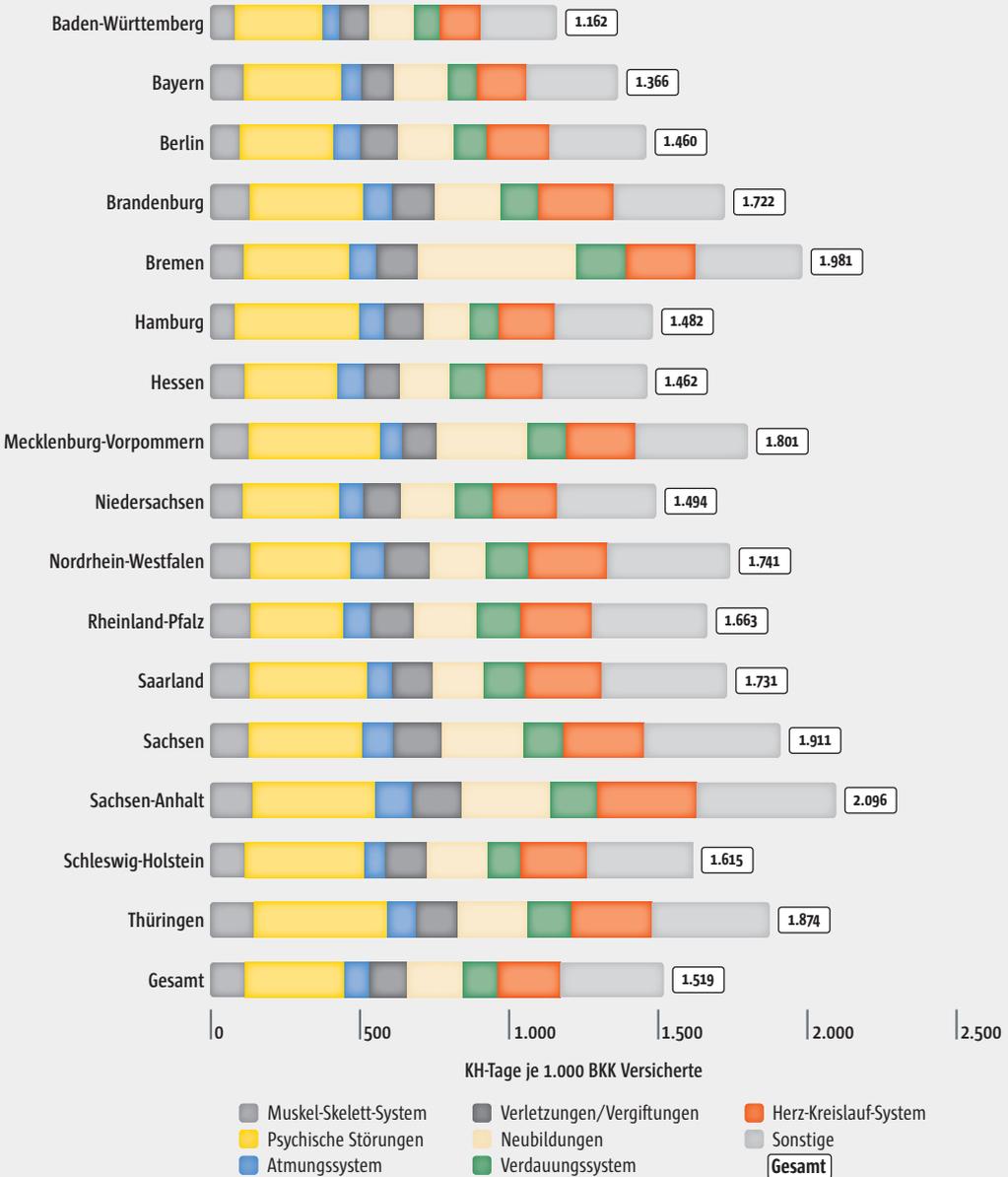
3.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen

- Überdurchschnittlich viele Behandlungstage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in Sachsen-Anhalt zu verzeichnen, in Thüringen sind wiederum die psychischen Störungen für überdurchschnittlich viele Behandlungstage ursächlich.
- In Bremen geht mehr als jeder vierte stationäre Behandlungstag auf Neubildungen zurück – so viele, wie in keinem anderen Bundesland. Dies ist wesentlich auf besondere Versorgungsstrukturen in Bremen zurückzuführen, eine tatsächliche regionale Häufung von Krebserkrankungen liegt nicht vor.

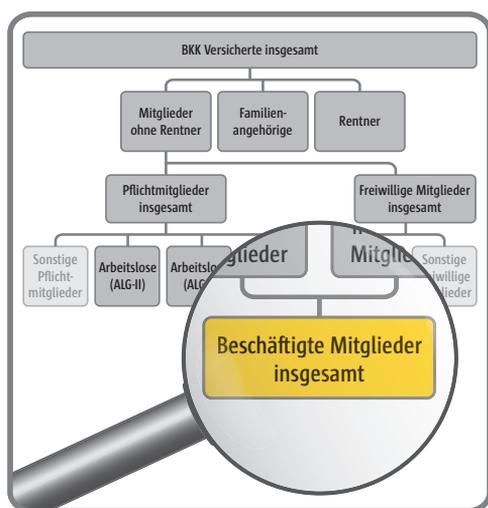
Auch die Verteilung der Krankenhausdiagnosen stellt sich in den einzelnen Bundesländern zum Teil sehr unterschiedlich dar, wie das **III** Diagramm 3.3.3 zeigt. Dabei fällt besonders Bremen auf, wo Neubildungen – wie bereits in den letzten Jahren – das stationäre Versorgungsgeschehen stark prägen: Der Anteil an allen Krankenhaus tagen aufgrund derartiger

Erkrankungen ist mit 26,6% mehr als doppelt so hoch wie der Anteil auf Bundesebene (12,4%). In diesem Bundesland ist auch der Anteil an Langzeitbehandlungen (und darauf zurückzuführende Behandlungstage), die aufgrund von Neubildungserkrankungen anfallen, relativ hoch: Auf diese Diagnosehauptgruppe gehen in Bremen im Jahr 2020 jeweils über 43% der Langzeitbehandlungsfälle und -tage zurück. Zum Vergleich: Im Bundesdurchschnitt machen Neubildungen hingegen aktuell nur etwa 13% der Langzeitfälle und deren Behandlungstage aus. Es sei aber an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass in der ambulanten Versorgung (**III** Kapitel 2.3.2) für Bremen keine besonders hohen Diagnoseraten, weder allgemein noch speziell, bei Neubildungen zu verzeichnen sind. Es liegt in Bremen also keine besondere Häufung von Neubildungserkrankungen vor, vielmehr geht die Besonderheit in der hier aufgeführten Statistik auf regionale Besonderheiten in der Versorgung zurück, insbesondere auf die stärker eingebundene teilstationäre Versorgung von Krebspatienten. Ebenfalls eine relativ große Spannweite zwischen den Kennwerten der Bundesländer ist bezüglich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzufinden. Hierbei ist Sachsen-Anhalt wie schon in den Vorjahren Spitzenreiter, mit 333 KH-Tagen je 1.000 Versicherte. Gleichzeitig gibt es hier allerdings auch eine Entsprechung im ambulanten Sektor, wo auch hohe Anteile Versicherter mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verzeichnen sind (**III** Kapitel 2.3.2). Hinsichtlich stationärer Behandlungstage aufgrund von psychischen Erkrankungen sind Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern hervorzuheben: Diese weisen gegenüber den anderen Bundesländern mit 446 bzw. 440 KH-Tagen je 1.000 Versicherte deutlich höhere Werte auf.

Diagramm 3.3.3 Stationäre Versorgung – Anteile der KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)



3.4 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt



Die nachfolgenden arbeitsweltlichen Analysen beziehen sich auf die Versichertengruppe der beschäftigten Mitglieder (allgemeine Kennzahlen hierzu sind bereits in **III** Kapitel 3.2.2 beschrieben). Dabei werden zahlreiche arbeitsweltliche Indikatoren – die Zugehörigkeit zu einer Wirtschaftsgruppe bzw. Berufsgruppe, das Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, die Vertragsform sowie die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit – in die Auswertung einbezogen. Eine nähere Beschreibung der zu analysierenden Gruppen ist im Kapitel **III** Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten zu finden.

3.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

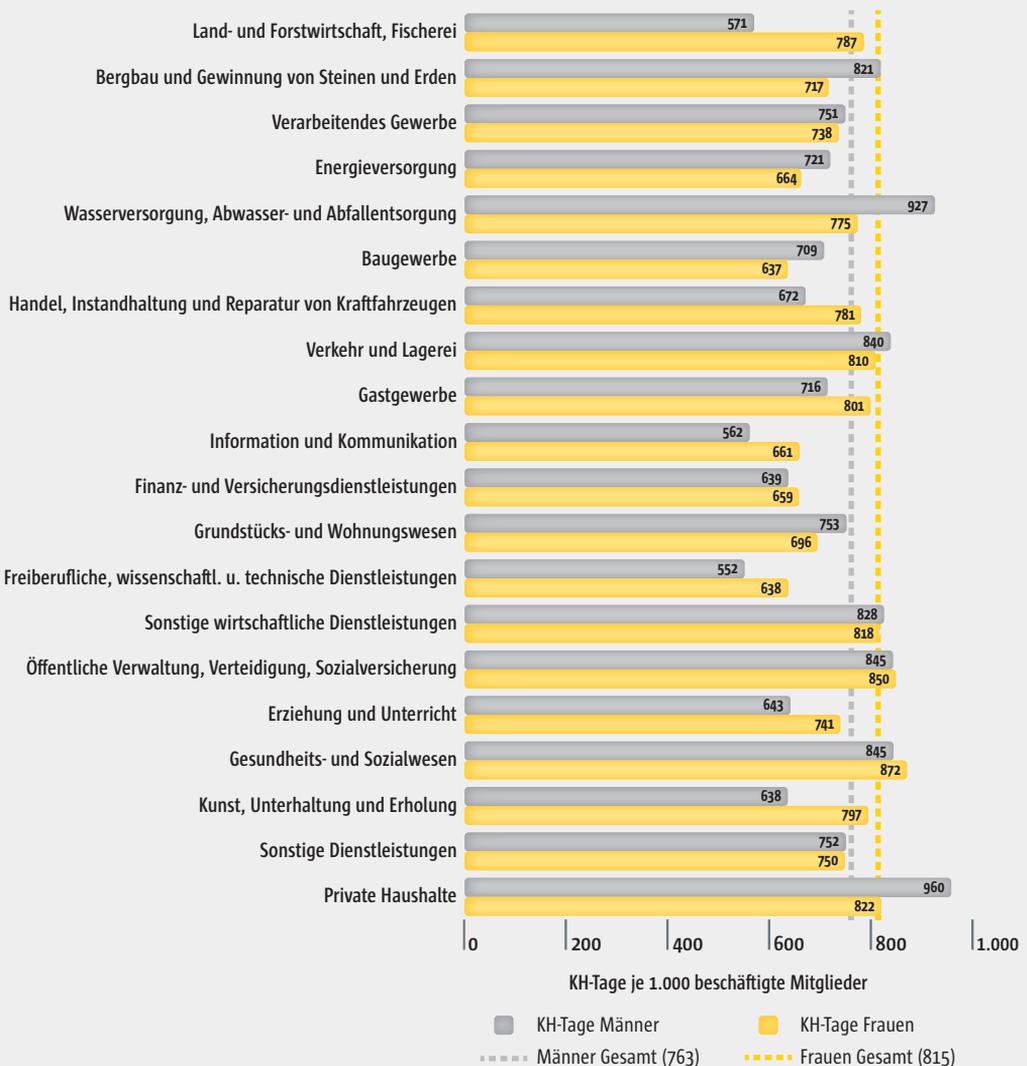
- Die meisten stationären Behandlungstage weisen Beschäftigte in der Wirtschaftsgruppe Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung auf. Dabei haben diese bei den Behandlungstagen aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislauf- sowie des Verdauungssystems jeweils den Spitzenwert inne.

- Die wenigsten Tage in stationärer Behandlung weisen Beschäftigte auf, die freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen erbringen bzw. im Bereich Information und Kommunikation arbeiten.
- Anders als im Gesamttrend sind männliche Beschäftigten in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung im Schnitt mehr Tage stationär behandelt worden als die dort tätigen Frauen. Ursächlich hierfür ist, dass Männer und Frauen in dieser Branche sehr unterschiedliche Tätigkeiten ausüben.

Branchenspezifische Auswertungen fördern teils deutliche Unterschiede zu Tage, welche zum einen auf Besonderheiten der jeweiligen Beschäftigten in den jeweiligen Branchen und zum anderen auch auf besondere Arbeitsbelastungen zurückzuführen sind. Es zeigen sich auch bei der Betrachtung der Behandlungstage in der stationären Versorgung zwischen den Wirtschaftsabschnitten große Unterschiede: So waren die Beschäftigten im Bereich freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen sowie Information und Kommunikation jeweils nur 597 Tage je 1.000 Beschäftigte in Behandlung. Beschäftigte, die im Bereich Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung tätig sind, weisen demgegenüber mit insgesamt 895 Tagen je 1.000 Beschäftigte um +50% mehr Behandlungstage auf, gefolgt vom Gesundheits- und Sozialwesen sowie der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung.

Beim Vergleich der Kennwerte nach Geschlecht der Beschäftigten innerhalb der Wirtschaftsabschnitte (**III** Diagramm 3.4.1), fallen hingegen besonders die Beschäftigten in privaten Haushalten auf: Die Männer in dieser Wirtschaftsgruppe stechen mit einer besonders hohen durchschnittlichen Anzahl an Behandlungstagen hervor, wobei anzumerken ist, dass die Anzahl der Behandlungstage gegenüber dem

Diagramm 3.4.1 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

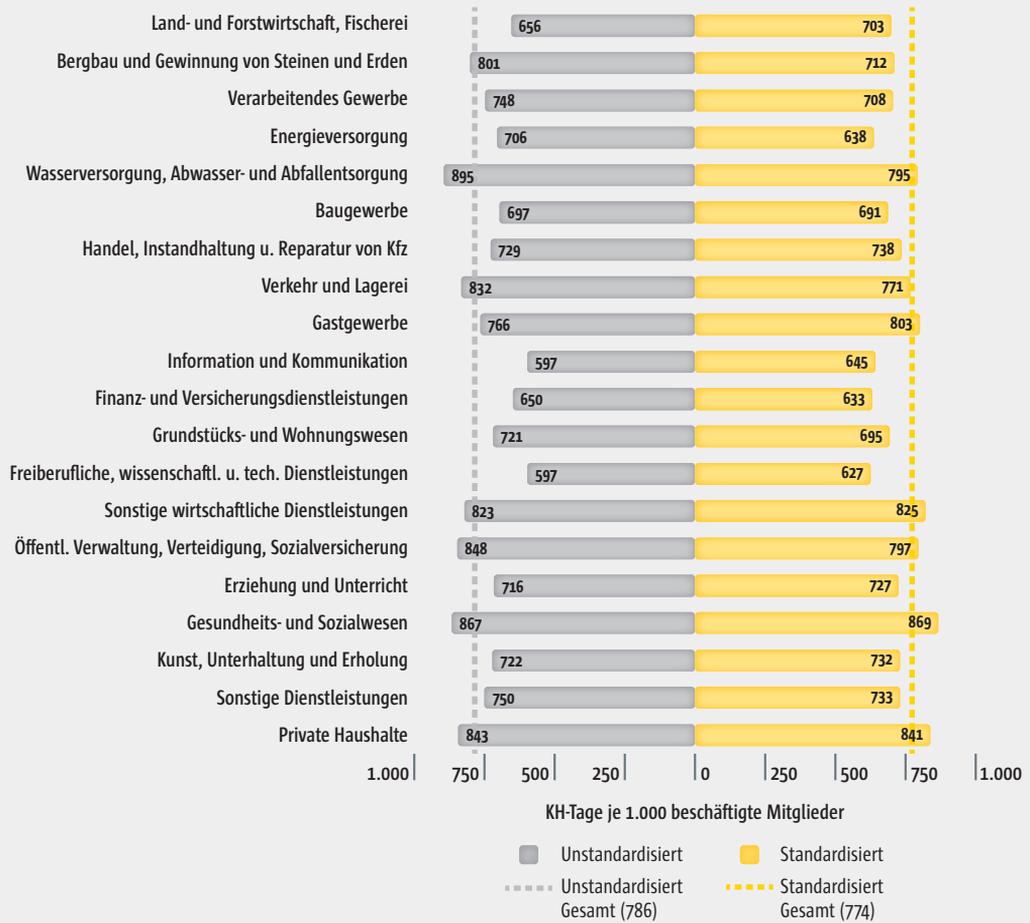


Vorjahr sogar deutlich gesunken ist. Dennoch sind bei den in privaten Haushalten beschäftigten Männern +17% mehr KH-Tage als bei den Frauen in dieser Branche zu verzeichnen (2019: +37%). Noch größer ist in diesem Jahr die geschlechtsspezifische Differenz in der Wirtschaftsgruppe Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung (Männer +20% KH-Tage gegenüber den Frauen in der Branche). Umgekehrt ist hingegen das Verhältnis in den Wirtschaftsab-

schnitten Kunst, Unterhaltung und Erholung sowie Land- und Forstwirtschaft, Fischerei: Hier ist die Anzahl an stationären Behandlungstagen bei den Männern immerhin um -20% bzw. -28% geringer als bei den Frauen.

Wie schon zuvor erläutert haben personenspezifische Merkmale wie Alter und Geschlecht einen teils erheblichen Einfluss auf das Krankheitsgeschehen, dementsprechend sind im Folgenden für die Wirt-

Diagramm 3.4.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2020)

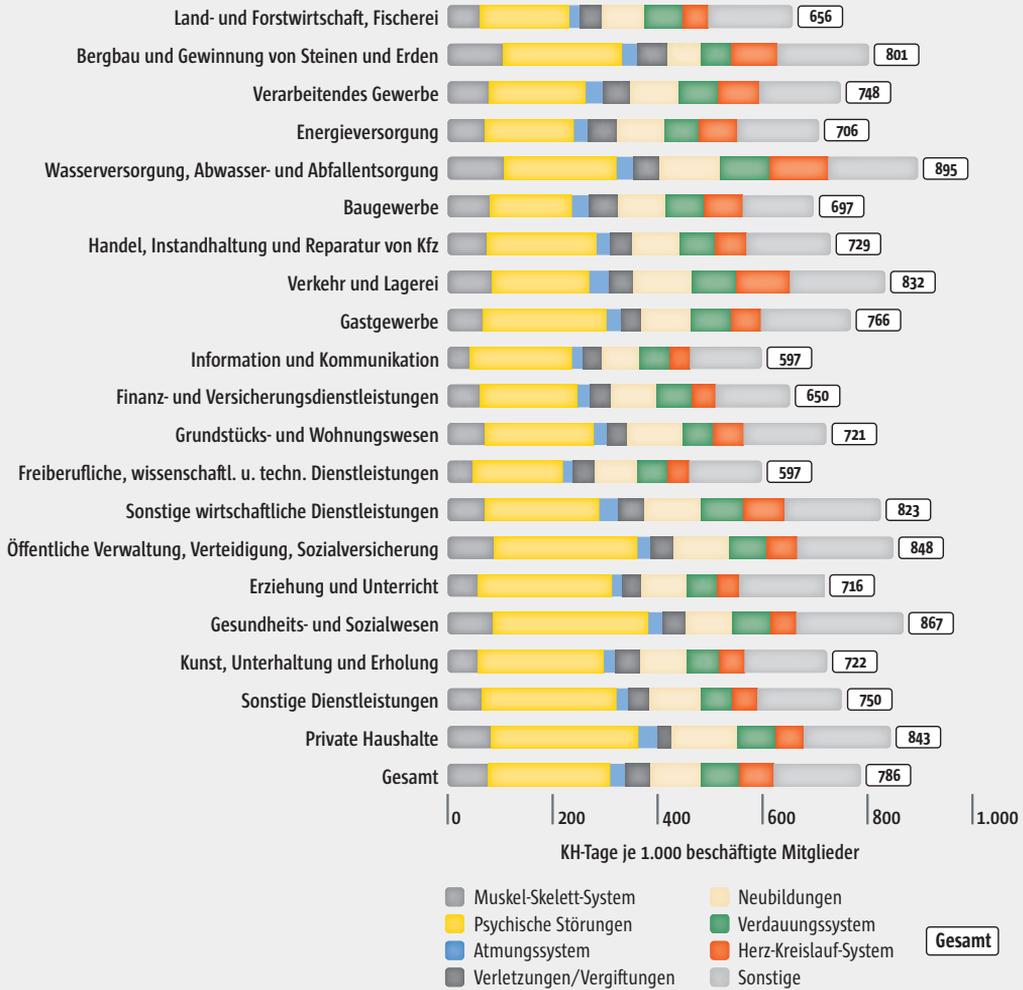


schaftsabschnitte der realen Anzahl durchschnittlich erfolgter Behandlungstage jeweils ein um den Einfluss von Alter und Geschlecht bereinigter Wert gegenübergestellt (»» Diagramm 3.4.2). So ist gerade bei den Beschäftigten im Wirtschaftsabschnitt Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung das Durchschnittsalter relativ hoch und der Frauenanteil recht gering. Bei dieser Gruppe der Beschäftigten ist in diesem Vergleich die größte Veränderung im Sinne einer Reduzierung der durchschnittlichen Anzahl an Behandlungstagen zu verzeichnen (-11%). Der Spitzenwert bei den real erfolgten Behandlungstagen liegt damit nach Standardisierung nur noch geringfügig über dem Gesamtdurchschnitt. Der höchste Wert nach Standardisierung ist

hingegen im Gesundheits- und Sozialwesen zu verzeichnen (869 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte), der niedrigste Werte ist auch nach Standardisierung bei den freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen (627 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) zu finden.

Welche Diagnosen in den unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen große Anteile an der Gesamtmenge an stationären Aufenthaltstagen pro Beschäftigte ausmachen, ist im »» Diagramm 3.4.3 ablesbar: Für sieben ausgewählte Diagnosehauptgruppen (diese sind bei den beschäftigten BKK Mitgliedern für insgesamt mehr als drei Viertel der Krankenhaustage ursächlich) sind darin die Anteile an allen KH-Tagen in jeder Wirtschaftsgruppe darge-

Diagramm 3.4.3 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)



stellt. Hierbei zeigt sich, dass die Beschäftigten in der Wirtschaftsgruppe Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung die höchsten Kennwerte aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, des Herz-Kreislauf- sowie des Verdauungssystems aufweisen. Dies lässt sich auf das schon erwähnte höhere Durchschnittsalter in dieser Branche zurückführen. Unterdurchschnittlich ausgeprägt sind hier hingegen die Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen, wobei wiederum zu berücksichtigen ist, dass diese Branche einen hohen Männeranteil aufweist. Fast das umgekehrte

Bild zeigt sich bei den Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen – einer Wirtschaftsgruppe mit hohem Frauenanteil: Für diese sind die meisten Krankenhaustage aufgrund von psychischen Störungen zu verzeichnen, während andere Erkrankungsarten keine besondere Rolle spielen. Die höchsten Kennwerte aufgrund von Neubildungen sind bei den Beschäftigten in privaten Haushalten zu finden, die meisten Behandlungstage aufgrund von Verletzungen/Vergiftungen weisen hingegen die Beschäftigten in Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden auf.

3.4.2 Auswertungen nach Berufen

- Mit durchschnittlich einem Behandlungstag je Beschäftigten weisen die Sicherheitsberufe die meisten Krankentage auf, gefolgt von den Reinigungsberufen sowie den Verkehrs- und Logistikberufen.
- Die wenigsten Behandlungstage erfolgten für Beschäftigte in IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen. Im Vergleich zu den Sicherheitsberufen sind dort über ein Drittel weniger Behandlungstage zu verzeichnen.

- Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe (z.B. Erzieher und Lehrer) weisen die meisten Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen auf, rund 37% aller Behandlungstage für diese Berufsgruppe gehen darauf zurück.

Auch bei Differenzierung nach Berufssegmenten zeigt sich, dass beschäftigte Frauen meist mehr Behandlungstage als die Männer (»»» Diagramm 3.4.4) aufweisen. Am größten ist der geschlechtsspezifische Unterschied in diesem Jahr bei den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen, hier weisen die Frauen +22% mehr stationäre Behandlungstage auf als die Männer. Auch in den fertigungstechnischen Berufen ist die Differenz von +18% zwi-

Diagramm 3.4.4 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

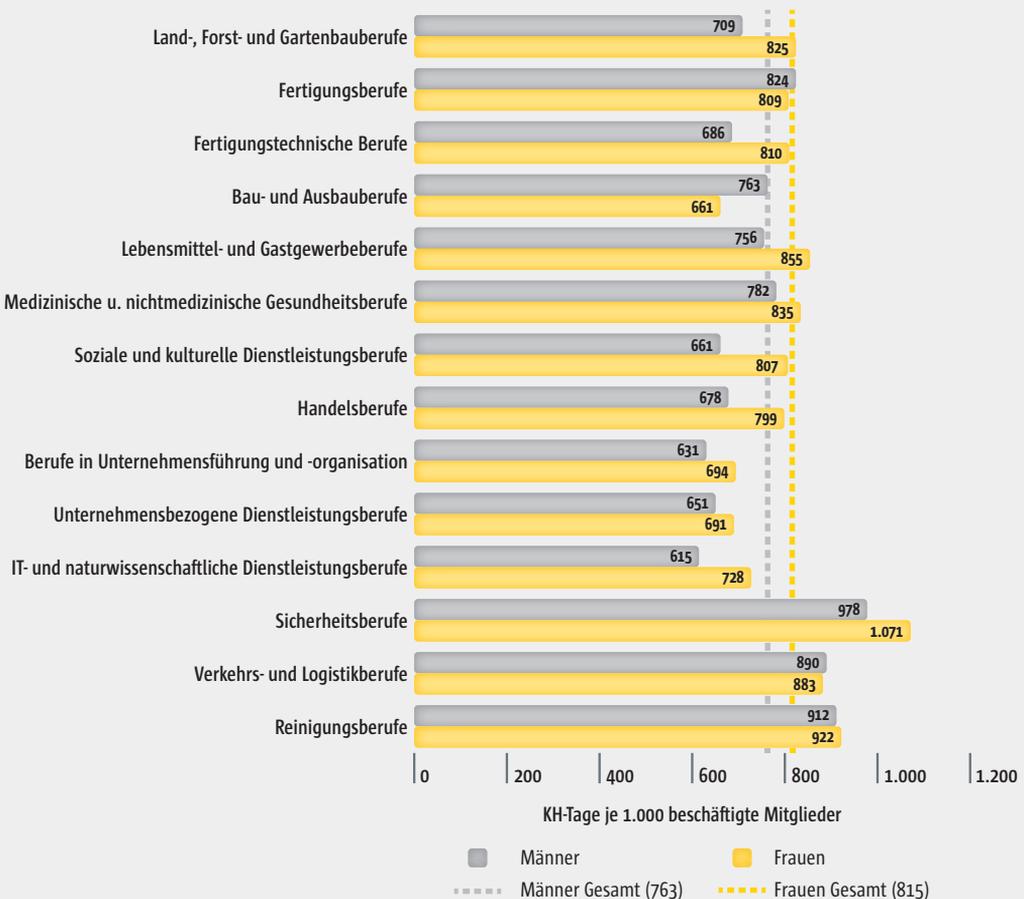
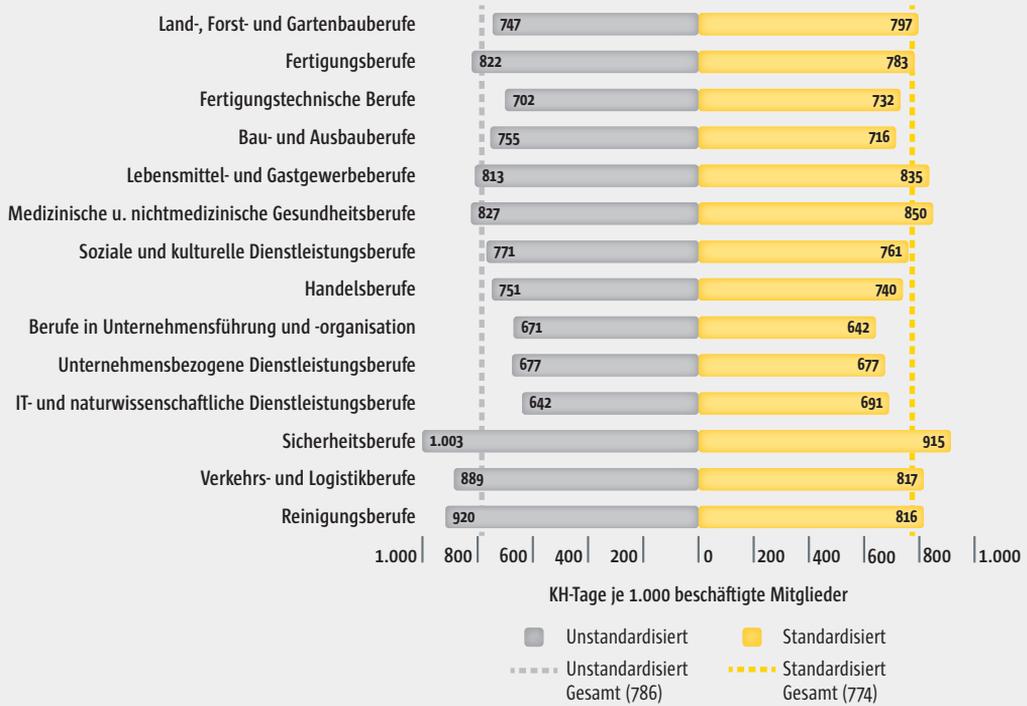


Diagramm 3.4.5 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2020)

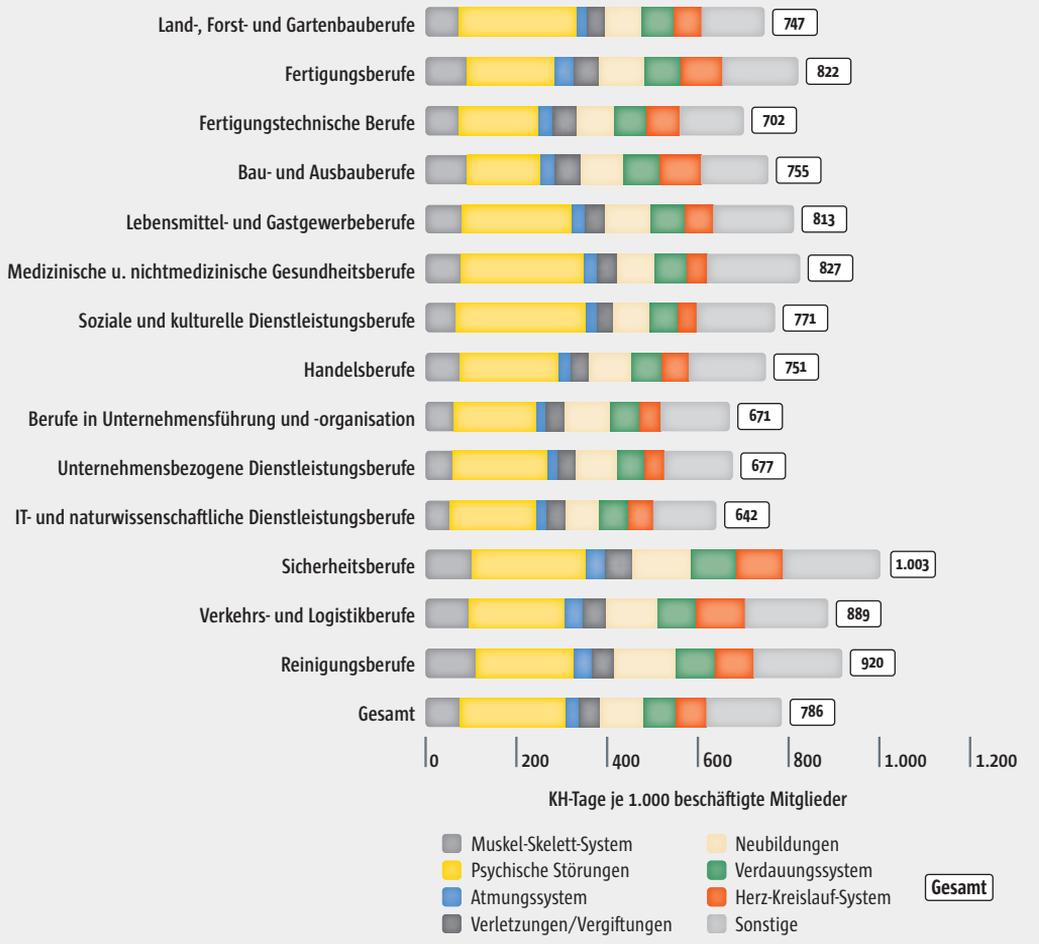


schen Männern und Frauen ähnlich ausgeprägt. Bei diesen Differenzen zwischen den geschlechtsspezifischen Werten spielt sicher auch eine Rolle, dass es auch innerhalb der Berufsgruppen spezifische Geschlechtsunterschiede hinsichtlich des Anforderungsniveaus der ausgeübten Tätigkeit sowie des Alters gibt.

▶▶▶ **Beispiel soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe:** Nur etwa ein Viertel aller Beschäftigten in diesen Berufen sind Männer, allerdings verrichten von diesen etwa die Hälfte hoch komplexe Tätigkeiten (vermutlich geht dies dann auch mit höherem schulischen- bzw. beruflichen Bildungsgrad sowie einer Position in Führung oder Aufsicht einher (▶▶ Kapitel 3.4.3)), während wiederum die Hälfte aller hier tätigen Frauen fachlich ausgerichtet arbeitet. Auch ist ein überproportionaler Anteil der Frauen in Helfer-/Anlerntätigkeiten beschäftigt, dabei sind diese Frauen in Helfer-/Anlerntätigkeiten zudem fast 8 Jahre älter als Männer in gleicher Position.

Die „Spitzenplätze“ hinsichtlich der Behandlungstage, sowohl bei Frauen als auch bei Männern, haben auch in diesem Jahr wieder die Sicherheitsberufe inne (978 KH-Tage je 1.000 männliche Beschäftigte, 1.071 KH-Tage je 1.000 weibliche Beschäftigte) wobei hier allerdings auffällt, dass gerade bei den Frauen in Sicherheitsberufen gegenüber dem Vorjahr die Anzahl der Tage im Krankenhaus enorm zurückgegangen ist 2019: 1.387 KH-Tage je 1.000 weibliche Beschäftigte). Die wenigsten Behandlungstage erfolgten für Beschäftigte in IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen, wobei hier ebenfalls die Männer eine deutlich geringere Anzahl an Behandlungstagen als die Frauen aufweisen. Ein anderes Bild zeigt sich hingegen bei den Bau- und Ausbauberufen: In diesem typischen Männerberuf sind Frauen zwar in der Minderheit, diese übernehmen allerdings deutlich häufiger komplexe Tätigkeiten. Männer hingegen verrichten in großer Zahl einfache, meist auch mit einem hohen Anteil an körperlicher Arbeit verbundene Tätigkeiten. Entsprechend sind für die Männer rund 15% mehr Krankenhaustage als bei den Frauen in diesem Berufssegment zu verbuchen.

Diagramm 3.4.6 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2020)



Im Vergleich der realen (unstandardisierten) Zahlen mit den um Geschlechts- und Alterseinflüsse bereinigten Werten der Behandlungstage (III Diagramm 3.4.5) zeigen sich nur leichte Veränderungen in der Reihung der Berufssegmente. Die Kennwerte für die Berufsgruppen mit den meisten Behandlungstagen werden jedoch durch die Standardisierung am stärksten reduziert, die Beschäftigten in den Sicherheitsberufen sind aber auch nach Bereinigung um den Einfluss von Alter und Geschlecht weiterhin durchschnittlich die meisten Tage in stationärer Behandlung. Die deutlichste Reduktion des Kennwerts durch die Standardisierung zeigt sich hingegen bei den Reinigungsberufen mit -11,3%. Dennoch weisen diese Berufssegmente auch nach

Standardisierung des Alters- und Geschlechtseinflusses einen überdurchschnittlich hohen Wert auf. Die wenigsten Behandlungstage nach Bereinigung der Geschlechts- und Alterseffekte erfolgten wie schon im Vorjahr bei Berufen in Unternehmensführung und -organisation (642 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Die größte Erhöhung der Kennwerte durch die Standardisierung ist hingegen für die IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufe (+7,7%) sowie die Land-, Forst- und Gartenbauberufe (+6,6%) zu verzeichnen.

Ähnlich wie bei den Wirtschaftsgruppen lassen sich auch bei der Analyse nach Berufssegmenten anhand der Differenzierung nach Diagnosehauptgruppen Erkrankungsschwerpunkte ausmachen (III Dia-

Tabelle 3.4.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2020)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
524	Fahrzeugführung im Schiffsverkehr	179,2	1.326	7,4
824	Bestattungswesen	149,9	1.092	7,3
213	Industrielle Glasherstellung und -verarbeitung	136,5	1.079	7,9
821	Altenpflege	142,9	1.079	7,6
525	Bau- und Transportgeräteführung	148,4	1.077	7,3
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	122,2	1.068	8,7
531	Objekt-, Personen-, Brandschutz, Arbeitssicherheit	136,4	1.015	7,4
234	Drucktechnik und -weiterverarbeitung, Buchbinderei	128,5	984	7,7
243	Metalloberflächenbehandlung	130,8	975	7,5
521	Fahrzeugführung im Straßenverkehr	139,2	973	7,0
	Gesamt	105,5	786	7,4
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	58,7	480	8,2
411	Mathematik und Statistik	64,9	476	7,3
814	Human- und Zahnmedizin	84,5	469	5,6
815	Tiermedizin und Tierheilkunde	65,9	403	6,1
933	Kunsthandwerk und bildende Kunst	63,2	399	6,3
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	53,6	397	7,4
946	Bühnen- und Kostümbilderei, Requisite	73,9	378	5,1
944	Theater-, Film- und Fernsehproduktion	63,1	377	6,0
523	Fahrzeugführung im Flugverkehr	51,0	335	6,6
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	64,4	300	4,7

gramm 3.4.6). So stechen in diesem Jahr die Verkehrs- und Logistikberufe besonders mit einer hohen Anzahl an Behandlungstagen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen heraus, immerhin +62% über dem Durchschnitt aller Beschäftigten (107 vs. 66 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Diese machen in diesem Berufssegment allein rund 12,0% an der Gesamtmenge aller Krankenhaustage der Beschäftigten (Gesamtdurchschnitt: 8,4%) aus. Die meisten Behandlungstage aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen, Krankheiten des Atmungssystems sowie des Verdauungssystems sind hingegen bei den Beschäftigten in Sicherheitsberufen erfolgt. Die Reini-

gungsberufe wiederum weisen die meisten Behandlungstage in diesem Vergleich für Neubildungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen auf. Von psychischen Störungen sind hingegen andere Berufsgruppen stärker betroffen, besonders stechen hierbei die sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe (z.B. Erzieher und Lehrer) hervor: Für diese fallen mit 287 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte die meisten Behandlungstage in diesem Vergleich an – das sind 37,3% der Behandlungstage der Beschäftigten in diesem Berufssegment. Nur wenig geringer sind die entsprechenden Kennwerte für die (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufe (u.a. Pflegeberufe) sowie

den Land-, Forst- und Gartenbauberufen, auch hier erfolgt mehr als jeder dritte Krankenhaustag aufgrund psychischer Störungen.

In Anbetracht der geringeren Fallhäufigkeit und damit einhergehender Zahl an Behandlungstagen wird im Folgenden, anders als in den vorhergehenden Kapiteln, die detailliertere Betrachtung der Berufsgruppen nicht diagnosespezifisch, sondern auf Ebene der Gesamtkennwerte durchgeführt. Wie **»** Tabelle 3.4.1 zeigt, sind es die Fahrzeugführenden im Schiffsverkehr, die im aktuellen Berichtsjahr in stationärer Versorgung die meisten Behandlungstage aufweisen (1.326 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) – zwei Drittel mehr als der Gesamtdurchschnitt. In der Reihung nach Behandlungstagen folgen danach die Berufe im Bestattungswesen, in der industriellen Glasherstellung und -verarbeitung sowie der Altenpflege. Ergänzend ist anzumerken, dass gerade die Altenpflege eine sehr große Berufsgruppe ist – in dieser Liste diejenige mit den weitaus meisten Beschäftigten. Frühere Detailanalysen (**»** BKK Gesundheitsatlas 2017) haben dazu aufgezeigt, dass gerade die Altenpflegeberufe sowohl aufgrund von psychischen Störungen als auch aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen deutlich häufiger in stationärer Behandlung sind als andere Berufsgruppen. Die mit einigem Abstand wenigsten Krankenhaustage sind hingegen für die Beschäftigten in Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst dokumentiert: Die 300 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte entsprechen weniger als einem Viertel des schon erwähnten Höchstwerts für die Schiffsführer.

3.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

Neben der Unterscheidung nach Wirtschafts- und Berufsgruppen stehen noch weitere arbeitsweltliche Indikatoren für eine differenzierte Betrachtung zur Verfügung. So erschließen sich über den Tätigkeits-schlüssel der jeweiligen Beschäftigten weitere Auswertungsmöglichkeiten. Daraus abgeleitet wird nachfolgend zwischen verschiedenen Stufen des Anforderungsniveaus der ausgeübten Tätigkeit, nach Wahrnehmung einer Aufsichts- bzw. Führungsfunktion, zwischen verschiedenen Vertragsformen (Voll- und Teilzeitbeschäftigte bzw. Beschäftigte mit und ohne befristetem Arbeitsvertrag) sowie nach Beschäftigung in Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) unterschieden.

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

- Mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit nimmt die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle und -tage in stationärer Versorgung bei den Beschäftigten ab.
- Beschäftigte mit hoch komplexen Tätigkeiten weisen rund ein Drittel weniger Behandlungsfälle und -tage gegenüber Beschäftigten in Helfer-/Anlern-tätigkeiten auf.

Bei der nachfolgenden Auswertung nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit ist zu berücksichtigen, dass dieses Anforderungsniveau in der Regel mit bestimmten schulischen bzw. beruflichen Bildungsabschlüssen als Vorbedingung verbunden ist (Beispiel: Hochschulabschluss auf Diplom-/Master-niveau als Voraussetzung für Berufe mit hoch komplexen Tätigkeiten). Entsprechend gibt es Überschneidungen zu den Kennwerten nach höchstem beruflichen Bildungsabschluss (vgl. **»** Kapitel 3.2.3).

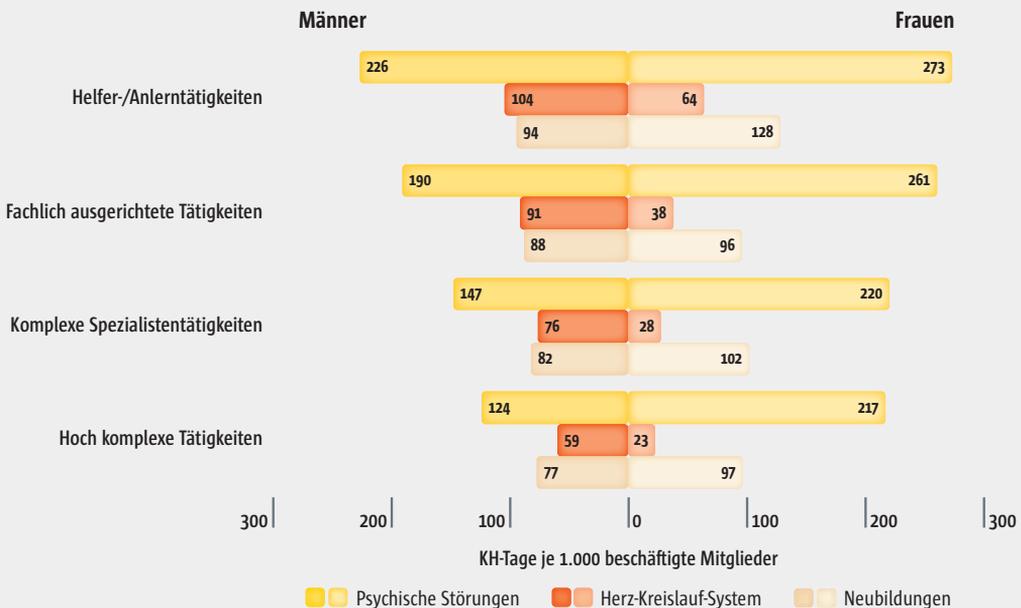
Wie **»** Tabelle 3.4.2 zeigt, nehmen sowohl die Fallzahlen als auch die daraus resultierenden Behandlungstage mit steigendem Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit ab. Dies gilt sowohl insgesamt als auch geschlechtsspezifisch. Entsprechend sind die höchsten Kennwerte bei den Frauen in Helfer- und Anlern-tätigkeiten dokumentiert (127,9 KH-Fälle sowie 945 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Die niedrigsten Werte weisen hingegen die Männer in hoch komplexen Tätigkeiten auf (78,8 KH-Fälle sowie 549 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Im Vergleich zum Vorjahr sind die Rückgänge der Kennwerte recht gleichmäßig auf allen Anforderungsniveaustufen. Dementsprechend weisen auch im aktuellen Berichtsjahr die Berufstätigen mit dem niedrigsten Anforderungsniveau gegenüber denen mit höchstem Anforderungsniveau etwa ein Drittel weniger Behandlungsfälle und -tage im Durchschnitt je Beschäftigten auf.

Das **»** Diagramm 3.4.7 differenziert wiederum für Männer und Frauen mit den unterschiedlichen Anforderungsniveaustufen hinsichtlich der drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen im stationären Bereich (psychische Störungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neubildungen). Es zeigt sich auch hier ein recht ähnliches Bild: Mit steigendem Anforderungsniveau nehmen die Behandlungstage pro beschäftigtes Mitglied ab, wobei die größte Differenz bei den Kennzahlen der Frauen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzufinden ist: Auch im aktuellen Berichtsjahr weisen Frauen in hoch komplexen Tätigkeiten nur etwa ein

Tabelle 3.4.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

Anforderungsniveau	Geschlecht	KH-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder	
		KH-Fälle	KH-Tage
Helfer-/Anlernertätigkeiten	Männer	116,0	860
	Frauen	127,9	945
	Gesamt	122,0	903
Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Männer	107,1	775
	Frauen	106,9	787
	Gesamt	107,0	781
Komplexe Spezialistentätigkeiten	Männer	93,1	659
	Frauen	92,5	687
	Gesamt	92,8	670
Hoch komplexe Tätigkeiten	Männer	78,8	549
	Frauen	86,7	641
	Gesamt	81,8	583

Diagramm 3.4.7 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



Drittel so viele Tage in stationärer Behandlung wie Frauen in Helfer- und Anlerntätigkeiten (23 vs. 64 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) auf. Bei Männern, die aufgrund psychischer Störungen stationär behandelt wurden, ist ebenfalls ein großer Unterschied nach Anforderungsniveau vorhanden: Diejenigen in hochkomplexen Tätigkeiten sind etwa halb so viele Behandlungstage im Krankenhaus gewesen wie diejenigen, die Helfer- und Anlerntätigkeiten ausführen (124 vs. 226 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Weniger stark variieren die Kennwerte hingegen bei den Neubildungen, wobei die Differenzen im Vergleich zum Vorjahr etwas größer sind. Dies liegt vor allem daran, dass die Anzahl der Behandlungstage aufgrund von Neubildungen bei den Beschäftigten in Helfer- bzw. Anlerntätigkeiten sogar geringfügig höher ist als in 2019, während Beschäftigte mit höheren Anforderungsniveaus zwischen -5 und -15% weniger Behandlungstage im Schnitt aufweisen.

Aufsichts- und Führungsverantwortung

- Beschäftigte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung sind seltener und kürzer in stationärer Behandlung als Beschäftigte ohne eine solche Funktion.
- Dies zeigt sich besonders bei den psychischen Störungen: Frauen weisen um die Hälfte mehr, Männer sogar fast doppelt so viele Behandlungstage auf, wenn sie nicht in einer Aufsichts- oder Führungsverantwortung arbeiten.

Zwar sind in der Gegenüberstellung von berufstätigen Personen mit bzw. ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung

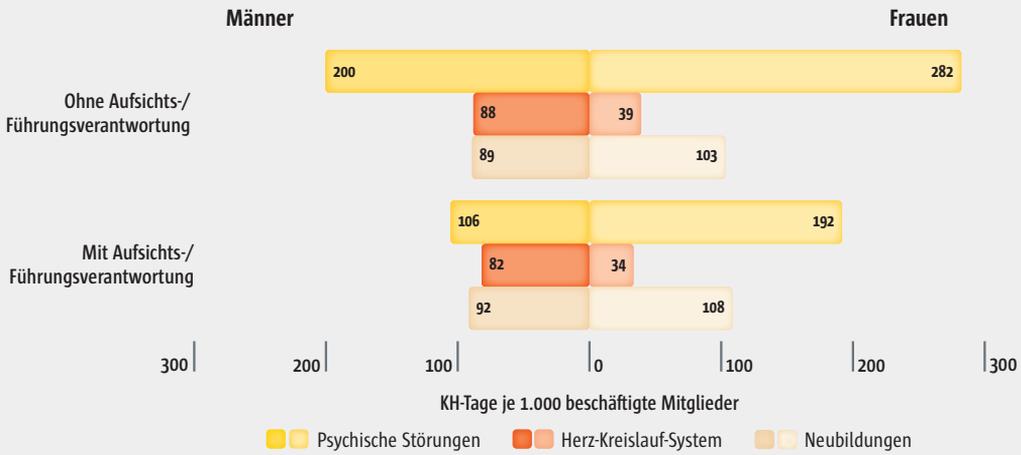
funktion (III Tabelle 3.4.3) nicht so stark ausgeprägte Unterschiede der KH-Kennzahlen wie etwa bei den zuvor dargestellten Tätigkeitsmerkmalen festzustellen, es spiegelt sich aber auch hier das Muster wider, dass mit höherem Sozialstatus die Kennwerte niedriger ausfallen: Bei Beschäftigten, die keine Aufsichts- bzw. Führungsfunktion innehaben, liegen die Kennwerte rund +8% (KH-Fälle) bzw. +22% (KH-Tage) über denen der Gruppe mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion. Diese Differenz zeigt sich ebenso durchweg bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung, dabei sind bei den Frauen durchschnittlich jeweils mehr Behandlungstage pro Beschäftigte zu verzeichnen und entsprechend sind die höchsten Kennwerte im Vergleich bei den Frauen ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung vorzufinden (107,9 KH-Fälle bzw. 819 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).

Betrachtet man auch hier wiederum die Behandlungstage für die drei in der stationären Versorgung wichtigsten Diagnosehauptgruppen (III Diagramm 3.4.8), so zeigen sich deutlich ausgeprägtere Differenzen. Insbesondere unterscheiden sich die beiden Gruppen hinsichtlich der Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen: Hier weisen die männlichen Beschäftigten ohne Aufsichts- bzw. Führungsfunktion gegenüber denen mit einer solchen Funktion fast doppelt so viele Behandlungstage auf (200 vs. 106 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte), bei den Frauen beträgt die Differenz auch immerhin fast +50% (282 vs. 192 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Außerdem fällt auf, dass die Aufsichts- bzw. Führungskräfte entgegen des allgemeinen Trends zu niedrigeren Kennwerten bei den Neubildungen tendenziell etwas mehr Behandlungstage aufweisen, was aber auch mit deren höherem Durchschnittsalter zusammenhängen dürfte.

Tabelle 3.4.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/ Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

Aufsichts-/Führungsverantwortung	Geschlecht	KH-Kennzahlen je 1.000 beschäftigte Mitglieder	
		KH-Fälle	KH-Tage
Ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung	Männer	104,3	773
	Frauen	107,9	819
	Gesamt	106,0	794
Mit Aufsichts-/Führungsverantwortung	Männer	98,4	638
	Frauen	97,0	692
	Gesamt	98,1	652

Diagramm 3.4.8 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/ Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



Vertragsformen

- Befristet in Vollzeit Beschäftigte – und von diesen insbesondere die Männer – sind deutlich seltener in stationärer Behandlung als Beschäftigte aller anderen Vertragsformen, was aber auch damit zusammenhängt, dass diese im Durchschnitt – insbesondere durch die Gruppe der Auszubildenden – deutlich jünger sind.
- Entsprechend sind bei dieser Vertragsform z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neubildungen im stationären Versorgungsgeschehen seltener. Hingegen sind psychische Störungen – insbesondere bei den befristet in Vollzeit beschäftigten Frauen – umso häufiger Grund für eine stationäre Behandlung.

Die **»** Tabelle 3.4.4 stellt die Kennzahlen der stationären Versorgung für unterschiedliche Vertragsformen in Voll- und Teilzeit sowie jeweils mit und ohne Befristung dar. Von den vier Vertragsformen sind es diejenigen mit einem unbefristeten Teilzeitvertrag, die im Durchschnitt am häufigsten in stationärer Behandlung waren und die meisten Behandlungstage aufweisen (109,8 KH-Fälle bzw. 830 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte), wobei die Männer in einem solchen Arbeitsverhältnis gegenläufig zu den meisten anderen geschlechtsspezifischen Analysen mehr Behandlungstage als die Frauen aufweisen. Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, dass die unbefristet angestellten Teilzeitkräfte in diesem Vergleich die

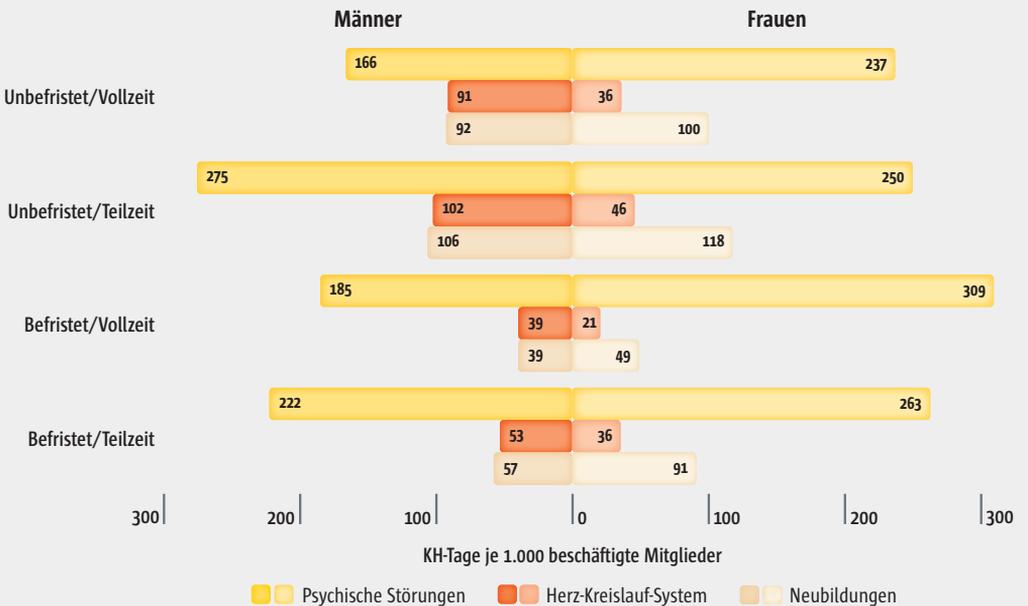
älteste Gruppe sind (rund 4 Jahre älter als der Gesamtdurchschnitt). Für die Beschäftigten mit einem befristeten Vollzeitvertrag sind hingegen die wenigsten Behandlungsfälle und -tage dokumentiert (83,4 KH-Fälle bzw. 611 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) – Beschäftigte mit einer solchen Vertragsform sind wiederum mit einem Durchschnittsalter von knapp über 30 Jahren deutlich jünger als alle anderen hier dargestellten Gruppen. Auffällig ist außerdem, dass die Männer mit befristeten Verträgen (Vollzeit genauso wie Teilzeit) deutlich geringere Werte gegenüber ihren unbefristet angestellten Geschlechtsgenossen aufweisen, während diese Differenzen bei den Frauen deutlich kleiner sind.

In der Detailbetrachtung der verschiedenen Vertragsformen mit Unterteilung nach den drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen der stationären Versorgung wird deutlich, dass bei den befristet in Vollzeit Tätigen – entsprechend zu deren geringem Durchschnittsalter – ein relativ hoher Anteil an stationären Behandlungstagen auf psychische und Verhaltensstörungen zurückzuführen ist (**»** Diagramm 3.4.9). Während bei dieser Gruppe sowohl die absoluten Zahlen als auch deren relativer Anteil an allen Krankenhaustagen für die Neubildungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen geringer als bei den in anderen Vertragsformen Beschäftigten ausfallen (wobei im Vorjahresvergleich festzustellen ist, dass für diese die Anzahl an Behandlungstagen aufgrund von Neubildungen gegen den Trend sogar leicht gestiegen ist), ist die Bedeutung der psychischen Störungen insbesondere bei den weiblichen

Tabelle 3.4.4 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

Vertragsformen	Geschlecht	KH-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder	
		KH-Fälle	KH-Tage
Unbefristet/Vollzeit	Männer	104,7	745
	Frauen	105,4	768
	Gesamt	104,9	752
Unbefristet/Teilzeit	Männer	112,0	920
	Frauen	109,4	814
	Gesamt	109,8	830
Befristet/Vollzeit	Männer	77,3	549
	Frauen	92,0	697
	Gesamt	83,4	611
Befristet/Teilzeit	Männer	77,8	622
	Frauen	102,7	750
	Gesamt	97,1	721

Diagramm 3.4.9 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



Beschäftigten umso größer: Die Frauen in befristeten Vollzeitverträgen haben mit 309 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte die meisten stationären Behandlungstage, das entspricht rund 37% aller Behandlungstage dieser Beschäftigtengruppe. Bei den männlichen Beschäftigten sind es besonders diejenigen in unbefristeter Teilzeitarbeit, die überdurchschnittlich viele Tage aufgrund dieser Krankheitsart in stationärer Behandlung (275 Behandlungstagen je 1.000 Beschäftigte) gewesen sind – diese weisen aber, wie schon zuvor erwähnt, auch insgesamt sehr viele Behandlungstage auf.

Arbeitnehmerüberlassung

- Im aktuellen Berichtsjahr stehen die Männer in Arbeitnehmerüberlassung mit einer höheren Anzahl an Krankenhaustagen aufgrund psychischer Störungen gegenüber Beschäftigten heraus, die nicht in einem Überlassungsverhältnis tätig sind.

Vergleicht man die Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) mit denjenigen Beschäftigten, die direkt bei einem Arbeitgeber angestellt sind (»»» Tabelle 3.4.5), so ist zu berücksichtigen, dass erstgenannte Beschäftigtengruppe relativ klein und außerdem etwas jünger als der Durchschnitt ist (»»» Tabelle o.2.1). Bei der Gesamtsumme aller KH-Fälle und -Tage zeigen sich jedoch nur relativ geringe Unterschiede. Dabei weisen die Frauen in Arbeitnehmerüberlassung noch die durchschnittlich meisten stationären Behandlungsfälle auf (112,9 KH-Fälle je

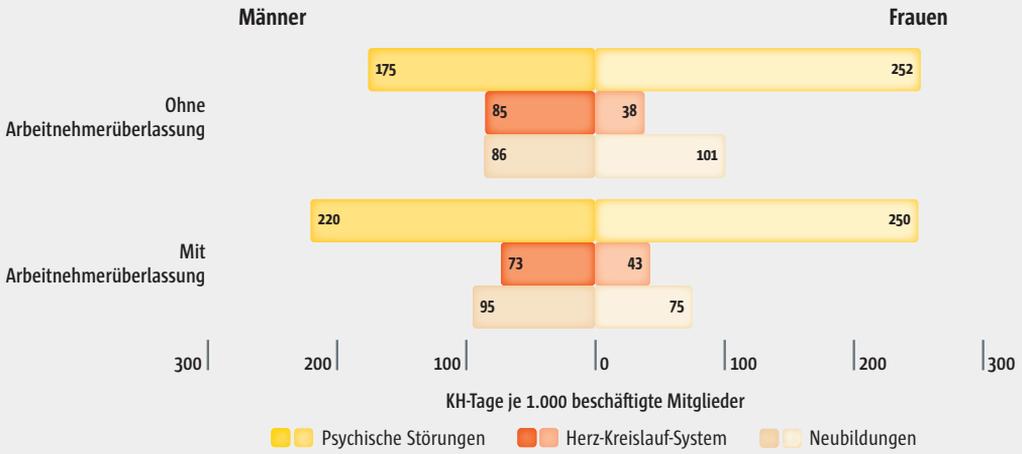
1.000 Beschäftigte), während hingegen die regulär beschäftigten Frauen die meisten Behandlungstage aufweisen (777 KH-Fälle je 1.000 Beschäftigte).

In »»» Diagramm 3.4.10 werden zusätzlich die Unterschiede bezogen auf die KH-Tage zwischen den in bzw. nicht in Arbeitnehmerüberlassung Tätigen für ausgewählte Diagnosehauptgruppen aufgeführt. Hierbei zeigen sich wiederum größere Unterschiede, insbesondere fällt im Vergleich zum Vorjahr die gestiegene Anzahl an Behandlungstagen aufgrund von Neubildungen bei den männlichen Leih- und Zeitarbeitern auf. Bei den Leih- und Zeitarbeiterinnen ist wiederum die durchschnittliche Anzahl an Behandlungstagen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Vergleich zum Vorjahr gegenläufig zum Trend gestiegen. Auf der anderen Seite zeigt sich über die letzten Jahre bei den männlichen Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung im Vergleich zu regulär Beschäftigten eine recht konstant höhere Anzahl an Behandlungstagen aufgrund von psychischen Störungen. Bei den Frauen in Arbeitnehmerüberlassung sind die Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen hingegen kaum unterschiedlich zu den regulär beschäftigten Frauen, allerdings sind in diesem Vergleich die Frauen in Arbeitnehmerüberlassung die deutlich kleinste Gruppe, sodass die Kennwerte für diese nur eingeschränkt interpretierbar sind. Ein Blick auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (»»» Kapitel 1.4), in dem die Fallzahlen deutlich größer sind als im stationären Bereich, zeigt indes eine erhöhte Anzahl an AU-Tagen aufgrund psychischer Störungen für beide Geschlechter bei Beschäftigten mit Arbeitnehmerüberlassung.

Tabelle 3.4.5 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

Arbeitnehmerüberlassung	Geschlecht	KH-Fälle	
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder	
Ohne Arbeitnehmerüberlassung	Männer	101,2	728
	Frauen	105,2	777
	Gesamt	103,0	750
Mit Arbeitnehmerüberlassung	Männer	100,8	752
	Frauen	112,9	768
	Gesamt	104,7	757

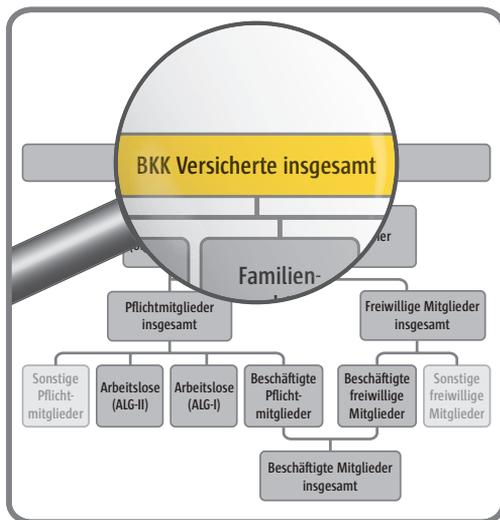
Diagramm 3.4.10 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



3.5 Schwerpunktthema Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie

Äquivalent zu den vorherigen Kapiteln wird hier nun im nachfolgenden Abschnitt zum diesjährigen Schwerpunktthema die Inanspruchnahme der stationären Versorgung im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose dargestellt. Die dabei verwendeten methodischen Grundlagen sind in **»»»** Kapitel 1.5 ausführlich beschrieben.

3.5.1 Einleitung

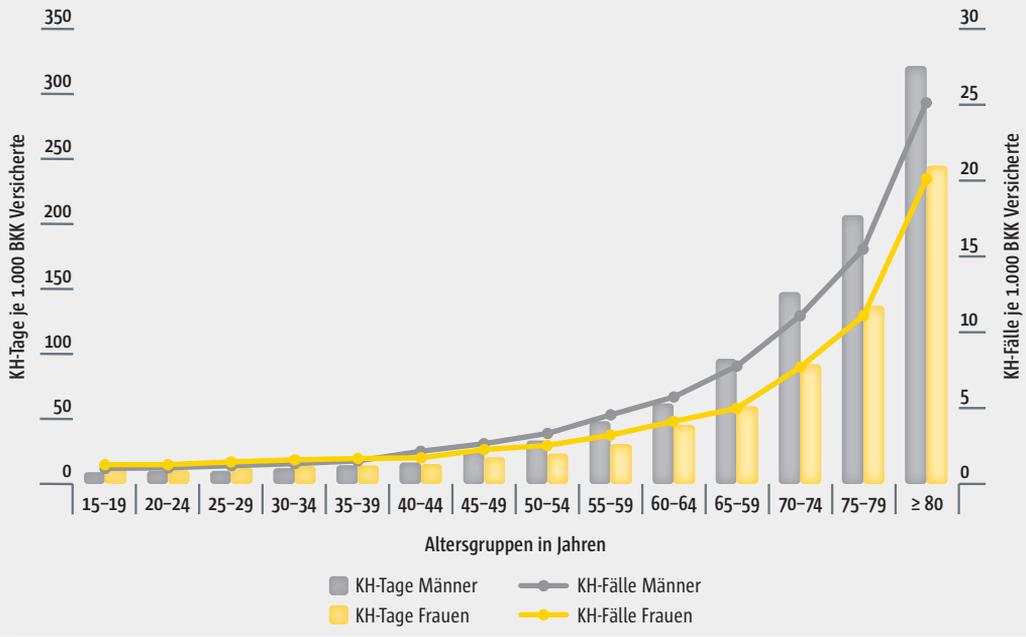


- COVID-19-Diagnosen haben – erfreulicherweise! – in 2020 keinen besonders großen Anteil an den stationären Behandlungsfällen gehabt. Selbst wenn man bei diesen auch die nicht behandlungsbestimmenden Diagnosestellungen berücksichtigt, ist nur bei etwa 4 Fällen je 1.000 BKK Versicherte eine COVID-19-Diagnose dokumentiert worden.

- Die weitaus meisten COVID-19-assozierten Fälle sind bei Personen älter als 50 Jahre aufgetreten. Mit höherem Alter steigen die Kennwerte überproportional, dabei sind Männer stärker betroffen gewesen als Frauen.
- Die meisten stationären Behandlungen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose sind in Sachsen erfolgt – etwa viermal so viel wie in Schleswig-Holstein bzw. Mecklenburg-Vorpommern, wo die Kennwerte diesbezüglich am niedrigsten waren.

Wie schon in den Kapiteln zuvor dargelegt, sind COVID-19-Infektionen – trotz der pandemischen Gefahr, die von diesen ausging – von den reinen Fallzahlen her in den gesundheitsbezogenen Statistiken kein bestimmendes Phänomen. Dies gilt auch insbesondere für die stationäre Versorgung, die wiederum hauptsächlich die schweren Verläufe widerspiegelt. Die nachfolgenden Analysen basieren entsprechend auf einer nur sehr kleinen Datenbasis, was bei der Interpretation berücksichtigt werden muss. So ist für alle BKK Versicherten im Berichtsjahr 2020 bei insgesamt 37.684 Fällen zu irgendeinem Zeitpunkt des stationären Aufenthalts eine COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) dokumentiert worden, zusammengekommen sind bei diesen Fällen 422.696 Behandlungstage erfolgt. Dies entspricht 4,2 Krankenhausfälle bzw. 47,1 stationären Behandlungstage je 1.000 BKK Versicherte. Es ist allerdings anzumerken, dass mit dieser Zählweise der Fälle – d. h. nicht allein auf Basis der Entlassdiagnose (**»»»** Methodische Hinweise), sondern auch bei allen vorherigen Diagnosestellungen – dem Umstand Rechnung getragen wird, dass bei der Bestimmung der finalen Entlassdiagnose, die sich daran orientiert, was maßgebliche Ursache des Behandlungsbedarfs war, eine COVID-19-Infektion nicht zwingend als der ausschlaggebende Anlass für die stationäre Behandlung angegeben wird. Vielmehr sind dabei hauptsächlich gravierende

Diagramm 3.5.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



Gesundheitsprobleme dokumentiert, so wurde etwa bei über 15% der nachfolgend ausgewerteten Fälle eine Pneumonie durch sonstige Viren (J12.8) als Entlassdiagnose gestellt. Es ist entsprechend aber nicht ausgeschlossen, dass in der Grundgesamtheit auch solche Fälle enthalten sind, bei denen die COVID-19-Diagnose wesentlich keiner Behandlung bedurfte, weil die Symptome nur leicht oder sogar nicht vorhanden waren (etwa, wenn die Infektion per Routine-Test festgestellt wurde), d. h. der Krankenhausaufenthalt mit einer COVID-19-Infektion, aber nicht aufgrund einer solchen Infektion samt schweren Verlauf erfolgte.

Betrachtet man die stationären Behandlungsfälle mit einer COVID-19-Diagnose im Behandlungsverlauf differenziert nach Alter und Geschlecht (III Diagramm 3.5.1), so fällt auf, dass wie zu erwarten die Kennzahlen mit zunehmendem Alter deutlich steigen. Hierbei sind außerdem ab dem fünfzigsten Lebensjahr deutlich höhere Kennwerte bei den Männern im Vergleich zu den Frauen zu verzeichnen. Während bis zu dieser Altersgrenze die Fallzahlen weniger als 2,5 Fälle je 1.000 BKK Versicherte betragen, sind es demgegenüber bei den über 80-jährigen mehr als neunmal so viele (22,3 KH-Fälle je 1.000 BKK

Versicherte). Die Anzahl der darauf zurückzuführenden stationären Behandlungstage steigt im Altersverlauf sogar noch stärker, bei den über 80-jährigen ist dann mit 322 KH-Tagen je 1.000 BKK Versicherte für die Männer sowie mit 245 KH-Tagen je 1.000 BKK Versicherte für die Frauen jeweils der Spitzenwert zu verzeichnen. Dieses Bild wird bestätigt durch Ergebnisse empirischer Studien, nach denen Männer häufiger einen schweren Verlauf entwickeln¹⁹.

Durchschnittlich sind 4,5 stationäre Behandlungsfälle und 52 Behandlungstage je 1.000 BKK Versicherte bei den Männern und 3,9 Behandlungsfälle sowie 42 Behandlungstage je 1.000 BKK Versicherte bei den Frauen zu verzeichnen. Unterteilt man die Gesamtheit der Versicherten nach einzelnen Versichertengruppen (III Tabelle 3.5.1), so sind entsprechend der zuvor dargestellten altersbezogenen Kennzahlen die mit Abstand höchsten Werte wenig überraschend bei den Rentnern zu finden, während die geringsten bei den Familienangehörigen zu ver-

19 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/116015/SARS-CoV-2-Waerum-Maenner-haeufiger-schwer-erkranken> [abgerufen 20.8.2021]

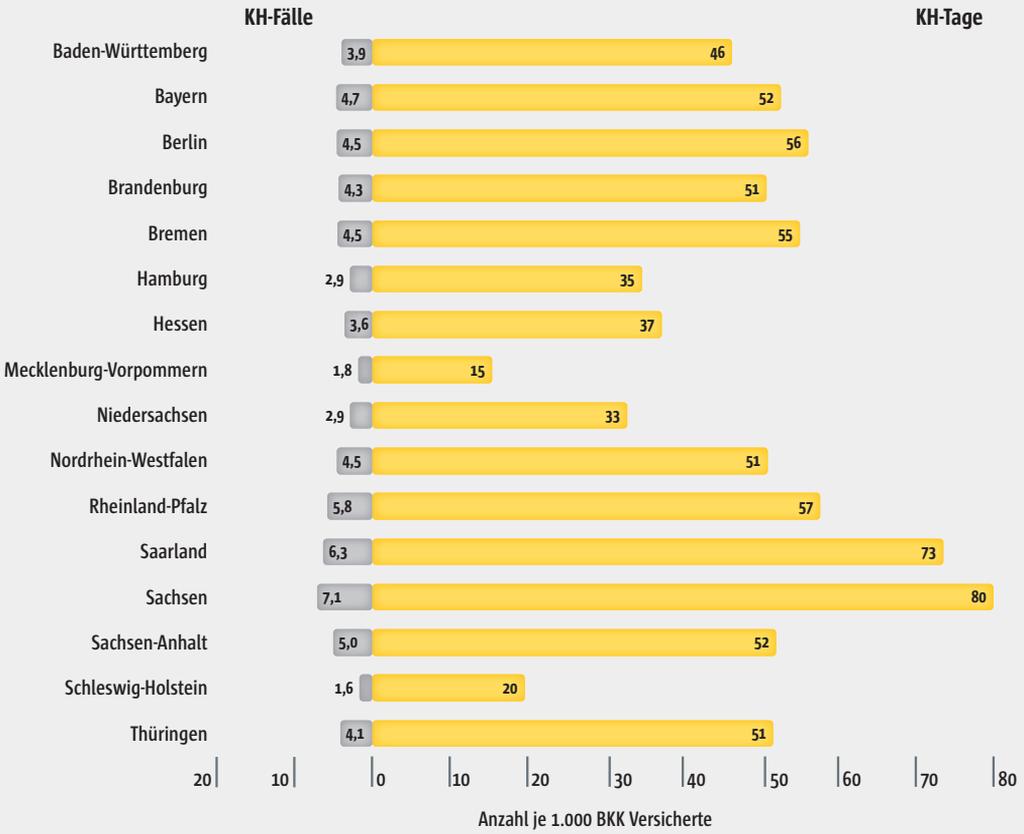
Tabelle 3.5.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

Versichertengruppen	Geschlecht	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Männer	2,2	19	8,7
	Frauen	1,8	15	8,2
	Gesamt	2,0	17	8,5
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	4,2	47	11,4
	Frauen	2,9	28	9,5
	Gesamt	3,6	39	10,7
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	4,7	58	12,3
	Frauen	3,8	46	12,3
	Gesamt	4,2	52	12,3
Familienangehörige	Männer	1,3	11	8,3
	Frauen	1,8	16	9,1
	Gesamt	1,6	14	8,8
Rentner	Männer	14,6	189	12,9
	Frauen	11,2	135	12,1
	Gesamt	12,8	161	12,5
BKK Versicherte insgesamt	Männer	4,5	52	11,5
	Frauen	3,9	42	10,9
	Gesamt	4,2	47	11,2

zeichnen sind. Bei den Letztgenannten waren zudem die Frauen leicht häufiger in stationärer Behandlung, was wesentlich daher rührt, dass in dieser Gruppe neben Kindern auch mitversicherte Ehefrauen zu finden sind und entsprechend bei diesen das Durchschnittsalter höher ist als das der männlichen Familienangehörigen (»Tabelle o.1.1). Die niedrigsten Kennzahlen weisen wiederum die Beschäftigten auf, wobei bei diesen zudem auffällig ist, dass die durchschnittliche Falldauer mit 8,5 Tage je Fall sogar noch niedriger ist als bei den deutlich jüngeren Familienangehörigen. Die ALG-II-Empfänger sind ebenfalls etwas jünger als die Beschäftigten, hier ist die Liegezeit im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose hingegen fast so lang wie bei den um einiges älteren Rentner. Möglicherweise sind die ALG-II-Empfänger aufgrund von häufigeren Vorerkrankungen länger in stationärer Behandlung.

In der regionalen Betrachtung der stationären Behandlungen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (»Diagramm 3.5.2) fallen vor allem die Bundesländer Sachsen und Saarland auf. Sachsen, das durch sehr hohe Infektionszahlen insbesondere zum Ende des Jahres 2020 belastet war, weist mit 7,1 Krankenhausfällen und 80 Behandlungstagen je 1.000 BKK Versicherte die höchsten Werte im Vergleich der Bundesländer auf, dicht gefolgt vom Saarland (6,3 KH-Fälle und 71 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte). Rheinland-Pfalz folgt in der Reihenfolge darauf, insbesondere bei den Behandlungstagen, aber mit Abstand. Wiederum die deutlich geringsten Werte weisen die norddeutschen Küstenbundesländer Schleswig-Holstein (1,6 KH-Fälle und 20 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte) und Mecklenburg-Vorpommern (1,8 KH-Fälle und 15 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte) auf. Die Versicherten in Hessen – in der

Diagramm 3.5.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2020)

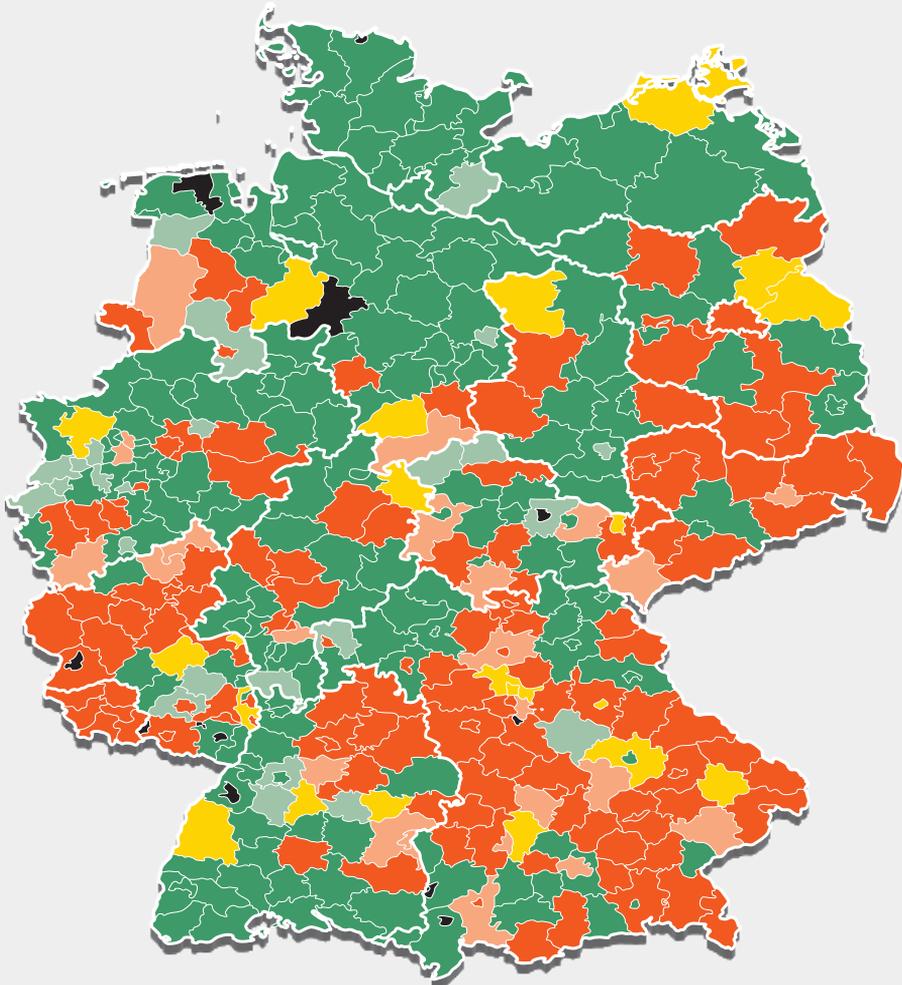


ambulanten Versorgung noch im Bundesländervergleich nach Anteilen mit einer COVID-19-Diagnose auf dem Spitzenplatz (»»» Tabelle 2.5.2) – waren hingegen sogar etwas seltener als der Bundesdurchschnitt deswegen in stationärer Behandlung.

Selbst, wenn man den Einfluss von Alter und Geschlecht aus den regionalen Kennwerten herausrechnet, bleiben die Bundesländer Saarland und Sachsen an der Spitze des Vergleichs, genauso weisen Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein weiterhin die niedrigsten Werte auf. Betrachtet man die standardisierten regionalen Fallzahlen wiederum kleinteiliger differenziert nach Kreisen, so zeigt sich ein heterogeneres Bild (»»» Diagramm 3.5.3). Deutlich überdurchschnittliche Werte sind dabei nicht nur im Saarland und in der Mehr-

zahl der sächsischen Kreise zu finden, auch in vielen Kreisen Bayerns sowie in Rheinland-Pfalz sind die Fallzahlen hoch. Mit 20,5 KH-Fällen je 1.000 BKK Versicherte nach Standardisierung sind die meisten Behandlungsfälle mit einer COVID-19-Diagnose im rheinländischen Landkreis Vulkaneifel vorzufinden, gefolgt von den bayrischen Kreisen Ansbach und Straubing. Letztgenannter Kreis weist dabei mit 288 KH-Tagen je 1.000 BKK Versicherte auch die meisten Behandlungstage in Verbindung mit einer solchen Diagnose auf. In Rostock, Schwerin sowie im Landkreis Nordwestmecklenburg standen wiederum mit weniger als einem Fall je 1.000 BKK Versicherte nur ein Bruchteil der stationären Behandlungen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose.

Diagramm 3.5.3 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen von Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2020)



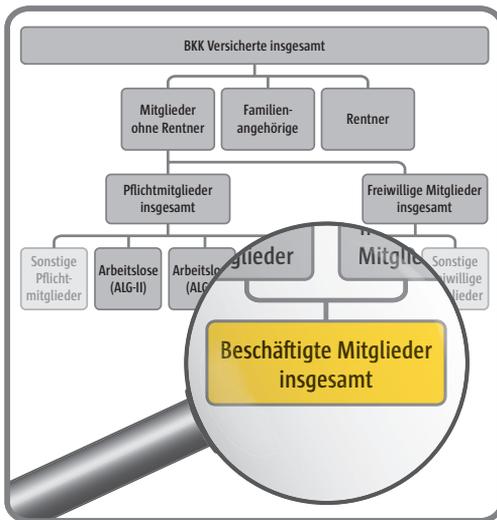
Prozentuale Abweichungen der KH-Tage der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (4,7 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte)

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

* Einzelne Kreise wurden aufgrund zu geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

3.5.2 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

Wurden im bisherigen Schwerpunktteil die BKK Versicherten insgesamt betrachtet, so beziehen sich die folgenden Auswertungen explizit auf die Gruppe der beschäftigten BKK Mitglieder (die etwa die Hälfte aller Versicherten ausmachen). Von den KH-Fällen bzw. -Tagen, die bei allen BKK Versicherten im Zusammenhang mit COVID-19 auftreten, entfallen 30,8% der KH-Fälle und 25,6% der KH-Tage auf die beschäftigten Mitglieder.



- In Wirtschaftsgruppen mit hohem Durchschnittsalter sind auch die meisten Krankenhausbehandlungen, die im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose stehen, zu verzeichnen: die meisten Fälle sind es im Bereich Verkehr und Lagerei sowie Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung.
- Demgegenüber nur etwa halb so viele Fälle und daraus resultierende Behandlungstage waren es in Wirtschaftsgruppen mit überwiegend jüngeren Beschäftigten, wie etwa Kunst, Unterhaltung und Erholung bzw. Land- und Forstwirtschaft, Fischerei.

Bei einer nach Wirtschaftsgruppen unterteilten Auswertung der COVID-19-Diagnosen zeigt sich eine nicht ganz so starke Variation wie noch zuvor zwischen den Bundesländern (»» Diagramm 3.5.4). Es liegt nahe, dass bei den Ergebnissen auch der Einfluss von Alter und Geschlecht sichtbar wird, sind

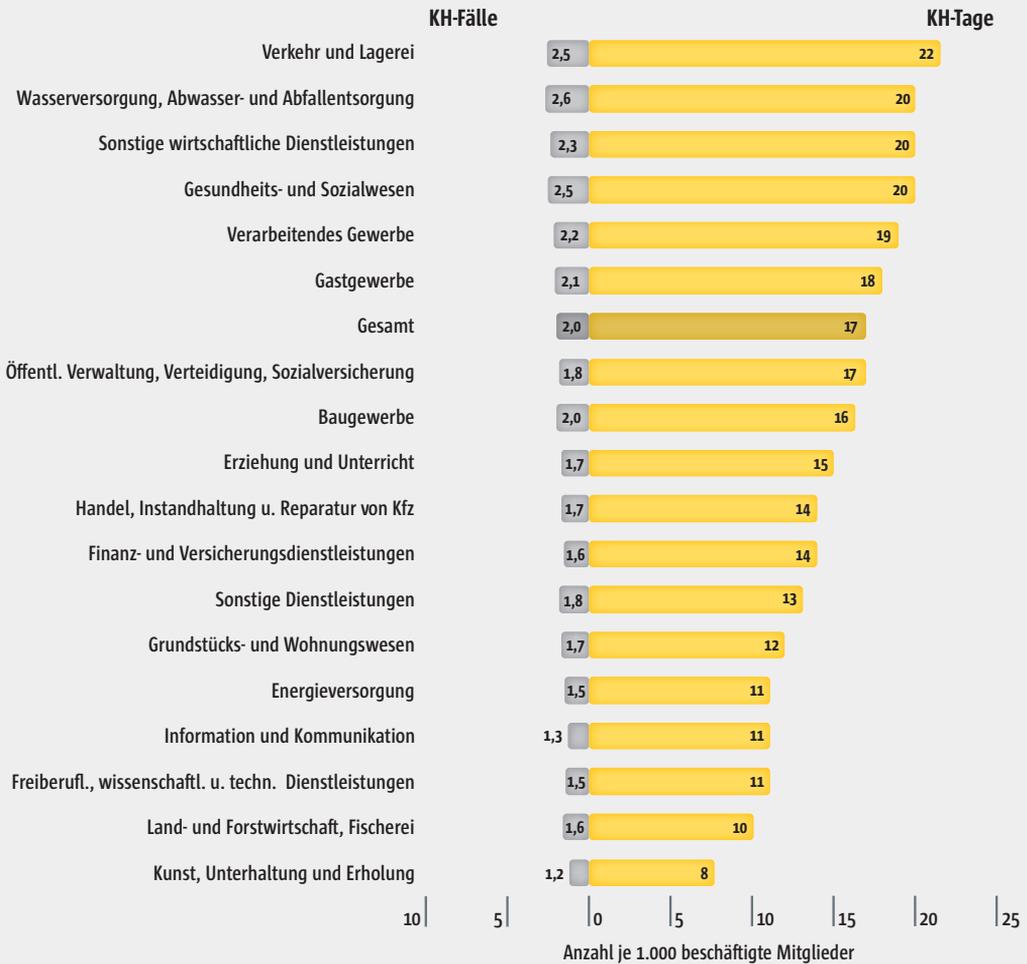
doch die Wirtschaftsgruppen an der Spitze des Vergleichs auch diejenigen, die einen hohen Altersdurchschnitt haben: Die meisten Behandlungstage weist die Branche Verkehr und Lagerei auf (21,6 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder), die höchste Anzahl an Behandlungsfällen (2,6 KH-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder) mit den zweitmeisten Behandlungstagen ist für die Wirtschaftsgruppe Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung zu verzeichnen. Die Beschäftigten in diesen beiden Branchen sind mit einem Alter von im Schnitt rund 45 Jahren mehr als 2 Jahre älter als die Gesamtheit der Beschäftigten. Hingegen als „Ausreißer“ kann hier die Wirtschaftsgruppe Energieversorgung gelten, in der die Beschäftigten ebenfalls ein Durchschnittsalter von 45 Jahren aufweisen, zudem arbeiten in dieser Branche auch mehr Männer als Frauen. Trotzdem liegen die Fallzahlen und Behandlungstage im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose deutlich unter dem Gesamtdurchschnitt. Ebenfalls entgegen des Trends sind im Gesundheits- und Sozialwesen trotz des niedrigeren Durchschnittsalters und des höheren Frauenanteils die Kennwerte überdurchschnittlich. Die niedrigsten Fallzahlen sind hingegen bei den Beschäftigten in Kunst, Unterhaltung und Erholung sowie Land- und Forstwirtschaft, Fischerei zu finden, die mit einem Durchschnittsalter unter 41 Jahren zu den jüngsten im Branchenvergleich zählen.

3.5.3 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Auch bei den Berufsgruppen zeigt sich deutlich der Alterseffekt: Die Reinigungskräfte als durchschnittlich älteste Berufsgruppe weisen auch die höchsten Fallzahlen und die meisten Behandlungstage im Zusammenhang mit COVID-19 auf. Bei im Mittel besonders jungen Berufsgruppen sind hingegen die Kennwerte auch unterdurchschnittlich.
- Gegenläufig dazu hingegen die Kennzahlen bei den (nicht)medizinischen Gesundheitsberufen: Trotz niedrigem Altersdurchschnitt und hohem Frauenanteil sind bei diesen die Fallzahlen, vermutlich aufgrund des überdurchschnittlich hohen Infektionsrisikos, relativ hoch.

Deutlicher noch als bei den zuvor dargestellten Wirtschaftsgruppen zeigt sich der Einfluss der konkreten beruflichen Tätigkeit und einer stationären Behandlung im Zusammenhang mit einer

Diagramm 3.5.4 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Wirtschaftsabschnitten.* (Berichtsjahr 2020)

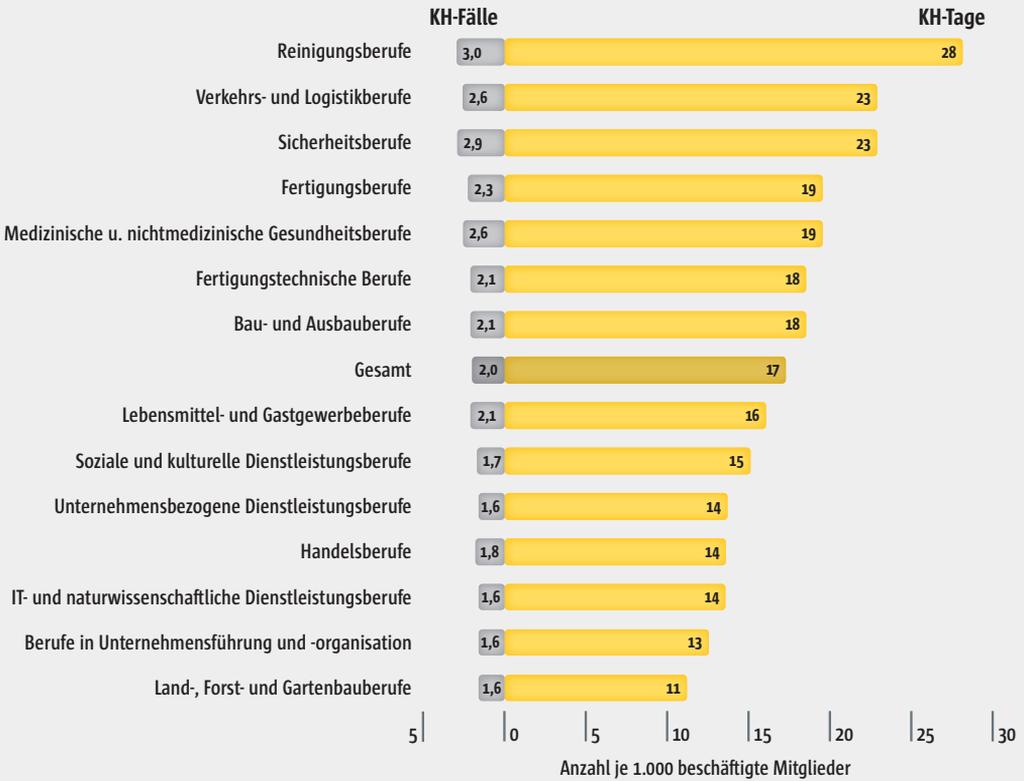


* Dargestellt sind die Wirtschaftsabschnitte mit mehr als 10.000 beschäftigten BKK Mitgliedern.

COVID-19-Diagnose (»»» Diagramm 3.5.5): Die Reinigungskräfte als die im Durchschnitt ältesten Beschäftigten im Berufsgruppenvergleich weisen auch die im Schnitt meisten Behandlungsfälle im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (3,0 KH-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder) sowie daraus resultierende Behandlungstage auf (28,2 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Danach folgen die Verkehrs- und Logistikberufe sowie die Sicherheitsberufe, die ebenfalls von im Mittel deutlich älteren Beschäftigten als der Gesamtdurchschnitt ausgeübt werden. Die jüngste Berufsgruppe in diesem Ver-

gleich – die Land-, Forst- und Gartenbauberufe – wiederum ist am seltensten im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose im Krankenhaus behandelt worden. Bei den (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen (stärker noch als bei der gesamten Wirtschaftsgruppe Gesundheitswesen) zeigt sich hingegen eine Sonderstellung: Die in diesen Berufen Tätigen sind vorrangig weiblich und jünger als der Durchschnitt, trotzdem sind hier die stationären Fallzahlen überdurchschnittlich. Hier zeigt sich aber eine Übereinstimmung mit den Ergebnissen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen und in der

Diagramm 3.5.5 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Berufssegmenten (Berichtsjahr 2020)



ambulanten Versorgung, wo diese Berufe sogar zu denen mit den höchsten Kennwerten zählen. Hingegen weisen die sozialen, kulturellen und Erziehungsberufe, die in anderen Leistungsbereichen ebenfalls mit an der Spitze der Vergleiche stehen, in der stationären Versorgung nur unterdurchschnittliche Kennwerte auf.

■ In gleicher Weise zeigt sich auch ein Zusammenhang mit dem Tätigkeitsniveau. Am stärksten ist dieser bei den weiblichen Beschäftigten ausgeprägt: Frauen, die Helfer-/Anlerntätigkeiten verrichten, weisen etwa doppelt so hohe Kennwerte auf als diejenigen mit hoch komplexen Tätigkeiten.

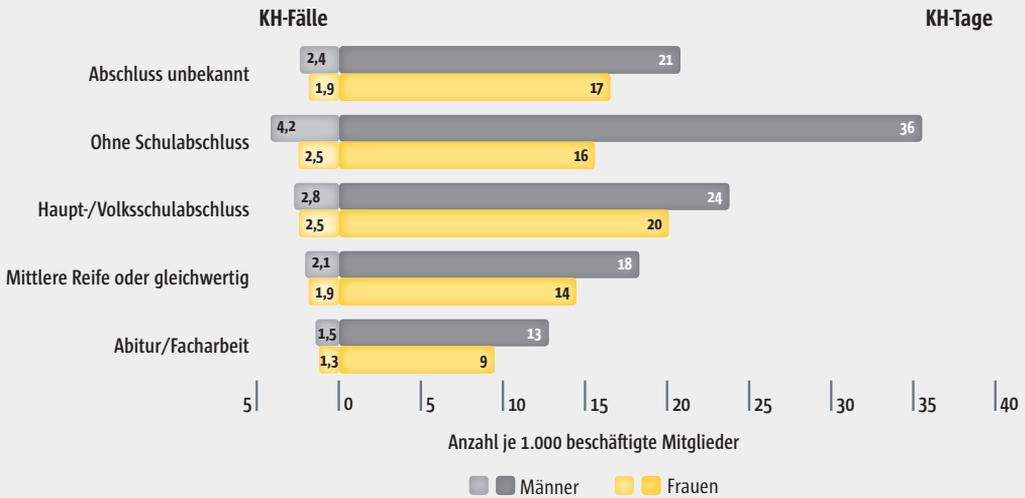
3.5.4 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

- Weniger durch den Einfluss des Alters gesteuert ist der Zusammenhang mit Bildungsvariablen: Mit steigendem Niveau der Schul- bzw. Berufsabschlüsse geht auch wesentlich ein Rückgang der Kennzahlen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose einher.

Höchster Schulabschluss

Das schon aus den allgemeinen Auswertungen (»» Kapitel 3.2.3) bekannte Muster, dass mit höherem Schulabschluss die Kennzahlen geringer werden, setzt sich auch bei den Zahlen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose fort (»» Diagramm 3.5.6). Die niedrigsten Fallzahlen stationärer Behandlungen sowie der daraus resultierenden Behandlungstage sind bei denjenigen mit einem (Fach-) Abiturabschluss zu finden. Als Gesamtwert weisen

Diagramm 3.5.6 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



die Beschäftigten ohne einen Schulabschluss wiederum die höchsten Werte bei Behandlungsfällen und -tagen auf, wobei in dieser Gruppe besonders die Männer mit deutlich höheren Kennwerten gegenüber allen anderen Schulabschlussgruppen hervorstechen: Für diese waren 4,2 Behandlungsfälle und 35,6 Behandlungstage je 1.000 beschäftigte Mitglieder zu verzeichnen. Die Frauen ohne Schulabschluss weisen mit 2,5 Behandlungsfällen je 1.000 beschäftigte Mitglieder ebenfalls überdurchschnittlich viele Krankenhausfälle im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose auf, allerdings war die durchschnittliche Liegezeit bei diesen mit nur knapp über 6 Tagen deutlich geringer als bei allen anderen Abschlussgruppen in diesem Vergleich, sodass die durchschnittliche Anzahl an Behandlungstagen je Beschäftigte wiederum unterdurchschnittlich ist.

Höchster Berufsabschluss

Ein ähnliches Muster wie bei den zuvor dargestellten Schulabschluss-Gruppen wird bei der Betrachtung der COVID-19-assoziierten Kennzahlen differenziert nach höchstem Berufsabschluss sichtbar (III Diagramm 3.5.7). Schul- und Berufsabschluss weisen einen relativ engen Zusammenhang miteinander auf, da für höhere Berufsabschlüsse oftmals auch entsprechend höhere Schulabschlüsse vorausgesetzt sind (z.B. Abitur für einen Hochschulab-

schluss). Entsprechend zeigen sich hier ähnliche Zusammenhänge, wie sie bereits bei der Betrachtung nach höchstem Schulabschluss zu sehen gewesen sind: Mit zunehmender beruflicher Qualifikation nimmt auch die Zahl der stationären Behandlungsfälle und -tage im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose ab. Die meisten COVID-19-Diagnosen sind entsprechend bei denjenigen ohne beruflichen Abschluss vorzufinden (KH-Fälle bei Frauen und Männern). Die mit Abstand niedrigsten Kennwerte weisen hingegen die Bachelor-Absolventinnen und -Absolventen auf. Dabei ist auch die durchschnittliche Falldauer in dieser Gruppe um mehr als 2 Tage kürzer als der Durchschnitt für alle Beschäftigten. Hierbei ist aber zu bedenken, dass Beschäftigte mit einem Bachelor-Abschluss auch ein deutlich niedrigeres Durchschnittsalter aufweisen im Vergleich zu allen Beschäftigten.

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

Auch beim Anforderungsniveau der Tätigkeit ist das bekannte Bild der mit steigendem Niveau sinkenden Kennwerte wiederzufinden (III Diagramm 3.5.8), was entsprechend der Ergebnisse nach höchstem Schul- und Berufsabschluss auch naheliegend ist. Es zeigt sich dieses Bild sogar mustergültig in der stetigen Abnahme der Fallzahlen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose

Diagramm 3.5.7 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

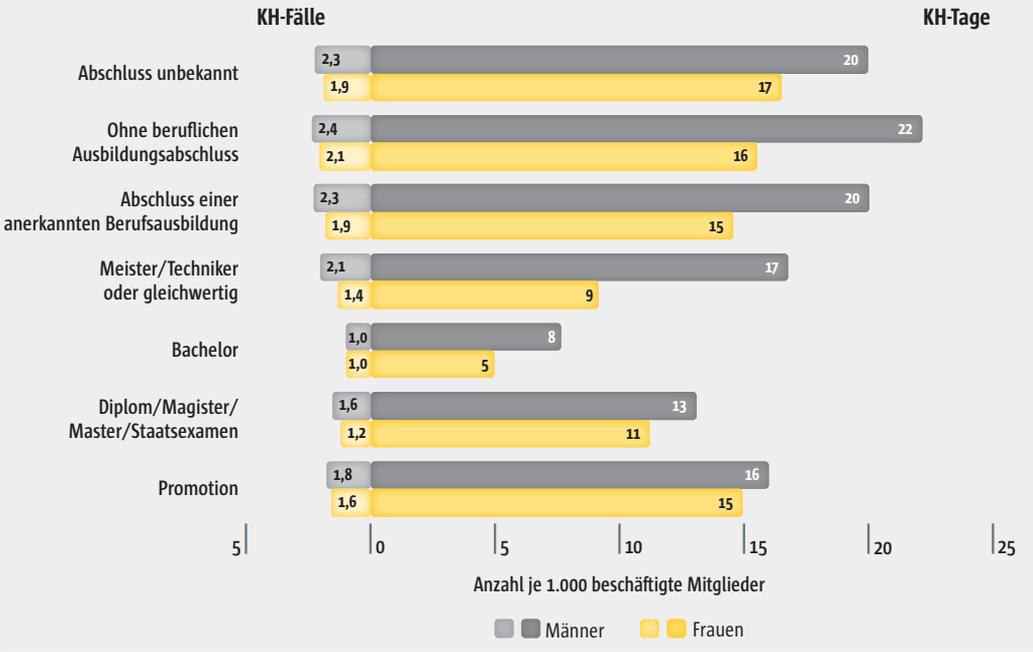
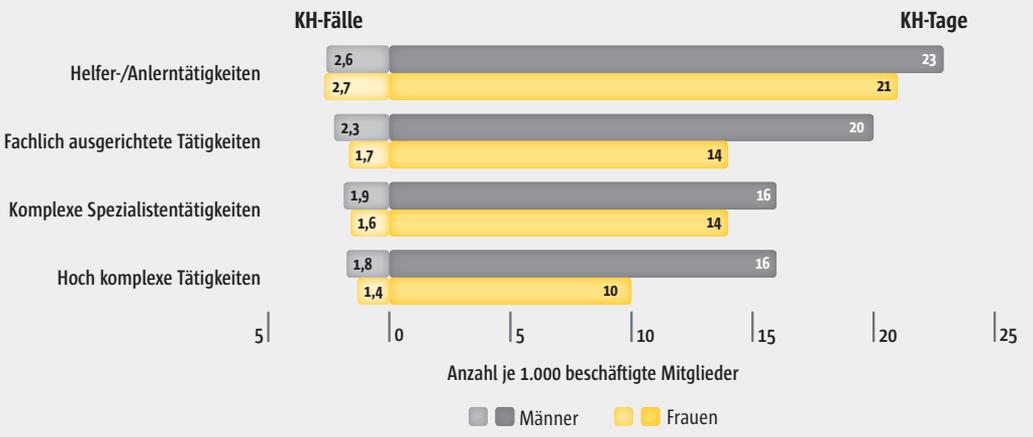


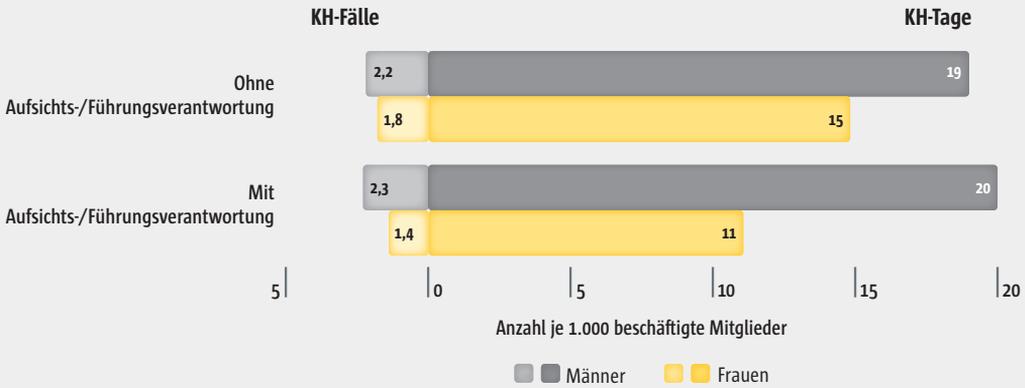
Diagramm 3.5.8 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Bei den daraus resultierenden Behandlungstagen weicht allein der Wert für die Frauen in komplexen Spezialistentätigkeiten von diesem Muster ab, da dieser

leicht höher liegt als derjenige bei Frauen in fachlich ausgerichteten Tätigkeiten. Die mit Abstand wenigsten Behandlungstage sind wiederum für die Frauen, die hoch komplexe Tätigkeiten verrichten,

Diagramm 3.5.9 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



zu verzeichnen. Bei diesen ist auch die durchschnittliche Falldauer am geringsten.

Hier – genauso wie bei den zuvor dargestellten Auswertungen mit Differenzierungen nach höchstem Schul- bzw. Ausbildungsabschluss – zeigt sich ein Zusammenhang zu Bildungsaspekten. Wirkfaktoren hierfür können sein, dass mit höherem Bildungsniveau auch mehr Gesundheitswissen vorhanden ist und entsprechend auch anderes Gesundheitsverhalten gezeigt wird, was ggf. zu einer allgemein besseren Konstitution und weniger Vorerkrankungen führt. Es sei aber auch darauf verwiesen, dass entsprechend der Bildung und damit verbundenen besseren finanziellen Ressourcen ggf. sich erst überhaupt Möglichkeiten für Gesundheitsverhalten eröffnen. Bezüglich der Anzahl an Coronavirus-Infektionen kann beispielsweise eine weniger beengte Wohnsituation genauso wie die Möglichkeit, öffentliche Verkehrsmittel vermeiden zu können, eine nicht unerhebliche Rolle spielen.

Aufsichts- und Führungsverantwortung

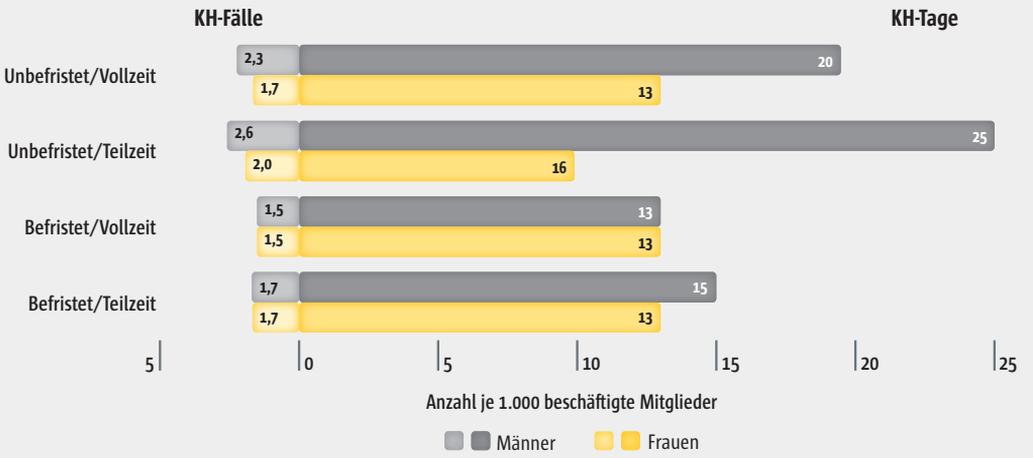
In der Gegenüberstellung von berufstätigen Personen mit bzw. ohne Aufsichts- bzw. Führungsfunktion (»»» Diagramm 3.5.9) zeigt sich fast keine Variation bei den Männern, obwohl diejenigen mit einer solchen Funktion in ihrer Tätigkeit mit einem Durchschnittsalter von über 47 Jahren deutlich älter sind als die Gesamtheit aller Beschäftigten. Das Durchschnittsalter der Frauen mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung liegt mit über 44 Jahren zu-

mindest noch leicht über dem aller Beschäftigten, die Frauen mit einer solchen Funktion sind in diesem Vergleich allerdings diejenigen, die am seltensten im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose stationär behandelt worden sind. Bei diesen ist außerdem die durchschnittliche Falldauer am kürzesten, sodass entsprechend die Differenz bei den Behandlungstagen noch deutlicher zu Tage tritt: Diese weisen gegenüber ihren männlichen Kollegen nur etwas mehr als die Hälfte an KH-Tagen auf.

Vertragsformen

Ein weiteres Merkmal der beruflichen Tätigkeit stellen die Befristung sowie der Arbeitszeitumfang (Teilzeit/Vollzeit) des Anstellungsverhältnisses dar. Nach diesen beiden Merkmalen differenziert sind die Kennwerte im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose im »»» Diagramm 3.5.10 dargestellt. Dabei sind sowohl die Männer als auch die Frauen, die einer unbefristeten Teilzeit-Tätigkeit nachgehen, die mit Abstand Ältesten in diesem Vergleich. Dementsprechend sind für diese auch die durchschnittlich meisten mit einer COVID-19-Diagnose assoziierten stationären Fälle sowie daraus resultierende Behandlungstage zu verzeichnen. Ebenso wenig überraschend sind für diejenigen mit einer befristeten Vollzeitstelle (im Schnitt nur knapp über 30 Jahre alt) am seltensten eine COVID-19-Diagnose dokumentiert worden. Dabei zeigt sich bei den Kennzahlen in dieser Vertragsform auch kaum ein Unterschied zwischen den Geschlechtern.

Diagramm 3.5.10 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

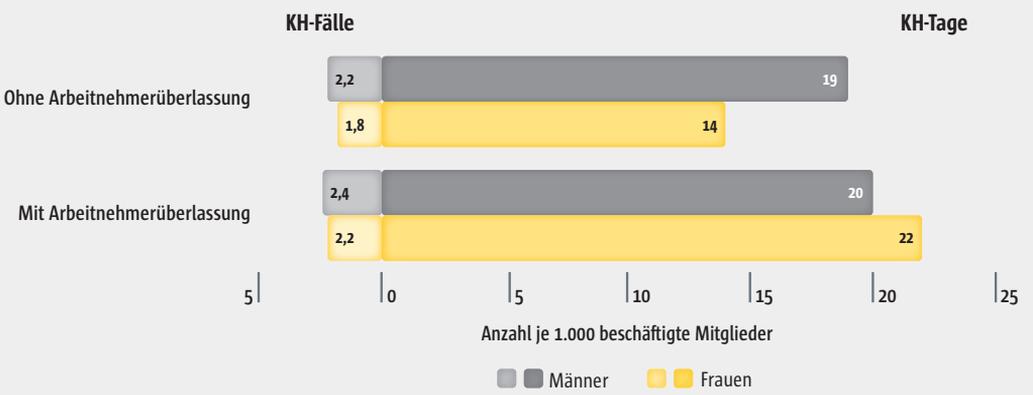


Arbeitnehmerüberlassung

Bei der Betrachtung der Beschäftigten je nachdem, ob diese per Arbeitnehmerüberlassung tätig sind oder nicht (»»» Diagramm 3.5.11), ist zu bedenken, dass erstgenannte auf dem Arbeitsmarkt nur eine sehr kleine Gruppe ausmachen. Die Kennwerte derjenigen, die nicht in Arbeitnehmerüberlassung tätig sind, sind demnach wenig überraschend sehr nah am Durchschnitt aller Beschäftigten – schließlich sind die regulär Beschäftigten von diesen der weitaus größte Teil. Auch die Kennwerte der

männlichen, in Arbeitnehmerüberlassung tätigen Beschäftigten, sind nur geringfügig vom Gesamtdurchschnitt abweichend, während hingegen die in Arbeitnehmerüberlassung tätigen Frauen (welche die kleinste Gruppe in diesem Vergleich darstellt) mit einer Falldauer von durchschnittlich knapp 10 Tagen je Fall eine sehr lange Liegezeit aufweisen und entsprechend bei der Menge der Behandlungstage im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose – abweichend vom bisherigen Trend – sogar einen größeren Wert aufweisen als die männlichen Kollegen.

Diagramm 3.5.11 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



3.6 Zusammenfassung und Ausblick

Die stationäre Versorgung ist wesentlich auf die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen ausgerichtet. Während im Laufe eines Jahres der größte Teil der Versicherten (> 90%) irgendwann einmal in ambulanter Behandlung ist, muss im Gegensatz dazu sich nur ein relativ kleiner Teil in stationäre Behandlung begeben. Daran gemessen, dass in den Vorjahren immer für knapp über 13% der Versicherten ein stationärer Aufenthalt zu verzeichnen war, ist der diesjährige Rückgang im Vergleich zum Vorjahr um -1,7 Prozentpunkte schon sehr deutlich. Hier, wie auch an anderen Stellen, zeigen sich die Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie im stationären Sektor. So sind auch die Fallzahlen genauso wie die daraus resultierenden Behandlungstage mit einem Rückgang um rund -15% sehr stark gesunken. Das allgemeine Krankheitsgeschehen im stationären Sektor ist aber natürlich durch die Pandemie nicht komplett umgekrempelt worden. Entsprechend des selbstverständlich weiterhin bestehenden höheren Behandlungsbedarfs vor allem älterer Versicherter sind die meisten Behandlungsfälle auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen: Etwa jeder siebte Behandlungsfall geht auf diese Erkrankungsart zurück. Weiterhin wie in den Vorjahren haben auch im Jahr 2020 die psychischen Störungen in der stationären Versorgung beständig eine besondere Rolle inne: Diese weisen mit durchschnittlich rund 4 Wochen je Fall eine deutlich längere Behandlungsdauer auf als andere Erkrankungsarten, entsprechend erfolgen die meisten Behandlungstage (rund 22%) aufgrund einer solchen Erkrankung, außerdem geht ein großer Anteil der Langzeitfälle (Dauer > 6 Wochen) darauf zurück. Die unmittelbaren Folgen der Pandemie – also die Behandlungen von schweren Corona-Infektionen – spielten hingegen, gemessen an allen Krankenhausbehandlungen im Jahr 2020, keine zentrale Rolle im stationären Sektor, wie die im Abschnitt zum Schwerpunktthema dargestellten Sonderauswertungen der entsprechenden Diagnosen zeigen. Der starke Einfluss von

Alter und Geschlecht, wie er hinsichtlich schwerer Verläufe von COVID-19-Infektionen in mehreren Studien aufgezeigt wurde, findet sich auch in den in diesem Kapitel dargestellten Versichertendaten wieder. Außerdem zeigt sich der auch schon im allgemeinen Krankheitsgeschehen regelmäßig zu beobachtende Zusammenhang mit Bildungsvariablen: Mit steigenden Niveau des höchsten Schul- bzw. Ausbildungsabschlusses sowie der aktuellen Tätigkeit werden die Kennwerte im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose geringer. Damit aber die Versorgung dieser Infektionsfälle, die zweifellos aufwendig und ressourcenintensiv ist, nicht den gesamten stationären Sektor überlastet, wurden Maßnahmen zur Schaffung bzw. Freihaltung von Kapazitäten getroffen, deren Auswirkungen in den Daten der stationären Versorgung deutlich zu sehen sind. So zeigen sich für das gesamte Jahr 2020 die insbesondere während der kritischen Pandemiephasen durchgeführten Absagen bzw. Verschiebungen von planbaren Behandlungen: Beispielsweise gingen die Kennwerte für die Behandlung von COPD und Rückenschmerzen um etwa -30% zurück, für Bluthochdruck waren es rund -20%. Es zeigte sich bislang hierbei kein „Nachholeffekt“, sodass dies die Frage aufwirft, ob vorher auch teilweise eine Fehlversorgung vorlag. Darüber hinaus wurden aber auch weniger Fälle von Herzinfarkt, Schlaganfall oder Krebs behandelt. Bei solch schwerwiegenden, teils akut auftretenden Erkrankungen stellt sich allerdings die Frage, wie dieser Rückgang zu erklären ist: Sind z.B. Herzinfarkte generell weniger vorgekommen, da insbesondere die Lockdown-Phasen oftmals von ziemlicher Ereignislosigkeit geprägt waren? Oder blieben diese, genauso wie z.B. Krebserkrankungen, unbemerkt, weil die Symptome nur leicht waren („stiller Infarkt“) und irgendwann wieder abklagen oder sonst wie von den Betroffenen ertragen wurden, aus Angst, sich bei einer Behandlung mit COVID-19 zu infizieren? Daran anschließend könnte eine weitere Erklärung sein, dass möglicherweise die

Betroffenen aufgrund der mangelnden Versorgung verstorben sind – die vorläufigen Zahlen des Statistischen Bundesamtes²⁰ sprechen allerdings nicht dafür. Weitere Analysen werden hierzu hoffentlich tiefere Erkenntnisse bringen. Es ist aber zu vermuten, dass es eher mittel- bis langfristig negative Folgen aufgrund von ausgebliebenen oder verzögerten Behandlungen geben wird. Auch bei verspäteter Diagnosestellung kann man mit schweren Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen noch einige Jahre überleben. Es werden aber entsprechend schon In-

itativem gestartet, um durch intensivere Kontrollen und verbesserte Diagnostik dem entgegen zu wirken²¹. Aber auch der starke Rückgang bei Behandlungen von vermeintlich „leichteren“ Erkrankungen, wie beispielsweise Bluthochdruck, kann gravierende Spätfolgen nach sich ziehen. So ist beispielsweise Bluthochdruck ein wesentlicher Risikofaktor für Herzinfarkt und Schlaganfall. Dementsprechend ist schon jetzt abzusehen, dass die Pandemiefolgen im Gesundheitssystem uns wohl noch eine längere Zeit beschäftigen werden.

20 Statistisches Bundesamt (2021). Monatsberichte der Todesursachenstatistik mit Fokus auf COVID-19-Sterbefälle – Vorläufige Fallzahlen nach Monaten für ausgewählte Diagnosegruppen und Einzeldiagnosen für die Monate Januar 2020 bis Dezember 2020. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/sonderauswertung-todesursachen.html> [abgerufen 27.8.2021]

21 Ärzteblatt (2021). Kampf gegen Krebs: Coronapandemie hat katastrophale Auswirkungen. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/120781/Kampf-gegen-Krebs-Coronapandemie-hat-katastrophale-Auswirkungen> [abgerufen 27.8.2021]

Schwerpunkt Politik



Die Offensive psychische Gesundheit

Simone Franke-Müller¹, Olaf Liebig² und André Große-Jäger³

¹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin

² Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

³ Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin

Psychisches Wohlbefinden ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für ein gesundes und langes Leben. Es beeinflusst tagtäglich und maßgeblich die Qualität unserer Teilhabe am Gesellschafts- und Arbeitsleben. Das Thema „psychische Gesundheit“ wird in der breiten Öffentlichkeit meist erst dann diskutiert, wenn das psychische Wohlbefinden beeinträchtigt ist oder bereits einen Krankheitswert erreicht hat. In die Schlagzeilen schafft es das Thema mit Nachrichten darüber, dass die Anzahl der Diagnosen psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in der Bevölkerung steigt und der Anteil der psychischen Erkrankungen an den gesamten krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeitstagen bundesweit seit Jahren gleichbleibend auf hohem Stand ist¹. Berichtet wird von den Folgen, wie den immensen Produktionsausfallkosten (ca. 14,4 Mrd. €) und auch darüber, dass psychische Erkrankungen trauriger Spitzenreiter der krankheitsbedingten Ursachen für Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind [1]. Hinter all diesen Zahlen stehen Menschen mit ihren Schicksalen und langen Leidenswegen, die nicht immer, aber oft hätten vermieden werden können, bevor sie Teil der zitierten Statistiken werden.

Warum dringen wir nicht durch?

Wann wird aus Stress dauerhafte Erschöpfung? Und wann wird aus Alleinsein Einsamkeit? Wie müssen gesellschaftliche und betriebliche Rahmenbedingungen gestaltet sein, damit Menschen auch psychisch gesund leben und arbeiten können? Die Grenzen zwischen psychischer Belastung, Stress und psychischer Überforderung sind fließend. Psychische Gesundheit bewegt sich auf einem dynamischen Kontinuum und Symptome und Krankheiten entstehen nicht über Nacht. Fehlende Kenntnis der Faktoren, die die psychische Gesundheit positiv wie nega-

tiv beeinflussen, sowie der tatsächlich vorhandenen Gestaltungsspielräume für förderliche Rahmenbedingungen in den individuellen Lebenswelten sind Gründe dafür, wenn gesellschaftliche Strukturen noch nicht auf die Förderung der psychischen Gesundheit der Menschen ausgerichtet sind.

Offenheit im Umgang mit psychischer Gesundheit beinhaltet daher nicht lediglich, über das eigene psychische Befinden sprechen zu können. Wichtig ist es auch, das breite Wissen, das in den vergangenen Jahren zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Prävention von psychischen Erkrankungen erarbeitet wurde, als selbstverständlichen Teil des ganz alltäglichen Gesundheitsbewusstseins zu vermitteln. So, wie es völlig normal ist, etwas für seine körperliche Gesundheit zu tun, muss es auch selbstverständlich sein, frühzeitig auf seine psychische Gesundheit zu achten.

„Psychische Gesundheit geht uns alle an!“

Ein gewisses körperliches Gesundheitsbewusstsein gehört für viele Menschen bereits zum Alltag. Dass tägliches Zähneputzen, regelmäßige Bewegung und eine ausgewogene Ernährung die körperliche Gesundheit fördert und erhält, wissen die meisten. Dass Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber ihren Beschäftigten in der Kantine ein abwechslungsreiches, vollwertiges gesundes Essen anbieten sollten, dass sie sie vor Lärm, Staub und Gefahrstoffen schützen müssen und wie sie die Rahmenbedingungen der Arbeit für die körperliche Gesundheit förderlich gestalten, ist in vielen Betrieben angekommen. Dass die psychische Gesundheit ebenfalls regelmäßiger Pflege und Förderung bedarf und wie institutionelle Rahmen- und Arbeitsbedingungen gestaltet werden müssen, um das psychische Wohlbefinden zu erhalten und zu stärken, hingegen noch lange nicht.

Die Entwicklung der Informations- und Kommunikationstechnologie, der Wandel der Arbeitswelt

1 Diese Zahlen haben den Bericht Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (2019) als Grundlage. In anderen Zahlenquellen kann die Datenlage anders aussehen.

sowie gesellschaftspolitische Entwicklungen verändern das Leben und Arbeiten in rasanter Geschwindigkeit. Daraus resultierende Belastungsfaktoren gewinnen an Relevanz für die Gesundheit der Menschen jeden Alters und in allen Lebensphasen, seien es Kinder, Jugendliche, Erwachsene oder ältere Menschen. Die Erhaltung und Förderung der psychischen Gesundheit kann nicht von jedem allein bewältigt werden, sie ist eine Aufgabe vieler. Die alltäglichen Lebenswelten der Menschen wie der Arbeitsplatz, die Schule, die Familie und Freunde sowie das übrige Umfeld haben großen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden. In allen Lebenswelten gibt es Faktoren, die positiv wie negativ Einfluss auf die Gesundheit nehmen. Langsam aber sicher dringt durch, dass es beim Thema Psyche um mehr geht als um Krankheit. Dass es sich um ein Querschnittsthema handelt, das in allen Bereichen der Gesellschaft und der Politik Beachtung verdient, wird zunehmend anerkannt (Stichwort: Mental health in all policies).

Die psychische Gesundheit wird zumeist dennoch erst dann in den Blick genommen, wenn etwas aus der Balance geraten ist. Wenn uns ungute Gefühle den Schlaf rauben, uns vor Angst erstarren lassen oder jeden Antrieb lähmen. Wenn die Fluktuation und Krankenstände im Betrieb hoch sind, oder die Stimmung so verheerend ist, dass nicht mehr zu ignorieren ist, dass etwas nicht stimmt. Wenn die gesamte Gesellschaft eine gemeinsame Krisenerfahrung macht und die Belastung durch Familie und Homeoffice zu Erschöpfung führt.

Mit der Corona-Pandemie ist das Thema „psychische Gesundheit“ erneut in den Fokus der öffentlichen Debatte gerückt. Die notwendig gewordenen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie haben das Leben vieler Menschen verändert. Homeoffice, digitaler Unterricht und soziale Einschränkungen können Sorgen, Einsamkeit und Ängste auslösen oder verstärken und zu Überforderung führen. Viele Menschen haben aufgrund der Einschränkungen und Belastungen durch die Corona-Pandemie – zusätzlich zu bereits im Vorfeld bestehenden Belastungen – besondere Ängste und Sorgen zu bewältigen und gleichzeitig weniger Zugriff auf bestehende soziale Beziehungen oder Unterstützungsangebote. Die Bedeutung der psychischen Gesundheit als relevantes gesellschaftspolitisches Thema hat sich etwa durch die Kontaktbeschränkungen, die für viele Menschen die Gefahr einer sozialen Isolation und von subjektiv empfundener Vereinsamung erhöht, noch einmal verstärkt. Langfristig werden wahrscheinlich auch Existenzängste und persönliche Ver-

luste an Relevanz zunehmen. Dies stellt die betroffenen Menschen, aber auch die für die Prävention und Gesundheitsförderung relevanten Akteure vor große Herausforderungen.

Mehr Offenheit, stärkere Vernetzung und besserer Zugang

Bereits im Jahr 2019, und damit lange bevor die Pandemie unser Leben auf den Kopf gestellt hat, haben sich auf Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (BMFSFJ) auf den Weg gemacht, das Thema psychische Gesundheit und die Prävention psychischer Erkrankungen ins Zentrum der öffentlichen Wahrnehmung und der (politischen) Debatte zu rücken.

Ziel war es, ein breites, lebensweltübergreifendes Bündnis aus dem Bereich der Prävention zusammen zu bringen, um das umfangreiche Potenzial, das in der Präventionslandschaft in Deutschland steckt, noch stärker zu heben. Die Offensive Psychische Gesundheit soll einen Impuls für einen offeneren Umgang der Gesellschaft mit psychischen Belastungen geben und die Möglichkeiten existierender Unterstützungsangebote bekannter machen. Zudem sollten die in den und für die jeweiligen Lebenswelten Verantwortung Tragenden bestärkt werden, ihre Gestaltungsmöglichkeiten im Hinblick auf die die psychische Gesundheit förderlichen Rahmenbedingungen zu nutzen.



Drei zentrale Annahmen leiten die Offensive Psychische Gesundheit (OPG) seither:

1. Offenheit im Umgang mit psychischer Gesundheit ist von zentraler Bedeutung, um Einschränkungen des psychischen Wohlbefindens früh zu erkennen und zeitnah entgegenzusteuern [2].
2. Es gibt eine Vielzahl von qualitativ hochwertigen Angeboten zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit von zahlreichen Anbietern. Doch das Präventionspotenzial wird noch nicht ausreichend ausgeschöpft.
3. Um dieses Potenzial zu heben und den Zugang zu Präventionsangeboten zu verbessern, braucht es eine gesamtgesellschaftliche Anstrengung zur Förderung eines offeneren Umgangs mit psychischen Belastungen und Beanspruchungen und eine bessere Vernetzung der Angebote und Anbieter.

Diese Grundideen erfuhren durch die gesamtgesellschaftlichen Folgen der Corona-Pandemie eine besondere Aktualität.

Seit dem Startschuss der Offensive durch die drei Bundesminister:innen Hubertus Heil (BMAS), Jens Spahn (BMG) und seinerzeit noch Franziska Giffey (BMFSFJ) im Oktober 2020 wird das breite Bündnis mittlerweile von knapp 70 Institutionen aus dem Bereich der Prävention, von Krankenkassen, Unfallkassen, Sozialversicherungsträgern, der Bundesagentur für Arbeit, Fachgesellschaften, Betroffenenverbänden und weiteren Akteuren und Multiplikatoren unterstützt und getragen. 13 weitere Institutionen unterstützen die Ziele der OPG [3].

Sensibilisierung, Vernetzung und Aktivierung

In einer breit angelegten Informationskampagne und durch die Einbindung prominenter Botschafterinnen und Botschafter wurde die Offensive der

(Fach-)Öffentlichkeit bekannt gemacht (»»» Abbildung 1). Um ihrem Anliegen – mehr Offenheit im Umgang mit psychischer Gesundheit – Sichtbarkeit zu verleihen, veranstaltete die OPG eine lebensweltübergreifende Aktionswoche. Eine Abfrage im Netzwerk der OPG sammelte und bündelte im Frühjahr 2021 weit über 3.000 Angebote von 723 Präventions- und Unterstützungsakteuren für verschiedene Zielgruppen und Lebenswelten. Darüber, wie eine bessere Vernetzung gelingen kann, diskutierte das Netzwerk der OPG mit vielen hundert Partnern, Unterstützern und Interessierten in zwei hybriden Dialogforen und entwickelte gemeinsame Handlungsansätze bis hin zu Forderungen nach einem Nationalen Aktionsplan, einer stärkeren Verankerung in den Lebenswelten, besseren Kooperationsmöglichkeiten zwischen Bund, Ländern und kommunaler Ebene sowie die übereinstimmende Einsicht der Diskutantinnen und Diskutanten, dass die Bündelung der vorhandenen Angebote verbessert werden muss.

Abbildung 1 Kampagnenmotive der Offensive Psychische Gesundheit



Was ist zu tun? Schlussfolgerungen aus der Offensive Psychische Gesundheit

Prävention ist neben der Kuration und der Rehabilitation eine zentrale Säule im System der sozialen Sicherung. Sie ist von wesentlicher Bedeutung, um Belastungen frühestmöglich zu reduzieren, gesundheitliche Ressourcen zu stärken und Erkrankungen zu vermeiden.

Thema Offenheit

Die Förderung von größerer Offenheit im Umgang mit psychischen Erkrankungen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Jede und jeder Einzelne kann hier ihren bzw. seinen Beitrag leisten. Die für die Lebenswelten Verantwortlichen wie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, Schulverwaltungen und Pflegeeinrichtungen sowie viele andere sind gefordert, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen, um Belastungsfaktoren zu mindern und Gesundheitsressourcen zu stärken. Außerdem gilt es, mehr Aufklärung und Wissen in der Gesellschaft über mögliche Risiken für die psychische Gesundheit und über die Möglichkeiten zur Stärkung ihrer gesundheitlichen Ressourcen zu verbreiten. Ein gesundheitsbewusster Umgang mit der eigenen Psyche ist notwendig, damit Betroffene befähigt werden, mögliche anhaltende psychische Belastungen rechtzeitig wahrzunehmen und sich diese auch zuzugestehen, um sich anderen anvertrauen und im Bedarfsfall die notwendige Unterstützung suchen sowie auch leichter finden zu können. Dafür ist es hilfreich und ein gutes Signal, wenn prominente Persönlichkeiten über eigene Erfahrungen berichten und diese öffentlich machen – so wie die Autorin und Bloggerin Victoria Müller und der ehemalige Weltklasse-Skispringer Sven Hannawald dies getan und auch in die OPK eingebracht haben. Genauso wichtig ist ein Gesundheitsbewusstsein bei den Verantwortlichen in den jeweiligen Lebenswelten der Menschen, damit sie ihren Teil zur Unterstützung des psychischen Wohlbefindens beitragen können. Dafür muss das Thema in allen Lebenswelten adressiert werden.

Zur Verstärkung ist es jetzt essenziell, das Thema Offenheit sowohl auf individueller Ebene zu adressieren als auch darüber hinaus strukturell in den Lebenswelten zu verankern. Eine Offenheit in Hinblick auf maßgebliche Rahmenbedingungen der psychischen Gesundheit in einer Lebenswelt kann beispielsweise über die Berücksichtigung psychischer Belastung in der betrieblichen Gefährdungsbeurteilung und ein strukturiertes Gesundheitsmanagement erreicht werden.

Thema Vernetzung

Das Präventionsgesetz hat 2015 erstmals zusammenhängende und aufeinander aufbauende bundeseinheitliche Regelungen zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten geschaffen und bietet den Beteiligten Gestaltungsmöglichkeiten, die zunehmend mehr genutzt und umgesetzt werden.

Die Präventions- und Unterstützungsangebote zur Förderung der psychischen Gesundheit in Deutschland sind qualitativ hochwertig und zahlreich. Viele engagierte institutionelle Akteure und Anbieter im Feld der Prävention halten Angebote für unterschiedliche Lebenswelten und Zielgruppen vor. Zur Wahrheit gehört auch, dass diese Angebote ganz überwiegend in der Logik verschiedener Sozialsysteme und deren jeweiliger spezifischer Aufgabenstellung entwickelt wurden und entsprechend angeboten werden. Diese Vielfalt ist eine große Stärke. Allerdings kann sie auch dazu führen, dass die Palette an Angeboten für Hilfe suchende Menschen gegebenenfalls als unübersichtlich wahrgenommen wird, passgenaue Hilfen nur schwer gefunden werden und ihre volle Wirksamkeit nicht immer entfalten können. Die Sozialleistungsträger arbeiten in der Nationalen Präventionsstrategie zusammen. Dennoch können aus den unterschiedlichen Leistungssystemen Schnittstellen resultieren, die eine lebensweltübergreifende Vernetzung von Präventionsangeboten erschweren.

Die Kooperation der Leistungsträger und Leistungserbringer sowie die Koordination der Leistungen und Angebote sind zentrale Aufgaben, die durch bundesweite Aktivitäten gefördert werden sollten. Die Vernetzung und das Wissen um die Angebote anderer Anbieter kann die größte Wirkung entfalten, wenn sie möglichst auf kommunaler Ebene erfolgt.

Die Zusammenarbeit der relevanten Leistungsträger untereinander und mit weiteren maßgeblichen Akteuren wie den Vertretern der Sozialpartner, den Ländern und Kommunen z.B. im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) und der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) ist ein wichtiger Schritt, um die Zusammenarbeit zu verbessern und Präventions- und Unterstützungsangebote auch bei psychischen Belastungen in den Lebenswelten besser miteinander zu verzahnen. Die auf der Bundesebene erreichten Erfolge müssen über die Fachgremien hinaus in der Breite der Gesellschaft ankommen. Damit die der Prävention am Arbeitsplatz verpflichteten Sozialversicherungsträger beispielweise die in den Lebenswelten Verantwortlichen auf Grundlage der im Wege der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung gewonne-

nen Erkenntnisse bei der Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen gemeinsam und passgenau unterstützen, muss die Vernetzung verbessert und die Zusammenarbeit gestärkt werden.

Ein niederschwelliger Zugang ist für die tatsächliche Inanspruchnahme der Präventions- und Unterstützungsangebote konstitutiv und sollte systematisch durch die lokale Erreichbarkeit der Angebote durch die Verantwortlichen in den Lebenswelten sichergestellt werden.

Fazit & Ausblick

Die Bundesministerien für Arbeit und Soziales, für Gesundheit und für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützen gemeinsam mit den Partnern und Unterstützern der Offensive Psychische Gesundheit den Ansatz, Austausch und Vernetzung der Präventionsakteure mit den Lebenswelt-Verantwortlichen zu vertiefen. Die Offensive Psychische Gesundheit hat

diesen breiten Ansatz erstmals in die Zusammenarbeit eines breiten Bündnisses an Institutionen übersetzt – diese Logik sollte weitergeführt werden, um gemeinsam mehr Offenheit im Umgang mit psychischen Belastungen zu erreichen und Vernetzungsstrukturen zu etablieren. Perspektivisch sollte die Vernetzung in einen strukturierten, übersichtlichen Zugang zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten münden.

Literatur

1. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, 2019.
2. psyGA. Offener Umgang mit psychischer Gesundheit. https://www.psyga.info/fileadmin/Angebote/PDFs/psyGA_Monitor_Offener_Umgang_mit_psychischer_Gesundheit_barrierefrei.pdf [abgerufen 18.6.2021]
3. INQA.de – Initiative Neue Qualität der Arbeit. Ziele und Partner*innen der Offensive Psychische Gesundheit. <https://inqa.de/DE/vernetzen/offensive-psychische-gesundheit/ziele-und-partner-der-offensive.html> [abgerufen 18.6.2021]



Simone Franke-Müller

Nach dem Studium der Politikwissenschaften in Berlin und Barcelona und einem Studium für Verwaltung und Recht in Berlin, begann Simone Franke-Müller 2001 ihre Tätigkeit im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Nach verschiedenen Stationen innerhalb des Hauses übernahm sie 2017 die Referatsleitung des Referats 203 in der Familienabteilung. Thematische Schwerpunkte sind die Bereiche Familienerholung und Müttergenesungswerk.



Olaf Liebig

Jurist, Ministerialrat im Bundesministerium für Gesundheit

Seit 1997 in verschiedenen Funktionen im Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie im Bundesministerium für Gesundheit tätig, u.a. als juristischer Referent für Fragen der Prävention, Rehabilitation und der Teilhabe behinderter Menschen. Seit 2011 Leiter des Referats „Rechtsfragen der primären Prävention und Gesundheitsförderung, Betriebliche Gesundheitsförderung sowie Präventionsforschung“ im Bundesministerium für Gesundheit.



André Große-Jäger

André Große-Jäger hat an der Technischen Universität Berlin studiert und ist Diplom-Ingenieur Umwelttechnik. Seit 1989 arbeitet er im Bundesministerium für Arbeit und Soziales. André Große-Jäger leitet das Referat IIIb4 „Gesundheitliche Auswirkungen des Wandels der Arbeit“ im BMAS. Konkret ist damit die Initiierung und Betreuung von Forschungs- und Forschungsanwendungsprojekten zu ökonomischen, sozialen und unternehmenskulturellen Aspekten der Gestaltung von gesunder Arbeit und zukunftsfähiger Arbeitsqualität, Netzwerkarbeit, Kooperation und Gremienarbeit mit relevanten Stakeholdern verbunden.

Interview mit Maria Klein-Schmeink



© Maria Klein-Schmeink/
Joachim Pantel

Maria Klein-Schmeink
Gesundheitspolitische
Sprecherin der Bundestags-
fraktion Bündnis 90/Die Grünen

Welchen besonderen Herausforderungen muss Betriebliches Gesundheitsmanagement insbesondere in Zeiten der Corona-Pandemie gerecht werden?

Die Corona-Pandemie hat die Arbeitswelt vor große Herausforderungen gestellt. Für viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wurde von einem Tag auf den anderen Homeoffice Realität. Für viele gab es keinerlei Vorbereitung oder Unterstützung, sie mussten sich mit den neuen Realitäten arrangieren und möglichst optimale Lösungen finden. Organisationen und Arbeitsprozesse sowie die Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen haben sich durch das Arbeiten zuhause massiv verändert. Einerseits können Beschäftigte von mobiler Arbeit profitieren, denn sie können ihre Arbeit selbstständiger planen, sind flexibler und haben mehr Entscheidungsfreiheit. Gleichzeitig zeigt sich aber, dass Homeoffice auch mit stärkeren psychischen Belastungen einhergeht. Die Grenzen zwischen Job und Privatleben verschwimmen schnell. Hinzu kommt für Familien die Herausforderung von Kinderbetreuung und Homeschooling neben den Jobverpflichtungen, oft im Zusammenhang mit begrenzten Räumlichkeiten. Nicht alle haben zu Hause optimale Bedin-

gungen, das gilt für fehlenden Platz und fehlende Büromöbel ebenso wie für die technische Ausstattung. Es ist auch bei weitem nicht selbstverständlich, dass für jedes Familienmitglied ein digitales Endgerät zur Verfügung steht, mit dem Homeoffice und Fernunterricht bewältigt werden können.

Klare Rahmenbedingungen, die betrieblichen Gesundheitsschutz auch im Homeoffice sicherstellen, sind dadurch wichtiger denn je geworden. Denn Arbeitsschutz gilt auch bei mobilem Arbeiten. Die Regeln müssen so ausgestaltet werden, dass die Vorteile von Homeoffice überwiegen. Dabei ist insbesondere die Arbeitszeit bei der mobilen Arbeit von großer Bedeutung.

Sind (politische) Maßnahmen für die betriebliche Prävention nach der Bundestagswahl 2021 – auch mit Blick auf die digitale Transformation – erforderlich und wenn ja, welche?

In der Zeit nach der Pandemie wird nicht alles wieder werden wie vorher. Das gilt insbesondere für mobiles Arbeiten und Homeoffice. Es wurde offensichtlich, wie groß das Potenzial für mobiles Arbeiten ist und welche Gestaltungsspielräume und Zugewinne es für Beschäftigte bringen kann. Die Vorteile sind vielfältig – nicht zuletzt wenn es um die Bekämpfung der Klimakrise geht. Die Arbeit von zu Hause aus bietet mehr Zeitsoveränität, das haben viele Beschäftigte zu schätzen gelernt. Dazu kommt, dass neue digitale Techniken wie z.B. für Videokonferenzen inzwischen gut erprobt sind.

Wir setzen uns für ein Recht auf Homeoffice ein, allerdings müssen Homeoffice und mobiles Arbeiten dann auch so ausgestaltet sein, dass die Beschäftigten wirklich davon profitieren. Ganz wichtig: Homeoffice muss immer freiwillig sein und vor allem alternierend, als Ergänzung zum festen Arbeitsplatz. Das ist notwendig, damit die Beschäftigten sozial integriert sind und bei der Weiterbildung oder bei

Aufstiegsmöglichkeiten nicht unsichtbar werden. Homeoffice darf auch nicht zu unbezahlter Mehrarbeit führen. Darum muss jede Stunde Arbeit dokumentiert und am Ende auch bezahlt werden. Wenn der Arbeitstag vorbei ist, dann haben die Beschäftigten das Recht, nicht mehr erreichbar zu sein.

Perspektivisch sollten die benötigten mobilen Arbeitsgeräte bei Bedarf von den Unternehmen gestellt bzw. gewartet werden und müssen den gängigen Arbeitsschutzanforderungen entsprechen. Der Arbeitsschutz ist für Homeoffice und mobiles Arbeiten grundsätzlich im Arbeitsschutzgesetz geregelt. Das Unternehmen sollte Verantwortung übernehmen, indem es die Beschäftigten im Unternehmen unterweist und über Gefährdungspotenziale und Schutzmaßnahmen informiert. Dazu muss der Gesetzgeber den Unternehmen praktikable Leitlinien an die Hand geben, wie für mobile Arbeitsplätze gemeinsam mit den Beschäftigten Gefährdungsbeurteilungen erstellt werden können, ohne dass die privaten Arbeitsplätze dafür besucht werden müssen.

Das Arbeitszeitgesetz gilt auch für das Homeoffice. Hier muss die Bundesregierung schnellstmöglich für Klarheit sorgen und das EuGH-Urteil zur Dokumentation von Arbeitszeiten im Austausch mit den

Sozialpartnern zügig umsetzen. Die Tarifpartner sollten angeregt werden, passgenaue Tarifverträge zu verhandeln. Mit der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit ist dann auch die Erreichbarkeit geregelt.

Für sinnvoll halten wir es auch, mit einer Betriebsvereinbarung passgenaue Regelungen zu vereinbaren, die den spezifischen betrieblichen Anforderungen gerecht werden. Betriebs- und Personalräte erhalten ein Mitbestimmungsrecht über die Menge der Arbeit bzw. über Zielvorgaben, wenn beim mobilen Arbeiten und im Homeoffice die Arbeit entgrenzt wird und Mehrarbeit entsteht.

Schließlich müssten auch die Regelungen zur gesetzlichen Unfallversicherung, zu Haftungsfragen und zum Datenschutz für mobiles Arbeiten und Homeoffice praktikabel für die Unternehmen und Beschäftigten gleichermaßen konkretisiert werden. Darüber hinaus sollte es ein eigenständiges Beschäftigtendatenschutzgesetz geben, das auch Regelungen für Homeoffice und mobiles Arbeiten berücksichtigt.

Und last but not least sollte die moderne Arbeitswelt von Bund, Ländern und Kommunen mit guter Infrastruktur, also guter digitaler Anbindung, unterstützt werden – auch um das Arbeiten auf dem Land attraktiver zu machen.

Digitale Plattformarbeit – Digitale Soziale Sicherung

Enzo Weber

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Nürnberg

Die Digitalisierung krepelt die Arbeitswelt in vielfacher Hinsicht um. Jobs fallen weg, andere entstehen neu, Berufe verändern sich, die Arbeitsbedingungen und die Arbeitsinhalte wandeln sich. Darüber hinaus geht es aber auch um die Art und Weise, wie Arbeitsmärkte funktionieren: Onlineplattformen organisieren Arbeitsmärkte digital, Angebot an und Nachfrage nach einzelnen Tätigkeiten werden zusammengebracht. Letztere sind extrem vielfältig, das Spektrum reicht etwa von Fahrdienstleistungen bis zur Programmierung. Alle diese Veränderungen verstärkten sich in der Corona-Krise in besonderem Maße.

In den vergangenen Jahren hat die Plattformwirtschaft weiter an Bedeutung gewonnen, mit dem digitalen Corona-Ausnahmestand gab es einen Schub. Entsprechend wichtiger wird die über digitale Plattformen organisierte Arbeit. Die soziale Absicherung in der Plattformarbeit weist dabei gravierende Lücken auf. Die „Digitale Soziale Sicherung“ (DSS) zeigt ein Konzept auf, wie Sozialversicherung auch in einem sehr kurzfristig agierenden, (teilweise) international integrierten Markt organisiert werden kann. Dabei wird in die Plattformen ein digitaler Mechanismus implementiert, der mit jeder Beendigung eines Jobs automatisch einen bestimmten Prozentsatz des vereinbarten Entgelts als Sozialbeitrag abführt. Indem der DSS-Mechanismus an der Plattform ansetzt, wird ein effektives digitales Quellenabzugsverfahren für Plattformarbeit ermöglicht. Das System wäre offen für die Beteiligung (möglichst vieler) verschiedener Staaten. Die nationale Sozialversicherung behält aber ihre Souveränität und Flexibilität. Das Modell der Plattformarbeit mit seinen Chancen kann durch DSS auf eine sozial und wirtschaftlich nachhaltigere Basis gestellt werden.

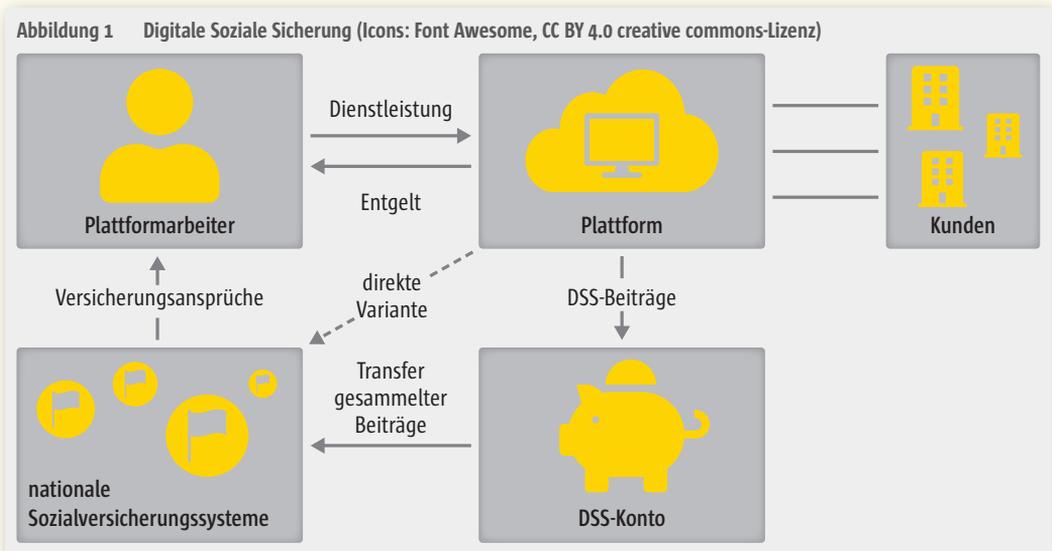
Plattformarbeit: viele Tätigkeiten, wenig soziale Absicherung – und Corona-Schub

Schon die Breite von möglichen Tätigkeiten legt Wachstumspotenzial nahe. In der Tat zeigen Studien [z. B. 1] eine Beteiligung an Plattformarbeit, die etwa bereits über diejenige in der Zeitarbeit hinausgeht. So ergibt sich für 15 EU-Staaten etwa ein Anteil von

gut zwei Prozent der Bevölkerung im Erwerbsalter, die Plattformarbeit als Hauptjob betreiben. Der Kreis derjenigen, die zumindest in relevantem Umfang über Plattformen tätig sind, ist noch deutlich größer.

Diese Entwicklungen ergaben sich schon vor Corona. Mit der Pandemie hat die Digitalisierung im Arbeitsleben noch einmal einen starken Schub bekommen. Das gilt zum Beispiel für das Ausmaß, in dem Aufgaben in Heimarbeit erledigt werden, aber auch für Geschäftsmodelle ([4]): Der Trend zum Onlinehandel etwa nahm ruckartig zu, die Nachfrage nach anderen Onlinediensten verstärkte sich massiv, allen voran virtuelle Veranstaltungen. Aber auch die Lieferdienste legten rasant zu, inklusive der plattformbasierten Essenslieferanten. Die eindeutigen Vorteile rein digitaler Plattformarbeit wurden deutlich, da sie ohne physische Kontakte und auch bei geschlossenen Grenzen international ablaufen kann. Sicherlich haben auch Plattformen unter dem Nachfrageeinbruch der Wirtschaftskrise gelitten, aber insgesamt ist zu erwarten, dass der Trend zur Plattformarbeit mit Corona noch weiter forciert wurde.

Aus Arbeitsmarktperspektive könnte Plattformarbeit durchaus Potenzial haben. Plattformen können etwa die Markttransparenz erhöhen, Transaktionskosten senken und Flexibilität vergrößern. Sie könnten prinzipiell auch Möglichkeiten des unabhängigen und selbstbestimmten Arbeitens bieten. Dem stehen aber auch Nachteile entgegen: So zeigen mittlerweile etliche Studien [z. B. 1], dass die soziale Absicherung der Betroffenen gravierende Lücken aufweist. Selbst wenn die Absicherung der Personen in einem Land rechtlich gesehen möglich ist, fällt die effektive Abdeckung schwach aus. Die Corona-Krise hat diese Lücken schmerzlich offengelegt. Gerade die Gruppen der Erwerbstätigen mit schwacher sozialer Absicherung gerieten unter Druck: Minijobber und Selbständige – und auch die meisten Plattformtätigkeiten werden als selbständig behandelt. Ziel muss es deshalb sein, den sozialen Schutz dieser Gruppen zu verbessern.



Das Konzept der Digitalen Sozialen Sicherung

Die Herausforderung in der Plattformwirtschaft liegt darin, dass man es mit einem teils international integrierten, extrem flexiblen Markt mit einer Vielzahl von Kleinstjobs und ständig wechselnden Vertragspartnern zu tun hat. Die digitale Plattformökonomie stellt die soziale Sicherung also vor Probleme. Das Konzept der „Digitalen Sozialen Sicherung“ [5] zeigt aber einen Weg auf, wie man sich die neue digitale Marktform zunutze machen kann, um Sozialversicherung auch in einem solchen Umfeld zu organisieren.

Das DSS-Konzept orientiert sich am Begriff des zentralen Marktakteurs. Zahlreiche heutige Sozialversicherungssysteme sind im Zuge der industriellen Transformation entstanden. Diese führte zu einer Organisation vieler Beschäftigter in Firmen. Genau dies machte man sich zunutze, indem Schutzstandards und Sozialversicherung direkt bei den Firmen angesetzt wurden. Wir durchleben heute erneut eine Transformation, diesmal im Zeichen der Digitalisierung. Entsprechend sollte man nun direkt bei den neuen zentralen Akteuren der Online-Wirtschaft ansetzen, nämlich den Plattformen.

Hier liegen die relevanten Informationen vor, nämlich über Auftragnehmer, Auftraggeber und das vereinbarte Entgelt. Letzteres muss üblicherweise vorab deponiert werden, und Plattformen verlangen teils erhebliche Gebühren. Sie wären also auch in der Lage, Abführung von Sozialversicherungsbeiträgen durchzusetzen.

Dementsprechend sieht DSS vor, direkt in die Plattformen einen digitalen Mechanismus zu implementieren, der mit jeder Beendigung eines Jobs einen bestimmten Prozentsatz des vereinbarten Entgelts auf das DSS-Konto des Plattformarbeiters überweist (»»» Abbildung 1). Dies ist Teil eines digitalen Systems persönlicher Konten, auf denen die Beiträge aus allen Plattformaufträgen kumuliert werden. Dieses System würde eine gemeinsame Infrastruktur bereitstellen und könnte von einer bereits bestehenden internationalen Institution wie der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) oder der Weltbank – oder z.B. auch EU-intern – verwaltet werden. Der Beitrag könnte beispielsweise zur Hälfte als Zahlung zusätzlich zur vereinbarten Vergütung und zur Hälfte als Abzug von der vereinbarten Vergütung finanziert werden. Machbar wäre auch ein Beitrag der Plattform.

In regelmäßigen Abständen werden die gesammelten Beiträge dann in das Sozialversicherungssystem des Wohnsitzlandes des Plattformarbeiters transferiert. Hier werden Ansprüche in etablierten Strukturen generiert. Die nationale Sozialversicherung behält also ihre Souveränität und Flexibilität. Es wäre keinerlei Harmonisierung oder Standardisierung sozialversicherungspolitischer Regelungen notwendig.

So würde die Verteilung der Beiträge auf verschiedene Sozialversicherungszweige weiterhin länderspezifisch erfolgen. Zentral wären sicherlich die großen Zweige Renten- und Krankenversicherung.

Erhebliche Beitragsrückstände, wie sie etwa häufig bei Krankenversicherungen Selbständiger auftreten, könnten durch das automatische Verfahren vermieden werden. Gerade für den Aufbau von Rentenansprüchen könnten nebenberufliche Tätigkeiten in der Plattformarbeit einen Beitrag leisten, wie auch Plattformarbeit etwa neben dem Studium. Dies folgt dem Prinzip, die soziale Sicherung an die Erzielung von Einkommen zu knüpfen und dafür auch verschiedene Quellen zu berücksichtigen (vgl. [1]). Auch Arbeitslosigkeit ist ein für die Plattformarbeit durchaus relevantes Phänomen. So zeigen Forschungsergebnisse ([6]), dass keineswegs von einem stets verfügbaren unerschöpflichen Pool von Aufträgen auszugehen, sondern die Menge an Arbeit häufig unzureichend ist. Dementsprechend wäre auch eine Einbeziehung in die Arbeitslosenversicherung in Betracht zu ziehen – umso mehr, wenn diese auch Weiterbildungsleistungen umfasst, zu denen Plattformarbeiter ohne betrieblichen Kontext keinen organisierten Zugang haben. Die Transparenz der DSS-Beitragszahlungen würde das Problem lösen, Arbeitslosigkeit für Freelancer festzustellen. Schoukens und Weber [3] diskutieren, wie eine Arbeitslosenversicherung für Selbständige und auch bei Mehrfach-tätigkeiten ausgestaltet werden sollte. Schließlich ist auch das Risiko von Arbeitsunfällen zu bedenken. Als Empfänger infrage kämen prinzipiell auch private Versicherungen bzw. Nichtregierungs-Institutionen.

Als einfachste und transparenteste Lösung käme ein einheitlicher DSS-Beitragssatz in Betracht. Dieser würde naturgemäß nicht die Vielfalt der nationalen Sätze abbilden. Dem könnte Rechnung getragen werden, indem die individuellen Leistungsansprüche entsprechend der länderspezifischen Beitragssätze skaliert würden: Läge der DSS-Beitrag zum Beispiel fünf Prozent unter demjenigen im jeweiligen nationalen System, so wären auch die daraus resultierenden Leistungsansprüche (außer in der Krankenversicherung) um fünf Prozent niedriger. Eine solche Skalierung wird beispielsweise in der freiwilligen gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung für Selbständige in Deutschland heute bereits praktiziert. Wenn länderspezifische Beitragssätze präferiert werden, wäre aber auch das organisierbar – unter Umständen auch beschränkt auf ortsgelundene Tätigkeiten.

Ein digitales Quellenabzugsverfahren – und Varianten

DSS bietet die Möglichkeit, ein digitales Quellenabzugsverfahren für die Plattformwirtschaft zu imple-

mentieren. Dies stellt soziale Absicherung automatisch sicher, was gerade vor dem Hintergrund einer meist starken Cash-Präferenz wie auch typischer Informationsdefizite einen wesentlichen Vorteil darstellt. Überraschende Nachforderungen und andere Unsicherheiten werden durch DSS vermieden, ebenso wie Beitragshinterziehung. DSS bietet ein hohes Maß an Effizienz für Plattformarbeiter und Kunden. Es sind genau diese Gründe, aus denen viele Länder für die abhängige Beschäftigung ein Quellenabzugsverfahren verwenden. Aufgrund seiner digitalen Ausgestaltung wäre DSS aber auch für Plattformen als Digitalunternehmen eine minimal invasive und maximal effiziente Lösung.

Die Beteiligung wäre verpflichtend zu gestalten. Durch die Möglichkeit, Aktivitäten von nicht-kooperierenden Plattformen in ihrem Hoheitsgebiet zu beschränken, hätten Staaten generell eine Handhabe zur Durchsetzung. Da Plattformen als Geschäftsmodell auf Offenheit und Netzwerkeffekte angewiesen sind, wäre selbst eine bloße Illegalisierung nicht-kooperierender Plattformen schon ein erhebliches Druckmittel. Die Regelbefolgung ließe sich etwa durch Inkognito-Stichproben und Steuerinformationen überprüfen. Die organisatorische Durchschlagskraft und Verhandlungsmacht würde mit der Zahl der teilnehmenden Länder zunehmen. Die Europäische Union kann eine produktive Rolle spielen.

Möglich wären auch Varianten des Grundmodells: So könnten die Beiträge von den Plattformen auch ohne Zwischenschaltung eines DSS-Kontensystems direkt an die nationalen Systeme fließen („direkte Variante“ in  Abbildung 1), so wie es zunehmend etwa bei der Abführung von Umsatzsteuern geschieht. Die Beitragskonten würden dann komplett in nationaler Regie geführt. In diesem Falle sollten technische Standards für Schnittstellen und Prozesse definiert werden, wie sie im DSS-Kontensystem ohnehin zum Einsatz kämen. Denkbar wäre, dass die einzelnen Nationalstaaten entweder das DSS-Kontensystem in Anspruch zu nehmen oder für die direkte Variante optieren. Eine Möglichkeit wäre auch, die Beiträge nicht von Job zu Job sondern traditionell kumuliert am Monatsende abzuführen. Eine weitere Variante könnte vorsehen, dass keine Sozialversicherungsbeiträge direkt von den Plattformen transferiert, sondern lediglich Informationen über erzielte Einkommen der Personen übermittelt werden. Die Zahlungsverpflichtung läge dann beim Individuum. Über einen automatisierten Bankeinzug ließe sich der Prozess vereinfachen; eine solche Variante wird etwa gerade in Frankreich erprobt. Während auch dies ein gangbarer Weg ist, kämen

einige wesentliche Vorteile des Quellenabzugsverfahrens dabei nicht zum Tragen. Speziell würden Unsicherheit zu Zahlungsverpflichtungen und das Entstehen von Beitragsschulden speziell bei Illiquidität nicht vermieden. Die Internalisierung der Sozialversicherungskosten bei der Lohnfindung, die bei Quellenabzugsverfahren sehr direkt erfolgt, würde zulasten der Plattformarbeiter erschwert. Beiträge vonseiten der Plattform bzw. der Kunden würden nicht erfolgen.

Weiterhin könnte man daran denken, soziale Sicherung an die Besteuerung zu knüpfen. So findet eine Einkommensermittlung bereits im Rahmen der Steuererklärung statt. Bedacht werden muss dabei der vermutlich erhebliche Anteil von Schwarzarbeit bei Plattformtätigkeiten. Zudem weisen Einkommenssteuererklärungen oft große Verzögerungen auf. Die Probleme eines fehlenden Quellenabzugsverfahrens kämen auch hier zum Tragen. Sollte ein solches steuerlich organisiert werden, ließe sich aber ein gemeinsames Vorgehen mit der Organisation von Sozialversicherung in Betracht ziehen. Die Steuererklärung könnte zudem für mögliche Beitragsrückzahlungen genutzt werden, etwa im Falle besonders hoher Werbungs- bzw. Investitionskosten.

Möglicherweise sind in verschiedenen bestehenden Sozialsystemen eine obligatorische Beteiligung von Plattformen bzw. eine Einbeziehung entsprechender Einkünfte in die soziale Sicherung rechtlich nicht unmittelbar realisierbar. In solchen Fällen könnte das Konzept in einer ersten Phase auch vorsehen, dass der Plattformarbeiter die Plattform autorisiert, an DSS teilzunehmen – also Beiträge abzuführen bzw. Informationen zu übermitteln. Perspektivisch ist eine umfassende soziale Absicherung und Risikoverteilung nur mit einer verpflichtenden Sozialversicherung zu erreichen.

Soziale Sicherung für die Zukunft der Plattformarbeit

Der arbeitsrechtliche Status von Plattformarbeitern unterliegt erheblichen Unsicherheiten. DSS ist jedoch in jedem Falle sinnvoll: Für diejenigen, die als abhängig beschäftigt klassifiziert werden, bietet es ein effizientes Instrument, um soziale Sicherung in einem amorphen Arbeitsmarkt zu organisieren. Und für Selbständige und den großen Graubereich füllt DSS eine tatsächliche Lücke: Die effektive Abdeckung der sozialen Sicherung könnte entscheidend erhöht werden. Wird soziale Absicherung von Selbständigen politisch umfassend aufgestellt, bietet

DSS ein effektives System für die Umsetzung. Mit Blick auf die Zukunft, muss das System nicht auf die Plattformwirtschaft beschränkt bleiben: Bei elektronischer Rechnungsstellung von Selbständigen könnten über eine digitale Schnittstelle Sozialbeiträge automatisiert berechnet und abgeführt werden.

Die Entlohnung in der Plattformarbeit ist oft sehr niedrig, was die Finanzierung von sozialer Sicherung erschwert. Ohne soziale Sicherung werden prekäre Situationen aber beim Eintritt von Notlagen noch verschärft, individuelle berufliche Zukunftsinvestitionen erschwert und die Löhne in einem unregulierten Markt auf ein nicht nachhaltig ausreichendes Niveau gedrückt. Auch bestehen Fehlanreize, Jobs auf Plattformen zu verlagern, um über Scheinselbständigkeit Sozialversicherungskosten zu sparen. DSS kann in dieser Hinsicht eine positive soziale Entwicklung initiieren und dazu beitragen, die Potenziale von Plattformarbeit auf einer nachhaltigen Basis zu entwickeln.

Die Implementierung von DSS könnte über Experimente beginnen, die es Marktteilnehmern und politischen Entscheidungsträgern ermöglichen, Erfahrungen mit dem neuen Instrument zu sammeln und die Akzeptanz zu erhöhen. Sobald institutionelle Strukturen geschaffen und weiterentwickelt wurden, könnte der Anwendungsbereich erweitert werden. Für die vollständige Implementierung sind „First Mover“ erforderlich, die ein möglichst großes Gewicht in die Waagschale werfen und Standards setzen können. Dabei ist zu empfehlen, das System im Grundsatz für weitere Teilnehmer-Länder offen auszulegen. Dies könnte über die Zeit in eine multilaterale Regelung ähnlich dem internationalen Seearbeitsübereinkommen der ILO hineinwachsen. Politisch ist die Organisation der sozialen Sicherheit Sache des nationalen Gesetzgebers – aber die neue Herausforderung der Plattformarbeit ist für alle gleich. Und die Herausforderung der sozialen Sicherung ist mit Corona weltweit in den Fokus gerückt.

Literatur

1. Pesole A, Urzi Brancati MC, Fernández-Macías E, Biagi F, González Vázquez I (2018) Platform Workers in Europe – Evidence from the COLLEEM Survey. EUR – Scientific and Technical Research Reports, Publications Office of the European Union
2. Schoukens P, Barrio A (2017) The changing concept of work: When does typical work become atypical? *European Labour Law Journal* 8(4), 306–332
3. Schoukens P, Weber E (2020) Perspektiven nach Corona: Vorschlag zu einer Arbeitslosenversicherung für Selbstständige. *Soziale Sicherheit* 69(12), 427–431 und 70(1), 32–36

4. Weber E (2020a) Corona, Strukturwandel und Arbeitsmarkt. Ifo-Schnelldienst 73(9), 17–19
5. Weber E (2020b) Digitale Soziale Sicherung: Potenzial für die Plattformarbeit. Wirtschaftsdienst 100(13) 37–40. Der vorliegende Artikel folgt im wesentlichen dieser Quelle.
6. Berg J, Furrer M, Harmon E, Rani U, Silberman MS (2018) Digital labour platforms and the future of work: Towards decent work in the online world. International Labour Office – Geneva



Prof. Dr. Enzo Weber

Enzo Weber ist Leiter des Forschungsbereichs „Prognosen und gesamtwirtschaftliche Analysen“ am IAB und Inhaber des Lehrstuhls für Empirische Wirtschaftsforschung an der Universität Regensburg. Frühere Stationen als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Freien Universität Berlin, Mitglied des Sonderforschungsbereichs 649 „Ökonomisches Risiko“ der Humboldt-Universität zu Berlin, Gastforscher am Japan Center for Economic Research, Postdoc an der Universität Mannheim, Juniorprofessor an der Universität Regensburg, Forschungsprofessor am IAB. Enzo Weber berät nationale und internationale Regierungen, Parlamente, Institutionen, Parteien und Verbände und ist gefragter Ansprechpartner in den Medien.

Psychotherapeutische Versorgung in und nach der Corona-Pandemie

Christina Tophoven, Beate Elisabeth Mühlroth und Alessa Jansen
Bundespsychotherapeutenkammer, BPtK, Berlin

Die Corona-Pandemie, die mit der Eindämmung der Pandemie verbundenen Maßnahmen, sowie deren finanzielle und wirtschaftliche Konsequenzen, stellten für viele Menschen eine extreme psychische Belastung dar [1]. Grundsätzlich verfügen Menschen über ein erhebliches Potenzial, psychische Gefährdungen und Krisen zu durchleben. Je länger Krisen, Konflikte und lebensgefährdende Ereignisse aber dauern, desto eher sind die psychischen Widerstands- und Regenerationskräfte überfordert. Kommen dann auch noch existenzielle Sorgen und Ängste hinzu, können sich aus einer vorübergehenden psychischen Belastung leicht psychische Erkrankungen entwickeln.

Hygienekonzepte und Behandlungen per Video halfen, die psychotherapeutische Versorgung trotz Pandemie, Lockdown- und Quarantänemaßnahmen aufrechtzuerhalten [2]. Aber Videobehandlungen waren keine Option für Menschen, die in beengten Räumlichkeiten leben und/oder nicht über das notwendige Equipment verfügten. Besonders die schon vor der Pandemie vor allem außerhalb von Ballungsgebieten unzureichenden Behandlungskapazitäten stellten sowohl für Hilfesuchende als auch behandelnde Psychotherapeut:innen ein kaum zu lösendes Problem dar. Durch eine realistischere Bedarfsplanung und zusätzliche Möglichkeiten, zeitlich befristet mehr Behandlungskapazitäten zu schaffen, zum Beispiel durch die Anstellung weiterer Psychotherapeut:innen in den Praxen, muss dafür gesorgt werden, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen ohne lange Wartezeiten professionelle Hilfe erhalten können.

Psychische Folgen der Corona-Pandemie

Psychische Belastung im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie

Zahlreiche internationale Studien zeigten bereits im Frühjahr 2020, dass die mit der Corona-Pandemie einhergehende Ausnahmesituation einen großen Teil der Bevölkerung unmittelbar psychisch belastet [3–5]. In der bislang größten deutschen Untersuchung, der NAKO-Studie, in der im Mai 2020 mehr

als 100.000 Deutsche befragt wurden, berichteten die Befragten vermehrt von Stress im Vergleich zur Basisuntersuchung, die ein bis fünf Jahre zuvor stattgefunden hatte. Depressions- und Angstsymptome nahmen bei den Teilnehmer:innen unter 60 Jahren zu, insbesondere bei jungen Frauen [6]. Aktuellere Daten verdeutlichen nun, dass insbesondere die langanhaltende und wiederkehrende Ausnahmesituation des zweiten Lockdowns die Bevölkerung an die Belastungsgrenze brachte. Im Februar 2021 empfanden 71% der Befragten die Situation aufgrund der Maßnahmen gegen die Ausbreitung der Corona-Virus-Pandemie in den vergangenen sechs Monaten als bedrückend, während es im Frühjahr 2020 bezogen auf die ersten vier Wochen aufgrund der ersten Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie 59% waren und im Sommer 2020 lediglich 36% [7].

Dass Menschen in einer Ausnahmesituation wie der Corona-Pandemie vorübergehend gestresst, ängstlich oder niedergeschlagen sind und ausgeprägte Sorgen haben, ist nicht ungewöhnlich [8–10]. Kurzfristig können durch die akute Belastungssituation Ängste, Depressionen und Belastungsstörungen, aber auch Zwangsstörungen und Psychosen zunehmen [11–16]. Bei Überforderung mit der aktuellen Situation und gleichzeitigem Mangel an Ressourcen besteht zudem die Gefahr, dass vermehrt auf dysfunktionale Bewältigungsstrategien wie Alkohol- und Substanzmittelkonsum zurückgegriffen wird [17,18]. Aber nicht jeder Mensch, der psychisch belastet ist, leidet auch gleich unter einer psychischen Erkrankung. Entscheidend ist, ob sich die psychische Symptomatik chronifiziert, verschlimmert oder zur Entstehung oder Verschlechterung bereits bestehender psychischer Erkrankungen führt. Berufliche, gesundheitliche, familiäre, finanzielle und persönliche Belastungsfaktoren und Ressourcen beeinflussen maßgeblich, wie gut Menschen die anhaltende Belastung der Corona-Pandemie psychisch überstehen [1].

Insbesondere für medizinisches und Pflegepersonal kam es durch die Pandemie zu einer besorgniserregenden Doppelbelastung. Zur ohnehin schon hohen psychischen Vulnerabilität dieser Berufsgruppe [19] addierten sich weitere Belastungsfaktoren, wie ein hohes Infektionsrisiko, ethische und moralische Konflikte und, v.a. in der Altenpflege und auf intensivmedizinischen Stationen, hohe Sterberaten von Patient:innen und Pflegebedürftigen [20–23]. Auch Kinder und Jugendliche waren Leidtragende des pandemischen Ausnahmezustandes. Durch Kontaktbeschränkungen, die Schließung von Kitas, Schulen und Freizeitmöglichkeiten, verloren sie wichtige Kontakte zu Gleichaltrigen, waren in ihrem Spiel und Sozialleben massiv eingeschränkt und fühlten sich dadurch stark belastet [24]. Jugendliche berichten von einer fehlenden Zukunftsperspektive [25]. Nicht immer gelang den Familien der Spagat zwischen Homeoffice und Homeschooling und dem Wegfall der Kinderbetreuung [26,27]. Kurzarbeit, Arbeitslosigkeit und der Wegfall von Betriebseinnahmen verschärfen die psychischen Belastungen, die schon mit Betreuungsengpässen, Kontakt- und Ausgangeinschränkungen einhergehen, und werden die seelische Gesundheit der Bevölkerung vermutlich langfristig prägen. Die Negativspirale aus Arbeitslosigkeit und psychischer Krankheit kann die soziale Ungleichheit in der Bevölkerung weiter zuspitzen. Die schwierigen Lebenslagen ohnehin schon sozial benachteiligter Menschen und Familien werden sich weiter verschärfen [27,28]. Nur zehn Prozent der Mütter und Väter mit einfacher Bildung und geringem Einkommen gaben in einer repräsentativen Befragung des Bundesfamilienministeriums an, ihr Kind auch von zu Hause aus gut fördern zu können. Anzunehmen ist daher, dass viele dieser Kinder und Familien langfristig auf Hilfe angewiesen sein werden [27].

Menschen mit bestehenden psychischen Erkrankungen

Besonders den Menschen, die psychisch vulnerabel sind, bereits in der Vergangenheit psychisch erkrankt waren oder aktuell unter einer psychischen Erkrankung leiden, kann es schwerfallen, die Pandemie psychisch gesund zu überstehen [12,29]. Durch die Pandemie ist es für die Betroffenen deutlich schwerer, Hilfs- und Selbsthilfesysteme zu aktivieren. Haltgebende Alltagsstrukturen und Sozialkontakte fallen weg, was wiederum zu einer Verschlechterung bereits bestehender Symptome führen kann.

Auch die Forschung zeigt, dass sich der Krankheitsverlauf und die Versorgung von Menschen mit

Depressionen aufgrund der anhaltenden Einschnitte durch die Pandemie zunehmend verschlechtert hat. Laut dem Deutschland-Barometer Depression 2020, einer repräsentativen Befragung von über 5.000 Deutschen, waren Menschen mit Depressionen stärker durch die Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen der Corona-Pandemie im Frühjahr 2020 belastet als die Allgemeinbevölkerung. Sie litten doppelt so häufig unter der fehlenden Tagesstruktur und blieben deutlich öfter tagsüber im Bett [30]. Diese ausgeprägte Belastung blieb auch den Sommer über nach Abklingen der ersten Welle der Pandemie bestehen und nahm während der zweiten Welle der Pandemie noch einmal zu, wie eine Sonderbefragung aus dem Februar 2021 zeigte. Fast jeder zweite Befragte mit diagnostizierter Depression (44%) berichtete von einer Verschlechterung des Krankheitsverlaufs in den letzten sechs Monaten bis hin zu Suizidversuchen. Insbesondere diejenigen Menschen, die gerade eine depressive Episode durchlebten, litten unter dem zweiten Lockdown. Zwar fielen weniger Behandlungstermine aus als noch im Sommer 2020. Aber immer noch berichteten 22% von ausgefallenen Facharztterminen und 18% von ausgefallenen Psychotherapiesitzungen. Außerdem nahm die Anzahl an akut Erkrankten zu, die Termine aufgrund der unsicheren Situation nicht wahrnahmen (21% vs. 13% im Sommer 2020) und denen gar nicht erst Behandlungstermine angeboten werden konnten (22% vs. 17% im Sommer 2020). Die ohnehin schon angespannte Versorgungssituation hat sich also durch die Corona-Pandemie weiter zugespitzt [7].



Für viele waren die Einschränkungen durch die Corona-Pandemie sehr belastend. Insbesondere für Menschen mit einer bestehenden psychischen (Vor-)Erkrankung hat sich die Situation oft stark verschlechtert – sowohl bezogen auf die psychische Symptomatik als auch auf die Versorgungssituation.

Psychotherapie während der Corona-Pandemie

Rückgang der Inanspruchnahme zu Beginn der Pandemie

Insbesondere die große Angst vor Ansteckungen führte mit dem Ausbruch der ersten Infektionswelle zwischenzeitlich zu einem deutlichen Rückgang der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung. Wie Auswertungen des Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) veranschaulichen, wird in den Abrechnungsdaten psy-

chotherapeutischer Leistungen, genau wie bei anderen Facharztgruppen, eine „Corona-Delle“ sichtbar, mit bis zu 25% weniger Einzeltherapien und bis zu 60% weniger Gruppenpsychotherapien im März und April 2020 [31]. Auch in der stationären Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen war vorübergehend ein starker Behandlungsrückgang zu verzeichnen [32]. Innerhalb kurzer Zeit haben jedoch Hygienekonzepte und die Etablierung von Behandlungen per Video dazu geführt, dass viele psychisch belastete und kranke Menschen sich wieder wie gewohnt Hilfe suchen konnten. Spätestens mit Ende des zweiten Quartals 2020 erreichten die Abrechnungsdaten wieder das prä-pandemische Ausgangsniveau [31,32].

Aufrechterhaltung der psychotherapeutischen Versorgung durch Videobehandlungen

Videobehandlungen waren ein zentrales Mittel, um während der Corona-Pandemie die psychotherapeutische Versorgung aufrechtzuerhalten. Das hat zu einem massiven Innovationsschub in den psychotherapeutischen Praxen geführt. Eine Umfrage der Bundespsychotherapeutenkammer hat gezeigt [2]: Fast alle Psychotherapeut:innen haben mittlerweile Erfahrungen mit Behandlungen per Video (87,9%) und fast alle haben dies erstmals seit Beginn der Corona-Pandemie gemacht (91,4%).

Nach den Erfahrungen der Psychotherapeut:innen während der Pandemie lässt sich festhalten: Videobehandlungen sind eine wichtige Ergänzung, aber kein Ersatz für Behandlungen im unmittelbaren Kontakt. Bei Videobehandlungen ist die nonverbale Wahrnehmung eingeschränkt und es können nicht alle psychotherapeutischen Interventionen durchgeführt werden. Die meisten Psychotherapeut:innen (56,8%) haben deshalb Präsenz- und Videobehandlung schon während der ersten Coronawelle kombiniert. Am häufigsten wurde per Video behandelt, um das Infektionsrisiko von Patient:innen und deren Angehörigen zu senken. Das größte Hindernis bei Videobehandlungen waren instabile Internetverbindungen. Über 80% der Psychotherapeut:innen berichteten, dass technische Störungen zumindest manchmal der Grund für Probleme bei Videobehandlungen waren. Die Psychotherapeut:innen gaben an, dass auf dem Land die Internetverbindung bei rund 40% der Patient:innen nicht ausreichend war, um eine Psychotherapie per Video durchzuführen, in Großstädten immerhin noch bei 25%. Damit decken sich die Erfahrungen der Psychotherapeut:innen mit der im Gutachten „Digitalisierung für Gesundheit“ des Sachverständigenrats zur Begut-

achtung der Entwicklung im Gesundheitswesen getroffenen Feststellung, dass in Deutschland häufig die strukturellen Voraussetzungen für die Nutzung digitaler Innovationen nicht gegeben sind. Der Sachverständigenrat empfiehlt: „Um die Vorteile der Digitalisierung umfasslich nutzen zu können, ist der weitere Ausbau leistungsstarker, flächendeckender Internetverbindungen unabdingbar. Angestrebt werden sollte in diesem Zusammenhang vor allem der Ausbau des Glasfasernetzes“ [33].

Tatsache ist aber auch, dass insbesondere Menschen in ökonomisch schwierigen Lebenslagen durch die mit der Corona-Pandemie zusätzlich verbundenen Belastungen psychisch erkrankten. Videobehandlungen waren jedoch für viele dieser Patient:innen weder räumlich eine Option noch verfügten sie über die notwendige technische Ausstattung. Keine Option war eine Videobehandlung auch für vulnerable Patient:innen, wie z.B. Ältere oder Pflegebedürftige, die schon vor der Pandemie nur schwer Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung fanden. Es fehlen noch Konzepte, wie man die Vorteile der Digitalisierung für alle nutzbar machen kann oder wie man dafür sorgt, dass die Versorgung auch ohne Digitalisierung für alle sichergestellt ist.



Videobehandlungen haben erheblich geholfen, die psychotherapeutische Versorgung aufrechtzuerhalten. Der Goldstandard in der Psychotherapie bleibt aber der unmittelbare persönliche Kontakt.

Gestiegene Anfragen bei Psychotherapeut:innen

Mittlerweile zeichnet sich ein wachsendes Versorgungsdefizit ab: Die Anzahl der Menschen, die sich durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie psychisch belastet fühlen und sich psychotherapeutische Hilfe suchen, nimmt zu. Dem stehen unzureichende Behandlungskapazitäten gegenüber. Erste Auswertungen der BARMER zeigen bereits, dass die Anzahl von Akutbehandlungen und Anträgen für den Beginn oder die Verlängerung einer ambulanten Psychotherapie im Jahr 2020 um etwa 6% anstieg, im letzten Quartal 2020 sogar um 12,6% [34]. Laut einer Mitgliederumfrage der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPTV) sind die Patientenanfragen im Januar 2021 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 40% gestiegen (von 4,9 auf 6,9 Anfragen pro Woche), bei Kindern und Jugendlichen sogar um 60%. Nur jede:r vierte aktuell anfragende erwachsene Patient:in erhält einen Termin für ein erstes Gespräch. Und nur 10% der Patient:innen kann innerhalb eines

Monats ein Behandlungsplatz angeboten werden. 38% müssen länger als sechs Monate warten [35]. Hierbei handelt es sich jedoch um kein neues Phänomen. Nach einer BPTK-Auswertung von über 300.000 Versichertendaten für das Jahr 2019 warteten rund 40% der Patient:innen mindestens drei bis neun Monate auf den Beginn einer Behandlung, wenn zuvor in einer psychotherapeutischen Sprechstunde psychotherapeutischer Behandlungsbedarf festgestellt worden war. Dabei beginnt nur die Hälfte der Patient:innen nach einer psychotherapeutischen Sprechstunde eine Behandlung. Die Corona-Pandemie verschärft damit zusätzlich den ohnehin schon bekannten besorgniserregenden und bis dato ungelösten Mangel an Behandlungsplätzen vor allem außerhalb von Ballungsgebieten [36].

Berufsalltag der Psychotherapeut:innen während der Pandemie

Für Psychotherapeut:innen haben die durch die Corona-Pandemie bedingten Einschränkungen neue Herausforderungen mit sich gebracht. Für eine Psychotherapie sind der unmittelbare Kontakt und die Gleichzeitigkeit von sprachlicher und nonverbaler Kommunikation essenziell. Durch Therapiesitzungen per Video aber auch durch das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes im therapeutischen Setting war beides eingeschränkt. Hinzu kam, dass nicht in jedem Therapiesetting Hygienemaßnahmen das Risiko einer Infektion für Psychotherapeut:in und/oder Patient:in ausreichend reduzieren können. So kann beispielsweise bei der Behandlung von kleinen Kindern das Einhalten von Abstandsregeln nicht in jedem Fall gewährleistet werden und ist therapeutisch teilweise auch kontraproduktiv. Als belastend werden von vielen die zunehmenden Anfragen von Patient:innen nach Therapieplätzen erlebt, denen aber aufgrund ausgeschöpfter Kapazitäten kein Behandlungsangebot gemacht werden kann.

Ausblick: Psychotherapeutische Versorgung nach der Pandemie

Chancen der Digitalisierung nutzen

Fast alle Psychotherapeut:innen wollen Videobehandlungen auch in Zukunft weiter einsetzen, allerdings die Hälfte nicht mehr so häufig wie bisher [2]. Unabhängig von der Pandemie bieten Videobehandlungen Chancen für eine weitere Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung und der Behandlungskontinuität. Für Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen oder Menschen, die aufgrund ihrer Arbeit viel reisen müssen, ersparen sie

Wege zur Praxis oder machen es möglich, überhaupt Behandlungstermine wahrzunehmen. Mit Videobehandlungen lassen sich aber nicht alle Patient:innen erreichen. Schlecht zu erreichen sind insbesondere kleine Kinder, ältere Menschen, aber auch Menschen, die nicht über die notwendige technische Ausstattung oder einen ungestörten Raum für die Videobehandlung verfügen.

Neben Videobehandlungen können auch Gesundheits-Apps einen Beitrag zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung liefern. Durch sie lassen sich psychotherapeutische Behandlungen intensivieren und Therapieerfolge stabilisieren. Viele nationale und internationale Studien belegen inzwischen die Wirksamkeit von Gesundheits-Apps bei psychischen Erkrankungen [37], und auch auf dem deutschen Markt nimmt die Anzahl geprüfter digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA), die im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte gelistet sind, kontinuierlich zu. Zu den Voraussetzungen für eine geregelte Nutzung von Gesundheits-Apps gehört insbesondere, dass ihr Einsatz fachlichen Standards und Sorgfaltspflichten genügt, ihre Wirksamkeit nachgewiesen und eine ausreichende Funktionalität und Datensicherheit gewährleistet sind [38]. Insbesondere Diagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung müssen dafür durch Psychotherapeut:innen oder Ärzt:innen im unmittelbaren persönlichen Kontakt erfolgen. Auch für die Wirksamkeit der Gesundheits-Apps ist der unmittelbare Kontakt erforderlich: Bieten digitale Programme keine Unterstützung, die Patient:innen motiviert, das Programm weiter zu nutzen, oder keine Möglichkeit, Rückfragen zu stellen, brechen viele Nutzer:innen vorzeitig ab. Umfragen zeigen zudem, dass auch Patient:innen nicht bereit sind, auf den direkten Kontakt mit Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen zu verzichten [39].

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Digitalisierung in Form von Videobehandlungen und Gesundheits-Apps zu einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung beitragen kann. Sie stellt jedoch keinen Ersatz für den Aufbau ausreichender Behandlungskapazitäten dar. Einen tatsächlichen Nutzen für die psychotherapeutische Versorgung entfalten sie nur dann, wenn sie in eine kontinuierliche Behandlung eingebettet werden, die fachlichen Standards entspricht und die es auch erlaubt, bei Bedarf zu einer Behandlung im unmittelbaren Kontakt (zurück) zu wechseln, ohne dass dies einen Behandlerwechsel erzwingt [40]. Psychotherapie sollte aus einer Hand gewährleistet werden, unabhängig davon, ob sie als Präsenz- oder Video-

behandlung durchgeführt wird. Menschen müssen bei Krisen ihre:n Psychotherapeut:in kurzfristig in deren Praxis aufsuchen können [29]. Dafür ist eine räumliche Nähe notwendig. Es braucht eine regionale Verankerung digitaler Angebote in den psychotherapeutischen Praxen vor Ort. Offen ist die Frage, wie sichergestellt werden kann, dass die mit der Digitalisierung verbundenen Vorteile für alle Bevölkerungsgruppen nutzbar gemacht werden können. Armut macht krank, auch psychisch krank, aber gerade für diese Patientengruppen ist noch nicht absehbar, wie der Zugang zu Videobehandlungen und digitalen Anwendungen gestaltet werden kann. Gerade auch für diese Patientengruppen sind erstmal ausreichende Behandlungskapazitäten und ein niedrigschwelliger Zugang zur Versorgung zu sichern.

Ausweitung psychotherapeutischer Behandlungskapazitäten notwendig

Die Corona-Pandemie wird sich nicht nur unmittelbar, sondern auch mittel- und langfristig, auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auswirken. In Abhängigkeit vom Verlauf der Pandemie ändert sich sowohl die Verfügbarkeit von Ressourcen und Behandlungskapazitäten als auch der eigentliche Versorgungsbedarf der Bevölkerung.

Dies macht sich auch in der psychotherapeutischen Versorgung bemerkbar. Menschen, die stark unter den Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie leiden, durch eine Erkrankung an COVID-19 und deren Behandlung traumatisiert sind oder im beruflichen Kontext mit außergewöhnlichen Belastungen konfrontiert werden, brauchen oft unmittelbar professionelle Unterstützung, um einer Chronifizierung und Verschlechterung der Symptomatik vorzubeugen. Für Personen, die vom Wegfall laufender Behandlungsangebote, Hilfe- und Selbsthilfestrukturen betroffen sind, ist es unerlässlich, eine lückenlose ambulante und stationäre psychotherapeutische Versorgung zu gewährleisten. Notwendig sind für beide Patientengruppen mehr Behandlungskapazitäten – insbesondere außerhalb von Ballungszentren und im Ruhrgebiet. Das war schon vor der Corona-Pandemie so. Es wird nun aber nochmals dringlicher, um die für die psychischen und neuropsychologischen Langzeitfolgen einer COVID-19-Erkrankung, die psychischen Folgeerscheinungen der Pandemie und die Auswirkungen der wirtschaftlichen Langzeitfolgen der globalen Krise notwendigen psychotherapeutischen Behandlungen sicherzustellen. Neben einer realistischeren Bedarfsplanung sollten kurzfristig psychotherapeutische Praxen durch die Anstellung weiterer Psychotherapeut:innen Behand-

lungskapazitäten ausbauen können. Auch sollten Psychotherapeut:innen in Privatpraxen einen Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung leisten. Es muss darum gehen, dem grundlegenden strukturellen Problem einer unzureichenden Bedarfsplanung und dem akuten Problem der Corona bedingten Zunahme des Versorgungsbedarfs gerecht zu werden.

Die Digitalisierung der psychotherapeutischen Versorgung in Form von Videobehandlungen und Gesundheits-Apps erweitert Möglichkeiten und Reichweite, was zu einer Verbesserung des Hilfsangebots beiträgt. Sie stellt jedoch keinen Ersatz für den Aufbau ausreichender Behandlungskapazitäten dar. Außerdem braucht es Konzepte, diese Vorteile für ALLE nutzbar zu machen.

Literatur

1. BPTK (2020) Corona-Pandemie und psychische Erkrankungen: BPTK-Hintergrund zur Forschungslage. www.bptk.de
2. BPTK (2020) BPTK-Studie Videobehandlung. Eine Umfrage zur den Erfahrungen von Psychotherapeut*innen. www.bptk.de
3. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. (2020) A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *Gen. Psychiatry* 33, 19–21
4. Rossi R, Socci V, Talevi D, et al. (2020) COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Front. Psychiatry* 11, 7–12
5. Wang C, Pan R, Wan X, et al. (2020) Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 17, 1729
6. Peters A, Rospleszcz S, Greiser KH, Dallavalle M, Berger K. (2020) COVID-19-Pandemie verändert die subjektive Gesundheit. Erste Ergebnisse der NAKO-Gesundheitsstudie. *Dtsch. Arztebl. Int.* 117, 861–867
7. Deutsche Depressionshilfe (2021) Deutschland-Barometer Depression. Sondererhebung: COVID-19 und seine Folgen für die psychische Gesundheit
8. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. (2020) The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 395, 912–920
9. Sim K, Huak Chan Y, Chong PN, Chua HC, Wen Soon S. (2010) Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. *J. Psychosom. Res.* 68, 195–202
10. Taylor MR, Agho KE, Stevens GJ, Raphael B. (2008) Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: Data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC Public Health* 8, 447
11. Fineberg NA, Van Ameringen M, Drummond L, et al. (2020) How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) during COVID-19: A clinician's guide from the International College of

- Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCs) and the Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network (OCRN) of the Europ. Compr. Psychiatry 100, 152174
12. Chatterjee SS. (2020) Impact of COVID-19 pandemic on pre-existing mental health problems. *Asian J. Psychiatr.* 51, 102071
 13. Fischer M, Coogan AN, Faltraco F, Thomea J. (2020) COVID-19 paranoia in a patient suffering from schizophrenic psychosis – a case report. *Psychiatry Res.* 288, 113001
 14. Valdés-Florido MJ, López-Díaz Á, Palermo-Zeballos FJ, et al. (2020) Reactive psychoses in the context of the COVID-19 pandemic: Clinical perspectives from a case series. *Rev. Psiquiatr. Salud Ment.* DOI: 10.1016/j.rpsm.2020.04.009
 15. Brown E, Gray R, Lo Monaco S, O'Donoghue B, Nelson B, Thompson A, Francey S, McGorry P. (2020) The potential impact of COVID-19 on psychosis: a rapid review of contemporary epidemic and pandemic research. *Schizophr. Res.* DOI: 10.1016/j.schres.2020.05.005
 16. Kozloff N, Mulsant BH, Stergiopoulos V, Voineskos AN. (2020) The COVID-19 Global Pandemic: Implications for People With Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophr. Bull.* DOI: 10.1093/schbul/sbaa051
 17. Wu P, Liu X, Fang Y, et al. (2008) Alcohol Abuse/Dependence Symptoms Among Hospital Employees Exposed to a SARS Outbreak. *Alcohol Alcohol.* 43, 706–712
 18. Clay JM, Parker MO. (2020) Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: A potential public health crisis? *Lancet Public Heal.* 5, e259
 19. Techniker Krankenkasse (2019) Gesundheitsreport: Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften. <https://www.tk.de/resource/blob/2059766/2ee52f34b8d545eb81ef1f3d87278e0e/gesundheitsreport-2019-data.pdf>
 20. Eggert S, Teubner C. (2021) Die SARS-CoV-2-Pandemie in der professionellen Pflege: Perspektive stationärer Langzeitpflege und ambulanter Dienste. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-Corona-Langzeitpflege.pdf>
 21. Petzold MB, Plag J, Ströhle A. (2020) Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie Hintergrund. *Nervenarzt* DOI: 10.1007/s00115-020-00905-0
 22. Coach for Care (2020) Pflege in Zeiten von Corona: Ergebnisbericht Auszug. DOI: 10.1055/s-0040-1712191
 23. DBfK (2021) Gut geschützt bei der Arbeit? Zur konkreten Situation beruflich Pflegenden in der Praxis im zweiten Corona-Lockdown. *Dtsch. Berufsverband für Pflegeberufe.* <http://marefateadyan.nashriyat.ir/node/150>
 24. Ravens-Sieberer U, Otto C, Kaman A, et al. (2020) Psychische Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie. *Dtsch. Aerzteblatt Online* 117, 828–829
 25. Andresen S, Heyer L, Lips A, et al. (2021) Das Leben von jungen Menschen in der Corona-Pandemie: Erfahrungen, Sorgen, Bedarfe. Bertelsmann Stift.
 26. Bujard M, Laß I, Diabaté S, Sulak H, Schneider NF. (2020) Eltern während der Corona-Krise: Zur Improvisation gezwungen. *Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.*
 27. BMFSFJ (2020) Familien in der Corona-Zeit: Herausforderungen, Erfahrungen und Bedarfe
 28. Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) eds. (2021) Auswirkungen der Coronapandemie. Auszug aus dem Datenreport 2021. pp. 462–503
 29. Minds Y. (2020) Coronavirus : Impact on young people with mental health needs. <https://youngminds.org.uk/about-us/reports/coronavirus-impact-on-young-people-with-mental-health-needs/>
 30. Deutsche Depressionshilfe (2020) Deutschland-Barometer Depression. *Volkskrankheit Depression – So denkt Deutschland.* https://www.deutsche-depressionshilfe.de/presse-und-pr/downloads?file=files/cms/downloads/studienresultate_depression_so-denkt-deutschland.pdf
 31. Mangiapane S, Zhu L, Czihal T, von Stillfried D. (2021) Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise: Tabellarischer Trendreport für das 1. bis 3. Quartal 2020. *Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung Deutschland.*
 32. DAK-Gesundheit (2020) Corona-Pandemie: Folgen für die Krankenhausversorgung von Kindern und Jugendlichen. Eine Analyse auf Basis von Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit.
 33. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2021). *Gutachten Digitalisierung für Gesundheit.* www.svr-gesundheit.de
 34. BARMER (2021) *Pressemappe zum BARMER-Arztreport 2021*
 35. Rabe-Menssen C (2021) *Patientenanfragen während der Corona-Pandemie.* *DPTV. Dtsch. Psychother. Vereinigung*
 36. BPTK (2021). *BPTK-Auswertung: Monatelange Wartezeit bei Psychotherapeut*innen.* www.bptk.de
 37. Klein JP, Gerlinger G, Knaevelsrud C, Bohus M, Meisenzahl E, Kersting A, Röhr S, Riedel-Heller SG, Sprick U, Dirmaier J, Härter M, Hegerl U, Hohagen F, Hauth I (2016) *Internetbasierte Interventionen in der Behandlung psychischer Störungen.* *Nervenarzt* 87(11), 1185–1193
 38. BPTK (2019) *BPTK-Standpunkt: Gesundheits-Apps nutzen, ohne Patienten zu gefährden. Zur Digitalisierung in der Psychotherapie.* www.bptk.de
 39. KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018) *Patientenperspektiven 2018. Qualitative Studie zur Digitalisierung im Gesundheitswesen aus Sicht von Patientinnen und Patienten in Deutschland.* www.kbv.de
 40. Eichhorn T, Jansen A, Tophoven C (2020) *Neue Wege braucht das Land – auch um dort die Versorgung psychisch kranker Menschen sicherzustellen. Gesundheits- und Sozialpolitik* 2, 30–38



Dr. Christina Tophoven

Christina Tophoven studierte an der Albertus-Magnus-Universität zu Köln Volkswirtschaft sozialwissenschaftlicher Richtung. Sie war Mitarbeiterin des Lehrstuhls für Sozialpolitik der Universität zu Köln, des Deutschen Bundestages, des AOK-Bundesverbands und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Seit 2004 ist sie Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer.



Dr. rer. nat. Beate Elisabeth Mühlroth

Studium der Psychologie an der Freien Universität Berlin. Promotion und anschließende Forschungstätigkeit am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin, im Forschungsbereich für Entwicklungspsychologie. Mehrfache Auszeichnung der Forschungsarbeiten, u.a. von der Gesellschaft für Neuropsychologie e.V. (GNP) und der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin (DGSM). Seit 2021 wissenschaftliche Referentin in der Bundespsychotherapeutenkammer.



Dr. Alessa Jansen

Studium der Psychologie an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Promotion am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf/Universität Hamburg und Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin an der DGVT Hamburg/Berlin. Seit 2016 wissenschaftliche Referentin bei der Bundespsychotherapeutenkammer.

Pflege und Pflegekräfte in und nach der Coronavirus-Pandemie

Martin Schöllkopf

Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Im Februar und März 2020 hat sich das SARS-CoV-2-Virus sehr rasch auch in Deutschland verbreitet. Dabei wurde leider schnell deutlich, welche Risiken und Gefährdungen durch COVID-19 mit Blick auf pflegebedürftige Menschen, aber auch ihre Versorgung durch Angehörige und ambulante Pflegedienste sowie in Pflegeheimen verbunden sind: Ältere und insbesondere hochaltrige und durch chronische Krankheiten vorbelastete Menschen sind besonders von schweren Krankheitsverläufen durch COVID-19 betroffen und versterben im Fall einer Infektion deutlich häufiger daran (vgl. [5]). Ausbrüche gerade in Pflegeheimen waren daher vielfach mit schwersten Folgen insbesondere für die betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner verbunden. Gleichzeitig standen und stehen auch die Pflegekräfte im Rahmen der Bewältigung der Pandemie vor ganz besonderen Herausforderungen.

Vor diesem Hintergrund befindet sich die Pflege seit Frühjahr 2020 im steten Krisenmodus: Es galt und gilt, die besonders vulnerablen Personengruppen, also gerade auch pflegebedürftige Menschen, bestmöglich vor einer Infektion zu schützen und gleichzeitig die pflegerische Versorgung aufrechtzuerhalten. Im Folgenden wird beschrieben, was gesetzlich und über andere Instrumente seither unternommen worden ist, um diese Ziele zu erreichen.

Der „Pflegeschutzschirm“

Mit Ausbruch der Pandemie auch in Deutschland hat die öffentliche Hand in schneller Reihenfolge zahlreiche Maßnahmen auf den Weg gebracht, um die Ausbreitung zu bremsen und ihre Wirkungen soweit als möglich abzumildern. Diese Maßnahmen zielten naturgemäß auf die gesamte Bevölkerung, aber beinhalteten auch zahlreiche Instrumente, die den Schutz der Pflegebedürftigen und die Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung zum Ziel hatten.

Schutz der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen

Erste wichtige Maßnahmen für nach § 72 SGB XI zugelassene Pflegeeinrichtungen wurden bereits mit

dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 sowie mit dem Zweiten Bevölkerungsschutzgesetz auf den Weg gebracht (vgl. §§ 147ff. SGB XI). So wurden zum Schutz der Pflegebedürftigen vor einer Infektion Sonderregelungen für das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und für die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI eingeführt. Insbesondere wurde die Begutachtung in der eigenen Häuslichkeit faktisch ausgesetzt und auf telefonische und andere Formen der Begutachtung umgestellt. Nach den dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorliegenden Informationen entsprechen die Einstufungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) auch auf der Grundlage der Umsetzung dieser besonderen gesetzlichen Rahmenbedingungen im Wesentlichen jenen, die bei der Begutachtung vor Ort erfolgen. Beim Abklingen der pandemischen Lage muss allerdings der Hausbesuch wieder zur Regel werden, denn er ermöglicht einen deutlich umfassenderen Blick auf die Bedarfe der betroffenen Person, auch z.B. auf rehabilitative Aspekte oder den Bedarf an (Pflege-)Hilfsmitteln. Vergleichbares ist für die (Pflege-)Beratung festzuhalten, die in den ersten Monaten der Pandemie ebenfalls nur noch telefonisch oder digital stattfand.

Auch leistungsrechtlich wurde versucht, Antworten auf die Herausforderungen der Pandemie zu geben. Ziel war und ist es dabei insbesondere, die Versorgung durch Angehörige aufrechtzuerhalten. Gerade sie standen in den ersten Wochen und Monaten der Pandemie vor besonderen Herausforderungen, zumal zum Teil auch bestehende Hilfsstrukturen wegbrachen oder nur noch eingeschränkt zur Verfügung standen – dies galt insbesondere für die Angebote der Tagespflege, die vielfach durch landesrechtliche Regelungen des Infektionsschutzes geschlossen bzw. in der Nutzung beschränkt wurden.

Um in solchen Fällen flexible Lösungen zu ermöglichen, konnten die Pflegekassen nach ihrem Ermessen im Einzelfall auch die Kosten durch alternative,

z. B. informelle oder nachbarschaftliche Hilfen bis zur Höhe der ambulanten Pflegesachleistung erstatten (§ 150 Abs. 5 SGB XI). Darüber hinaus wurden Regelungen zur flexibleren Nutzung (und längeren Übertragbarkeit) des Entlastungsbetrags geschaffen, und die pandemiebedingte Inanspruchnahme des Pflegeunterstützungsgeldes wurde von 10 auf bis zu 20 Arbeitstage verlängert. Darüber hinaus wurde der Leistungsbetrag für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel von 40 auf 60 Euro aufgestockt; zu diesen Pflegehilfsmitteln zählt auch persönliche Schutzausrüstung wie insbesondere medizinische bzw. FFP2-Masken.

Sicherstellung der professionellen pflegerischen Versorgung

Ziel des Pflegeschutzschirms war es darüber hinaus, auch die professionelle pflegerische Versorgung sicherzustellen. Gemäß § 150 Abs. 2 SGB XI erhielten die zugelassenen Pflegeeinrichtungen seit März 2020 für pandemiebedingte Mehrausgaben und Mindereinnahmen von den Pflegekassen auf Antrag eine Kostenerstattung; eine vergleichbare Regelung wurde für die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI eingeführt. Damit wurden die Pflegedienste und Pflegeheime in die Lage versetzt, flexibel auf die unmittelbaren Herausforderungen der Pandemie – so z. B. den erheblichen Mehrbedarf an Schutzausrüstung oder den Verlust erheblicher Einnahmen durch z. B. Belegungsstopps und quarantänebedingten Leerstand oder (in der Tagespflege) die obligatorische Verringerung der Gruppengröße (vgl. [1]) – flexibel antworten zu können. Um finanzielle Belastungen der Pflegebedürftigen zu vermeiden, wurde gleichzeitig ausgeschlossen, dass entsprechende Kosten den Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt werden können. Insgesamt hat die Regelung maßgeblich dazu beigetragen, dass die Pflegeeinrichtungen auch in der Pandemie – z. B. im Falle eines Ausbruchsgeschehens naturgemäß unter erheblichen Einschränkungen – weiterhin die pflegerische Versorgung sicherstellen konnten.

An die Regelung des § 150 Abs. 2 bis 5a SGB XI ist auch das Verfahren zur Erstattung von Testkosten der Pflegeeinrichtungen (Material und Personalaufwand) aufgrund der Corona-Testverordnung geknüpft; den Pflegeeinrichtungen sowie den anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45a Absatz 3 SGB XI werden auch diese Kosten in vollem Umfang erstattet (s. u.). Eine Befragung der Bank für Sozialwirtschaft im Frühjahr 2021 kam zum Ergebnis, dass mehr als 90 Prozent der befragten Einrichtungen Leistungen des Pflegeschutz-

schirms nach § 150 SGB XI in Anspruch nahmen oder dies noch plant. Damit ist der Pflegeschutzschirm das wichtigste Instrument zur Absicherung der wirtschaftlichen Lage von Senioren- und Langzeitpflegeeinrichtungen während der Corona-Pandemie (vgl. [1]).

Die entsprechenden Aufwendungen belasten die Pflegeversicherung in erheblichem Umfang, vom April 2020 bis zum April 2021 wurden den Pflegeeinrichtungen bereits Mehrausgaben und Mindereinnahmen in Höhe von knapp 3,2 Mrd. Euro und Testkosten in Höhe von rund 650 Mio. Euro erstattet. Nachdem der Pflegeschutzschirm per Rechtsverordnung nunmehr zumindest bis Ende September 2021 verlängert wird, ist mit weiteren Ausgaben zu rechnen; die mit dem Pflegeschutzschirm verbundenen finanziellen Belastungen machen daher in diesem Jahr erneut einen pandemiebedingten Bundeszuschuss erforderlich (per Rechtsverordnung auf Grundlage des § 153 SGB XI).

Maßnahmen zum Infektionsschutz

Ziel zahlreicher Maßnahmen war es, den Eintrag des Virus in Pflegeheime bzw. seine Verbreitung oder die Infektion Pflegebedürftiger in der eigenen Häuslichkeit über die Beschäftigten ambulanter Pflegedienste so weit als möglich zu verhindern. Dass dies gerade bei deutlich steigenden Inzidenzen leider allzu oft nicht gelungen ist, belegen die vom RKI dokumentierten Fallzahlen zum Ausbruchsgeschehen und zu den Infektionen und Todesfällen in stationären Pflegeeinrichtungen. Gleichwohl haben die Versorgung mit Schutzausrüstung, das Testen und schließlich das prioritäre Impfen im Bereich der stationären Pflege sicher noch weit Schlimmeres verhindert. Dazu beigetragen haben sicher auch die Kontaktbeschränkungen und Betretungsverbote; diese waren jedoch auch mit beträchtlichen Negativwirkungen verbunden.

RKI-Empfehlung

Das RKI hat bereits am Anfang der Pandemie diverse Empfehlungen für verschiedene Zielgruppen veröffentlicht. Für die Pflege ist insbesondere die Empfehlung „Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen“ relevant (vgl. [6]). Diese wurde Ende April 2020 in einer ersten Version veröffentlicht und seitdem stetig aktualisiert. Die Version 21 vom 19.5.2021 enthält u. a. auch Informationen zum

Umgang mit Geimpften und Genesenen u. a. in Pflegeeinrichtungen sowie auch zu Besuchsregelungen. Die RKI-Empfehlungen spiegeln jeweils den aktuellen Wissensstand wider und sollen Pflegekräften helfen, sich selbst und auch die von ihnen versorgten Bewohnerinnen und Bewohner ausreichend zu schützen sowie im Fall von Ausbrüchen adäquat zu handeln.

Versorgung mit Schutzausrüstung

Nachdem zu Beginn der Pandemie sehr schnell deutlich wurde, dass es im gesamten Gesundheitswesen an Schutzausrüstung mangelte, hat sich das BMG kurzfristig in die zentrale Beschaffung von Schutzausrüstung eingebracht (Masken, Schutzkleidung, Desinfektionsmittel etc.). Gleichzeitig wurde die inländische Produktion von persönlicher Schutzausrüstung gestärkt (FFP2-Masken, OP-Masken, Schutzkittel). Die Beschaffungssituation hat sich auch aufgrund dieser Maßnahmen entspannt. Auch während der zweiten und dritten Pandemiewelle ist es nicht wieder zu Engpässen mit Schutzausrüstung gekommen. Um die Pflegeeinrichtungen zu unterstützen, hat das BMG im Dezember 2020 und Januar 2021 an alle Pflegeeinrichtungen Pakete mit Schutzmasken zur ergänzenden Unterstützung verschickt. Die Pflegedienste und Pflegeheime erhielten im Rahmen dieser Aktion insgesamt 97 Mio. FFP2- bzw. vergleichbare Masken und 195 Mio. Community Masken aus Bundesbeständen. Entgegen der zum Teil kritischen Presseberichterstattung kam zu dieser Aktion vonseiten der Pflegeeinrichtungen überwiegend positive Resonanz. Als eine wesentliche Lehre aus der Pandemie soll durch den Aufbau einer „Nationalen Reserve Gesundheitsschutz“ künftig eine zeitgerechte Verfügbarkeit von ausreichender Schutzausrüstung insbesondere auch für Pflegeeinrichtungen und vulnerable Gruppen gewährleistet werden.

Betreuungsbeschränkungen in der stationären Pflege

Ein besonderes und wenig rühmliches Kapitel ist sicher die Einführung von Betretungsverboten und Kontaktbeschränkungen in der stationären Pflege gewesen. Gerade dort, wo Politik und Gesellschaft in den letzten Jahrzehnten durchaus erfolgreich immer stärker auf eine Öffnung ins Quartier gedrängt haben, um soziale Integration zu fördern, kam es seit dem Frühjahr 2020 zu sehr erheblichen Freiheitsbeschränkungen, die viel weiter gegangen sind als alle Beschränkungen, die für den Rest der Gesellschaft galten. Einerseits vielfach zum Schutz der Betroffenen erforderlich, haben diese – nach vorliegenden Erkenntnissen (vgl. [3]) faktisch für alle stationären

Einrichtungen geltenden – Beschränkungen andererseits gerade bei Pflegebedürftigen, und dort besonders bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen, aber auch bei ihren Angehörigen, zu erheblichen psychischen Belastungen geführt. Verstärkt wurden die Auswirkungen auch, weil auch die sozialen Begegnungsräume wie Kantinen und Cafeterien vielfach geschlossen waren und soziale Angebote wie Ausflüge, Gottesdienste und andere gemeinsame Veranstaltungen gestrichen wurden. Dem standen zwar viele – auch innovative – Versuche vieler Einrichtungen gegenüber, soziales Leben trotz Schutzmaßnahmen zu ermöglichen. Trotzdem zeigen die vorliegenden Erkenntnisse, dass diese Beschränkungen vielfach mit negativen Auswirkungen für die Bewohnerinnen und Bewohner verbunden waren (vgl. [3]).

Zu hoffen ist, dass die beim Verfassen des Artikels sehr niedrigen Inzidenzen, die umfangreichen Testungen sowie insbesondere das erfolgreiche Impfen solche Beschränkungen in Zukunft dauerhaft obsolet machen. In jedem Fall braucht es künftig klügere Konzepte, die auf die Teilhabebedürfnisse der Betroffenen mehr Rücksicht nehmen und helfen, Isolation zu vermeiden. Dazu können bereits vorliegende Konzepte wie die Leitlinie „Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie“ (vgl. [2]) oder die Handreichung „Besuche sicher ermöglichen – Besuchskonzepte in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege während der Coronapandemie“ des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung (vgl. [4]) wichtige Impulse geben.

Testen

Eine weitere Maßnahme zur Vermeidung von Infektionen gerade auch in der Pflege war die großflächige Einführung der Antigenschnelltests. Am 15. Oktober 2020 trat die erste „Coronavirus-Testverordnung“ in Kraft, mittlerweile wurde sie mehrfach angepasst. Die Testverordnung sieht vor, dass u. a. Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage eines einrichtungsbezogenen Testkonzepts eine bestimmte Menge an PoC-Antigen-Tests („Schnelltests“) beschaffen und nutzen können. Die Tests können direkt vor Ort eingesetzt werden und innerhalb weniger Minuten ein Ergebnis liefern. In stationären Einrichtungen können seither (nach schrittweiser Ausweitung der Kontingente) bis zu 30 PoC-Antigen-Tests und von ambulanten Einrichtungen bis zu 20 dieser Tests je Pflegebedürftigem pro Monat beschafft und genutzt werden. Die PoC-Antigen-Tests sollen von den Einrichtungen eingesetzt werden für die Testung von Personen, die dort tätig

sind oder die durch diese gepflegt und betreut werden bzw. werden sollen oder die als Besuchsperson eine stationäre Pflegeeinrichtung betreten wollen. In der am 8. März 2021 in Kraft getretenen Fassung wurde die Grundlage für Bürgertestungen geschaffen, die allen Bürgerinnen und Bürgern, und damit auch pflegenden Angehörigen sowie sonstigen in der Pflege tätigen Personen und auch Pflegebedürftigen ohne professionelle Versorgung eine regelmäßige Testung ermöglichen.

Da der Aufwand zur Durchführung der Tests – zum Teil haben die Länderregelungen tägliche Testungen der Pflegekräfte verlangt – in den Pflegeeinrichtungen erheblich war (vgl. auch [1]), erhielten diese (und die Einrichtungen der Eingliederungshilfe) seit Januar 2021 Unterstützung bei den Schnelltestungen von Besucherinnen und Besuchern, Personal und ggf. Dienstleistern durch externe Testhelfer. Die Unterstützung erfolgte durch Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr und durch freiwillige Testhelferinnen und Testhelfer, die über ein eigens eingerichtetes Portal der Bundesagentur für Arbeit (BA) an nachfragende Landkreise und kreisfreie Städte vermittelt wurden. Die Durchführenden erhielten zuvor Schulungen durch das Deutsche Rote Kreuz (DRK) auf der Grundlage einer Vereinbarung mit dem BMG. Das Ausmaß dieser Unterstützung war anfangs erheblich: Allein im Februar 2021 waren ca. 4.400 Bundeswehrkräfte für Schnelltestungen im Einsatz. Das DRK hat bis zum 21. Mai 2021 insgesamt 3.552 Bundeswehrangehörige und 1.531 über die BA gewonnene Freiwillige als Testhelferinnen und Testhelfer geschult.

Die Ermöglichung von Tests auch für Besucherinnen und Besucher und auch die Unterstützung durch Externe hat Besuchsmöglichkeiten sehr erleichtert. Auch wenn mittlerweile ein Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner sowie des Personals in Pflegeeinrichtungen vollständig geimpft ist, sollten regelmäßige Tests weiter durchgeführt werden, um Ausbrüche möglichst frühzeitig zu entdecken. Hintergrund ist, dass Ausbrüche in Pflegeeinrichtungen auch bei geimpften Bewohnerinnen und Bewohnern aufgrund einer etwas geringeren Wirksamkeit der Impfungen bei älteren Menschen weiterhin auftreten. Zudem ist derzeit nicht absehbar, wie sich neue Virusvarianten auf das Infektionsgeschehen in Deutschland auswirken, sodass eine schnelle Erkennung erster Fälle wichtig ist.

Impfungen

Von entscheidender Bedeutung für den Schutz der Pflegebedürftigen vor einer Infektion war der Start

der Impfkampagne Ende Dezember 2020. Nach Inkrafttreten der ersten Coronavirus-Impfverordnung am 18. Dezember 2020 wurden insbesondere Bewohnerinnen und Bewohner sowie das Personal stationärer Pflegeeinrichtungen mit höchster Priorität geimpft. Durchgeführt wurden diese Impfungen durch mobile Impfteams aus den Impfzentren. Mittlerweile sind nahezu alle Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen geimpft.

Bei der Impfkampagne war anfangs eine komplizierte Logistik aufzubauen. Der Fokus auf mobile Impfteams, die insbesondere in Pflegeeinrichtungen impfen, brachte hinsichtlich der Anzahl an Ausbrüchen sowie der Anzahl an Infiziertenzahlen und Todesfällen einen spürbaren Erfolg: Die Infektionszahlen bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern gingen schnell stark zurück, während die Inzidenz in der übrigen Bevölkerung zunächst weiterhin hoch war. Während Ende des letzten Jahres der Anteil der Ausbruchsfälle in Alten- und Pflegeheimen – gemessen an allen Fällen im Ausbruchsgeschehen – laut RKI noch bei 46 Prozent lag, lag der entsprechende Wert im Juni 2021 nur noch bei 2 Prozent. Wurden Anfang 2021 noch mehr als 10.000 Ausbruchsfälle pro Woche in Alten- und Pflegeheimen gemeldet, sind es seit der ersten Maihälfte jeweils nur noch weniger als 400 Fälle pro Woche. Nun wird es darum gehen, die hohe Impfquote in den Einrichtungen auch durch systematische Impfung von Neuzugängen und ggf. durch erforderliche Auffrischimpfungen aufrechtzuerhalten.

Pflegekräfte in und nach der Pandemie

Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege war aus guten Gründen bereits vor Beginn der Pandemie ein zentrales politisches Thema der Legislaturperiode: Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz waren bereits zum Beginn des Jahres 2019 etliche Maßnahmen zur Stärkung des Pflegepersonals in Kraft getreten, und im Rahmen der Konzertierte(n) Aktion Pflege waren 2019 zahlreiche weitere Maßnahmen beschlossen worden, insbesondere mit Blick auf die Ermöglichung von mehr Personal, einer besseren Bezahlung und mehr Kompetenzen für Pflegekräfte. Dann kam Anfang 2020 die Pandemie. Diese stellte die ohnehin bereits vielfach stark belasteten Pflegekräfte vor weitere Herausforderungen: Nicht nur waren sie durch ihre Arbeit besonders vom Risiko einer Infektion betroffen; sie mussten und müssen seither alle oben genannten Maßnahmen zum Schutz der Patientinnen und Patienten und der

pflegebedürftigen Menschen größtenteils umsetzen: Sie sind es, die Schutzausrüstung tragen müssen, sie müssen Tests durchführen oder sich selbst testen lassen, sie waren an der Organisation der Impfungen in den Einrichtungen beteiligt. Dass die Pflegekräfte diese Belastungen spüren und vielfach darunter leiden, belegen alle vorliegenden Befragungen und Studien (vgl. z.B. [7]).

Um diese besonderen Belastungen in der Langzeitpflege zu würdigen, hat der Gesetzgeber im Jahr 2020 mit dem § 150a SGB XI eine Corona-Prämie eingeführt. Dadurch haben alle in der Altenpflege Beschäftigten im Jahr 2020 einen steuer- und beitragsfreien Anspruch auf Zahlung einer Prämie von bis zu 1.000 Euro erhalten, die in der Regelung durch die Länder um bis zu 500 Euro aufgestockt worden ist. Die Prämie wurde von den Einrichtungen ausbezahlt, aber von der Pflegeversicherung finanziert, die wiederum dafür einen Bundeszuschuss erhalten hat. Am Ende wurden die Kosten der Prämie im Umfang von knapp 1 Mrd. Euro daher von den Steuerzahlern, also gesamtgesellschaftlich finanziert.

Dass eine einmalige Prämie, so angezeigt ihre Zahlung auch war, nicht dazu geeignet ist, die Arbeitsbedingungen in der Pflege dauerhaft zu verbessern, war und ist für alle an dieser Entscheidung Beteiligten nachvollziehbar. Der Gesetzgeber hat daher auch vor diesem Hintergrund zum Ende der 19. Legislaturperiode mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) noch zentrale Maßnahmen zur Umsetzung der Beschlüsse der Konzertierte(n) Aktion Pflege auf den Weg gebracht, die auf systematische Verbesserungen in der Pflege zielen. So wird künftig sichergestellt, dass Pflegeeinrichtungen nach Tarif bezahlen müssen. Zudem wird das wissenschaftlich entwickelte Personalbemessungsverfahren in der stationären Pflege nun Schritt für Schritt bundesweit einheitlich eingeführt, was – nach der bereits erfolgten Einführung von rund 13.000 zusätzlichen Fachkraftstellen mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und von rd. 20.000 zusätzlichen Hilfskraftstellen mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – zu einer weiteren Verbesserung bei der Stenausstattung der Pflegeheime führt. Und außerdem erhalten die Pflegefachkräfte künftig mehr Möglichkeiten, ihre Fachlichkeit eigenständig in die Versorgung einzubringen, so z.B. bei der Versorgung mit (Pflege-)Hilfsmitteln und der Verordnung häuslicher Krankenpflege.

Fazit

Sowohl die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, aber auch die Pflegekräfte und die Pflegeeinrichtungen waren und sind durch die Pandemie vor besondere Herausforderungen gestellt. Sie alle zu schützen und zu unterstützen, Infektionen zu vermeiden und die pflegerische Versorgung zu sichern – das waren die zentralen Ziele der Pflegepolitik in der zweiten Hälfte der 19. Legislaturperiode. Vielfach ist dies gelungen, aber nicht immer schnell genug und nicht immer gut genug. Es wird daher jetzt, bei hoffentlich weiter gering bleibender Inzidenz, auch darum gehen müssen, Lehren aus der Pandemie und dem Umgang mit ihr zu ziehen. Der Aufbau einer nationalen Gesundheitsreserve mit ausreichend Schutzausrüstung, die mit dem GVWG eingeführte Verpflichtung zur Erarbeitung von Krisenkonzepten durch die Pflegeeinrichtungen und die weitere Verbesserung der personellen Ausstattung der Pflegeeinrichtungen sind wichtige Schritte, die in diese Richtung gehen.

Der Beitrag gibt die persönliche Auffassung des Autors wieder.

Literatur

1. BFS (2021) Befragungen zu den wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Senioren- und Langzeitpflege, Köln: Bank für Sozialwirtschaft
2. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2020) S1-Leitlinie „Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie“ (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/184-001_S1_Soz_Teilhabe_Lebensqualitaet_stat_Altenhilfe_Covid-19_2020-10_1.pdf, abgerufen am 17. Juni 2021)
3. Hering C et al. (2021) Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim. Ergebnisreport 3: Isolation und Einsamkeit: Zur Umsetzung von Schutzmaßnahmen und Folgen für Heimbewohner:innen (https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medizinsoziologie-reha-wissenschaft/Dateien_Forschung/Altenforschung/CovidHeim_ErgebnisReport3_9_06_2021_neu.pdf; abgerufen am 15. Juni 2021)
4. Pflegebevollmächtigter (2020) Besuche sicher ermöglichen. Besuchskonzepte in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege während der Corona-Pandemie (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Handreichung-Besuchskonzepte_4.12.20.pdf; abgerufen am 18. Juni 2021)
5. RKI (2021a) Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19, Stand: 19.4.2021 (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html; abgerufen am 16. Juni 2021)

6. RKI (2021b) Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf?__blob=publicationFile; abgerufen am 17. Juni 2021)
7. Wolf-Ostermann K, Rothgang H (2020) Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergeb-

nisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil-)stationären und ambulanten Langzeitpflege, Bremen: Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)/SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (https://www.uni-bremen.de/fileadmin/user_upload/fachbereiche/fb11/Aktuelles/Corona/Ergebnisbericht_Coronabefragung_Uni-Bremen_24062020.pdf; abgerufen am 15. Juni 2021)



Dr. Martin Schölkopf

Studium der Politik- und Verwaltungswissenschaft an der Universität Konstanz, Schwerpunkt Sozialpolitik. Dort auch Tätigkeit als Hochschulassistent und Promotion 1999. Ab 2000 Referent im Bereich Politik der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Ab 2004 Leiter des Referats „Finanzielle Grundsatzfragen der Sozialpolitik“ im Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung. Ab 2006 Leiter des Referats „Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik, gesamtwirtschaftliche Aspekte des Gesundheitswesens“, seit 2013 Leiter der Unterabteilung „Pflegesicherung“ im Bundesministerium für Gesundheit.

Interview mit Andrew Ullmann



© Andrew Ullmann/
Brian Rauschert

Prof. Dr. Andrew Ullmann
Obmann des Ausschusses für
Gesundheit Bundestagsfraktion
FDP

Wie hat sich die Coronavirus-Pandemie auf die Digitalisierung im Pflegebereich ausgewirkt?

Die Pandemie hat sich meines Erachtens positiv wie negativ auf den Digitalisierungs-Fortschritt im Pflegebereich ausgewirkt. Die Pandemie hat viele Kräfte gebündelt. Auf allen Seiten: in der Pflege, in der Entwicklung und in der Politik. Regulatorische Fortschritte, wie sie ohne Pandemie zu erwarten gewesen wären, wurden teils aus Kapazitätsgründen verschoben. Andererseits hat die Pandemie eine nachhaltige Aufmerksamkeit auf den Pflegeberuf und seine Anstrengungen gelegt. Digitalisierung in der Pflege ist kein Selbstzweck. Sie ist dafür da, die Pflegekräfte bei ihrer täglichen Arbeit zu entlasten. Im Rahmen der Zuwendungsmedizin muss mehr Zeit für den Pflegenden bleiben. Schließlich hat sich nie-

mand für den Pflegeberuf entschieden, um bürokratische Formulare auszufüllen oder körperlich an seine Grenzen stoßen und sogar darüber hinaus zu kommen. Das mediale Augenmerk auf den Pflegeberuf gibt uns die Möglichkeit, für notwendige politische Reformen in dem Bereich zu werben und später in Regierungsverantwortung umzusetzen.

Welche politischen Maßnahmen sind spätestens nach der Bundestagswahl 2021 zu ergreifen, um die Digitalisierung allgemein aber insbesondere auch in der Pflege weiter voranzutreiben?

Die Digitalisierung und Robotik müssen die Pflegenden entlasten. Das geht zunächst durch eine Eindämmung der Bürokratie. Derzeit werden rund 13% der Arbeitszeit einer Pflegekraft für Dokumentationspflichten aufgewendet. Das ist wichtige Zeit, die dem Pflegenden bei der direkten Patientenbetreuung fehlt. Aber auch in der körperlichen Arbeit kann einiges getan werden. Mit Hebetekniken können die Pflegekräfte bei ihren körperlichen Tätigkeiten entlastet werden. Die Techniken gibt es bereits, finden derzeit leider noch nicht flächendeckend Anwendung. Das muss zukünftig gefördert werden.

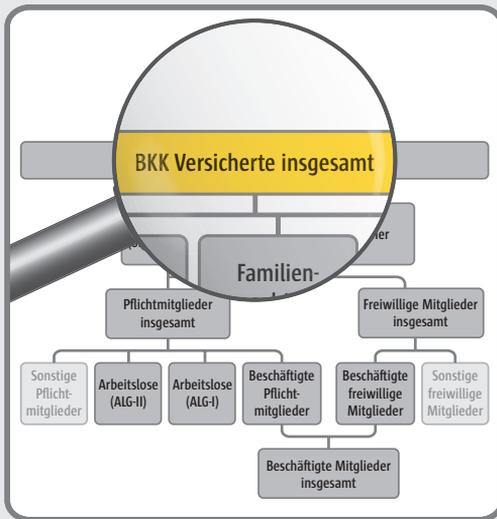
Mir ist aber vor allem wichtig, dass Lehren aus dem Digitalisierungsprozess in der Ärzteschaft gezogen werden. Digitalisierung darf nie von oben herab aufgedrückt werden. Die Akzeptanz der Pflegekräfte ist ganz wichtig. Schließlich muss es darum gehen, ihren Arbeitsablauf zu vereinfachen.

4

Arzneimittelverordnungen

Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter





Die Auswertungen zu den Arzneimittelverordnungen komplettieren die Analysen der Routinedaten und ergänzen somit das Gesamtbild zum Krankheitsgeschehen der BKK Versicherten. Neben den BKK Versicherten insgesamt steht hier ebenfalls die Gruppe der beschäftigten BKK Mitglieder mit besonderem Fokus auf die arbeitsweltlichen Zusammenhänge im Mittelpunkt der Betrachtungen.

Die Auswertung der Arzneimittelverordnungen erfolgt anhand ihrer anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (kurz: ATC-Klassifikation). Eine Auflistung der anatomischen Hauptgruppen bzw. der therapeutischen Untergruppen ist in **»»** Tabelle B.2 zu finden. Diese Klassifikation systematisiert Wirkstoffe anhand ihrer chemischen Eigenschaften, ihres therapeutischen Einsatzgebietes sowie anhand anatomischer Kriterien. Deren Anwendungsgebiete sind nach Organsystemen in 14 anatomisch Hauptgruppen unterteilt. Zur Einordnung und Interpretation der verwendeten Kenngrößen sei an dieser Stelle auf das Kapitel **»»** Methodische Hinweise verwiesen. Einleitend werden zudem zusätzlich die im Rahmen der Coronavirus-Pandemie gültigen und für die folgenden Analysen relevanten Sonderregelungen aufgeführt und erläutert.

4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

4.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2020

Sonderregelungen bei Arzneimittelverordnungen im Rahmen der Coronavirus-Pandemie

Seit dem 27. März 2020 können Arzneimittel auch ohne direkten Arzt-Patienten-Kontakt fernmündlich verordnet werden. Die Zusendung des notwendigen Rezepts soll dabei bevorzugt zur Vermeidung unnötiger Kontakte auf dem postalischen Weg erfolgen. Zusätzlich darf auf Verordnungen von Arzneimitteln bei Entlassung aus dem Krankenhaus auch eine Großpackung verschrieben werden. Das Rezept hat dabei eine verlängerte Gültigkeit von sechs Tagen, um Arztpraxen zu entlasten und direkte Arzt-Patienten-Kontakte so gering wie möglich zu halten. Diese Sonderregelungen behalten ihre Gültigkeit, solange der Deutsche Bundestag die epidemische Lage von nationaler Tragweite aufrechterhält¹.

Ergänzend haben Apotheken während der Coronavirus-Pandemie flexiblere Möglichkeiten zum Austausch von Arzneimitteln bekommen, wenn diese nicht vorrätig sind. Dabei dürfen sie bei der Packungsgröße, Packungsanzahl und auch der Wirkstärke abweichen. Nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt darf sogar ein vergleichbares Arzneimittel mit einem anderen Wirkstoff abgegeben werden. Zudem besteht bei Bedarf die Möglichkeit, Arzneimittel via Botendienst direkt zum Versicherten nach Hause zu liefern. Diese Regelungen und weitere spezielle Erleichterungen minimieren das Infektionsrisiko durch eine Reduktion der Zahl der Apotheken- und Arztkontakte. Diese Regelung für Apotheken gilt voraussichtlich bis Ende Mai 2022².

Insgesamt sind für die ca. 9 Millionen BKK Versicherten im Jahr 2020 66,9 Millionen Einzelverordnungen (EVO) zu verzeichnen. Das entspricht einem durchschnittlichen Wert von 7,5 EVO je BKK Versicherten, die zugehörige Menge der definierten Tagesdosen (DDD) beläuft sich auf 515 DDD je BKK Versicherten. Mehr als zwei Drittel (69,8%) aller BKK Versicherten haben im Jahr 2020 mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten.

In **III** Tabelle 4.1.1 sind die wichtigsten Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen differenziert nach Versichertengruppen dargestellt. Der größte Anteil der Versicherten (90,6%) mit mindestens einer Arzneimittelverordnung ist in der Gruppe der Rentner zu finden. Gleiches gilt auch für die Anzahl der Einzelverordnungen (19,2 EVO je Rentner) sowie auch für die definierten Tagesdosen (1.449 DDD je Rentner). Mit Abstand folgen dann die Familienversicherten, von denen 62,4% mindestens eine Verordnung im Berichtsjahr erhalten haben. Allerdings liegen hier die Einzelverordnungen (4,0 EVO je Familienversicherten) und die definierten Tagesdosen (182 DDD je Familienversicherten) deutlich unter denen aller anderen Versichertengruppen. Begründet ist dies vor allem damit, dass in dieser Gruppe zum Großteil Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren (71,9%) zu finden sind. Da in dieser Altersgruppe eher akute Erkrankungen von kurzfristiger Dauer dominieren, ist zwar der Verordnungsanteil mit etwas weniger als zwei Dritteln relativ groß, es werden aber meist nur Medikamente mit einer geringen Anwendungsdauer verschrieben, was die geringe durchschnittliche Anzahl an definierten Tagesdosen (DDD) erklärt. Hingegen hat nicht einmal die Hälfte (48,5%) der Arbeitslosen mit ALG-I-Bezug eine Arzneimittelverordnung erhalten. Damit ist für diese Gruppe der niedrigste Anteil im Vergleich zu verzeichnen, diese Versichertengruppe weist allerdings bei den Einzelverordnungen (7,0 EVO je Arbeitsloser im ALG-I-Bezug) sowie auch bei den definierten Tagesdosen (485 DDD je Arbeitsloser im ALG-I-Bezug) zusammen

1 Zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes endet die Gültigkeit am 30.11.2021. Weitere Informationen zu den genannten Sonderregelungen sind auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses zu finden: <https://www.g-ba.de/service/sonderregelungen-corona/#arzneimittel-richtlinie> [abgerufen am 27.08.2021]

2 BMG (2020) SARS-CoV-2-Arzneimittelverordnung. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/sars-cov-2-arzneimittelversorgungs-vo.html>. [abgerufen am: 31.08.2021]

Tabelle 4.1.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2020)

Versichertengruppen	EVO je BKK Versicherten	DDD je BKK Versicherten	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	4,6	311	63,6
Arbeitslose (ALG-I)	7,0	485	48,5
Arbeitslose (ALG-II)	7,0	449	58,0
Familienangehörige	4,0	182	62,4
Rentner	19,2	1.449	90,6
BKK Versicherte insgesamt	7,5	515	69,8

mit den ALG-II-Empfängern (449 DDD je Arbeitsloser im ALG-II-Bezug) die höchsten Werte nach den Rentnern auf. Weitere Detailbetrachtungen zu den Arz-

neimittelverordnungen nach Versichertengruppen sind im **»»»** Kapitel 4.2.2 zu finden.

Exkurs zur Entwicklung der Arzneimittelverordnungen während der Coronavirus-Pandemie

Maik Stark, BKK Dachverband

Besonders einschneidend im Rahmen der Corona-Eindämmungsmaßnahmen waren die beiden Lockdowns im Frühjahr 2020 (Ende März bis Anfang Mai) sowie zwischen Weihnachten 2020 und Ostern 2021, an denen das öffentliche Leben weitestgehend per Gesetz heruntergefahren wurde. Deren Auswirkungen spiegeln sich unter anderem auch in Verordnungsgeschehen der Arzneimittel wider.

Zunächst lässt sich für das gesamte Jahr 2020 feststellen, dass die **Ausgaben der GKV im Arzneimittelbereich (Apothekenmarkt) um insgesamt 5% im Vorjahresvergleich angestiegen sind**³. Was lässt sich darüber hinaus zum Leistungsgeschehen⁴ bei den Arzneimittelverordnungen während der Coronavirus-Pandemie sagen?

Zur Darstellung der verordneten Arzneimittelmengen dienen die **durchschnittlichen Tagesdosen (DDD: defined daily dose)** je Versicherten. In folgendem Diagramm ist die prozentuale Mengen-

abweichung bei den DDD je Versicherten bezüglich des jeweiligen Monats aus dem Vor-Corona-Jahr 2019 im Zeitverlauf dargestellt. Parallel wird die prozentuale Veränderung der **Nettokosten** je Versicherten (Nettokosten = nach Abzug gesetzlicher Rabatte und Zuzahlungen der Versicherten, von den Kassen zu entrichtenden Verordnungskosten) in gleicher Weise dargestellt.

Wie in der **»»»** Abbildung 1 zu erkennen ist, werden allein im **März 2020 über 30%** mehr Arzneimitteldosen je Versicherten als im März 2019 verordnet. Parallel zu manch Vorkommnissen in den Supermärkten zeigt sich auch bei den Arzneimitteln ein „Hamstereffekt“, hervorgerufen durch die im Rahmen der Sonderregelungen möglich gewordenen fernmündlichen Verordnungen größerer Mengeneinheiten zur längeren Bevorratung, um die Kontakthäufigkeit beim Ausstellen bzw. Einlösen des Rezepts zu reduzieren. Die Zweitbevorratung im Juni fällt schon moderater aus (+10%). Der Effekt wiederholt sich abgeschwächt mit Beginn des zweiten Lockdowns im Dezember 2020 (+8,1%) und erreicht einen erneuten Höchstwert kurz vor Ende des zweiten Lockdowns im März 2021 verglichen mit den Daten aus dem März 2019 (+17,4%), der allerdings deutlich unter dem erstmaligen Anstieg im März 2020 liegt.

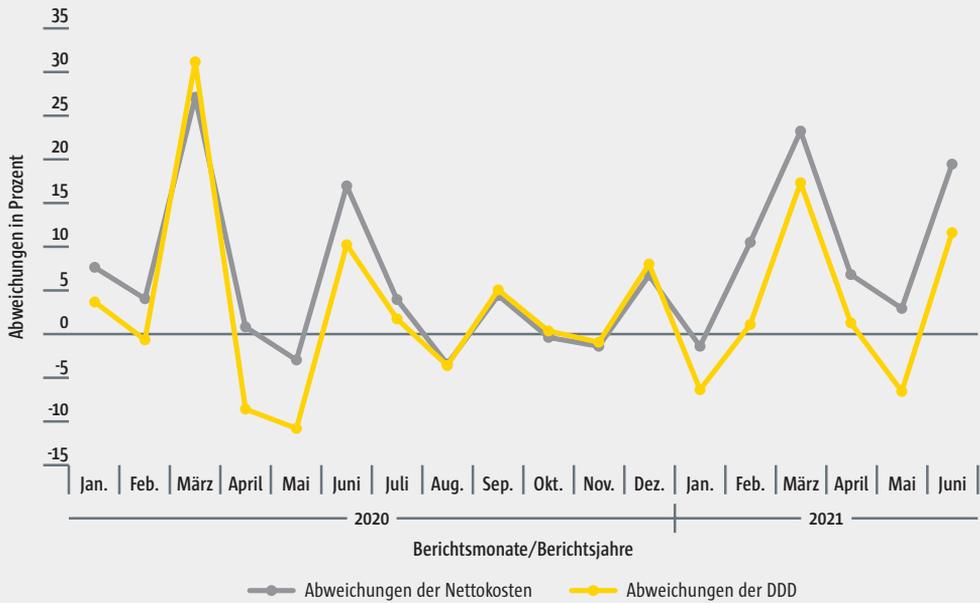
3 Quelle: KV 45, Vorläufige Rechnungsergebnisse der GKV 2020

4 Die Auswertungen basieren auf den Abrechnungsdaten der Apotheken die zulasten der Mitgliedskassen des BKK Dachverbandes mit insgesamt rund 9 Mio. Versicherten gehen.

Wie sich das Verordnungsgeschehen in den kommenden Monaten entwickeln wird, ist maßgeblich vom weiteren Verlauf der Pandemie und deren Auswirkungen auf die Gesundheits-

versorgung abhängig. Für Interessierte sind hierzu monatlich aktualisierte Kennzahlen zu den Arzneimittelverordnungen auf der Internetseite des BKK Dachverbandes zu finden.

Abbildung 1 Arzneimittelverordnungen – Abweichungen der Nettokosten bzw. der DDD der BKK Versicherten in den Jahren 2020 und 2021 im Vergleich zum entsprechenden Monat im Jahr 2019



4.1.2 Langzeittrends

- Der Anteil der Versicherten, die im Jahr 2020 mindestens ein Arzneimittel verordnet bekommen haben, ist mit 69,8% deutlich geringer als in den vergangenen Jahren.
- Aufgrund des nahezu vollständigen Ausbleibens der jährlichen Grippe- und Erkältungswelle sind vor allem die Verordnungen, die im Zusammenhang mit Infektionen stehen (z.B. Antinfektiva oder Respirationstrakt), im Vergleich zum Vorjahr stark zurückgegangen.
- Bei Wirkstoffgruppen, die vor allem bei chronischen Erkrankungen meist über einen langen Zeitraum eingenommen werden müssen (z.B. Herz-Kreislauf-System), sind die Verordnungsmengen im Vorjahresvergleich hingegen angestiegen.

- Da diese Langzeitmedikamente einen überproportional hohen Anteil der definierten Tagesdosen auf sich vereinen, ist entsprechend eine Zunahme bei der Verordnungsmenge im Vergleich zu 2019 festzustellen.

In **»** Tabelle 4.1.2 sind die Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen der BKK Versicherten im Zeitverlauf zwischen 2012 und 2020 dargestellt.

Die Coronavirus-Pandemie zeigt auch im Arzneimittelbereich deutliche Auswirkungen, die unter anderem auf die in **»** Kapitel 4.1.1 erwähnten Sonderregelungen zurückzuführen sind. Wie in **»** Tabelle 4.1.2 zu sehen ist, ist insbesondere der Verordnungsanteil im Jahr 2020 im Vergleich zu den Vorjahren deutlich zurückgegangen (-3,2 Prozentpunkte). Dagegen ist die Anzahl der Einzelverordnungen nur wenig verändert, während gleichzeitig eine Zunahme der definierten Tagesdosen zu verzeichnen

Tabelle 4.1.2 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2012–2020)

Berichts-jahre	EVO je BKK Versicherten	DDD je BKK Versicherten	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent
2012	7,4	434	73,7
2013	7,5	447	74,9
2014	7,5	462	74,0
2015	7,6	470	73,8
2016	7,7	486	74,0
2017	7,3	465	73,0
2018	7,5	478	73,3
2019	7,7	505	73,0
2020	7,5	515	69,8

ist. Letztere haben seit 2012 um +18,7% zugenommen. Diese gegenläufige Entwicklung zwischen Verordnungsanteilen und -mengen (DDD) ist vor allem mit den Veränderungen im Verordnungsgeschehen im Jahr 2020 zu erklären. Welche Veränderungen dabei bezogen auf Verordnungshauptgruppen zu beobachten sind und welche Ursachen es dafür gibt, wird im folgenden Abschnitt näher beleuchtet.

In **»** Diagramm 4.1.1 sind die jeweiligen Anteile der BKK Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung für ausgewählte anatomische Hauptgruppen (alternativ als Verordnungshauptgruppen bezeichnet) im Zeitverlauf zwischen 2012 und 2020 dargestellt. Sowohl in der Reihung als auch in der Ausprägung der Anteile ist zwischen 2012 und 2019 für die meisten hier dargestellten Wirkstoffgruppen nur wenig Dynamik zu erkennen. Für das Jahr 2020 zeigt sich allerdings eine deutlich höhere Variabilität der Kennzahlen, wobei die Gruppe der Antinfektiva zur systemischen Anwendung (-5,9 Prozentpunkte) sowie die Mittel mit Wirkung auf den Respirationstrakt bzw. für das Muskel-Skelett-System (jeweils -2,6 Prozentpunkte) die deutlichsten Rückgänge zu verzeichnen haben. Der star-

Diagramm 4.1.1 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2020)

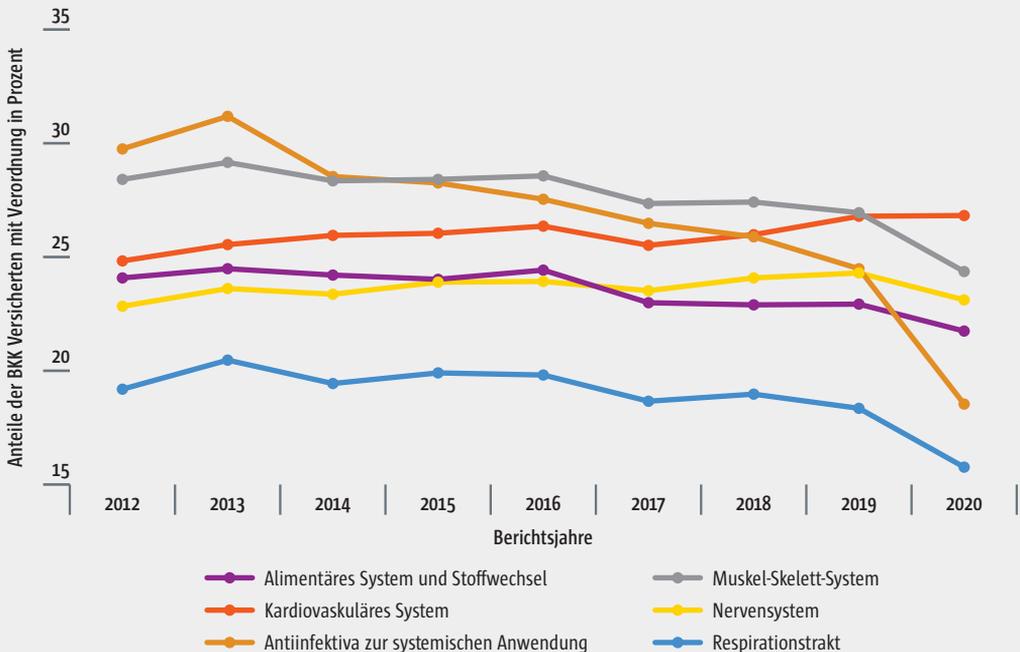


Tabelle 4.1.3 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2020)

Berichts- jahre	Verordnungshauptgruppen					
	Alimentäres System und Stoffwechsel	Kardiovaskuläres System	Antiiinfektiva für systemische Anwendung	Muskel- und Skelettsystem	Nervensystem	Respirations-trakt
EVO je 1.000 BKK Versicherte						
2012	955	1.884	551	655	1.111	626
2013	952	1.921	563	648	1.124	656
2014	949	1.974	514	626	1.151	631
2015	945	1.991	503	623	1.171	630
2016	961	2.051	491	629	1.198	629
2017	887	1.951	464	586	1.145	580
2018	889	2.020	448	586	1.172	578
2019	911	2.149	424	583	1.228	568
2020	903	2.205	317	532	1.223	490
DDD je 1.000 BKK Versicherte						
2012	69.507	191.594	5.463	20.277	36.174	21.545
2013	72.209	197.948	5.671	20.400	36.957	22.175
2014	76.173	204.534	5.258	20.386	38.258	22.408
2015	79.262	207.559	5.216	20.304	39.023	22.632
2016	82.462	215.046	5.185	20.628	40.287	23.161
2017	76.771	206.382	4.907	19.276	38.890	21.678
2018	77.814	215.205	4.504	19.421	39.874	21.881
2019	80.020	231.952	4.279	19.800	41.825	22.493
2020	81.242	240.386	3.432	19.110	42.863	21.846

ke Rückgang bei den Antiiinfektiva und den Mitteln mit Wirkung auf den Respirationstrakt korreliert mit der Tatsache, dass im Jahr 2020 die sonst übliche saisonale Grippe- und Erkältungswelle nahezu komplett ausgeblieben ist⁵. Neben den geltenden Abstands- und Hygieneregeln hat sicher auch die erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber Erkältungssym-

ptomen zur Vermeidung der sonst normalerweise auftretenden saisonalen Atemwegserkrankungen geführt. Der Rückgang bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel-Skelett-System steht ebenfalls im Zusammenhang mit den benannten Ursachen. In dieser Verordnungshauptgruppe entfällt der Großteil der Verordnungen auf die Antiphlogistika und Antirheumatika (Moi), die unter anderem zur Symptom- bzw. Schmerzlinderung bei grippeähnlichen Infekten Anwendung finden. Mit -1,6 Prozentpunkten haben die Verordnungsanteile für Mittel mit Wirkung auf die Sinnesorgane (im  Diagramm 4.1.1 nicht dargestellt) zwischen 2019 und 2020 ebenfalls bedeut-

5 Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2021) Influenza Wochenbericht 20/2021: https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2020_2021/2021-20.pdf [abgerufen am 30.08.2021]

sam abgenommen. Auch hier bezieht sich der Rückgang zum Großteil auf eine Wirkstoffgruppe (So1A – Antiinfektiva; -1,1 Prozentpunkte), die im Zusammenhang mit einem generell niedrigen Infektionsgeschehen unabhängig von COVID-19 steht. Für alle weiteren Verordnungshauptgruppen fallen die Veränderungen der Verordnungsmengen im Vergleich zum Vorjahr geringer aus.

In der **»** Tabelle 4.1.3 sind ergänzend zum **»** Diagramm 4.1.1 die Einzelverordnungen und definierten Tagesdosen der sechs wichtigsten anatomischen Hauptgruppen im Zeitverlauf zu sehen. Wie bereits bei den Verordnungsanteilen sind hier ebenfalls deutliche Veränderungen insbesondere im Vorjahresvergleich zu erkennen. Der mit Abstand größte Rückgang tritt ebenfalls bei den Antiinfektiva zur systemischen Anwendung auf. Nicht nur im Vergleich zum Vorjahr (EVO: -25,3%; DDD: -19,8%), sondern auch für Zeitraum zwischen 2012 und 2020 (EVO: -42,6%; DDD: -37,2%) sind hier die deutlichsten Abnahmen zu verzeichnen. Dies gilt mit gleicher Richtung aber in geringerem Ausmaß auch bei den Mitteln mit Wirkung auf den Respirationstrakt bzw. auf das Muskel-Skelett-System. Dagegen haben sich die Verordnungskennzahlen bei den Wirkstoffen, die nicht in einem direkten Zusammenhang mit Infektionen stehen, im Vergleich zum Vorjahr wenig verändert. Eine Ausnahme bilden die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System, die vor allem von älteren und oftmals von einer chronischen Erkrankung betroffenen Versicherten verwendet werden, deren Verordnungsmengen angestiegen sind (EVO: +2,6%; DDD: +3,6%). Hier sind vermutlich die Sonderregelungen im Rahmen der Coronavirus-Pandemie ursächlich, haben diese vor allem im I. Quartal 2020 dazu geführt, dass Betroffene vorsorglich größere Mengen ihrer regelmäßig über einen langen Zeitraum einzunehmenden Arzneimittel verordnet bekamen (s. **»** Abbildung 1 im Exkurs zur Entwicklung der Arzneimittelverordnungen während der Coronavirus-Pandemie). Gleichzeitig hat die Möglichkeit der fernmündlichen Verordnung in dieser Personengruppe zur Vermeidung unnötiger Kontakte und somit zur Reduktion des Risikos von Infektionen geführt.

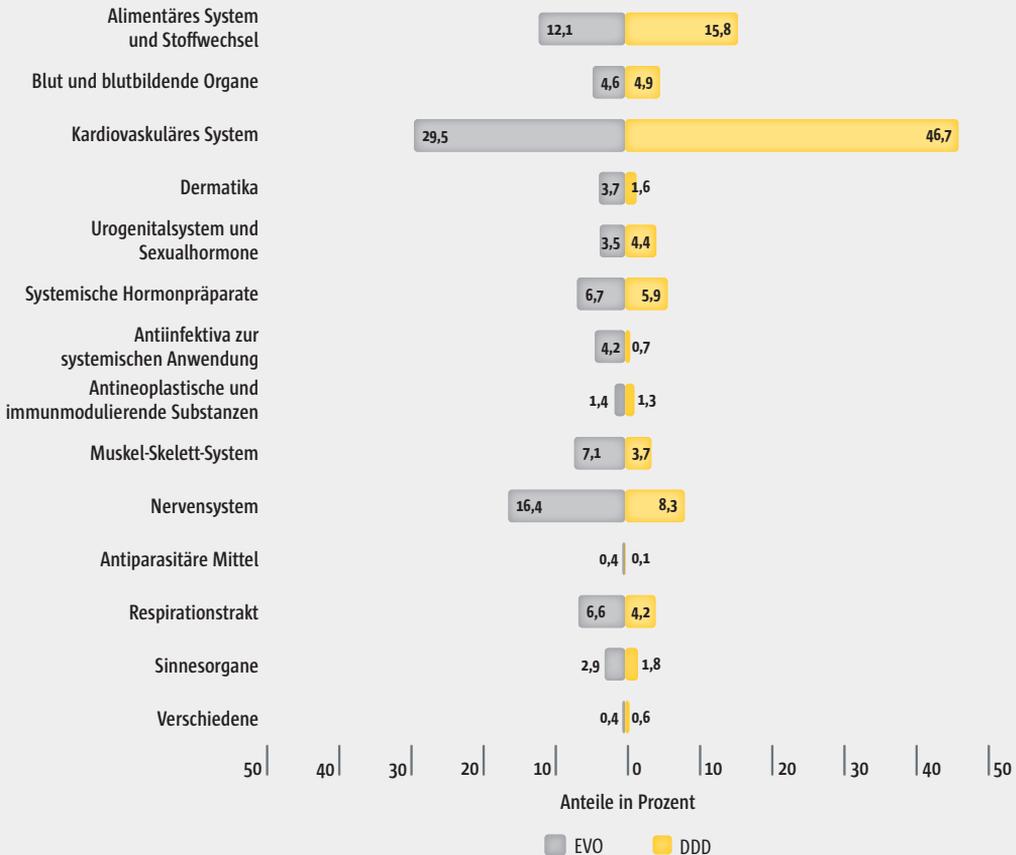
4.1.3 Die wichtigsten Arzneimittelverordnungen

- Der Großteil aller Einzelverordnungen (58,0%) und definierten Tagesdosen (70,7%) geht auf Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System, das alimentäre System sowie den Stoffwechsel und das Nervensystem zurück.
- Bei Wirkstoffen, die vor allem bei Infektionen Anwendung finden (z.B. Antibiotika zur systemischen Anwendung) sind im Vergleich zum Vorjahr deutliche Rückgänge bei den Verordnungsanteilen erkennbar.
- Die Verordnungsanteile der Wirkstoffe, die mehrheitlich bei chronischen Erkrankungen Anwendung finden (z.B. Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System) haben hingegen im Vorjahresvergleich tendenziell zugenommen.

Wie in **»** Diagramm 4.1.2 für das aktuelle Berichtsjahr zu erkennen ist, werden – noch stärker als in den Vorjahren – die Anteile der Einzelverordnungen sowie der definierten Tagesdosen von den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System dominiert. Mehr als jede vierte Einzelverordnung (29,5%) sowie 46,7% aller definierten Tagesdosen gehen insgesamt allein auf diese anatomische Hauptgruppe zurück. Die Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel bilden mit 12,1% den drittgrößten Anteil der Einzelverordnungen und mit 15,8% den zweitgrößten Anteil aller verordneten Tagesdosen. An dritter Stelle folgen die Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem, die für 16,4% aller Einzelverordnungen und 8,3% aller Tagesdosen verantwortlich sind. Zusammen sind allein diese drei Wirkstoffgruppen im Jahr 2020 für die Mehrheit (58,0%) aller Einzelverordnungen und für über zwei Drittel (70,7%) aller verordneten Tagesdosen bei den BKK Versicherten verantwortlich. Dabei hat der Anteil der Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System im Vergleich zum Vorjahr am stärksten zugenommen (EVO: +1,6 Prozentpunkte; DDD: +0,7 Prozentpunkte). Dies ist der generellen Zunahme der Verordnungsmengen in dieser Wirkstoffgruppe bei gleichzeitig deutlichem Rückgang der Verordnungen für Mittel, die v.a. bei Infektionen eingesetzt werden (z.B. Antiinfektiva zur systemischen Anwendung), zuzuschreiben (**»** Tabelle 4.1.3).

Neben der allgemeinen Übersicht zum Arzneimittelverordnungsgeschehen soll im Folgenden noch ein detaillierter Blick auf die nach Verordnungsanteilen wichtigsten therapeutischen Untergruppen erfolgen.

Diagramm 4.1.2 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2020)



In **»** Tabelle 4.1.4 sind die zehn Wirkstoffgruppen, die bei den BKK Versicherten die größten Anteile an allen Verordnungen auf sich vereinen, auf Ebene der therapeutischen Untergruppen im Verlauf zwischen 2012 bis 2020 aufgeführt. Hier werden ebenfalls deutliche Veränderungen bei den Verordnungsanteilen durch die Coronavirus-Pandemie insbesondere im Vergleich zum Vorjahr sichtbar.

Der mit -5,9 Prozentpunkten deutlichste Rückgang bei den Anteilen der BKK Versicherten mit mindestens einer Verordnung ist im Vorjahresvergleich bei den Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) beobachtbar, im Vergleich zum Jahr 2012 beträgt der Rückgang sogar -11,7 Prozentpunkte. An zweiter Stelle sind mit einer Abnahme um -2,6 Prozentpunkten bei den Verordnungsanteilen im Vorjahresvergleich die Antiphlogistika und Antirheumatika (M01) zu fin-

den. Dieser pandemiebedingte Rückgang korrespondiert mit der Entwicklung der entsprechenden anatomischen Hauptgruppen, wie sie in **»** Diagramm 4.1.1 zu sehen ist. Nahezu unverändert sind hingegen die Anteile der Versicherten mit mindestens einer Verordnung bei den drei Vertretern der Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System (C07; C09; C10). Auch hier entspricht die Entwicklung derjenigen der Hauptgruppe der Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System, wie sie in **»** Diagramm 4.1.1 dargestellt ist. Bezogen auf die therapeutischen Untergruppen und deren Verordnungsanteile bestätigt sich also das Muster des Rückgangs der Wirkstoffe, die mit meist akuten aber kurzfristigen Infektionen in Verbindung stehen, während solche für die Behandlung langfristiger – meist chronischer – Erkrankungen wenig bis gar nicht durch die Pandemie beeinflusst wurden.

Tabelle 4.1.4 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung für die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen im Zeitverlauf (2012–2020)

ATC-Code	Therapeutische Untergruppen	Berichtsjahre								
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
		Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent								
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	25,4	26,3	25,5	25,5	25,6	24,4	24,3	23,7	21,1
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	16,7	17,5	18,0	18,2	18,6	18,1	18,6	19,3	19,4
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	28,4	29,7	27,2	26,8	26,0	25,0	24,2	22,6	16,7
N02	Analgetika	14,7	15,5	15,2	16,0	16,0	15,9	16,5	16,5	15,4
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	13,5	14,1	14,8	15,0	15,3	14,0	13,9	13,9	13,3
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten	12,6	12,9	13,0	12,9	12,9	12,2	12,3	12,7	12,5
H03	Schilddrüsenherapie	9,6	10,2	10,5	10,7	11,1	11,0	11,1	11,2	11,2
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	7,9	8,2	8,4	8,5	8,9	8,6	8,9	9,5	9,7
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	8,8	9,3	9,3	9,4	9,5	9,2	9,5	9,5	8,5
S01	Ophthalmika	8,5	8,9	9,0	8,8	8,9	8,8	8,8	9,1	7,7

4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Wie bereits in den vorhergehenden Kapiteln deutlich wurde, stehen die soziodemografischen Merkmale in einem engen Zusammenhang mit dem Versorgungsgeschehen bzw. der gesundheitlichen Lage der BKK Versicherten. Inwieweit dies auch für die Arzneimittel zutrifft, soll im folgenden Abschnitt näher beleuchtet werden. Parallel zu den bereits berichteten Leistungsbereichen werden neben dem Alter und dem Geschlecht auch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe sowie der höchste schulische bzw. berufliche Abschluss betrachtet.

4.2.1 Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht

- Ab dem 40. Lebensjahr steigt nicht nur der Anteil der Versicherten mit einer Arzneimittelverordnung, sondern auch die Menge der verschriebenen Wirkstoffe merklich an.
- Bei Kindern und Jugendlichen ist ein deutlicher Rückgang der Verordnungsanteile zwischen 2019 und 2020 zu beobachten. Dieser geht maßgeblich auf das durch die Coronavirus-Pandemie stark zurückgegangene sonstige Infektionsgeschehen und der dadurch fehlenden Notwendigkeit zugehöriger Verordnungen zurück.
- Jenseits des 65. Lebensjahres steigen die definierten Tagesdosen – entgegen dem Trend – im Jahresvergleich sogar noch an, was vor allem durch die aktuellen Sonderregelungen im Arzneimittelbereich verursacht wird.

Das  Diagramm 4.2.1 stellt die Anteile der BKK Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung im Jahr 2020 differenziert nach Alter und Geschlecht dar.

Arzneimittelverordnungen bei Kindern und Jugendlichen bis zu einem Alter von 14 Jahren treten bei beiden Geschlechtern nahezu gleich häufig auf,

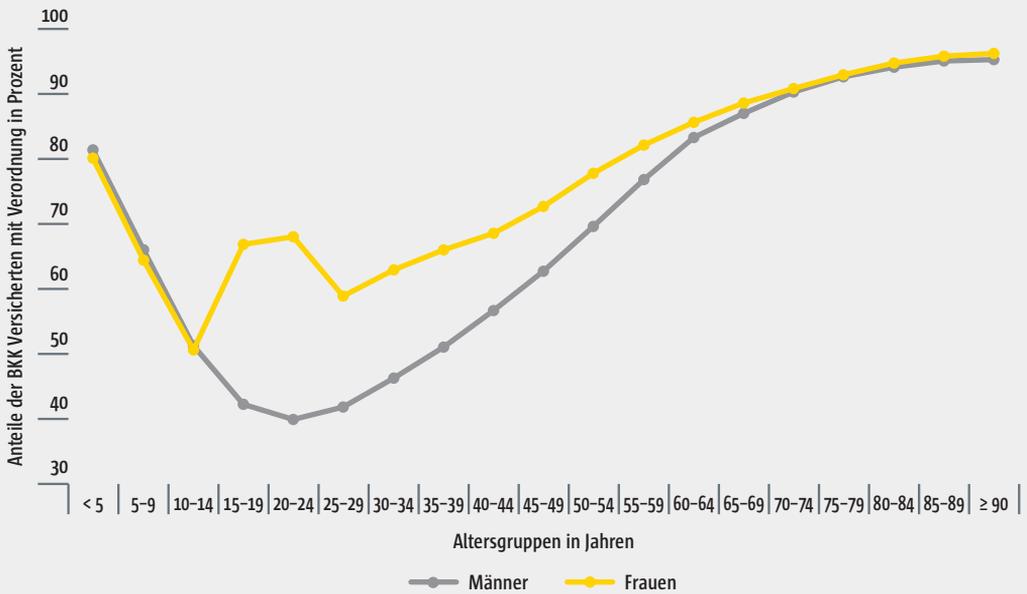
wobei die Anteile vom Kleinkind- bis zum frühen Jugendalter deutlich abnehmen. In dieser Altersgruppe sind – analog zu den ambulanten Diagnosedaten ( Kapitel 2.2.1) – vor allem den Respirationstrakt betreffende, entzündungshemmende und fiebersenkende Arzneimittel die am häufigsten verordneten Wirkstoffe. Ein Grund für den hohen Anteil von Verordnungen bei jungen BKK Versicherten wird vermutlich auch die Erstattungsfähigkeit beispielsweise von Mund- und Rachentherapeutika sowie Erkältungsmedikamenten für Kinder bis zu zwölf Jahren sein⁶. Durch die Verordnung auf ein Kassenrezept werden dabei auch solche Medikamente erfasst, die für Patienten anderer Altersklassen i. d. R. nicht erstattungsfähig sind und somit durch die vorliegende Statistik nicht abgebildet werden können.

Ab einem Alter von 15 Jahren unterscheiden sich die geschlechtsspezifischen Verordnungshäufigkeiten deutlich. In der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen ist dieser Unterschied am auffälligsten: Der Verordnungsanteil liegt bei den jungen Frauen um +28,1 Prozentpunkte höher als bei den jungen Männern, was vor allem durch Verordnungen im Bereich der Kontrazeptiva (Verhütungsmittel) begründet ist. Bis zum Jahr 2018 war der größte Unterschied immer in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen beobachtbar, eine Gesetzesänderung im Jahr 2019 ist primäre Ursache für diese Veränderung.

 Seit Ende März 2019 haben gesetzlich Krankenversicherte bis zum vollendeten 22. Lebensjahr (2 Jahre länger als bisher) regulären Anspruch auf Kostenerstattung für Kontrazeptiva durch ihre Krankenkasse (§ 24a SGB V). Diese Änderung wurde im Rahmen des Gesetzes zur Verbesserung der Informationen über einen Schwangerschaftsabbruch eingeführt.

6 G-BA (2021) Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie). <https://www.g-ba.de/richtlinien/3/> [abgerufen am: 10.09.2021]

Diagramm 4.2.1 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



Die insbesondere bei den Frauen dann folgende deutliche Abnahme des Verordnungsanteils ist wiederum dadurch erklärbar, dass Kontrazeptiva nach dem 22. Lebensjahr in der Regel nicht mehr zulasten der GKV verordnet werden, es sei denn deren Wirkung erstreckt sich auf weitere behandlungsrelevante Indikationen, wie z.B. verstärkter Haarwuchs (ICD-10-Code: L68) oder Menstruationsstörungen (ICD-10-Code: N92).

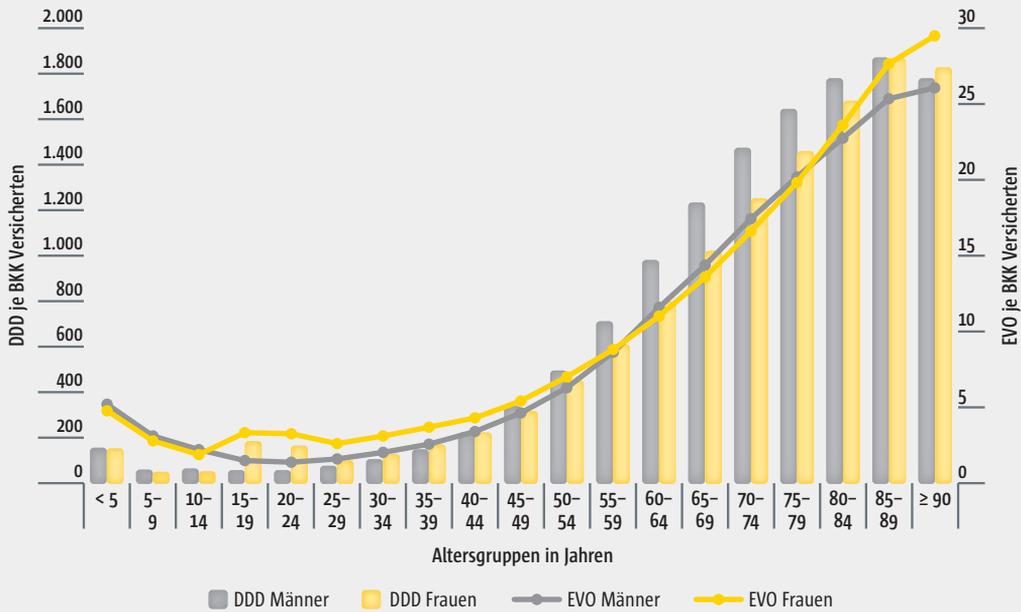
Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der BKK Versicherten mit einer Verordnung insgesamt an, wobei gleichzeitig der Geschlechtsunterschied immer mehr abnimmt. Insbesondere ab dem 80. Lebensjahr erhält nahezu jeder BKK Versicherte mindestens ein Arzneimittel (Gesamt: 95,0–96,1%) pro Jahr verordnet. Äquivalent zu den in der ambulanten Versorgung (III Kapitel 2.2) in dieser Altersgruppe dominierenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen geht die Mehrzahl der Verordnungen im höheren Lebensalter auf die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System zurück.

Im Vorjahresvergleich zeigt sich zudem eine sehr auffällige Dynamik bei den Verordnungsmengen, die – bedingt durch die Coronavirus-Pandemie – vor allem die jüngeren Altersgruppen betrifft. So sind mit jeweils –7,9 Prozentpunkten die größten Rückgänge der Anteile der Versicherten mit einer Verord-

nung bei den 5- bis 9-jährigen bzw. den 10- bis 14-jährigen zu verzeichnen. Dieser Rückgang wird maßgeblich durch den Wegfall eines Großteils der Verordnungen, die im Zusammenhang mit Infektionen stehen (v.a. Antiinfektiva zur systemischen Anwendung bzw. Mittel mit Wirkung auf den Respirations-trakt) verursacht, da die zugrundeliegenden Erkrankungen im Jahr 2020 insgesamt stark zurückgegangen bzw. nahezu ausgeblieben sind (III Kapitel 2.2). Mit zunehmendem Alter wird die Differenz zum Vorjahr allerdings immer geringer, da hier die Arzneimittel aufgrund von chronischen Erkrankungen (z.B. Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System) zunehmend die Verordnungen dominieren. Entsprechend fällt bei den Versicherten jenseits des 65. Lebensjahres auch die Veränderung im Vorjahresvergleich wesentlich geringer aus (–0,2 bis –0,9 Prozentpunkte).

Auch bei der Betrachtung der Einzelverordnungen sowie definierten Tagesdosen der BKK Versicherten zeigt sich sowohl bezogen auf das Alter als auch auf das Geschlecht ein ähnliches Muster, wie es schon bei den Verordnungsanteilen zu erkennen ist (III Diagramm 4.2.2). Auch hier ist ein sichtbarer Geschlechtsunterschied bei den 15- bis 19-jährigen bzw. bei den 20- bis 24-jährigen für die EVO und DDD mit den deutlich höheren Werten für die Frauen – vor

Diagramm 4.2.2 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



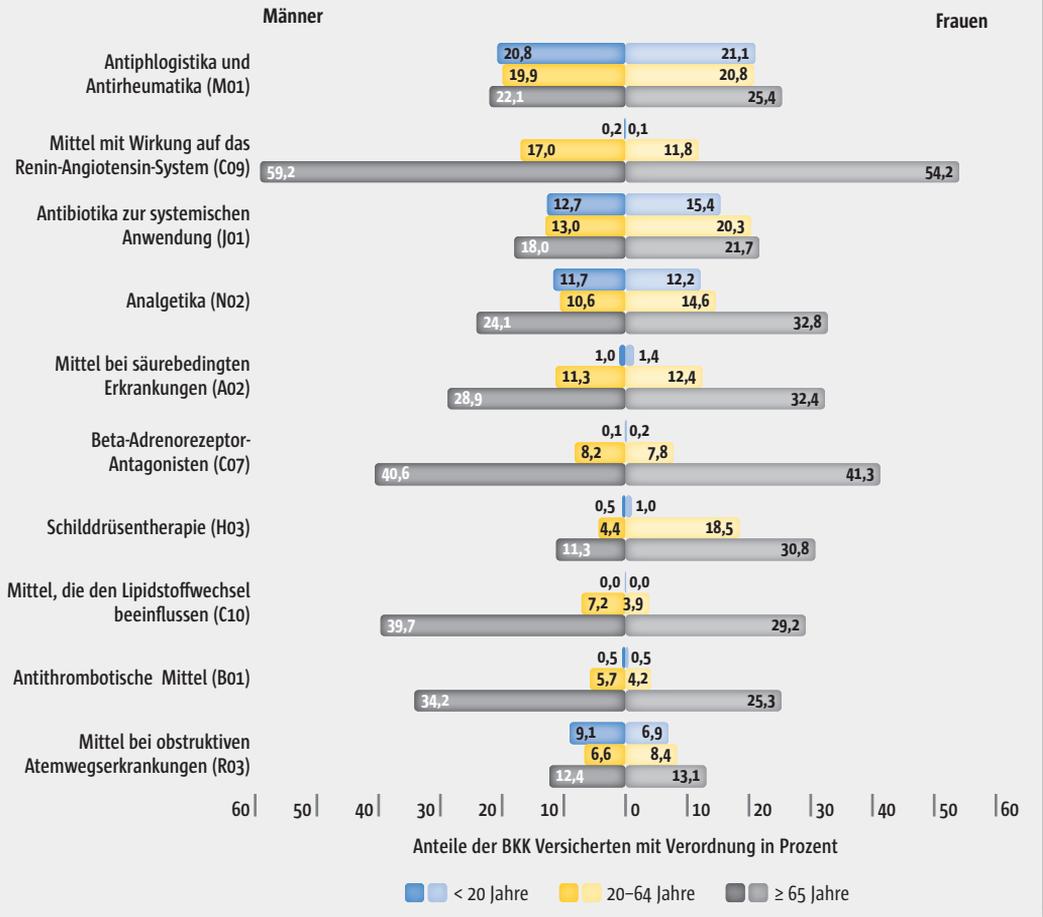
allein durch die Verordnung von Verhütungsmitteln begründet – zu finden. Für die Einzelverordnungen wird dieser Unterschied bei den Frauen ab dem 85. Lebensjahr nochmals erkennbar, während die Männer insbesondere zwischen dem 60. und dem 75. Lebensjahr mehr Einzelverordnungen und v.a. deutlich mehr definierte Tagesdosen erhalten. Maßgeblich werden diese Geschlechtsunterschiede im höheren Lebensalter v.a. durch die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System verursacht.

Besonders eindrucksvoll steigen beide Verordnungskennzahlen noch einmal ab dem 60. Lebensjahr an, was unter anderem mit dem Übergang von der Arbeits- in die Ruhestandsphase zusammenhängen dürfte. Ein ähnliches Verlaufsmuster ist in der ambulanten (III Kapitel 2.2) und in der stationären (III Kapitel 3.2) Versorgung mit besonderem Bezug zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu beobachten. Im Vorjahresvergleich wird hier ebenfalls ein Pandemieeffekt dergestalt sichtbar, dass insbesondere bei Kindern und Jugendlichen die Einzelverordnungen und insbesondere die definierten Tagesdosen im Vergleich zu 2019 abgenommen haben. Dass dieser Rückgang weniger deutlich als bei den Verordnungsanteilen ausfällt, liegt vor allem an der geringen Verordnungsdauer und -menge der meist bei kurzzeitigen Infek-

tionen verordneten Arzneimittel, die im Jahr 2020 am stärksten zurückgegangen sind. Dagegen ist besonders bei den Versicherten jenseits des 65. Lebensjahres eine Zunahme der definierten Tagesdosen zu verzeichnen, während die Einzelverordnungen nahezu unverändert geblieben sind. Vermutlich spielen hier die Sonderregelungen in Bezug auf die Packungsgrößen pro Verordnung eine Rolle (III Kapitel 4.1.1).

- Bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System treten die mit Abstand größten Altersunterschiede bei den Verordnungsanteilen auf.
- Die im Zuge der Coronavirus-Pandemie nahezu ausgebliebene Grippe- und Erkältungswelle hat zu einem massiven Rückgang der Verordnungen der entsprechenden Wirkstoffgruppen (z.B. Antibiotika oder Antiphlogistika und Antirheumatika) insbesondere bei den unter 20-jährigen Versicherten geführt.
- Arzneimittel, die vor allem für die Therapie von chronischen Krankheiten Verwendung finden (z.B. Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System), sind hingegen im Vorjahresvergleich in ihren Verordnungsanteilen, die für Männer wesentlich höher ausfallen, wenig verändert.

Diagramm 4.2.3 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung für die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



Das **»»** Diagramm 4.2.3 zeigt die zehn therapeutischen Untergruppen mit den höchsten Verordnungsanteilen im Jahr 2020, differenziert nach Alter und Geschlecht. Wiederum deutlich vom Alter der Versicherten abhängige Verordnungsanteile sind primär für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System (C07; C09; C10) erkennbar, die unter anderem im Zusammenhang mit der höheren Prävalenz von Herz- und Kreislauf-Erkrankungen in der Gruppe der älteren Versicherten stehen (**»»** Kapitel 2.2). In der Gruppe der unter 20-Jährigen werden diese Wirkstoffgruppen nur sehr selten verordnet, da die zugrundeliegenden Krankheitsbilder bei den jungen Versicherten nahezu nicht auftreten. Ein ähnliches Altersmuster ist auch für die Mittel bei säurebedingten Erkrankungen (A02) zu beobachten,

die häufig unterstützend bei gleichzeitiger Einnahme weiterer, potenziell magenschädigender Wirkstoffe eingesetzt werden.

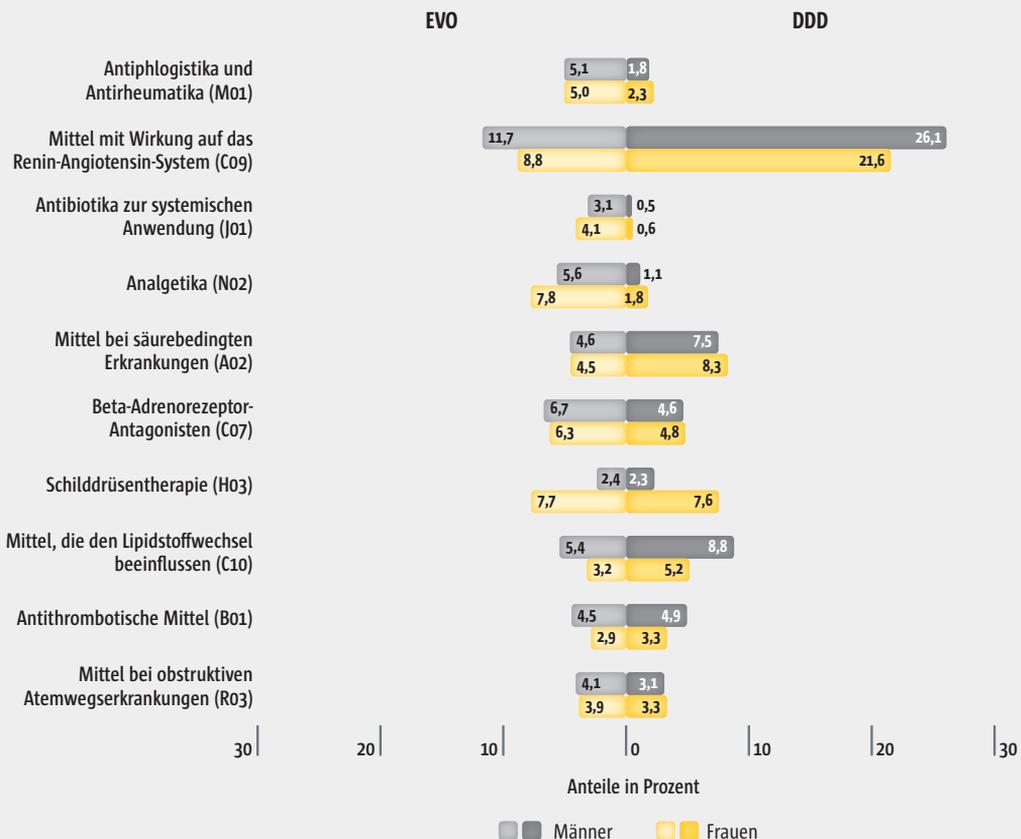
Wesentlich geringere Altersunterschiede finden sich dagegen bei Arzneimitteln, die beispielsweise bei Atemwegserkrankungen verordnet werden (Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen: R03). Gleiches gilt auch für die Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) sowie die Antiphlogistika und Antirheumatika (M01). Auch Geschlechtsunterschiede treten deutlich zu Tage: Frauen weisen z.B. bei der Schilddrüsenherapie (H03) in allen Altersgruppen einen vielfach höheren Verordnungsanteil als Männer auf. Begründet ist dies durch die Tatsache, dass Frauen im Vergleich zu den Männern deutlich häufiger von Schilddrüsenerkrankungen betroffen sind.

Besonders auffällig sind an dieser Stelle die altersspezifischen Veränderungen der Verordnungsanteile im Vorjahresvergleich. Die jeweils stärksten Rückgänge treten in der Gruppe der unter 20-jährigen Versicherten in der Gruppe der unter 20-jährigen Versicherten bei den Antiphlogistika und Antirheumatika (M01: -6,0 bis -6,1 Prozentpunkte) im Vergleich zu 2019 auf, während deren Verordnungsanteile bei den anderen Altersgruppen nur moderat abgenommen haben (-1,7 bis -2,2 Prozentpunkte). Anders hingegen bei den Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01: -4,4 bis -7,7 Prozentpunkte): Hier tritt über alle Altersgruppen hinweg ein substantieller Rückgang der Verordnungsanteile auf. Diese Veränderungen dürften zum Großteil auf das im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie stark reduzierte sonstige Infektionsgeschehen zurückzuführen sein.

- Mehr als jede fünfte Einzelverordnung (20,9%) und über ein Drittel aller Tagesdosen (35,6%) entfallen auf die drei Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System, die insgesamt die höchsten Verordnungsanteile bei den BKK Versicherten, vor allem bei den Männern, aufweisen.
- Aufgrund der Coronavirus-Pandemie sind die größten Rückgänge bei Einzelverordnungen und Tagesdosen für die Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) und bei den Antiphlogistika und Antirheumatika (M01) sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen zu verzeichnen.

Für die zehn Wirkstoffgruppen mit den höchsten Verordnungsanteilen (»» Diagramm 4.2.3) sind in »» Diagramm 4.2.4 zusätzlich die Anteile der Einzelverordnungen bzw. definierten Tagesdosen nach Ge-

Diagramm 4.2.4 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



schlecht dargestellt. Neben den Anteilen der Versicherten mit mindestens einer Verordnung geben diese Kennzahlen in ihrem Verhältnis zueinander unter anderem Aufschluss darüber, ob es sich primär um Arzneimittel für die Therapie von Kurz- oder Langzeiterkrankungen handelt. Zudem werden hier auch Mehrfachverordnungen innerhalb derselben Wirkstoffgruppe abgebildet.

Diese zehn therapeutischen Untergruppen vereinen über die Hälfte aller Einzelverordnungen (Männer: 53,2%; Frauen: 54,2%) bzw. aller definierten Tagesdosen (Männer: 60,7%; Frauen: 58,6%) bei den BKK Versicherten auf sich. Die mit Abstand größten Anteile gehen dabei auf die Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (Co9) zurück. Insgesamt entfällt auf die hier aufgeführten drei Arzneimittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System (ATC-Hauptgruppe C) mehr als jede fünfte Einzelverordnung (20,9%) und über ein Drittel aller definierten Tagesdosen (35,6%) bei den BKK Versicherten im Jahr 2020. Dabei liegen die Verordnungskennzahlen dieser drei Wirkstoffe – äquivalent zu den höheren Prävalenzen der Herz- und Kreislaufkrankungen (» Kapitel 2 und 3) – bei den Männern (EVO: 23,8%; DDD: 39,5%) deutlich über denen der Frauen (EVO: 18,3%; DDD: 31,6%).

Anders als bei den Verordnungsanteilen, wo der Einfluss auf das Verordnungsgeschehen durch die Coronavirus-Pandemie sehr deutlich zutage tritt (» Tabelle 4.1.4), fällt dieser Effekt hier geringer aus. Allerdings sind hier ebenfalls die gleichen Wirkstoffgruppen (Antibiotika zur systemischen Anwendung: Jo1; Antiphlogistika und Antirheumatika: Mo1) mit den vergleichsweise größten Rückgängen zu benennen. Bei den Antibiotika zur systemischen Anwendung (Jo1) ist deren Anteil an allen Einzelverordnungen um -1,2 Prozentpunkte im Vorjahresvergleich zurückgegangen, bei den Antiphlogistika und Antirheumatika (Mo1) beträgt dieser Rückgang -0,5 Prozentpunkte. Dass die Differenzen im Vorjahresvergleich hier nicht so groß wie bei den entsprechenden Verordnungsanteilen ausfallen, liegt vor allem daran, dass die beiden Wirkstoffgruppen mehrheitlich bei Kurzzeiterkrankungen (z. B. Infektionen) Anwendung finden und deren Anteile an den Verordnungsmengen somit generell im Vergleich zu Arzneimitteln mit langer Anwendungsdauer eher gering ausfallen.

4.2.2 Arzneimittelverordnungen nach Versichertenstatus

- Außer bei den Rentnern wird Frauen in allen anderen Versichertengruppen deutlich häufiger als Männern mindestens einmal im Jahr ein Arzneimittel verordnet.
- Bei den Familienangehörigen fällt der pandemiebedingte Rückgang der Verordnungsanteile mit -5,4 Prozentpunkten am größten aus.

Wie bereits in » Tabelle 4.1.1 zu sehen war, ist der Versichertenstatus bzw. die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe ebenfalls ein mittelbarer Indikator für die Zugehörigkeit des Versicherten zu einer sozialen Schicht, die einen nicht unerheblichen Einfluss auf dessen gesundheitliche Lage ausüben kann. Dieser Zusammenhang wird in » Tabelle 4.2.1 im Detail sichtbar.

Während sich die Verordnungsanteile in der Gruppe der Rentner zwischen Männern und Frauen am wenigsten unterscheiden, sind in allen anderen Versichertengruppen wesentlich größere Werte für die Frauen im Vergleich zu den Männern zu finden (+10,2 bis +14,8 Prozentpunkte). Wesentlich wird dieser Unterschied durch die überproportional hohen Verordnungsanteile aus der ATC-Hauptgruppe G (Urogenitalsystem und Sexualhormone) beeinflusst.

Im Vergleich zum Vorjahr werden bei den einzelnen Versichertengruppen ebenfalls teils deutliche Veränderungen mit unterschiedlicher Ausprägung sichtbar, wobei diese für Männer und Frauen innerhalb der jeweiligen Versichertengruppe nahezu identisch ausfallen. Der mit -5,4 Prozentpunkten größte Rückgang ist bei den Familienangehörigen zu verzeichnen, zu denen vor allem auch Kinder und Jugendliche zählen. Mit einer Abnahme von -3,0 Prozentpunkten folgen die beschäftigten Mitglieder noch vor den Arbeitslosen im ALG-II-Bezug (-2,8 Prozentpunkte) und den Rentnern (-0,5 Prozentpunkte). Gegen den Trend ist bei den Arbeitslosen mit ALG-I-Bezug eine leichte Zunahme (+0,7 Prozentpunkte) zu verzeichnen. Auf welche Wirkstoffgruppen diese Veränderungen zurückgehen und inwieweit dies mit der Coronavirus-Pandemie zusammenhängt, wird im Folgenden deutlich.

Tabelle 4.2.1 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

Versichertengruppen	Geschlecht	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Männer	58,0
	Frauen	70,4
	Gesamt	63,6
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	43,8
	Frauen	54,1
	Gesamt	48,5
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	50,7
	Frauen	65,5
	Gesamt	58,0
Familienangehörige	Männer	57,4
	Frauen	65,9
	Gesamt	62,4
Rentner	Männer	89,8
	Frauen	91,3
	Gesamt	90,6
BKK Versicherte insgesamt	Männer	65,0
	Frauen	74,7
	Gesamt	69,8

- Mit 71,6% liegt der Anteil derjenigen, die mindestens eine Verordnung für ein Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System erhalten haben, in der Gruppe der Rentner altersbedingt um ein Vielfaches über denen aller anderen Versichertengruppen (6,5% –19,1%).
- Im Vorjahresvergleich sind bei den Familienangehörigen die mit Abstand größten Rückgänge bei den Antibioprodukten zur systemischen Anwendung (-7,9 Prozentpunkte), den Mitteln mit Wirkung auf den Respirationstrakt (-5,2 Prozentpunkte) sowie auf das Muskel-Skelett-System (-4,8 Prozentpunkte) zu verzeichnen.

- Hintergrund ist das durch die Hygiene- und Abstandsregeln fast vollständige Ausbleiben der jährlichen Grippe- und Erkältungswelle, die vor allem bei den jüngeren Versicherten die stärkste Wirkung entfaltet hat.

Alters- bzw. krankheitsbedingt sind für nahezu alle anatomischen Hauptgruppen die größten Verordnungsanteile bei der Gruppe der Rentner zu finden (»» Tabelle 4.2.2). Besonders auffällig ist der hohe Anteil der Verordnungen bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System (71,6%). Ebenfalls die mit Abstand höchsten Werte sind in dieser Versichertengruppe bei den Verordnungsanteilen für Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel (45,3%) sowie den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem (42,7%) zu finden. Altersbedingt andere Schwerpunkte zeigen sich bei den Familienangehörigen, da zu dieser Gruppe zum Großteil mitversicherte Kinder und Jugendliche zählen, was sich unter anderem an den hohen Anteilen der Verordnungen von Mitteln mit Wirkung auf den Respirationstrakt (24,5%) zeigt. Auf den ersten Blick überraschend sind in dieser Gruppe auch die Verordnungsanteile für die Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem (19,9%) relativ hoch. Eine Ursache hierfür ist, dass auch Schmerzmittel wie z. B. Ibuprofen (ATC-Code: Mo1AE01) zu dieser Gruppe gehören, die beispielsweise bei (Klein-)Kindern häufig als Fiebersenker Anwendung finden.

Das Verordnungsgeschehen bei Rentnern bzw. Familienangehörigen wird vor allem durch das (sehr unterschiedliche) Alter der jeweiligen Versichertengruppe definiert. Die Beschäftigten bzw. die Arbeitslosen unterscheiden sich hingegen in ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur nur geringfügig. Hier werden Unterschiede bei den Arzneimittelverordnungen vor allem von der sozialen Lage und der zugrundeliegenden gesundheitlichen Situation der jeweiligen Gruppe beeinflusst. Am Beispiel der Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem bzw. auf das kardiovaskuläre System soll dieser Einfluss verdeutlicht werden.

Mehr als jeder vierte ALG-II-Empfänger (25,4%) erhält mindestens eine Verordnung aus der Gruppe der Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem. Das liegt deutlich über den entsprechenden Verordnungsquoten bei den ALG-I-Empfängern (18,0%) bzw. den beschäftigten Mitgliedern (17,4%). Diese Unterschiede sind in ähnlicher Relation in der ambulanten Versorgung (»» Kapitel 2.2.2) zu finden: Auch dort liegen die Anteile der ALG-II-Empfänger, die mindes-

Tabelle 4.2.2 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Versichertengruppen und Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2020)

Verordnungshauptgruppen	Versichertengruppen					
	Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familienangehörige	Rentner	BKK Versicherte insgesamt
	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent					
Alimentäres System und Stoffwechsel	15,2	13,0	19,0	14,6	45,3	21,8
Blut und blutbildende Organe	5,8	5,1	7,4	3,0	30,5	10,4
Kardiovaskuläres System	19,1	17,1	17,1	6,5	71,6	26,8
Dermatika	11,1	6,9	9,8	16,4	19,9	14,7
Urogenitalsystem und Sexualhormone	6,8	4,7	6,3	6,7	15,6	8,6
Systemische Hormonpräparate	13,9	10,5	10,6	8,1	28,0	15,5
Antinfektiva zur systemischen Anwendung	17,6	9,4	16,2	15,4	21,8	18,5
Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	2,0	1,8	1,6	2,0	5,8	2,8
Muskel- und Skelettsystem	21,7	13,0	19,2	19,9	34,0	24,4
Nervensystem	17,4	18,0	25,4	16,2	42,7	23,1
Antiparasitäre Mittel	1,2	0,8	2,0	2,7	1,7	1,8
Respirationstrakt	10,6	7,5	11,6	24,5	16,9	15,8
Sinnesorgane	6,1	3,5	4,5	8,2	15,8	8,8
Gesamt	63,6	48,5	58,0	62,4	90,6	69,8

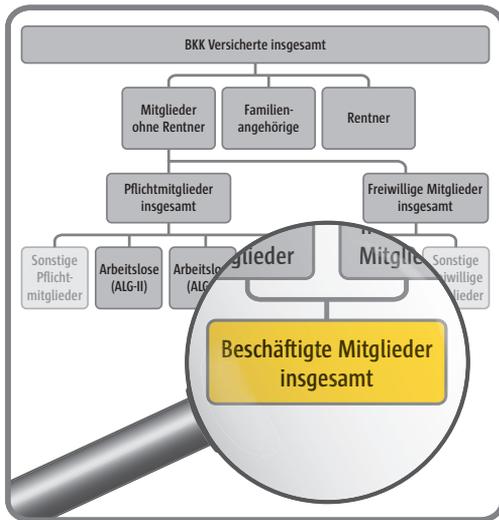
tens eine Diagnose aus dem Bereich der psychischen Störungen pro Berichtsjahr aufweisen, deutlich über denen der beiden anderen Versichertengruppen. Geringe Unterschiede gibt es hingegen zwischen den drei Versichertengruppen für die Verordnungsanteile bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System, die zwischen 17,1% bis 19,1% liegen. Hier ist weniger die soziale Lage, sondern eher das Lebensalter, das bei allen drei Versichertengruppen ähnlich ist, ausschlaggebend für die Höhe der Verordnungsanteile, wie in gleicher Weise die zugehörigen Diagnoseraten in der ambulanten Versorgung zeigen (» Kapitel 2.2.2).

Wie bereits auf Ebene der allgemeinen Kennzahlen (» Tabelle 4.2.1) deutlich wurde, gibt es in den einzelnen Versichertengruppen teilweise stark ausgeprägte Veränderungen im Vorjahresvergleich, deren Schwerpunkte auf Ebene der anatomischen Hauptgruppen noch spezifischer werden. Der mit

–5,9 Prozentpunkten stärkste Rückgang im Vergleich zu 2019 tritt, wie bereits festgestellt, bei den Antinfektiva zur systemischen Anwendung auf. In der Gruppe der Familienversicherten ist der Rückgang mit –7,9 Prozentpunkten am größten. An zweiter Stelle stehen die beschäftigten Mitglieder mit einer Reduktion bei den Verordnungsanteilen um –5,5 Prozentpunkte. Am wenigsten hat sich die entsprechende Kennzahl bei den Arbeitslosen (ALG-I) verändert (–1,6 Prozentpunkte) wobei in dieser Versichertengruppe der Verordnungsanteil in diesem so wie in den vergangenen Jahren der mit Abstand geringste bei dieser Wirkstoffgruppe ist. Ähnliche Muster mit jeweils höchsten Abweichung zum Vorjahr für die Familienangehörigen zeigen sich bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel-Skelett-System (–4,8 Prozentpunkte) sowie den Mitteln mit Wirkung auf den Respirationstrakt (–5,2 Prozentpunkte). Die bereits angeführten Gründe, wie das fast vollständige

Ausbleiben der jährlichen Grippe- und Erkältungswelle durch jeweils gültige Hygiene- und Abstandsregeln sowie die Notwendigkeit eines Arztbesuches bei leichten Erkrankungen in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus sind hier ebenfalls als Ursachen für die aufgezeigte Entwicklung zu nennen.

4.2.3 Arzneimittelverordnungen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen



Wie schon in den vorherigen Kapiteln werden im Folgenden die Arzneimittelverordnungen im Zusammenhang mit dem höchsten Schul- bzw. Berufsabschluss dargestellt. Da diese Merkmale ausschließlich für die beschäftigten Mitglieder vorliegen, ist ein Vergleich der Kennzahlen in den anderen Abschnitten dieses Kapitels nur im Rahmen dieser Versichertengruppe möglich.

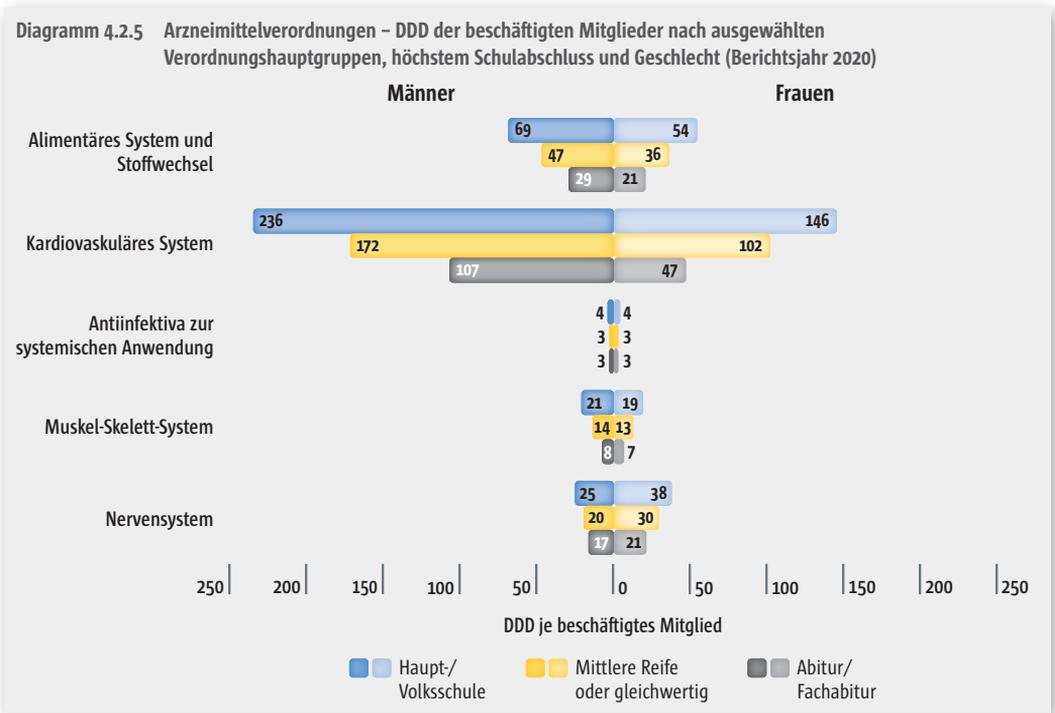
Höchster Schulabschluss

- Mit einem höheren Schulabschluss eines Beschäftigten gehen weniger Arzneimittelverordnungen bzw. definierte Tagesdosen einher.
- Dieser Unterschied wird bei den definierten Tagesdosen vor allem für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System deutlich, wobei die Männer hierbei durchgehend höhere Werte als die Frauen aufweisen.

Welchen Einfluss der höchste Schulabschluss bei den beschäftigten Mitgliedern auf die Arzneimittelverordnungen ausübt, ist in **»** Tabelle 4.2.3 zu sehen. Hinsichtlich des Anteils der Beschäftigten mit mindestens einer Verordnung im Jahr 2020 zeigt sich für beide Geschlechter, dass die Berufstätigen mit einem Haupt- bzw. Volksschulabschluss jeweils die höchsten Anteile aufweisen. Die geringsten Verordnungs-

Tabelle 4.2.3 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

Höchster Schulabschluss	Männer			Frauen		
	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO	DDD
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder			je 1.000 beschäftigte Mitglieder	
Abschluss unbekannt	55,1	4.666	357.014	68,5	5.346	326.409
Ohne Schulabschluss	53,3	5.453	412.816	62,5	5.777	344.829
Haupt-/Volksschulabschluss	64,9	5.609	431.901	75,2	6.365	394.498
Mittlere Reife oder gleichwertig	58,1	4.182	318.041	72,6	5.124	307.960
Abitur/Fachabitur	49,7	2.999	217.688	63,8	3.670	198.559
Gesamt	58,0	4.330	328.679	70,4	4.893	290.078



anteile finden sich hingegen bei den Beschäftigten mit (Fach-)Abitur. Bezogen auf die Einzelverordnungen und die definierten Tagesdosen zeigt sich ebenfalls ein eindeutiges Muster: Je höher der Schulabschluss (soweit vorhanden bzw. bekannt), desto weniger EVO und DDD werden im Durchschnitt verordnet. Dabei liegen über alle Abschlusstypen hinweg die Verordnungsanteile und die EVO der Frauen deutlich über denen der Männer. Nahezu umgekehrt verhält es sich bei den DDD: Hier weisen die Männer durchgehend die höheren Werte auf.

In **III** Diagramm 4.2.5 sind die definierten Tagesdosen der Beschäftigten für die wichtigsten anatomischen Hauptgruppen sowie den drei wichtigsten Schulabschlussformen nach Geschlecht dargestellt. Hier zeigt sich noch einmal deutlich, dass bei Beschäftigten mit einem höheren Schulabschluss durchschnittlich weniger Arzneimittel verordnet werden. So weisen berufstätige Frauen mit einem Haupt-/Volksschulabschluss mehr als dreimal so viele Tagesdosen bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System auf, wie solche mit einem (Fach-)Abitur. Bei den Männern unterschei-

den sich beide Gruppen immerhin noch um mehr als das Doppelte, wobei beschäftigte Männer im Vergleich zu den Frauen generell deutlich mehr Tagesdosen aus dieser Wirkstoffgruppe verordnet bekommen. Bei den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel zeigt sich in Abhängigkeit vom Schulabschluss ein ähnliches Muster, wobei die Geschlechtsunterschiede hier wesentlich geringer ausfallen. Lediglich bei den Antinfektiva zur systemischen Anwendung sind keine Unterschiede zwischen den betrachteten Schulabschlüssen zu beobachten, was auch mit den nahezu gleichgroßen Anteilen der von einer Atemwegserkrankung betroffenen Männern und Frauen in der ambulanten Versorgung korrespondiert (**III** Kapitel 2). Da es sich in der Regel um zugrundeliegende akute bzw. übertragbare Erkrankungen, wie z.B. den saisonalen Atemwegserkrankungen, handelt, sind hier meist alle Beschäftigten, unabhängig von der Höhe des Schulabschlusses, in gleichem Maße betroffen und zeigen somit keine relevanten Unterschiede bei den entsprechenden Arzneimittelverordnungen.

Höchster Berufsabschluss

- Auch beim beruflichen Ausbildungsabschluss der Beschäftigten zeigt sich, dass mit zunehmender Qualifikation gleichzeitig niedrigere Verordnungsanteile und -mengen für Arzneimittel einhergehen.
- Bei den Antibiota zur systemischen Anwendung sind nahezu keine Unterschiede zwischen den Berufsabschlüssen feststellbar, da Beschäftigte unabhängig von ihrer Qualifikation gleich häufig von den zugrundeliegenden Erkrankungen betroffen sind.

Ähnlich wie beim höchsten Schulabschluss, zeigt sich hier ebenfalls, dass ein höherer beruflicher Abschluss mit geringeren Verordnungsanteilen, Einzelverordnungen und Tagesdosen einhergeht. Beschäftigte ohne beruflichen Ausbildungsabschluss (zu denen auch die Auszubildenden gehören) sowie solche mit einem Bachelorabschluss fallen aus dem beschriebenen Muster insofern heraus, als das hier im Vergleich zu den anderen dargestellten Gruppen das deutlich niedrigere Durchschnittsalter den grö-

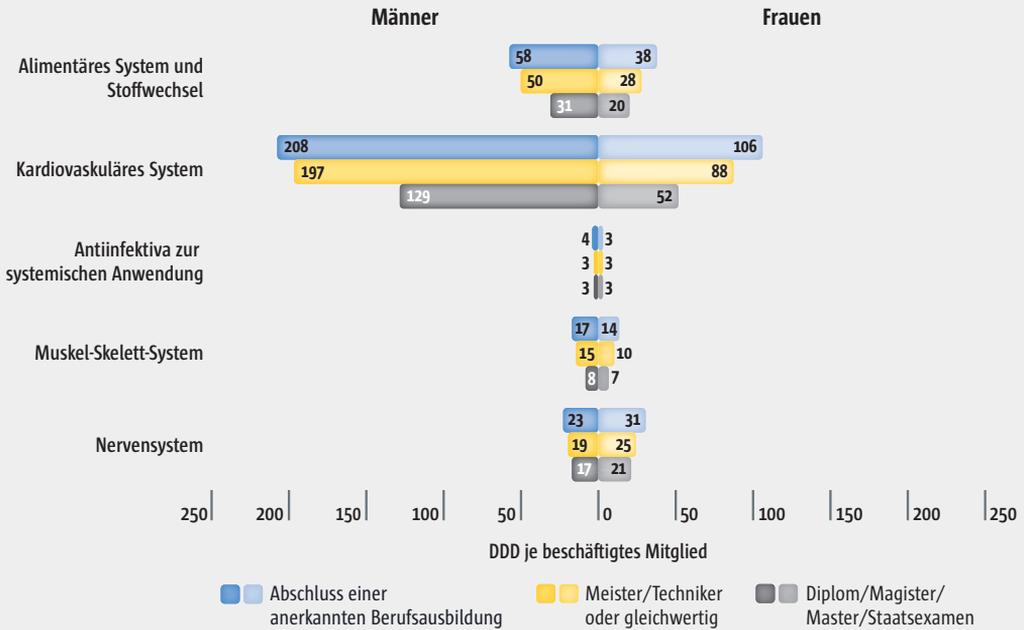
ßeren Einfluss auf die Verordnungskennzahlen ausübt (»»» Tabelle 4.2.4).

Das im »»» Diagramm 4.2.6 erkennbare Muster der verordneten Tagesdosen für die drei ausgewählten Berufsabschlussarten ist nahezu identisch mit dem des höchsten Schulabschlusses. Beschäftigte mit einer anerkannten Berufsausbildung erhalten wesentlich mehr Tagesdosen verordnet als die beiden anderen betrachteten Gruppen. Auch hier ist vor allem bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System ein deutlicher Geschlechtsunterschied innerhalb der einzelnen Berufsabschlüsse erkennbar. Dabei gilt, dass die Männer jeweils durchschnittlich mehr als die doppelten Tagesdosen im Vergleich zu den Frauen erhalten. Ebenfalls zeigt sich, dass Wirkstoffgruppen (z.B. Antibiota zur systemischen Anwendung), die eher bei akuten und kurzfristigen Erkrankungen Anwendung finden, im Verordnungsgeschehen nahezu unabhängig vom beruflichen Bildungsgrad sind. Dieses Muster zeigt sich ebenfalls in den Analysen der zugrundeliegenden Diagnosen in der ambulanten Versorgung (»»» Kapitel 2.2).

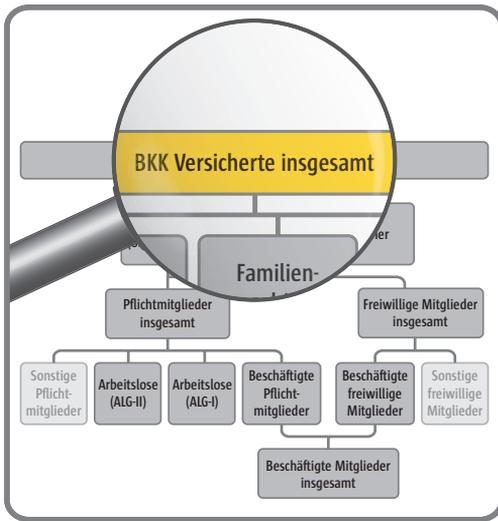
Tabelle 4.2.4 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

Höchster Berufsabschluss	Männer			Frauen		
	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO je 1.000 beschäftigte Mitglieder	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO je 1.000 beschäftigte Mitglieder	DDD
Abschluss unbekannt	48,3	3.957	290.558	65,1	5.040	300.966
Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	46,1	3.521	239.555	69,1	5.347	317.568
Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	62,4	4.901	379.522	72,5	5.164	310.451
Meister/Techniker oder gleichwertig	61,8	4.536	355.240	69,0	4.492	265.711
Bachelor	41,7	2.010	125.935	55,6	2.767	124.738
Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	52,5	3.270	248.368	61,8	3.599	198.948
Promotion	47,9	2.841	218.272	57,9	3.282	174.189
Gesamt	58,0	4.330	328.679	70,4	4.893	290.078

Diagramm 4.2.6 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen, höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



4.3 Arzneimittelverordnungen in Regionen



Für die Arzneimittelverordnungen zeigen sich im regionalen Vergleich Unterschiede, die neben den soziodemografischen Merkmalen der Versicherten ebenfalls maßgeblich von den medizinischen Versorgungsstrukturen und den sozioökonomischen Bedingungen vor Ort bestimmt werden. Im Folgenden werden hierzu entsprechende Vergleiche auf Ebene der Bundesländer bzw. der Kreise vorgenommen. Dieser Abschnitt betrachtet wiederum die Entwicklung bei den BKK Versicherten insgesamt.

4.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise

- Die Stadtstaaten Hamburg (63,8%) und Berlin (64,9%) weisen im Bundeslandvergleich die geringsten Anteile mit mindestens einer Arzneimittelverordnung bei den Versicherten auf.

- Insgesamt erhalten in den Ostbundesländern wohnhafte Personen nicht nur häufiger, sondern auch deutlich mehr Tagesdosen verordnet, was vor allem mit dem überdurchschnittlichen Alter der dort wohnhaften Versicherten zusammenhängt.
- Zwischen einzelnen Landkreisen innerhalb eines Bundeslandes schwanken die Verordnungskennzahlen teils stärker als zwischen den Bundesländern selbst.

In **»** Tabelle 4.3.1 sind die Verordnungskennzahlen der BKK Versicherten im Vergleich zwischen den Bundesländern für das Jahr 2020 zu sehen. Spitzenreiter ist, wie schon in den Vorjahren, Sachsen-Anhalt: Das gilt sowohl für den Anteil der BKK Versicherten mit mindestens einer Verordnung (74,5%) als auch für die Einzelverordnungen (10,2 EVO je BKK Versicherten) bzw. die definierten Tagesdosen (760 DDD je BKK Versicherten). Allgemein werden in den meisten Ostbundesländern im Mittel mehr Einzelverordnungen und definierte Tagesdosen als in den Westbundesländern verordnet. Deutlich niedrigere Anteile bzw. Kennwerte sind unter anderem in Berlin und Hamburg, sowie in Bayern und Baden-Württemberg zu finden. Dies ist zum Teil auch mit der Altersstruktur der dort wohnhaften BKK Versicherten zu begründen. So liegt das Durchschnittsalter der BKK Versicherten in Sachsen-Anhalt bei 47,8 Jahren, in Berlin und Hamburg sowie Bayern und Baden-Württemberg jedoch nur knapp über 41 Jahre (**»** Tabelle 0.1.3). Wie auch bereits im **»** Kapitel 4.2.1 gezeigt werden konnte, wird insbesondere die Anzahl der verordneten Tagesdosen stark vom Lebensalter beeinflusst, deshalb ist hier auch die größte Spreizung der berichteten Kennzahlen im Bundeslandvergleich zu erkennen.

Die verordneten Tagesdosen für alle Verordnungen der BKK Versicherten auf Ebene der Landkreise sind im **»** Diagramm 4.3.1 dargestellt. Zunächst zeigt sich das bereits erwähnte Muster mit den überdurchschnittlich hohen Werten der verordneten Tagesdo-

Tabelle 4.3.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2020)

Bundesländer	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent	EVO je BKK Versicherten	DDD je BKK Versicherten
Baden-Württemberg	67,4	6,3	421
Bayern	68,4	6,5	438
Berlin	64,9	6,5	480
Brandenburg	69,7	7,7	583
Bremen	69,8	7,7	540
Hamburg	63,8	6,4	431
Hessen	68,3	7,0	480
Mecklenburg-Vorpommern	73,8	8,8	651
Niedersachsen	71,3	7,9	548
Nordrhein-Westfalen	72,2	8,7	592
Rheinland-Pfalz	71,9	8,5	589
Saarland	73,4	8,8	595
Sachsen	69,9	8,5	655
Sachsen-Anhalt	74,5	10,2	760
Schleswig-Holstein	68,9	7,4	508
Thüringen	70,7	8,5	658
Gesamt	69,8	7,5	515

sen in den Ostbundesländern. Aber auch im Saarland, in Rheinland-Pfalz, in Nordrhein-Westfalen sowie in Niedersachsen sind für eine nicht unerhebliche Anzahl von Kreisen deutlich überdurchschnittliche Verordnungsmengen zu erkennen. Wie im Vorjahr sind wiederum in Saalekreis in Sachsen-Anhalt im Durchschnitt die meisten verordneten Tagesdosen zu finden (904 DDD je BKK Versicherten). Lediglich ein Drittel dieser Menge sind es dagegen in Heidelberg in Baden-Württemberg (298 DDD je BKK Versicherten). Wie heterogen das Verordnungsgeschehen auch innerhalb eines Bundeslandes sein kann, wird am Beispiel von Niedersachsen deutlich: Während der Kreis Lüchow-Dannenberg mit 729 DDD je BKK Versicherten über

den Bundesdurchschnittswert (515 DDD je BKK Versicherten) liegt, sind es dagegen im Landkreis Vechta nur 429 DDD je BKK Versicherten.

4.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Verordnungen

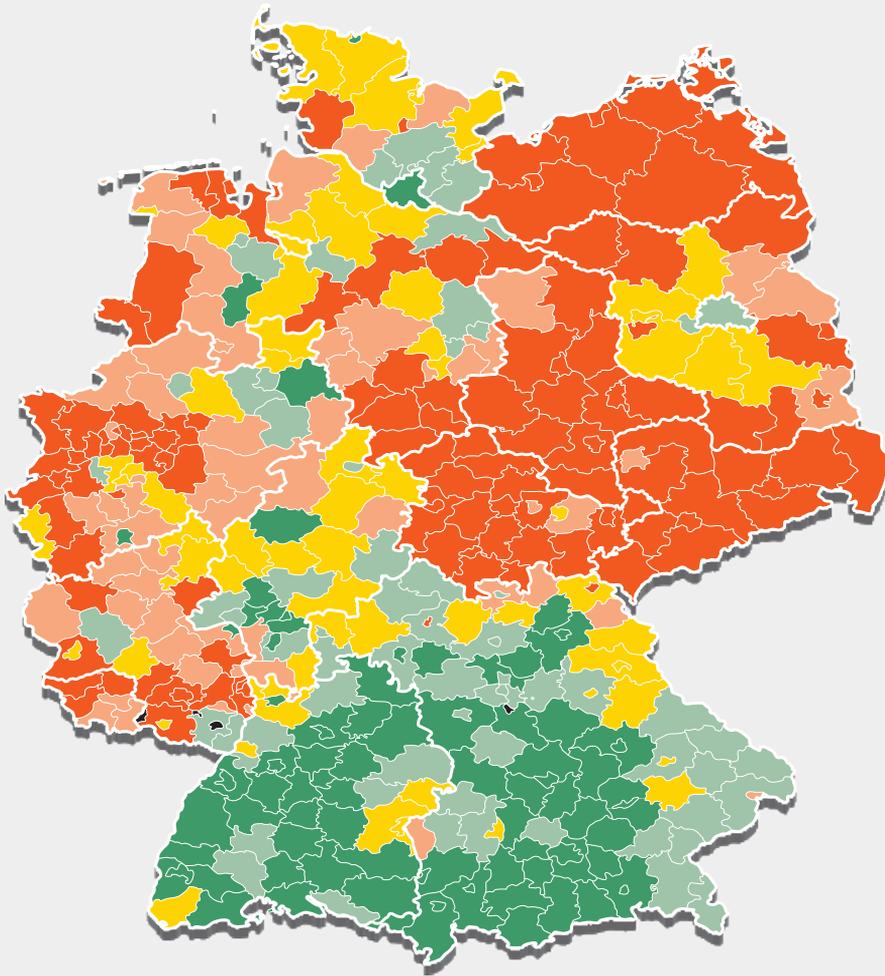
- Ein wiederkehrendes regionales Muster ist, dass in den Ostbundesländern sowie in Teilen Bayerns bzw. Baden-Württembergs Antibiotika seltener bzw. in geringeren Mengen verordnet werden.
- Zwar sind durch die Coronavirus-Pandemie deutlich weniger Antibiotika als im Vorjahr verordnet worden, allerdings bleibt das Muster der regionalen Variation davon nahezu unbeeinflusst.
- Landkreise mit überdurchschnittlich vielen verordneten Tagesdosen von Psychoanaleptika liegen vor allem in Bayern und Nordrhein-Westfalen, die geringsten Werte sind hingegen auf Kreisebene in Baden-Württemberg zu finden.

Neben der Betrachtung der Gesamtverordnungen lohnt es sich, zusätzlich einen Blick auf die regionalen Variationen von verordneten Tagesdosen bezogen auf einzelne therapeutische Untergruppen zu werfen.

Betrachtet man zunächst die durchschnittliche Anzahl der Tagesdosen der BKK Versicherten auf Landkreisebene für Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01), so zeigt sich ein deutlicher Ost-West-Unterschied (■ Diagramm 4.3.2). Dieses Muster verhält sich nahezu diametral zu dem Bild, dass sich bei allen Verordnungen insgesamt zeigt (■ Diagramm 4.3.1). Die Spannweite reicht dabei von durchschnittlich 1,7 DDD je BKK Versicherten im Frankfurt (Oder) in Brandenburg bis hin zu 3,8 DDD je BKK Versicherten im Landkreis Kusel (Rheinland-Pfalz). Dabei zeigen sich allerdings keine relevanten regionalen Zusammenhänge mit der Auftretenshäufigkeit einschlägiger Diagnosen im ambulanten Bereich, wie zum Beispiel bei den akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06) oder der Mittelohrentzündung (H66). Eine mögliche Ursache dieses Regionalmusters liegt im unterschiedlich sozialisierten Ordnungsverhalten der niedergelassenen Ärzte in Ost und West bzw. in der unterschiedlichen Erwartungshaltung der Patienten⁷. Da es bei diese Wirkstoff-

7 Hering R, Schulz M., Bätzing-Feigenbaum J. (2014). Entwicklung der ambulanten Antibiotikaverordnungen im Zeitraum 2008 bis 2012 im regionalen Vergleich. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland.

Diagramm 4.3.1 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2020)



Prozentuale Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (515 DDD je BKK Versicherten)

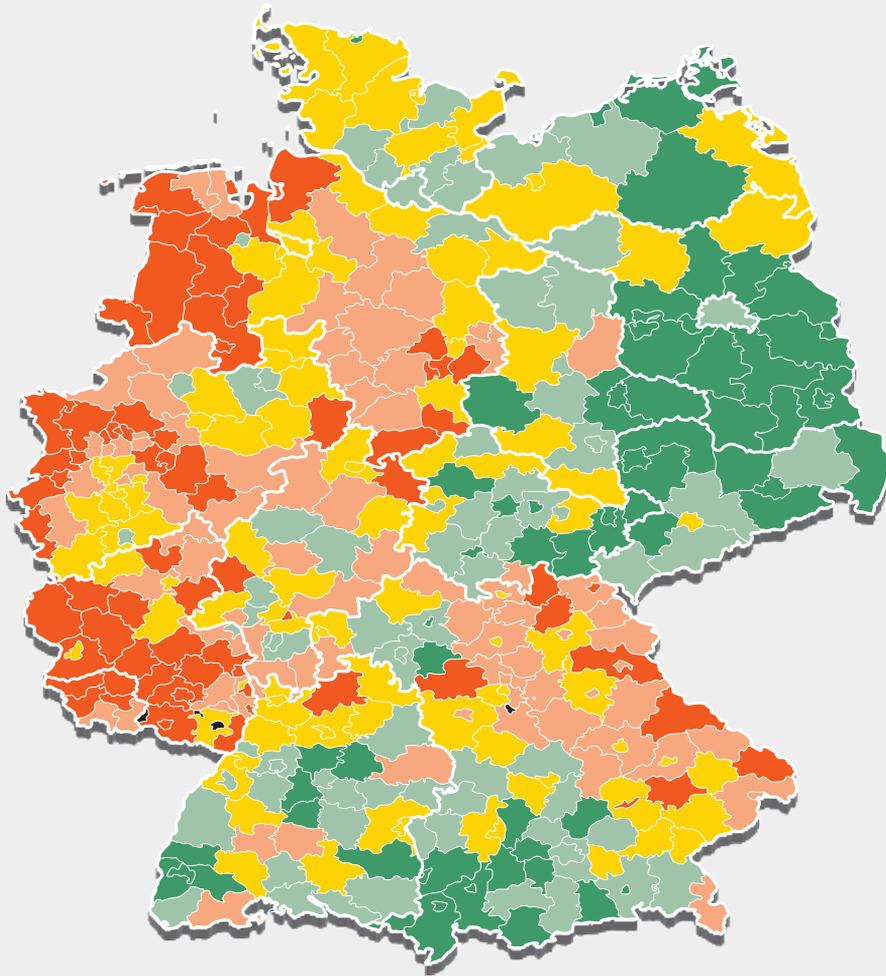
- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
- 5–15% unter dem Bundesdurchschnitt
- ± 5% um den Bundesdurchschnitt
- 5–15% über dem Bundesdurchschnitt
- mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
- keine Angaben*

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

gruppe bzw. den zugrundeliegenden Erkrankungen meist nur einer kurzzeitigen Einnahmedauer bedarf, sind die Höhe und die Regionaldifferenzen der Tagesdosen nur gering ausgeprägt. Ergänzend soll deshalb noch ein Blick auf die Verordnungsanteile (Anteil der Versicherten mit mindestens einer Verordnung) ge-

worfen werden. Dabei zeigt sich ein ähnliches Regionalmuster wie bei den Tagesdosen: Erhalten gerade einmal 11,6% der BKK Versicherten in Weimar (Thüringen) eine Antibiotikaverordnung pro Jahr, sind es wiederum im Landkreis Kusel (Rheinland-Pfalz) fast doppelt so viele (22,2%). Wie bereits an anderen Stel-

Diagramm 4.3.2 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten für Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2020)



Prozentuale Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (3 DDD je BKK Versicherten)

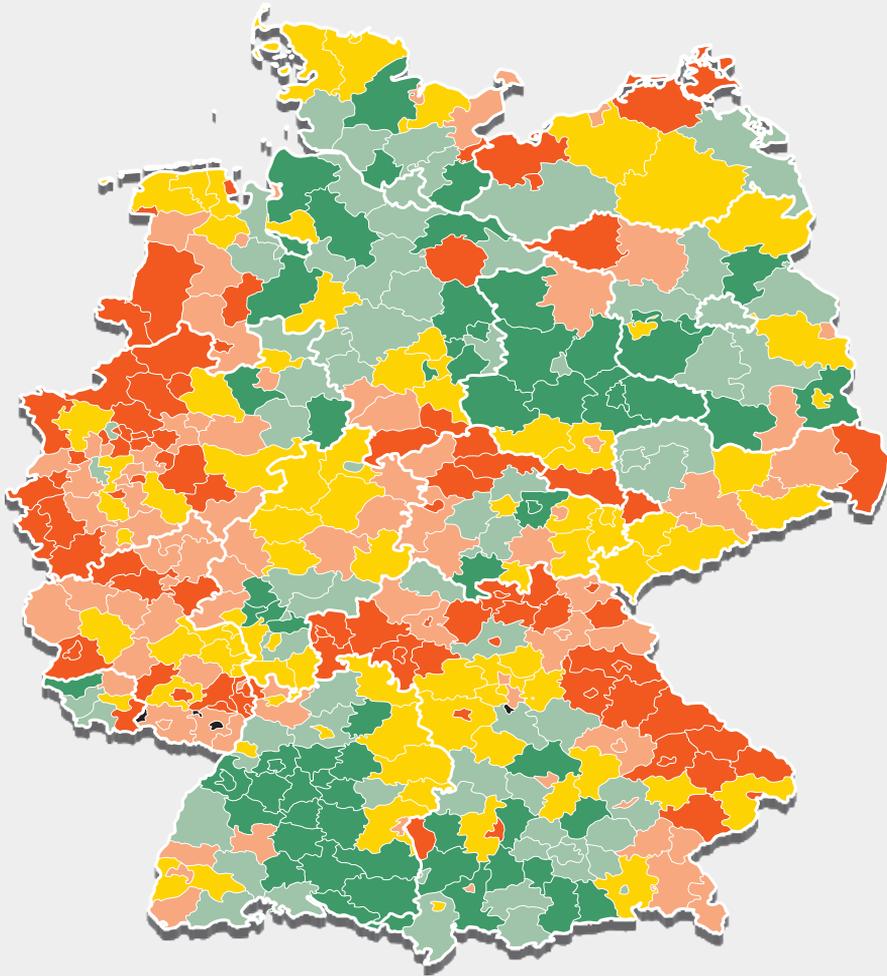
- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
- 5–15% unter dem Bundesdurchschnitt
- ± 5% um den Bundesdurchschnitt
- 5–15% über dem Bundesdurchschnitt
- mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
- keine Angaben*

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

le angemerkt wurde, sind bei dieser Wirkstoffgruppe bedingt durch die Coronavirus-Pandemie die Versorgungsanteile und -mengen im Vergleich zum Vorjahr insgesamt deutlich zurückgegangen, die regionalen Unterschiede bleiben davon allerdings nahezu unbeeinflusst.

Abschließend soll noch ein Blick auf die regionale Variation der verordneten Tagesdosen bezogen auf die Psychoanaleptika (No6) geworfen werden, die vor allem durch Verordnungen aus dem Bereich der Antidepressiva (No6A) dominiert werden. Wie in **»»** Diagramm 4.3.3 zu sehen ist, sind besonders

Diagramm 4.3.3 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten für Psychoanaleptika (N06) nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2020)



Prozentuale Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (22 DDD je BKK Versicherten)

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

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

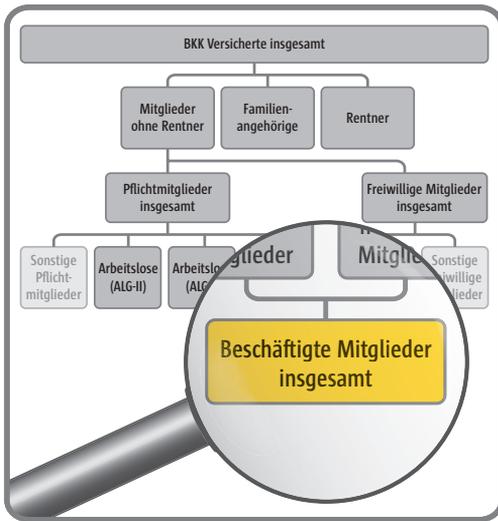
hohe Verordnungsmengen in mehreren Landkreisen Nordrhein-Westfalens sowie in Rheinland-Pfalz zu verzeichnen. Wie bereits schon bei den Antibiotikaverordnungen fallen die Kreise im östlichen bzw. südlichen Bayern mit besonders hohen durchschnittlichen Tagesdosen auf. Im Jahr 2020 ist es wie

im Vorjahr der Landkreis Straubing in Bayern, der mit durchschnittlich 37,6 DDD je BKK Versicherten die Rangliste anführt. Das sind fast dreimal so viele Tagesdosen wie im unweit entfernten Baden-Baden (Baden-Württemberg) mit den geringsten Verordnungsmengen (13,6 DDD je BKK Versicherten).

Die zehn Landkreise mit den meisten verordneten Tagesdosen liegen ausnahmslos in den Westbundesländern mit Schwerpunkten in Bayern und Nordrhein-Westfalen. Gleiches gilt aber auch für die zehn Landkreise mit den wenigsten Tagesdosen je BKK Versicherten, wobei diese ihren regionalen Schwerpunkt in sieben Fällen in Baden-Württemberg haben. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch für den Anteil der Versicherten mit mindestens einer Verordnung aus dieser Wirkstoffgruppe. Sind

es in Herne (Nordrhein-Westfalen) 11,2%, für die mindestens einmal im Jahr 2020 eine solche Verordnung abgerechnet wurde, so sind es in Tübingen (Baden-Württemberg) lediglich 5,1%. Sowohl die definierten Tagesdosen als auch die Verordnungsanteile sind im Vergleich zu 2019 nahezu unverändert, da hier die Coronavirus-Pandemie – im Vergleich zu den Antibiotikaverordnungen – keinen wesentlichen Einfluss auf das Verordnungsgeschehen ausgeübt hat.

4.4 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt



- Beschäftigte Männer erhalten nicht nur häufiger (21,3% vs. 16,4%), sondern vor allem deutlich mehr (175 vs. 94 Tagesdosen je Beschäftigten) Herz-Kreislauf-Medikamente als berufstätige Frauen verordnet.
- Aufgrund der Coronavirus-Pandemie sind im Vorjahresvergleich bei den Beschäftigten deutlich weniger Mittel gegen Infektionen verordnet worden, während im Gegenzug vor allem die Verordnungsmengen bei den Herz-Kreislauf-Mitteln zugenommen haben.

Die nun folgenden arbeitsweltlichen Betrachtungen beziehen sich wiederum auf alle beschäftigten BKK Mitglieder.

Einleitend sollen zunächst die Kennzahlen für die wichtigsten Arzneimittelverordnungen der Beschäftigten im Vorjahresvergleich dargestellt werden. Wie bereits bei den BKK Versicherten insgesamt deutlich wurde, sind im Jahr 2020 aufgrund der Coronavirus-

Pandemie deutliche Veränderungen mit teils unterschiedlichen Vorzeichen beobachtbar, die mit einem ähnlichen Muster ebenfalls bei den beschäftigten Mitgliedern auftreten (» Tabelle 4.4.1). Am deutlichsten wird dies auch hier bei den Antiinfektiva zur systemischen Anwendung sichtbar: Hier sind sowohl die Verordnungsanteile (Männer: -5,2 Prozentpunkte; Frauen: -6,1 Prozentpunkte) als auch die Einzelverordnungen (Männer: -27,3%; Frauen: -24,3%) und die definierten Tagesdosen (Männer: -17,3%; Frauen: -23,9%) im Vorjahresvergleich deutlich zurückgegangen. Primäre Ursache ist auch hier, dass im Jahr 2020 die zugrundeliegenden übertragbaren Erkrankungen (z. B. Atemwegsinfekte) aufgrund der Coronavirus-Regelungen – vor allem der Abstands- und Hygieneregeln – massiv zurückgegangen sind (» Kapitel 2). Eine ähnliche Tendenz ist auch bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel-Skelett-System bzw. den Respirationstrakt festzustellen. Dass insbesondere bei letztgenannten Mitteln der Rückgang nicht so hoch wie bei den BKK Versicherten insgesamt ausfällt, ist vor allem den Regelungen zur Erstattungsfähigkeit geschuldet, die sich bei diesen Wirkstoffen primär auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen fokussiert. Andererseits zeigen sich bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System, das alimentäre System und Stoffwechsel sowie das Nervensystem, dass die Verordnungsanteile sowie die Einzelverordnungen im Vorjahresvergleich relativ stabil geblieben sind, wohingegen die definierten Tagesdosen eine teils deutliche Steigerung erfahren haben. Die Ursache für diese Entwicklung dürfte vor allem in den Sonderregelungen zur Aufhebung der Begrenzung von Packungsgrößen bei Verordnungen liegen. Insbesondere zu Beginn der Coronavirus-Pandemie haben sich Betroffene, die meist aufgrund chronischer Erkrankungen langfristig Medikamente einnehmen müssen, vorsorglich mit entsprechend größeren Mengen eingedeckt, was sich unter anderem an dem folgenden Exkurs zu den monatlichen Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen eindrucksvoll zeigen lässt.

Tabelle 4.4.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2020)

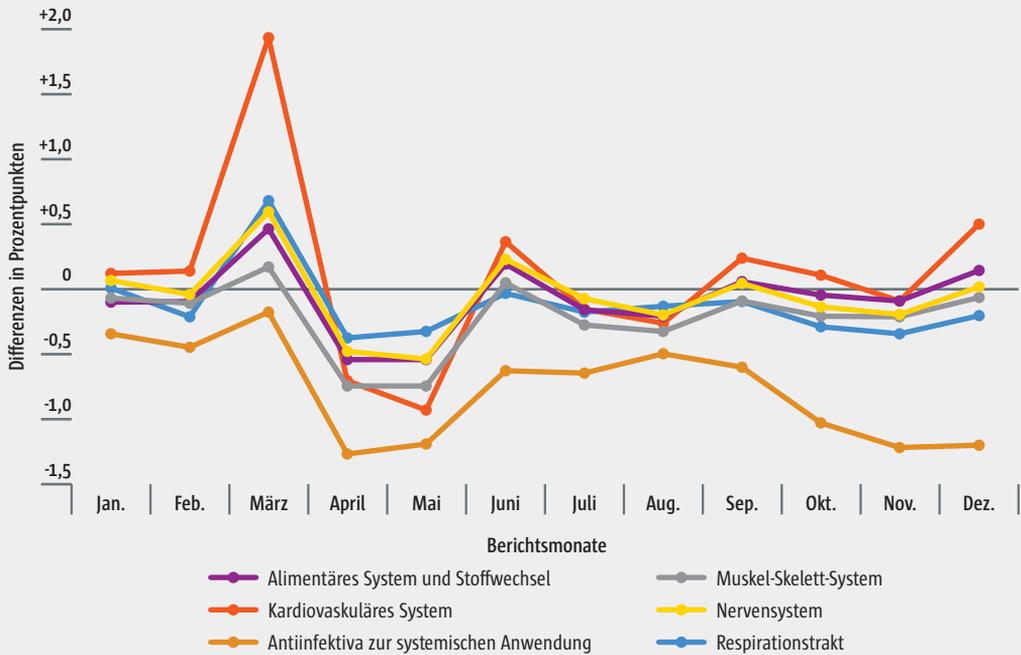
Berichts- jahre	Verordnungshauptgruppen	Männer			Frauen		
		Anteile mit Verordnung in Prozent	EVO je 1.000 beschäftigte Mitglieder	DDD	Anteile mit Verordnung in Prozent	EVO je 1.000 beschäftigte Mitglieder	DDD
2020	Alimentäres System und Stoffwechsel	15,1	568	50.154	15,4	441	35.414
	Kardiovaskuläres System	21,3	1.431	175.306	16,4	881	94.325
	Antiiinfektiva zur systemischen Anwendung	14,0	233	3.479	21,9	374	3.379
	Muskel- und Skelettsystem	21,9	457	14.457	21,4	420	12.540
	Nervensystem	14,8	514	20.574	20,5	730	28.451
	Respirationstrakt	9,4	280	14.929	12,0	339	16.823
	Gesamt	58,0	4.330	328.679	70,4	4.893	290.078
2019	Alimentäres System und Stoffwechsel	16,0	569	49.374	16,4	450	34.834
	Kardiovaskuläres System	21,2	1.387	167.676	16,2	850	89.855
	Antiiinfektiva zur systemischen Anwendung	19,2	321	4.208	27,9	494	4.440
	Muskel- und Skelettsystem	23,8	486	14.847	23,0	444	12.711
	Nervensystem	15,8	518	19.942	21,6	734	27.399
	Respirationstrakt	10,9	297	14.810	13,7	353	16.268
	Gesamt	61,4	4.433	319.438	73,1	5.022	281.899

Exkurs monatliche Entwicklung der Arzneimittelverordnungen bei den Beschäftigten

- Im monatlichen Verordnungsgeschehen wird deutlich, dass vor allem zu Beginn der Coronavirus-Pandemie im März 2020 wesentlich häufiger bzw. mehr Arzneimittel als im entsprechenden Vorjahresmonat verordnet wurden.
- Bei den definierten Tagesdosen ist dabei die stärkste Dynamik bei den Herz-Kreislauf-Medikamenten zu erkennen, da diese oft in größeren Mengen bei langwierigen Erkrankungen zum Einsatz kommen.
- Bei den Antiiinfektiva zeigen sich zwar die stärksten Rückgänge bei den Verordnungsanteilen, allerdings nur eine geringe Dynamik bei den Verordnungsmengen, da diese Wirkstoffe häufig bei Kurzzeiterkrankungen zur Anwendung kommen.

Wie in der Auswertung der monatlichen Verordnungsanteile deutlich wird, sind die Zu- bzw. Abnahmen über das Jahr ungleich verteilt (»» Diagramm 4.4.1). Am auffälligsten sind dabei die Monate März bis Mai: Während im März 2020 zu Beginn der Coronavirus-Pandemie die Verordnungsanteile der Mehrzahl der hier dargestellten Wirkstoffgruppen teils deutlich angestiegen sind, ist hingegen im April und Mai 2020 ein durchgehender Rückgang im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresmonat zu verzeichnen. Dieser Effekt wird vor allem dadurch verursacht, weil sich Betroffene zu Beginn der Pandemie vorsorglich mit mehr Medikamenten eingedeckt haben bzw. weil insbesondere zu Beginn der Pandemie die Anzahl der Arztbesuche und somit auch die der Verordnungen erkennbar zurückgegangen sind. Mit der zunehmenden und zeitnahen Erkenntnis, dass die Arzneimittelversorgung auch in Pandemie-

Diagramm 4.4.1 Arzneimittelverordnungen – Differenzen der Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Berichtsmonaten im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresmonat (Berichtsjahr 2020)

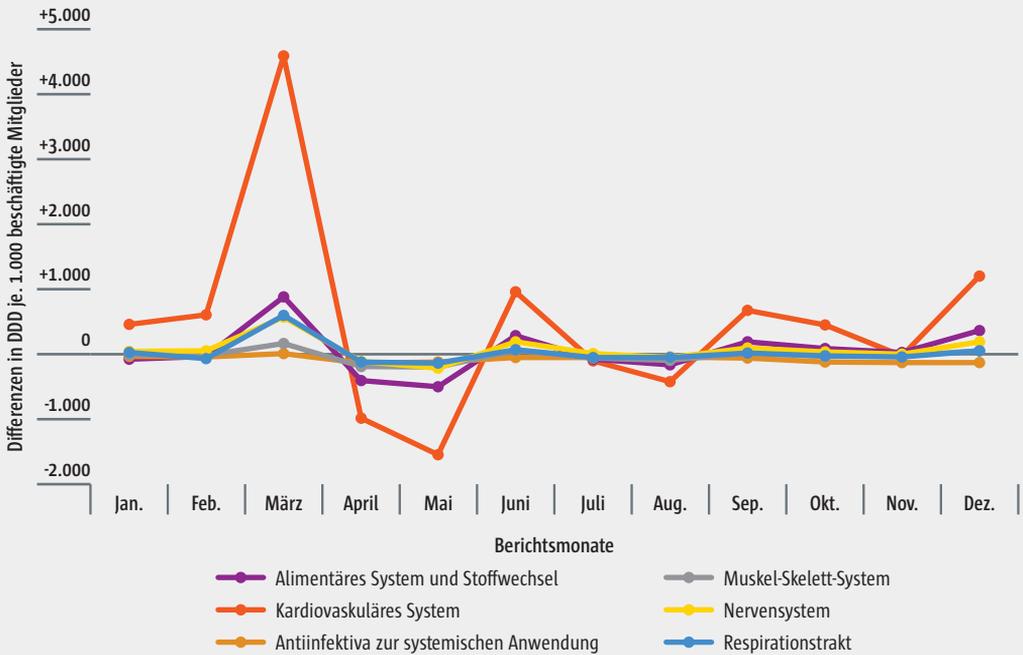


zeiten sichergestellt ist, sind entsprechend im April und Mai 2020 deutliche Rückgänge bzw. im Laufe des restlichen Jahres eine Normalisierung zu verzeichnen. Besonders stark zeigt sich dieser Effekt vor allem bei solchen Arzneimitteln, die meist langfristig z. B. aufgrund chronischer Erkrankungen eingenommen werden müssen. Im vorliegenden Fall ist dies besonders deutlich bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System zu erkennen, die im März mit +1,9 Prozentpunkten die mit Abstand größte Steigerung aufweisen. Ein anderes Muster zeigt sich dagegen bei den Antiinfektiva zur systemischen Anwendung: Diese weisen durchgehend niedrigere Verordnungsanteile im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresmonat auf, wobei auch hier ein zusätzlicher Einbruch im April bzw. Mai 2020 zu beobachten ist. Deren Entwicklung dürfte maßgeblich mit dem starken Rückgang der Atemwegserkrankungen sowie anderer Infektionen im Jahr 2020 zusammenhängen, wie auch die Monatsauswertungen der AU-Kennzahlen zeigen (» Tabelle 1.1.2). Neben den Hygiene- und Abstandsregeln ist auch der deutlich gestiegene Anteil der Beschäftigten, die während der Pandemie in

Homeoffice tätig waren, als Grund für diesen Rückgang zu nennen. Dass sich dieses Bild bei den Mitteln mit Wirkung auf den Respirationstrakt nicht in gleicher Weise zeigt, liegt wiederum an deren eingeschränkter Erstattungsfähigkeit in der Gruppe der beschäftigten Mitglieder.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Betrachtung der Differenzen der definierten Tagesdosen zwischen 2019 und 2020 (» Diagramm 4.4.2). Auch hier ist eine deutliche Zunahme der Verordnungsmengen insbesondere im März 2020 zu erkennen. Die mit Abstand größte Abweichung tritt ebenfalls bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System auf: Im Vergleich zum März 2019 werden im März 2020 zusätzlich +4.594 definierte Tagesdosen je 1.000 Beschäftigte aus dieser Wirkstoffgruppe verordnet, während gleichzeitig im Mai 2020 mit -1.544 definierten Tagesdosen der größte Rückgang im Vergleich zu Vorjahr zu finden ist. Diese im Verhältnis zu den anderen Wirkstoffgruppen sehr großen Abweichungen sind vor allem durch deren häufigen und langfristigen Einsatz aufgrund der zugrundeliegenden meist chronischen Erkrankungen

Diagramm 4.4.2 Arzneimittelverordnungen – Differenzen der DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Berichtsmonaten im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresmonat (Berichtsjahr 2020)

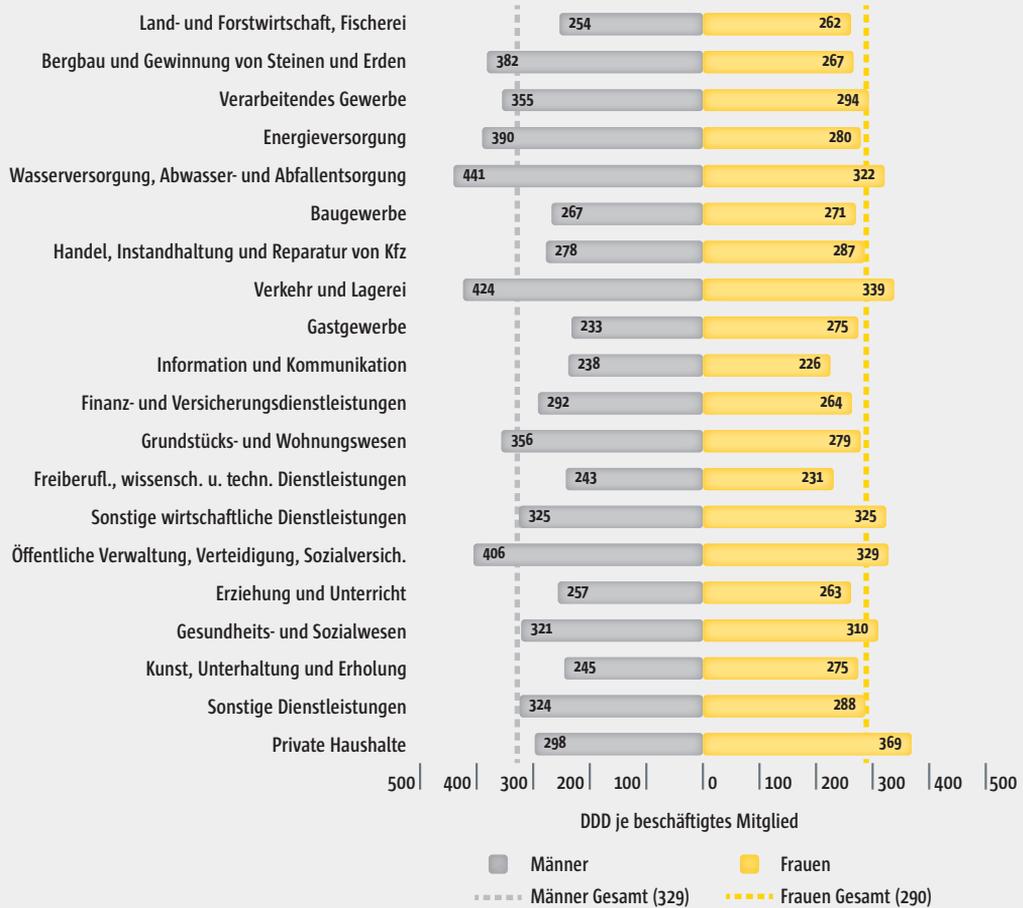


begründet. Das diese Abweichungen bei den meisten anderen Wirkstoffgruppen wesentlich geringer ausfallen, liegt vor allem daran, dass bei diesen wesentlich weniger Tagesdosen verordnet werden. Betrachtet man zusätzlich die prozentualen Veränderungen der verordneten Tagesdosen im Vorjahresvergleich, so zeigt sich neben dem Höchstwert von +43,7% für die Herz-Kreislauf-Mittel ein ähnlich hoher Wert für die Mittel mit Wirkung auf den Respirationstrakt (+42,7%) und zwar in beiden Fällen im Berichtsmonat März 2020 im Vergleich zum gleichen Vorjahresmonat. Der deutlichste anteilige Rückgang bei den definierten Tagesdosen für das II. bis IV. Quartal 2020 ist im Vorjahresvergleich mit -14,4% bis -37,2% bei den Antiinfektiva zur systemischen Anwendung zu verzeichnen. Anzumerken bleibt noch, dass mehr als zwei Drittel (68,6%) der Zunahme der definierten Tagesdosen zwischen 2019 und 2020 allein auf die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System zurückzuführen sind.

4.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Beschäftigte in den Branchen Verkehr und Lagerei sowie Wasser- und Abfallentsorgung weisen überdurchschnittlich viele verordnete Tagesdosen im Vergleich zu anderen Wirtschaftsgruppen auf.
- Geschlechtsunterschiede bei den definierten Tagesdosen innerhalb einer Wirtschaftsgruppe sind vor allem dadurch begründet, dass Männer und Frauen innerhalb eines Unternehmens oftmals sehr unterschiedliche Tätigkeiten ausüben.
- Infolge der Coronavirus-Pandemie haben die Verordnungsanteile bei den Antiinfektiva zur systemischen Anwendung im Vorjahresvergleich am stärksten abgenommen, wobei der größte Rückgang bei den Beschäftigten der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung zu beobachten ist.
- Dagegen sind die Verordnungsanteile bei den Herz-Kreislauf-Mitteln bei der überwiegenden Mehrheit der Wirtschaftsgruppen nahezu unverändert geblieben.

Diagramm 4.4.3 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

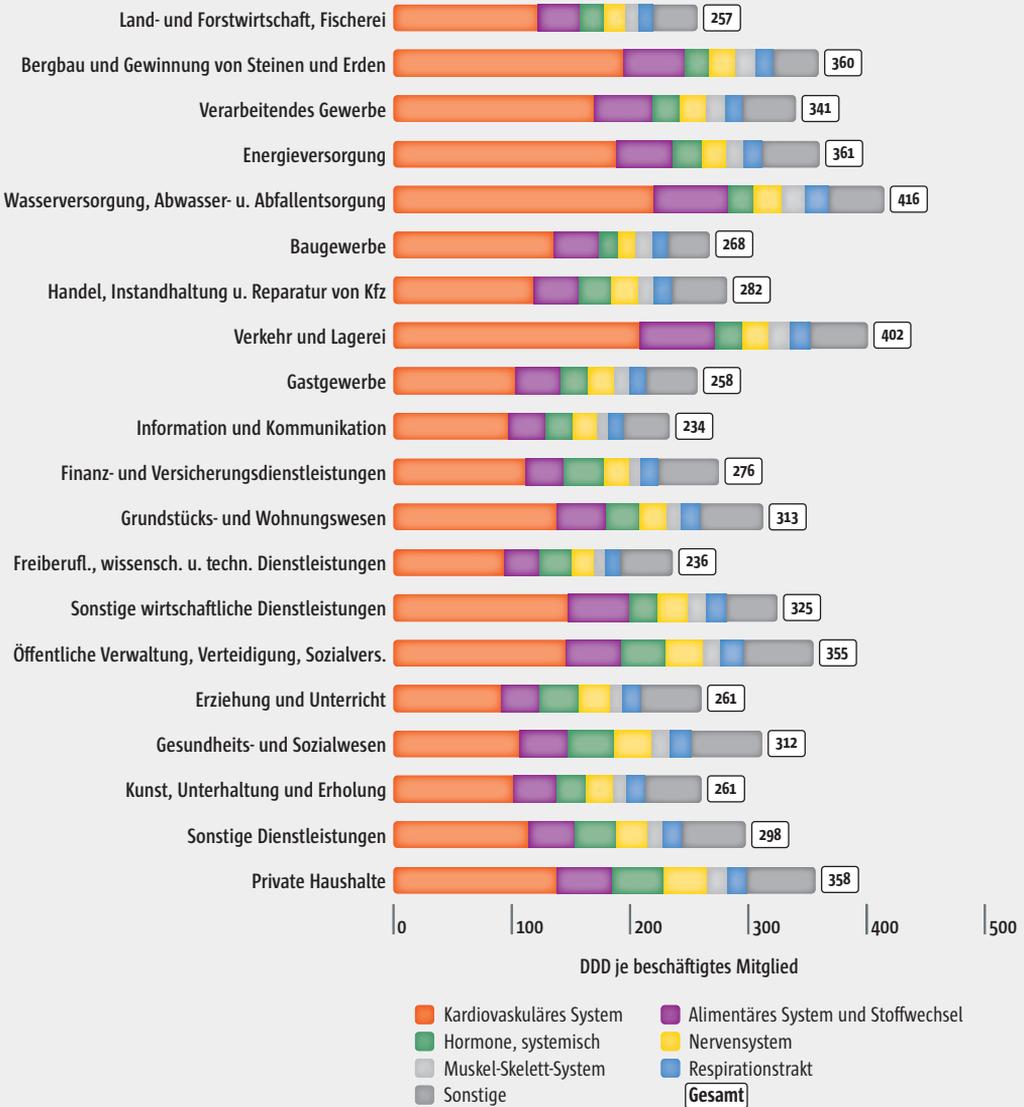


Welche Unterschiede bei den verordneten Tagesdosen zwischen den verschiedenen Wirtschaftsgruppen sowie innerhalb dieser zwischen Männern und Frauen auftreten, zeigt das **»»»** Diagramm 4.4.3. Wie zu erkennen ist, differieren die Tagesdosen zwischen den einzelnen Wirtschaftsgruppen zum Teil deutlich. Bei den Frauen sind es die im Bereich der privaten Haushalte Tätigen, die mit durchschnittlich 369 DDD je Beschäftigte den höchsten Wert aufweisen. Im Vergleich dazu ist bei den weiblichen Beschäftigten im Bereich Information und Kommunikation mit durchschnittlich 226 DDD je Beschäftigte der niedrigste Wert zu finden. Eine ähnlich große Spannweite ist auch bei den Männern zu beobachten. Erhalten Beschäftigte in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung im Schnitt 441 DDD

je Beschäftigten verordnet, so sind es im Gastgewerbe lediglich 233 DDD je Beschäftigten. Die Spannweite der Verordnungsmengen zwischen den verschiedenen Wirtschaftsgruppen aber auch innerhalb einer Wirtschaftsgruppe zwischen den Geschlechtern zeigt, dass die jeweiligen Arbeitsbedingungen der unterschiedlichen Tätigkeiten von Männern und Frauen einen Einfluss auf Höhe und Umfang des Arzneimittelverbrauchs der jeweiligen Beschäftigten ausüben. Entsprechend ähnliche Muster werden für die Beschäftigten bei den weiteren arbeitsweltlichen Betrachtungen sichtbar.

In **»»»** Diagramm 4.4.4 sind die Tagesdosen für die wichtigsten Wirkstoffe auf Ebene der anatomischen Hauptgruppen im Wirtschaftsgruppenvergleich dargestellt. Beschäftigte in der Wasserversorgung bzw.

Diagramm 4.4.4 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2020)



Abwasser- und Abfallversorgung sowie auch im Bereich Verkehr und Lagerei weisen die höchsten Verordnungsmengen bei Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System auf. Dies gilt auch für Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie für das Muskel- und Skelettsystem. Dagegen zeigen sich bei den systemischen Hormonen und den Mitteln mit Wirkung auf das Ner-

vensystem vor allem solche Wirtschaftsgruppen mit überdurchschnittlich hohen Tagesdosen, die einen relativ großen Frauenanteil unter den Beschäftigten haben (u.a. Gesundheits- und Sozialwesen sowie öffentliche Verwaltung). Während insgesamt die größte Abweichung bei den definierten Tagesdosen zwischen den Wirtschaftsgruppen für die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System besteht,

Tabelle 4.4.2 Arzneimittelverordnungen – Differenzen der Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2020)

Wirtschaftsabschnitte	Verordnungshauptgruppen						
	Kardio- vaskuläres System	Alimentäres System und Stoffwechsel	Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	Muskel- und Skelett- system	Nerven- system	Respira- tionstrakt	Gesamt
Differenzen der Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung zwischen 2019 und 2020 in Prozentpunkten							
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	-0,4	-0,9	-3,9	-2,0	-1,4	-1,0	-2,8
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	0,1	-1,2	-5,2	-1,1	-1,0	-2,0	-4,1
Verarbeitendes Gewerbe	0,3	-0,8	-5,5	-1,7	-1,0	-1,5	-2,8
Energieversorgung	-0,4	-1,4	-6,0	-2,3	-1,5	-1,7	-3,8
Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung	0,5	-0,9	-5,0	-0,7	-0,8	-1,3	-2,2
Baugewerbe	0,1	-0,8	-4,4	-1,2	-0,6	-1,1	-3,0
Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	0,4	-0,8	-5,2	-1,3	-0,8	-1,4	-2,7
Verkehr und Lagerei	-0,3	-0,9	-5,4	-1,7	-1,1	-1,6	-3,4
Gastgewerbe	1,0	-0,3	-3,8	-1,0	-0,6	-0,7	-1,4
Information und Kommunikation	0,2	-0,8	-4,7	-1,8	-1,0	-1,5	-3,3
Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	0,3	-0,9	-5,6	-1,8	-1,2	-1,6	-3,2
Grundstücks- und Wohnungswesen	0,1	-0,9	-5,1	-1,3	-0,9	-1,0	-2,6
Freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen	0,3	-0,9	-4,8	-1,5	-0,8	-1,3	-2,6
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	0,3	-0,5	-4,6	-1,3	-0,8	-1,0	-2,6
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	-0,4	-1,3	-6,2	-2,0	-1,2	-1,7	-3,3
Erziehung und Unterricht	0,3	-1,1	-5,8	-1,8	-0,9	-1,4	-3,0
Gesundheits- und Sozialwesen	0,3	-0,7	-5,5	-0,8	-0,4	-1,4	-2,2
Kunst, Unterhaltung und Erholung	0,6	-0,2	-4,0	-1,1	-0,6	-0,8	-1,0
Sonstige Dienstleistungen	0,5	-0,7	-5,0	-1,3	-0,7	-1,2	-2,1
Private Haushalte	0,3	0,2	-3,9	-1,7	-0,9	-2,2	-1,9
Gesamt	0,1	-1,0	-5,5	-1,7	-1,0	-1,5	-3,0

Tabelle 4.4.3 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2020)

Bundesländer	Wirtschaftsabteilungen					Gesamt
	Maschinenbau	Finanzdienstleistungen	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen	Post-, Kurier- und Expressdienste	Gesundheitswesen	
	DDD je beschäftigtes Mitglied					
Baden-Württemberg	270	263	368	290	241	267
Bayern	280	262	358	291	240	277
Berlin	329	274	510	275	263	302
Brandenburg	373	295	520	355	286	365
Bremen	244	290	389	290	261	321
Hamburg	313	210	306	279	231	243
Hessen	327	286	396	277	283	304
Mecklenburg-Vorpommern	390	332	531	388	340	397
Niedersachsen	325	301	389	339	291	337
Nordrhein-Westfalen	365	302	431	294	314	343
Rheinland-Pfalz	349	298	439	359	291	340
Saarland	349	274	430	280	234	331
Sachsen	320	254	454	288	300	338
Sachsen-Anhalt	371	329	493	437	299	420
Schleswig-Holstein	357	309	467	293	272	319
Thüringen	379	292	588	410	325	397
Gesamt	307	283	430	306	275	311

zeigen sich bei den Mitteln für den Respirationstrakt nur geringe Variationen, was mit der unterschiedlichen Verordnungshäufigkeit bzw. Einnahmedauer für beide Arzneimittelgruppen zusammenhängen dürfte.

Zur zusätzlichen Abschätzung der Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie werden in **»»** Tabelle 4.4.2 die Veränderungsdaten der Verordnungsanteile im Vergleich zwischen 2019 und 2020 in Prozentpunkten dargestellt.

Zunächst zeigt sich hier ebenfalls recht deutlich, dass die stärksten Rückgänge bei den Verordnungsanteilen auf die Gruppe der Antiinfektiva zur systemischen Anwendung zurückgehen. Dabei schwanken die Differenzen zwischen -3,8 Prozentpunkten im Gastgewerbe bis zu -6,2 Prozentpunkten in der öffentlichen Verwaltung. Neben dem Ausbleiben der

üblichen Infektionswellen, wird zur unterschiedlichen Entwicklung zusätzlich die Möglichkeit zur Erbringung der Tätigkeit im Homeoffice Einfluss auf die Veränderungsdaten nehmen. Ebenfalls ein Rückgang, allerdings mit wesentlich niedrigerer Amplitude, zeigt sich für die Entwicklung bei den Mitteln mit Wirkung auf den Respirationstrakt bzw. das Muskel-Skelett-System. Eine Ursache für die geringere Abweichung dürfte hierbei wiederum in der eingeschränkten Erstattungsfähigkeit bei den häufig verschriebenen Fieber- bzw. Erkältungsmitteln für Beschäftigte liegen. Entsprechend lassen sich hier die Muster, anders als bei den Antiinfektiva, weniger eindeutig auf arbeitsweltliche Einflüsse in den Verordnungen zurückführen, so dass die Abweichungen zwischen den Wirtschaftsgruppen hier wesentlich geringer ausfallen. Dagegen sind die Ver-

ordnungsanteile der Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System im Vorjahresvergleich nahezu unverändert, da es sich hier um Arzneimittel zur Behandlung meist langwieriger bzw. chronischer Erkrankungen handelt, deren Verordnungsanteile weniger als die Verordnungsmengen von der Coronavirus-Pandemie beeinflusst werden.

- Die größten regionalen Schwankungen bei den verordneten Tagesdosen gibt es bei den Beschäftigten in der Abfallbeseitigung.
- Wirtschaftlich starke Regionen wie Bayern, Baden-Württemberg und Hamburg weisen mehrheitlich unterdurchschnittliche Werte für definierte Tagesdosen in den meisten Wirtschaftsgruppen auf.

Arbeitsbedingungen variieren nicht nur zwischen verschiedenen Wirtschaftsgruppen, sondern auch regional innerhalb selbiger. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern bezogen auf die verordneten Tagesdosen für ausgewählte Wirtschaftsgruppen sind in **»»** Tabelle 4.4.3 zu sehen. Die größte regionale Spannbreite zeigt sich bei den Beschäftigten im Bereich Abfallbeseitigung und zwar zwischen Thüringen (588 DDD je Beschäftigten) und Hamburg (306 DDD je Beschäftigten). Ebenfalls deutliche regionale Variationen sind im Bereich der Postdienste zwischen Sachsen-Anhalt (437 DDD je Beschäftigten) und Berlin (275 DDD je Beschäftigten) zu finden. Die geringsten Abweichungen treten dagegen im Gesundheitswesen (Mecklenburg-Vorpommern: 340 DDD je Beschäftigten; Hamburg: 231 DDD je Beschäftigten) auf. Es zeigt sich, dass für nahezu alle betrachteten Wirtschaftsgruppen die Ostbundesländer jeweils die höchsten definierten Tagesdosen aufweisen, während die Beschäftigten in Bayern und Baden-Württemberg aber auch in Hamburg meist jeweils unterhalb des Durchschnittswertes zu finden sind. Erklärungsansätze (z.B. das unterschiedliche Durchschnittsalter oder sozioökonomische Faktoren) für diese regionalen Unterschiede wurden bereits in **»»** Kapitel 4.3 thematisiert.

4.4.2 Auswertungen nach Berufen

- Unverändert zu den Vorjahren sind die meisten verordneten Tagesdosen bei den Beschäftigten der Sicherheitsberufe und die niedrigsten Werte bei den Beschäftigten der Land-, Forst- und Gartenbauberufe zu finden.

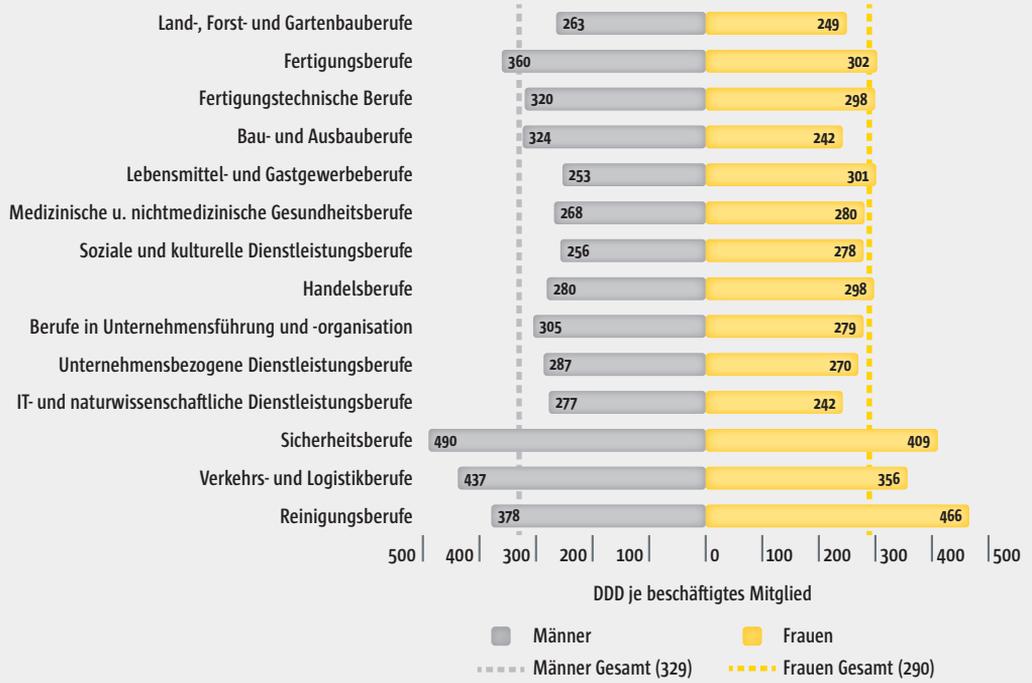
- Bei den Antiinfektiva zur systemischen Anwendung tritt im Vorjahresvergleich bedingt durch die Coronavirus-Pandemie auch hier der größte Rückgang bei den Anteilen der Versicherten mit einer Verordnung über alle Berufsgruppen hinweg auf.
- Bei den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen sowie bei den medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen ist die Abnahme der Verordnungsanteile bei dieser Wirkstoffgruppe am stärksten ausgeprägt.
- Für nahezu alle betrachteten Berufsgruppen fällt auf, dass die Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg bei den definierten Tagesdosen jeweils unterhalb des Bundesdurchschnitts liegen.

Innerhalb einer Wirtschaftsgruppe sind oft Beschäftigte vieler verschiedener Berufe zu finden. So sind zum Beispiel in einem Postdienstunternehmen neben den Postzustellern auch Personen aus dem IT-Bereich oder der Verwaltung tätig. Die genannten Berufsgruppen sind dabei sehr unterschiedlichen Arbeitsbedingungen und somit auch verschiedenen Beanspruchungen und Belastungen ausgesetzt. Dass sich solche Unterschiede in den Arzneimittelverordnungen widerspiegeln, soll in den folgenden Betrachtungen gezeigt werden.

Einleitend werden zunächst die verordneten Tagesdosen der beschäftigten Männer und Frauen in den unterschiedlichen Berufssegmenten betrachtet (**»»** Diagramm 4.4.5). Mit insgesamt 469 DDD je Beschäftigten erhalten die in Sicherheitsberufen Tätigen die meisten Tagesdosen verordnet, wobei die entsprechenden Werte der Männer die der Frauen deutlich übersteigen. Auch bei Beschäftigten in den Reinigungsberufen sind überdurchschnittlich viele Tagesdosen zu finden (445 DDD je Beschäftigten). Hier sind es hingegen die Kennzahlen der Frauen, die deutlich über denen der Männer liegen. Mit 420 DDD je Beschäftigten liegen die Verkehrs- und Logistikberufe (zu denen auch die Postdienste zählen) mit wiederum höheren Werten bei den Männern ebenfalls über dem Durchschnitt. Die wenigsten verordneten Tagesdosen sind hingegen bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen (259 DDD je Beschäftigten) sowie in IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen (269 DDD je Beschäftigten) zu finden.

Der Vergleich der verordneten Tagesdosen der anatomischen Hauptgruppen zwischen den einzelnen Berufssegmenten ist in **»»** Diagramm 4.4.6 zu sehen. Die sechs hier ausgewählten Verordnungs-

Diagramm 4.4.5 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



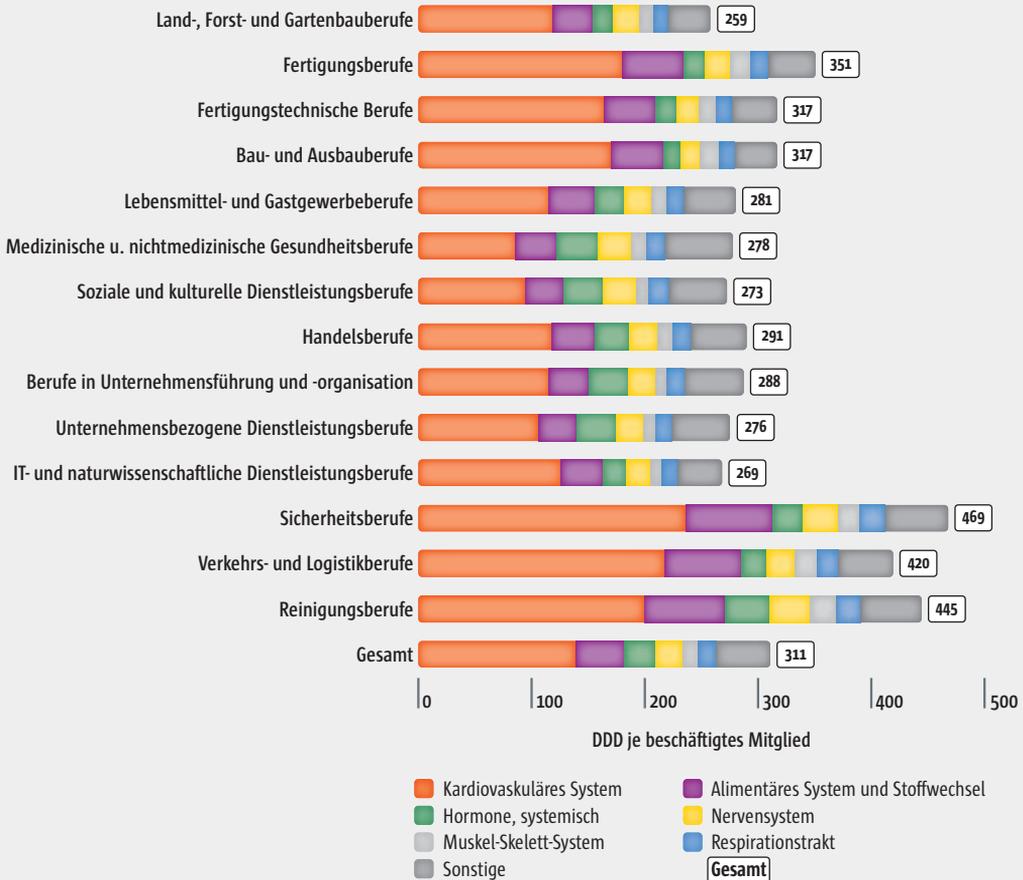
hauptgruppen bilden bei den Beschäftigten insgesamt 84,6% aller verordneten Tagesdosen im Jahr 2020 ab. Für die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System sind die identischen drei Berufssegmente, wie auch schon in der Gesamtbetrachtung, an der Spitze nach Verordnungsmengen zu finden. Es zeigt sich wiederum eine enorme Spannweite: Die Beschäftigten der Sicherheitsberufe weisen rund dreimal so viele verordnete Tagesdosen in dieser Wirkstoffgruppe wie die Beschäftigten in medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen (236 DDD vs. 86 DDD je Beschäftigten) auf. Die Beschäftigten der Reinigungsberufe, der Sicherheitsberufe und der Verkehrs- und Logistikberufe weisen zudem auch die höchsten Verordnungsmengen bei den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel, auf das Muskel-Skelett-System und auf den Respirationstrakt auf. Bei den Hormonen zur systemischen Anwendung und den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem sind wiederum die Berufssegmente mit hohen Verordnungsmengen auffällig, in denen überproportional viele Frauen beschäftigt sind (z.B. Reinigungsberufe

oder medizinische und nichtmedizinische Gesundheitsberufe), da die weiblichen Beschäftigten entsprechend häufiger von für die Medikation ursächlichen Krankheiten (z.B. Erkrankungen der Schilddrüse sowie psychischen Störungen) betroffen sind.

Äquivalent zu den Analysen bei den Wirtschaftsgruppen, soll an dieser Stelle ebenfalls ein Blick auf die Veränderungsraten gegenüber dem Vorjahr bei den Verordnungsanteilen nach Berufssegmenten und ausgewählten Wirkstoffgruppen geworfen werden.

Wie in **»»** Tabelle 4.4.4 zu erkennen ist, zeigt sich auch bei den Berufsgruppen, dass insbesondere die Verordnungsanteile der Antiinfektiva zur systemischen Anwendung im Vorjahresvergleich über alle Berufssegmente hinweg deutlich zurückgegangen sind. Die mit -5,8 Prozentpunkten größte Reduktion verzeichnen die sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe, gefolgt von den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen (-5,6 Prozentpunkte). Dennoch sind es nach wie vor diese beiden Berufsgruppen, die die jeweils meisten Verord-

Diagramm 4.4.6 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2020)



nungsanteile in dieser Wirkstoffgruppe auf sich vereinen (20,3% bzw. 22,5%), was vermutlich mit dem erhöhten Risiko einer Infektion bei den zugrundeliegenden Tätigkeiten erklärbar ist. Dagegen zeigen sich bei den Berufsgruppen mit den geringsten Abweichungen zum Vorjahr Werte für die Verordnungsanteile, die unterhalb des diesjährigen Bundesdurchschnitts (17,6%) liegen. Namentlich sind dies die Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe (16,0%) sowie die Land-, Forst- und Gartenbauberufe (12,7%). Als Ursache für den durchgängig überproportional hohen Rückgang dieser Verordnungsanteile ist ebenfalls das nahezu vollständige Ausbleiben der Grippe- und Erkältungswelle unter anderem bedingt durch die geltenden Abstands- und Hygieneregeln bei gleichzeitig deutlich höherer Inanspruchnahme

der Gripeschutzimpfungen zu benennen. In diesem Zusammenhang ist auch die Abnahme der Verordnungsanteile bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel-Skelett-System sowie auf den Respirationstrakt zu bewerten. Die geringere Ausprägung der Differenzen ist hierbei wiederum vor allem auf die eingeschränkte Erstattungsfähigkeit im Erwachsenenalter zurückzuführen. Im Kontrast dazu zeigen sich die Verordnungsanteile der Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System nahezu unverändert und somit von der Coronavirus-Pandemie nahezu unbeeinflusst.

In »»» Tabelle 4.4.5 sind für ausgewählte Berufshauptgruppen die verordneten Tagesdosen im Vergleich zwischen den Bundesländern dargestellt. Die mit einer Spanne von 293 DDD je Beschäftigten

Tabelle 4.4.4 Arzneimittelverordnungen – Differenzen der Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung nach Berufssegmenten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2020)

Berufssegmente	Verordnungshauptgruppen						Gesamt
	Kardiovaskuläres System	Alimentäres System und Stoffwechsel	Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	Muskel- und Skelettsystem	Nervensystem	Respirationstrakt	
Differenzen der Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung zwischen 2019 und 2020 in Prozentpunkten							
Land-, Forst- und Gartenbau-berufe	-0,4	-1,1	-4,3	-2,0	-1,1	-1,2	-4,0
Fertigungsberufe	0,4	-0,8	-5,6	-1,6	-1,0	-1,4	-2,9
Fertigungstechnische Berufe	0,2	-0,9	-5,3	-1,7	-1,0	-1,4	-3,1
Bau- und Ausbauberufe	0,1	-0,8	-4,6	-1,2	-0,7	-1,1	-3,0
Lebensmittel- und Gast-gewerbeberufe	1,3	-0,1	-4,0	-0,5	-0,2	-0,7	-0,6
Medizinische u. nichtmedizinische Gesundheitsberufe	0,3	-0,8	-5,6	-0,8	-0,5	-1,5	-2,3
Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe	0,2	-1,0	-5,8	-1,5	-0,7	-1,3	-2,7
Handelsberufe	0,4	-0,8	-5,3	-1,4	-0,9	-1,3	-2,7
Berufe in Unternehmensführung und -organisation	0,2	-0,9	-5,2	-1,6	-1,0	-1,4	-2,6
Unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe	0,2	-0,9	-5,4	-1,7	-1,1	-1,6	-3,0
IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe	-0,1	-1,0	-5,3	-2,0	-1,0	-1,6	-3,7
Sicherheitsberufe	0,0	-0,6	-5,1	-1,2	-0,9	-1,3	-1,9
Verkehrs- und Logistikberufe	-0,1	-0,9	-5,2	-1,6	-1,1	-1,5	-3,2
Reinigungsberufe	0,7	-0,3	-5,0	-1,0	-0,4	-1,3	-1,4
Gesamt	0,1	-1,0	-5,5	-1,7	-1,0	-1,5	-3,0

größte Differenz zwischen den Bundesländern findet sich bei den Hoch- und Tiefbauberufen. Mit 418 DDD je Beschäftigten ist hier Sachsen-Anhalt an der Spitze zu finden, während in Hamburg mit 126 DDD je Beschäftigten weniger als ein Drittel der Menge von Tagesdosen in dieser Berufsgruppe verordnet wurden. Mit einer ähnlich großen Differenz von 273 DDD zwischen Sachsen-Anhalt (558 DDD je Beschäftigten) und Hamburg (285 DDD je Beschäf-

tigten) gibt es auch für die Verkehrs- und Logistikberufe bedeutsame regionale Variationen. Die mit 108 DDD geringste Abweichung in diesem Vergleich ist bei den medizinischen Gesundheitsberufen zu finden. Für nahezu alle betrachteten Berufshauptgruppen fällt wiederum auf, dass die Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg bei den definierten Tagesdosen jeweils unterhalb des Bundesdurchschnitts liegen.

Tabelle 4.4.5 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufshauptgruppen (Berichtsjahr 2020)

Bundesländer	Berufshauptgruppen					Gesamt
	Hoch- und Tiefbau-berufe	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung	Reinigungsberufe	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	Medizinische Gesundheitsberufe	
DDD je beschäftigtes Mitglied						
Baden-Württemberg	224	232	409	351	246	267
Bayern	248	230	439	367	245	277
Berlin	258	271	379	381	261	302
Brandenburg	381	312	455	465	289	365
Bremen	253	266	446	336	274	321
Hamburg	126	220	404	285	210	243
Hessen	261	267	423	342	278	304
Mecklenburg-Vorpommern	393	339	483	502	318	397
Niedersachsen	291	282	497	397	290	337
Nordrhein-Westfalen	274	299	450	382	288	343
Rheinland-Pfalz	366	281	489	405	286	340
Saarland	255	242	606	401	260	331
Sachsen	318	299	462	488	262	338
Sachsen-Anhalt	418	336	562	558	301	420
Schleswig-Holstein	279	282	419	363	294	319
Thüringen	412	350	505	514	287	397
Gesamt	287	265	445	383	270	311

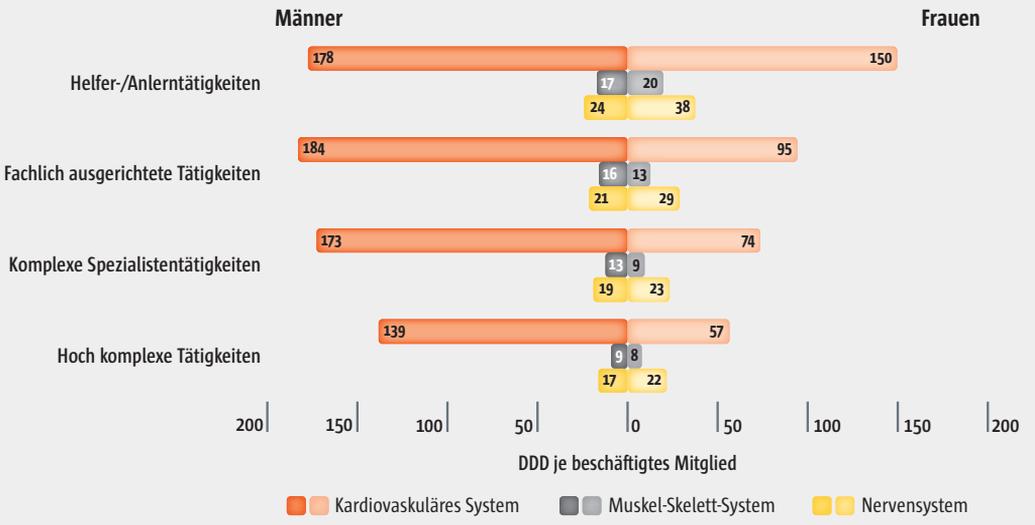
4.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

- Mit steigendem Anforderungsniveau einer Tätigkeit nehmen die entsprechend verordneten definierten Tagesdosen sukzessive ab.
- Bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System ist der Zusammenhang mit dem Anforderungsniveau bei weiblichen Beschäftigten stärker als bei ihren männlichen Kollegen ausgeprägt.

In **III** Diagramm 4.4.7 sind die definierten Tagesdosen für drei ausgewählte anatomische Hauptgruppen nach dem Anforderungsniveau der Tätigkeit und dem Geschlecht dargestellt. Gut sichtbar ist, dass mit zunehmendem Anforderungsniveau der Berufstätigkeit eine Abnahme der durchschnittlich verordneten Tagesdosen der hier dargestellten Wirkstoffgruppen einhergeht. Deutlich wird, dass dieser Zusammenhang bei den Frauen stärker als bei den Männern ausgeprägt ist. So erhalten die weiblichen Beschäftigten mit Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten fast dreimal so viele Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System im Vergleich zu denen mit hoch komplexen Tätigkeiten pro Jahr verordnet (150 vs. 57 DDD je weibliche Beschäftigte).

Diagramm 4.4.7 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



Bei den männlichen Beschäftigten ist der Unterschied zwischen den einfachen und komplexen Tätigkeiten wesentlich geringer ausgeprägt (178 vs. 139 DDD je männlicher Beschäftigter). Neben der Tatsache, dass Männer wesentlich häufiger von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen sind, nimmt hier das Anforderungsniveau in geringerem Maß als bei den Frauen Einfluss auf die Quantität der entsprechenden Arzneimittelverordnungen. Mit einer ähnlichen Tendenz, allerdings mit wesentlich geringerer Ausprägung, lässt sich dieser Geschlechtsunterschied auch bei den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem bzw. das Muskel-Skelett-System beobachten.

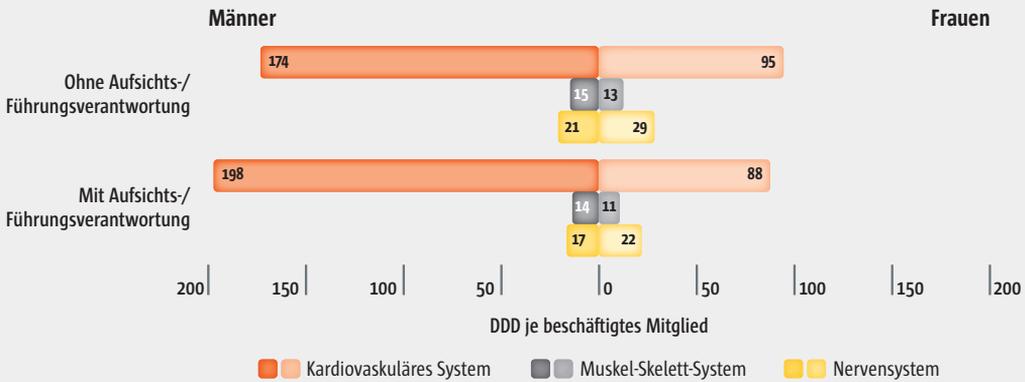
Aufsichts- und Führungsverantwortung

- Männliche Aufsichts- und Führungskräfte erhalten vor allem aufgrund ihres höheren Lebensalters mehr Tagesdosen von Herz-Kreislauf-Medikamenten als Beschäftigte ohne eine solche Position verordnet.

Etwas überraschend ist auf den ersten Blick, dass berufstätige Männer, die als Aufsichts- bzw. Führungskräfte tätig sind, deutlich mehr definierte Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre

System zu verzeichnen haben, als solche ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung (»» Diagramm 4.4.8). Verantwortlich dafür ist vor allem das höhere Durchschnittsalter der männlichen Führungskräfte im Vergleich zu denen ohne eine Aufsichts- bzw. Führungsposition (47,5 vs. 42,5 Jahre). Dementsprechend treten in der ambulanten Versorgung bei den männlichen Führungskräften höhere Anteile mit einer Herz- und Kreislaufkrankung im Vergleich zu den Beschäftigten ohne Führungsverantwortung auf (»» Kapitel 2.4.3). Dass das Alter nicht der alleinige Grund für höhere Verordnungsmengen sein kann, zeigt sich im Vergleich der Tagesdosen bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem bzw. auf das Nervensystem. Hier sind nur minimale Unterschiede zu beobachten. Etwas anders stellt sich das Bild bei den weiblichen Beschäftigten dar. Hier weisen die Berufstätigen ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung für alle dargestellten Verordnungshauptgruppen höhere Tagesdosen als die Beschäftigten mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion auf. Hierbei ist anzumerken, dass der Altersunterschied zwischen Frauen mit bzw. ohne Führungsverantwortung (44,2 vs. 42,5 Jahre) deutlich geringer als bei den Männern ausfällt.

Diagramm 4.4.8 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/ Führungsverantwortung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



Vertragsformen

- Die mit Abstand geringsten verordneten Tagesdosen sind bei den befristet Vollzeitbeschäftigten – häufig junge Berufsanfänger oder Auszubildende – zu finden.
- Unbefristet in Teilzeit Beschäftigte – zum Großteil Frauen – erhalten die meisten Tagesdosen verordnet. Vermutlich steht dies, neben deren höheren Durchschnittsalter, auch mit der Doppelbelastung durch Beruf und Familie (Betreuung von Kindern und/oder Pflege von Angehörigen) in Verbindung.

Die nach unterschiedlichen Vertragsformen und Geschlecht der Beschäftigten verordneten Tagesdosen sind in **»»** Diagramm 4.4.9 dargestellt. Die geringsten Verordnungsmengen sind – wie schon bei der Betrachtung der krankheitsbedingten Fehltag – bei den Vollzeitbeschäftigten mit einer befristeten Anstellung zu finden, was maßgeblich durch das niedrige Durchschnittsalter in dieser Gruppe begründet ist. Beschäftigte in dieser Vertragsform sind vorrangig Personen, die meist noch am Anfang ihres Berufslebens stehen und sich entweder noch in der Berufsausbildung befinden bzw. mit ihrem Berufseinstieg zunächst eine befristete Anstellung (z.B. Probezeit) erhalten haben.

Unbefristet Teilzeitbeschäftigte weisen tendenziell größere Verordnungsmengen auf als unbefristet Vollzeitbeschäftigte, wobei dieser Unterschied insbesondere bei den Frauen ebenfalls teilweise auf Altersdifferenzen zwischen beiden Gruppen zurückgehen kann. Aber auch unter Berücksichtigung dieses

Alterseffekts zeigt sich, dass eine Teilzeitbeschäftigung nicht zwangsläufig zu einer Entlastung bezogen auf die Gesundheit im Sinne der verordneten Tagesdosen der Beschäftigten wirkt. Beschäftigte sind meist deshalb in Teilzeit, weil ihnen entweder kein anderer Beschäftigungsumfang angeboten wird oder weil sie (insbesondere überproportional oft Frauen) sich zusätzlich bzw. gleichzeitig um die Betreuung von Kindern bzw. die Pflege von Angehörigen kümmern.

Arbeitnehmerüberlassung

- Männer, die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, erhalten weniger Herz-Kreislauf-Mittel als solche in einem regulären Anstellungsverhältnis verordnet.
- Starke Variationen gibt es bei den verordneten Tagesdosen in Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf – ein Indiz dafür, dass berufsbezogene Belastungen größeren Einfluss auf die Gesundheit Beschäftigter als das Anstellungsverhältnis ausüben.

Wie sich die definierten Tagesdosen in Abhängigkeit von einer Beschäftigung über eine Arbeitnehmerüberlassung darstellen, zeigt das **»»** Diagramm 4.4.10. Vor allem bei den Männern ist zu erkennen, dass Beschäftigte die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, deutlich weniger Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System verordnet bekommen, als solche in einem regulären Anstellungsverhältnis (118 vs.

Diagramm 4.4.9 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

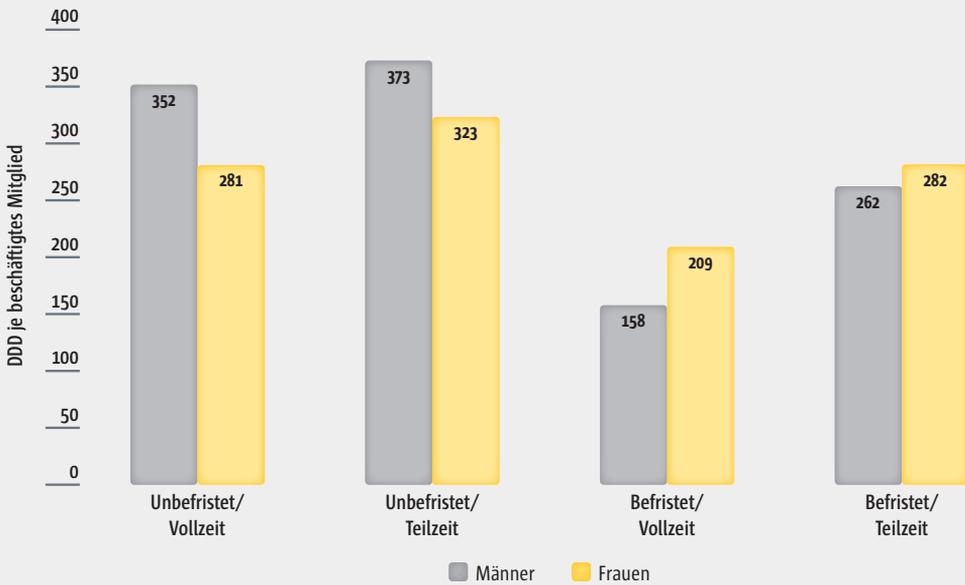
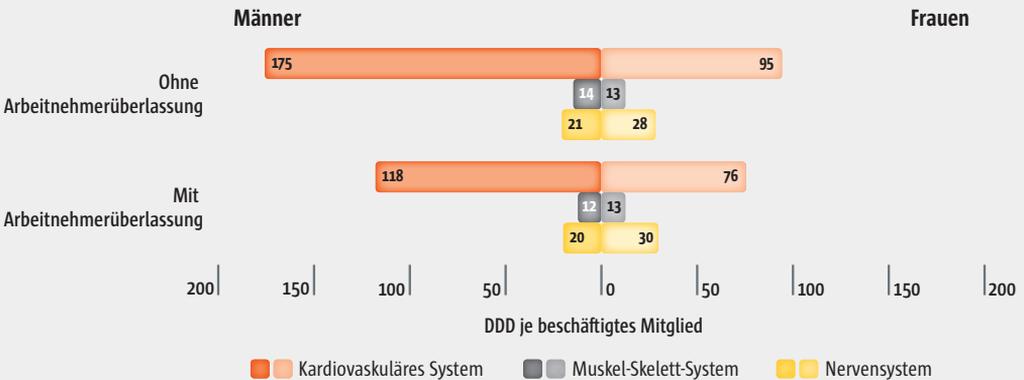


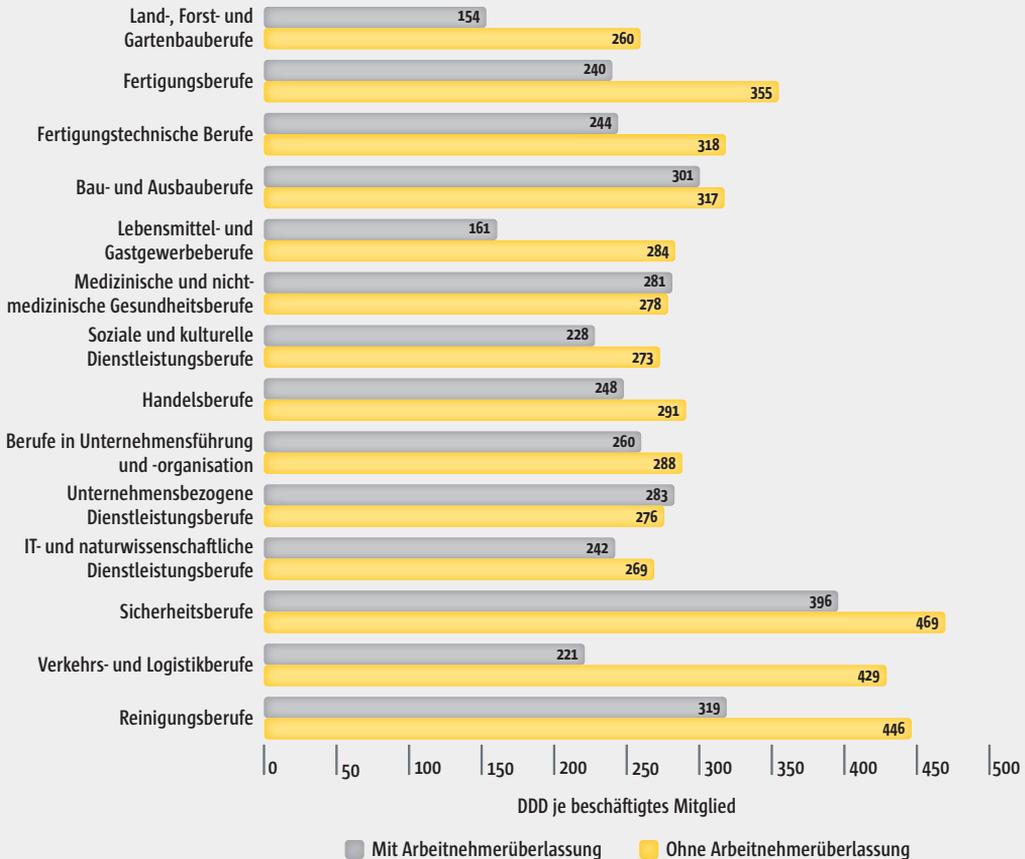
Diagramm 4.4.10 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)



175 DDD je Beschäftigter). Bei den Frauen ist dieses Muster in geringerer Ausprägung ebenfalls vorhanden (76 vs. 95 DDD je Beschäftigte). Dieses Bild deckt sich mit deren deutlich niedrigeren Inanspruchnahmequoten im ambulanten Bereich insbesondere auch bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen (» Kapitel 2). Vermutlich nehmen Leiharbeiter aus Zeitgründen bzw. für vermeintlich bessere Übernahmechancen in eine Festanstellung insge-

samt seltener ärztliche Leistungen in Anspruch, was andererseits zu mehr krankheitsbedingten Fehlzeiten im Vergleich zu den regulär Angestellten (» Diagramm 1.4.12) führt. Ein zusätzlicher Einflussfaktor kann hier das tendenziell niedrigere Alter der Beschäftigten mit einer Anstellung über eine Arbeitnehmerüberlassung im Vergleich zu solchen mit einer regulären Anstellung sein (39,2 vs. 42,7 Jahre).

Diagramm 4.4.11 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2020)



Dass dieser Unterschied nicht für alle Beschäftigten mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung in gleichem Maße gilt, zeigt sich in **»»»** Diagramm 4.4.11. Bei der Betrachtung nach Berufssegmenten ist der größte Unterschied zwischen Beschäftigten mit und ohne Arbeitnehmerüberlassung bei den Verkehrs- und Logistikberufen zu finden. In diesem Berufssegment erhalten die Beschäftigten mit einer regulären Anstellung im Mittel +208 definierte Tagesdosen pro Jahr und Beschäftigten mehr verordnet als die in Leih- bzw. Zeitarbeit Tätigen. Ähnliche Unterschiede in gleicher Richtung sind auch bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen, den Fertigungsberufen sowie den Reinigungsberufen zu finden. Für diese Berufssegmente zeigen sich auch im AU-Gesche-

hen bei den Leiharbeitern deutlich niedrigere Fehl-tage als bei den regulär angestellten Berufstätigen (**»»»** Diagramm 1.4.13). Andererseits gibt es aber auch Berufe, deren Verordnungsmengen sich zwischen beiden Anstellungsformen nahezu nicht unterscheiden (z.B. [nicht-]medizinische Gesundheitsberufe bzw. unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe). Es ist davon auszugehen, dass auch hier die berufsbezogenen Arbeitsbedingungen und Belastungen, aber auch die berufsspezifische Arbeitsmarktlage und der Fachkräftebedarf einen wesentlichen Einfluss auf die gesundheitliche Lage und somit auf den Arzneimittelverbrauch bei den verschiedenen Berufssegmenten in Kombination mit den bereits erwähnten Altersunterschieden haben.

4.5 Zusammenfassung und Ausblick

Aufgrund der Coronavirus-Pandemie sind erstmals im Vorjahresvergleich sehr deutliche Veränderungen bei den Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen zu erkennen. Während der Anteil der Versicherten mit mindestens einer Verordnung im Jahr um mehrere Prozentpunkte zurückgegangen ist, ist gleichzeitig ein Anstieg der verordneten Tagesdosen zu erkennen. Wie ist dieser scheinbare Widerspruch zur erklären? Zum einen haben im Rahmen der Coronavirus-Pandemie und der geltenden Abstands- und Hygieneregeln Atemwegserkrankungen sowie auch anderer Infektionen deutlich abgenommen, was zu einem Einbruch des sonst relativ hohen Anteils von Personen geführt hat, die ein Medikament aus der Gruppe der Antiinfektiva verordnet bekommen haben. Andererseits hat insbesondere zu Beginn der Pandemie die Unvorhersehbarkeit der weiteren Entwicklung dazu geführt, dass vor allem Personen mit langwierigen bzw. chronischen Erkrankungen und entsprechend meist dauerhafter Medikation sich mit größeren Mengen an Arzneimitteln bevorratet haben, wie deutlich in den Monatskennzahlen insbesondere im März 2020 zu erkennen ist. Dies betrifft insbesondere die Herz-Kreislauf-Medikamente, die zudem mit fast der Hälfte aller verordneten Tagesdosen einen wesentlich größeren Einfluss auf das Arzneimittelgeschehen ausüben als die sonst sehr häufig, aber in wesentlich geringeren Mengen (deren Anteil beträgt weniger als ein Prozent am Gesamtaufkommen) verordneten Antiinfektiva. Somit klärt sich der vermeintliche Widerspruch auf, geht doch der Rückgang der Verordnungsanteile vor allem auf die Antiinfektiva zurück wobei der Zuwachs bei den Tagesdosen maßgeblich auf die Herz-Kreislauf-Medikamente zurückzuführen ist.

Andererseits treten weiterhin bekannte Muster und Zusammenhänge auf, die nur in geringem Maß von der pandemischen Situation beeinflusst werden. Unter den BKK Versicherten sind es nach wie vor die Rentner, die einen Großteil der Verordnungen auf sich vereinen. In diesem Kontext ist auch die zahlen-

mäßige Dominanz von solchen Wirkstoffen, wie z.B. Herz-Kreislauf-Mitteln bzw. solchen mit Wirkung auf den Stoffwechsel, zu bewerten, die aufgrund ihrer vorrangigen Anwendung bei chronischen Erkrankungen meist in großen Mengen mehrheitlich im fortgeschrittenen Lebensalter verordnet werden. Insgesamt ist im Verordnungsgeschehen der Arzneimittel durchgehend ein deutlicher Zusammenhang mit dem Lebensalter bzw. der altersspezifischen Morbidität erkennbar.

Bei der besonders im Fokus stehenden Gruppe der beschäftigten Mitglieder wird deutlich, dass neben dem Alter und der Morbidität, zusätzlich soziodemografische und arbeitsweltliche Merkmale die Verordnungen von Arzneimitteln beeinflussen. Der Grad der Bildung entscheidet nicht nur über die spätere Stellung im Beruf, sondern beeinflusst auch maßgeblich die Gesundheit der Beschäftigten. Ein niedriger Bildungsgrad geht in der Regel mit einem überdurchschnittlichen Gebrauch von Arzneimitteln einher. Ähnliche Zusammenhänge werden zum Beispiel bei Tätigkeiten auf Helfer- bzw. Angelerntenniveau oder bei einer Beschäftigung über eine Arbeitnehmerüberlassung sichtbar. Dass zudem auch die unterschiedlichen Arbeitsbeanspruchungen und -belastungen eine Rolle spielen, wird in der differenzierten Betrachtung nach Wirtschafts- und Berufsgruppen deutlich. Je nachdem, ob ein Beschäftigter bei seiner Tätigkeit eher physischen oder psychischen (oder beiden) Belastungen ausgesetzt ist, zeigen sich Auffälligkeiten im Zusammenhang mit dem Arzneimittelgeschehen. Während Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System überdurchschnittlich häufig bei Berufen und Branchen im produzierenden bzw. verarbeitenden Bereich verordnet werden, sind Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem dort, wo nah am bzw. mit Menschen gearbeitet wird, deutlich häufiger anzutreffen. Dabei korrespondiert das hier erkennbare Muster größtenteils mit den entsprechenden Kennzahlen aus den anderen Leistungsbereichen.

Der Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf das Verordnungsgeschehen bei den Arzneimitteln wird bei den beschäftigten Mitgliedern ebenso wie bei den BKK Versicherten insgesamt deutlich sichtbar. Verschiedene Faktoren, wie z.B. Abstands- und Hygieneregeln, Kontaktbeschränkungen, Kita- und Schulschließungen, vermehrte Nutzung von Homeoffice sowie Sonderregelungen bei den Arzneimittelverordnungen haben im Jahr 2020 zu deutlichen Verwerfungen in den entsprechenden Statistiken geführt. Da viele dieser Maßnahmen zumindest in der ersten Hälfte des Jahres 2021 weiterhin Bestand hatten, ist

davon auszugehen, dass auch in den Auswertungen im Rahmen des kommenden BKK Gesundheitsreports weiterhin deutliche Abweichungen im Vergleich zu den Vorjahren beobachtbar sein werden. Die seit Beginn des Jahres 2021 zur Verfügung stehende Impfung gegen COVID-19 wird ebenfalls erst im Report des nächsten Jahres in den Statistiken sichtbar werden. Frühzeitige Hinweise auf die weitere Entwicklung können der monatlichen Arzneimittelstatistik auf der Internetseite des BKK Dachverbandes entnommen werden.

Schwerpunkt Praxis



Die Krise und der Abschied von der Präsenzkultur – Gestaltungshebel für die gelingende Zusammenarbeit auf Distanz

Jens Kapitzky, Mascha Nolte und Thomas Schnelle
Metaplan, Quickborn

Schon früh in der Pandemie wurden Prophezeiungen über die langfristigen Auswirkungen der Krise auf die Arbeitswelt laut. Vielfach wurde und wird sie als Akzeleratorin für die Durchsetzung neuer Arbeits- und Organisationsweisen beschrieben, als „Game Changer“ und Treiberin der Transition hin zu „New Work“ (vgl. [1]). Was insbesondere im „New Work“-Diskurs über Jahre gefordert worden war – jetzt wurde es in beeindruckend kurzer Zeit umgesetzt.

Einerseits wurden damit in der Krise in vielen Organisationen die schon länger ertöndenden Rufe nach agilem Arbeiten, flachen Hierarchien, der Durchlässigkeit von Silogrenzen und der Abschaffung bürokratischer Regelungen erhört und die damit verbundenen Forderungen ganz oder in Teilen umgesetzt.

Andererseits aber hat gerade das vergangene Jahr auch die Funktionalität hierarchischer Führung vor Augen geführt, denn in Krisenzeiten brauchen Mitarbeitende Orientierung – und richten ihren Blick deshalb suchend auf die Spitze der Organisation. Das führte mitunter zum Gegenteil von „New Work“, nämlich zu einer Straffung der Hierarchien und klaren Ansagen von oben.

Egal aber, ob man auf mehr oder auf weniger Hierarchie, auf mehr oder weniger Zentralisierung zur Bewältigung der Krise gesetzt hat – in jedem Fall haben sich Arbeitsweisen massiv verändert, weg von reiner face-to-face-Kommunikation, hin zu mehr Remote-Formaten und der Nutzung der gesamten Palette der zur Verfügung stehenden Kollaborationstools. Die Effekte dieser Verschiebung werden das Abklingen der Pandemie sicher überdauern; eine vollständige Rückkehr zum Status Quo Ante wird es sicher nicht geben (vgl. [2]). Vielmehr gehört die Zukunft den Mischformaten. Für jede Organisation, die hier neue Wege eingeschlagen hat, stellt sich die Frage, wie sich derartige Änderungen auf den Arbeitsalltag auswirken und wie sich günstige Ausgangsbedingungen für die Produktivität, Gesundheit und letztlich Zufriedenheit ihrer Mitarbeitenden schaffen lassen. Deshalb lohnt es, einen genaueren Blick auf die Vor- und Nachteile der Remote-Formate zu werfen – um ihren problematischen Aspekten mit klugen Lösungen begegnen und ihr Vorteile möglichst intensiv nutzen zu können.

Die Krise der Strukturen

Zu Beginn der Pandemie haben viele Organisationen schmerzlich festgestellt, dass etablierte Strukturen den Übergang von Präsenz- zu Distanzarbeit erschwerten. Während es mitunter schon an der notwendigen *technischen* Infrastruktur mangelte, stellte der Mangel an passenden *organisationalen* Strukturen für die Remote-Arbeit auch solche Organisationen vor neue Herausforderungen, die ihre Mitarbeitenden rasch mit der notwendigen Technik ausstatten konnten. Die bestehenden Strukturen – formale wie informale – waren bisher auf die gemeinsame Arbeit vor Ort ausgerichtet und ließen sich nicht einfach auf die virtuelle Zusammenarbeit übertragen. Mangels Erfahrung und besseren Wissens wurde aber genau das oft versucht: Dabei zeigte sich, dass auf der einen Seite Probleme dadurch entstanden, dass große Meetings wie Abteilungsversammlungen, Plenarungen usw. zu gefühlt endlos langen und ausgesprochen zähen Video-Konferenzen mutierten, denen zu folgen sich viele Mitarbeitende bald nicht mehr die Mühe machten. Und auf der anderen Seite wurde übersehen, wie notwendig die kleinen, informellen Abstimmungen sind, die im Büro ständig stattfinden, hochfunktional sind und sich gleichzeitig in keinem Regelwerk beschrieben finden. Deshalb dauerte es mitunter sehr lange, bis gut funktionierende Distanz-Formate gefunden wurden, die die Funktion der informellen Abstimmung übernehmen konnten.

Auf den Mangel an funktionierenden Strukturen reagierten viele Organisationsmitglieder verständlicherweise mit Unsicherheit. Woran – oder an *wem* – soll man sich orientieren, wenn die altbekannten Strukturen keine hinreichende Orientierung mehr bieten? Der Blick wanderte vermehrt in Richtung der Organisationsspitze, von der man sich diese Orientierungsleistung auch dann erhoffte, wenn die Kompetenz im Umgang mit den neuen Gegebenheiten gerade nicht zwingend an der Spitze des Unternehmens

versammelt war. Mit dem Beginn der Krise war deshalb zunächst ein enormer Anstieg des Führungsaufwandes zu konstatieren, weil zunächst unklar blieb, wer sich mit wem worüber abstimmen muss. Auch dort, wo man stark auf selbstständige Entscheidungen der Mitarbeitenden setzte, brauchte es die Entwicklung neuer Formate – denn auch diese Entscheidungen müssen ja kommuniziert werden. Dies alles zu organisieren und dabei die operativen Dinge am Laufen zu halten, war eine starke Belastung für Mitarbeitende wie Führungskräfte. Dort, wo als Reaktion auf diese neue Herausforderung keine Nachjustierung der Strukturen vorgenommen wurde, wurde Führung zu einer Daueraufgabe (zum Unterschied von Hierarchie und Führung vgl. [3]).

Organisationen sind gut beraten, ihre Strukturen so anzupassen, dass Mitarbeitende über ein hinreichendes Maß an Orientierung verfügen – ohne in jedem Einzelfall auf eine Entscheidung ihrer Führungskraft angewiesen zu sein. Dies gilt in face-to-face-Situationen ebenso wie für die Arbeit über Distanz, wobei sich die konkrete Anpassung der Interaktionssysteme jeweils unterscheidet: Was face-to-face gilt, lässt sich nicht ohne Verlust auf den virtuellen Raum übertragen. Im Folgenden werden einige mögliche Anpassungen, die dazu beitragen können, ein produktivitäts- und gesundheitsförderliches Arbeitsumfeld zu schaffen, skizziert. Sie sind mehr als nur Brandlöscher in Krisenzeiten, sondern vielmehr Gestaltungshebel, um die auch zukünftig auf Remote-Arbeit setzende Organisationswelt mitzugestalten.

Neue Kommunikationskanäle, Regeln und Routinen festlegen

Mit der Verlagerung ins Homeoffice lassen sich viele der eingespielten Kommunikationspfade nicht mehr nutzen: Die für bestimmte Zeiten festgelegten Team-Zusammenkünfte, die schnelle Abstimmung mit dem Kollegen im Nachbarbüro oder der beiläufige Austausch mit der Chefin beim Mittagessen entfallen. Für all dies braucht es Ersatz, um weiter produktiv zusammenarbeiten zu können. Die hinreichende Ausstattung mit funktionierender Technik – neben den klassischen Formen wie Telefon und E-Mail gehören dazu Videokonferenz- und Kollaborationstools wie Teams, Zoom usw. – stellt dafür lediglich die infrastrukturelle Grundvoraussetzung dar. Darüber hinaus braucht es klare organisationale Vorgaben, wann und wie man von diesen Tools in der Zusammenarbeit Gebrauch machen will.

Während Absprachen in der Präsenzarbeit häufig „zwischen Tür und Angel“ getroffen werden und somit häufig keiner vorab festgelegten Termine bedürfen, konzentriert sich die Kommunikation in der Distanzarbeit häufig auf die vorab terminierten Meetings. Dabei nimmt der Kommunikationsbedarf in der Distanzarbeit – insbesondere in Krisenzeiten – nicht ab, sondern eher zu – und darauf sollte man entsprechend reagieren. Oft helfen wiederkehrende Formate wie „Weeklys“ Teams dabei, die an unterschiedlichen Orten stattfindende gemeinsame Arbeit zu strukturieren. Oder man nutzt Formate wie „Ask the Management“-Runden für einen Austausch zwischen Führung und Mitarbeitenden – wobei es immer darum geht, einen verlässlichen Rahmen für funktionierenden Austausch und damit für die gemeinsame Orientierung zu schaffen.

Auch in Hinblick auf eingespielte Regeln und Routinen, die sich im Team ausgebildet haben, lohnt es sich, diese den Bedingungen der Remote-Arbeit anzupassen. Mit dem Wechsel ins Homeoffice gewinnen Mitarbeitende zwar größere Freiräume, es steigt aber auch die Wahrscheinlichkeit ausufernder Arbeitszeiten, weil die Notwendigkeit, im Homeoffice zwischen Beruflichem und Privaten zu trennen von vielen Arbeitnehmenden als Belastung empfunden wird (vgl. [1]). Die Verantwortlichkeit, die vertragliche Arbeitszeit einzuhalten und für die notwendige Trennung von Rolle und Person zu sorgen, überlassen dabei viele Organisationen den einzelnen Organisationsmitgliedern. Es ist jedoch sinnvoll, in diesem Punkt für organisationale Regeln und Routinen zu sorgen – etwa indem sich Teams „Spielregeln“ für die gemeinsame Arbeit auf Distanz geben. Gerade weil man im Homeoffice theoretisch 24 Stunden erreichbar ist, sollte man sich darauf verständigen, wann man für Anrufe der Kollegen erreichbar sein soll – und wann nicht.



Teams sollten mit Blick auf die folgenden Fragen klare Regeln finden und befolgen:

- Was sind unsere Kernarbeitszeiten im Homeoffice?
- Wann sind Teammitglieder erreichbar?
- Wie planen wir Meetings? Wie viel freie Zeit muss zwischen zwei Meetings liegen?
- An welchen Meetings muss man verbindlich teilnehmen, an welchen nicht?
- Welche Themen werden in welchen Meetings besprochen?
- Wie wird über welche Themen entschieden?
- Wie werden die Ergebnisse der Meetings dokumentiert und kommuniziert?

Das Set der Fragen ist selbstverständlich erweiterbar – immer mit Blick auf die konkreten Bedürfnisse der Organisation und der Teammitglieder. Unterlässt man es, diese Fragen zu stellen und für Klärung zu sorgen, bleibt es den Einzelnen überlassen, Antworten zu finden – was zwangsläufig ineffektiv ist und eine unnötige Zusatzbelastung für die Mitarbeitenden darstellt.

Informalität ermöglichen

Keine Organisation kann all das, was sie zur Sicherung ihres Bestandes benötigt, durch formale Regelungen allein sicherstellen. Neben der formalen Seite (die offiziellen Regeln, die Aufbau- und Ablauforganisation usw.) bilden Organisationen deshalb eine informale Seite aus (vgl. [4, 100]). Der kurze Dienstweg, Verabredungen über Bereichsgrenzen hinweg, eingespielte, aber nirgends offiziell festgelegte Routinen füllen die Regelungslücken der Formalstruktur und helfen beim Umgang mit häufig widersprüchlichen Erwartungen an die Organisationsmitglieder. All das ist kein Betriebsunfall, sondern vielmehr eine Systemleistung, die maßgeblich dazu beiträgt, dass Organisationen „funktionieren“ und ihre Ziele erreichen – womit nicht gesagt ist, dass Informalität auch dysfunktionale Formen annehmen kann. Anders als formale Regelungen lässt sich Informalität jedoch nicht anordnen; sie erwächst vielmehr emergent im gemeinsamen organisationalen Alltag und entzieht sich der direkten Einflussnahme der Entscheider. Einfluss auf Informalität lässt sich nur über den Umweg der formalen Strukturen nehmen. Mit Blick auf den Übergang von Präsenz- zu Distanzarbeit sollte man sich deshalb die Frage stellen, welche Formen informaler Abstimmung und Zusammenarbeit über Distanz entfallen – und welche Regeln und Formate helfen könnten, für sinnvollen Ersatz zu sorgen.

In vielen Organisationen entfielen mit dem häufig flächendeckenden Wechsel in die Distanzarbeit die Räume, die Informalität zuvor ermöglichten. Die Zusammenarbeit wurde stattdessen stark auf die formal festgelegten Kommunikationswege und Prozesse verknüpft:

- Sobald das formal vorgesehene Programm abgepusht ist, enden virtuelle Meetings häufig ohne die Möglichkeit, sich im Nachgang mit den Kolleginnen darüber auszutauschen.
- Durch den Wegfall des gemeinsamen Mittagessens, das entfallene Gespräch am Drucker oder den nicht mehr geteilten Arbeitsweg fehlen die

zuvor verlässlich wiederkehrenden Gelegenheiten, sich über die Sinnhaftigkeit der neuen Geschäftsstrategie, die mikropolitischen Spielchen eines ambitionierten Kollegen oder die geschickte Umgehung als widersinnig erachteter formaler Vorschriften abzustimmen.

Den Organisationen entgehen dadurch die durchaus sinnvollen Effekte, die solche Gespräche und die daraus resultierenden Praktiken haben. Den Organisationsmitgliedern wiederum entgeht die Möglichkeit, sich abseits der formal vorgeschriebenen Pfade Gehör zu verschaffen und Einfluss zu nehmen, was das Frustrationspotenzial im häufig anstrengenden organisationalen Alltag unweigerlich ansteigen lässt.

Wollen Organisationen das verhindern, sind sie gut beraten, Informalität auch in virtuellen Arbeitskontexten zu ermöglichen – denn auch in der Arbeit auf Distanz lassen sich günstige Ausgangsbedingungen für die Entstehung von Informalität schaffen:

- Über die Kollaborationstools lassen sich Kanäle für einen niedrigschwelligen Austausch schaffen, die sich nicht nur für die Hinterbühnen-Kommunikation in Kunden-Meetings, sondern auch für den jenseits formaler Erwartungen liegenden Austausch mit Kollegen nutzen lassen.
- Ebenso wie im Büroalltag sollte sich das Zusammenkommen nicht auf rein formale Kontexte beschränken. Bevor man in das formale Programm einsteigt, kann man Meetings etwa mit „Murmelgruppen“ beginnen, indem man die Mitarbeitenden ohne thematische Vorgabe zunächst in „Breakouts“ entsendet und ihnen so die Gelegenheit gibt, sich auch abseits des formal Vorgegeben auszutauschen.
- Das Mittagessen oder die Kaffeepause lassen sich auch digital miteinander verbringen.
- Schließlich wird informaler Austausch häufig auch dann wahrscheinlicher, wenn man gerade nicht alles reglementiert. Indem nicht für alle notwendigen Absprachen vorab Termine vereinbart und manche Entscheidungen latent gehalten werden, erhöht sich der Kommunikationsbedarf der Teammitglieder untereinander und der Griff zum Telefonhörer oder der Klick auf den Videokonferenz-Button – das Remote-Pendant zum „Kurz-im-Nachbarbüro-Vorbeischauen“ – wird wahrscheinlicher.
- Für Meetings mit Kunden ist eine gemeinsame Einstimmung vor Beginn des eigentlichen Meetings sowie ein De-Brief mit den Kolleg:innen in unmittelbarem Anschluss an das Meeting

ratsam – dies dient dem sachlichen Austausch ebenso wie der informalen Kommunikation. Von besonderer Bedeutung ist die Nutzung solcher Formate für informalen Austausch für neue Kolleg:innen oder solche, die den Arbeitsbereich wechseln und dann neue (informale) Prozesse und Strukturen kennenlernen müssen. Gerade für sie sind Gelegenheiten wichtig, sich austauschen, im kleinen Kreis Fragen stellen und Perspektiven ausprobieren zu können. Wo möglich lassen sich solche, unter Pandemiebedingungen zusätzlich herausfordernde Onboarding-Prozesse auch dadurch unterstützen, dass man Neulingen erfahrene Kolleg:innen zur Seite stellt, mit Patenschaften arbeitet oder Runden etabliert, die dem Austausch über die neuen Erfahrungen dienen.

Remote-Interaktionen klug anlegen

Ohne Interaktionen keine Organisationen – das gilt für alle Arbeitskontexte. Das heißt: Absprachen im Team, Abstimmungen mit der Chefin oder Meetings mit Kunden finden selbstverständlich auch nach der vollständigen oder teilweisen Verlagerung der Arbeit in Remote-Settings weiterhin statt, nur eben nicht mehr face-to-face, sondern virtuell. Während der Pandemie verzeichneten Anbieter von Videokonferenz-Tools einen enormen Anstieg der Nachfrage nach ihren Leistungen (vgl. [5]). Da für die meisten Organisationen die Arbeit mit digitalen Kommunikationstechnologien mittlerweile alltäglich geworden ist – und man auch in Zukunft wohl eher nicht dazu zurückkehren wird, für nahezu jedes zweistündige Meeting eine längere Dienstreise zu veranstalten –, kann man davon ausgehen, dass Organisationen auch in post-pandemischen Zeiten weiter Remote-Interaktionen nutzen werden. Deshalb ist es sinnvoll, einen genaueren Blick auf die Hürden zu werfen, die Remote-Settings mit sich bringen – vor allem aber auch die Vorteile solcher Arbeitsweisen zu nutzen.

Wahrnehmung

Im virtuellen Raum wird die gegenseitige Wahrnehmung stark beschränkt. Während man die Kolleg:innen in face-to-face-Interaktionen in ihrer ganzen Leibhaftigkeit wahrnimmt, beschränkt sich die Wahrnehmung in Video-Konferenzen auf die Stimme der anderen und – wenn die Bandbreite es denn zulässt – die obere Körperhälfte. Durch die häufig praktizierte Stummschaltung der Nichtredenden

werden zudem nur diejenigen gehört, die Wortbeiträge platzieren können. In großen Meetings, in denen man von den Interaktionsteilnehmenden nur noch kleine Bildkacheln sieht, wird die gegenseitige visuelle Wahrnehmung noch weiter beschnitten.

Vieles, was in face-to-face-Situationen Bedeutung hat, kann gar nicht mehr wahrgenommen werden: Das auffällige Räuspern der Chefin, der gequälte Blick des Kollegen oder das süffisante Lachen der Abteilungsleiterin verhallen im virtuellen Nirvana, hätten in einer face-to-face-Situation der Kommunikation unter Umständen aber einen entscheidenden Richtungswechsel verliehen. Dass sich solche subtilen und zugleich oft wichtigen Details in Videokonferenzen nicht in gleicher Form wahrnehmen lassen, sollten alle Beteiligten in Rechnung stellen. Zugleich kann dies Anlass dafür sein, im Rahmen von Videokonferenzen für wenigstens das Maß an wechselseitiger Wahrnehmung zu sorgen, das möglich ist – beispielsweise dadurch, dass man die Nutzung der Kamerafunktion zur Regel macht.

Beteiligung

Der Einschränkung wechselseitiger Wahrnehmbarkeit lässt sich in Interaktionen per Videokonferenz auf unterschiedliche Weise begegnen. So kann man Interaktionsteilnehmenden etwa mehr Raum zur Beteiligung einräumen, als dies oft in face-to-face-Situationen der Fall ist.

- Ganz praktisch lässt sich dies etwa über die Einholung eines kurzen Stimmungsbildes zu Anfang oder am Ende eines Meetings, den Ein- und Ausstieg mit offenen Reflexionsfragen („Was klingt nach?“, „Wo kommen Zweifel auf?“) oder „Check-Ins“ und „Check-Outs“ erreichen. Viele der gängigen digitalen Kollaborationstools bieten technische Funktionen, mit denen sich dies leicht umsetzen lässt. Sicherlich werden auch nach dem Einbau derartiger Rückkopplungen einige Reaktionen und Stimmungen unterhalb der Schwelle der gegenseitigen Wahrnehmung bleiben. Durch die Möglichkeit zur Stellungnahme wird den Mitarbeitenden jedoch signalisiert, dass ihre Haltung Gewicht hat und Reaktionen weiterhin erwünscht sind. Selbstverständlich sollte es nicht bei der bloßen Einholung dieser Reaktionen bleiben, sondern es sollte auch der (virtuelle) Raum geschaffen werden, um darüber in den gemeinsamen Diskurs zu kommen.
- Wie face-to-face-Meetings sollten auch Videokonferenzen moderiert werden. Dabei fällt der Moderatorin u. a. die Aufgabe zu, für die Abfolge der Redebeiträge zu sorgen – wobei es sich gera-

de in Videokonferenz-Settings regelmäßig als notwendig erweist, Teilnehmende direkt anzusprechen, ihnen Fragen zu stellen und sie zu Wortbeiträgen zu ermuntern.

- Auch in Bezug auf Visualisierung und die Sicherung von Ergebnissen gilt Ähnliches wie in face-to-face-Settings: Die zentralen Aspekte eines Meetings – Agenda, wichtige Argumente, Ergebnisse – sollten visualisiert und über das Meeting hinaus gesichert werden, was durch die Nutzung digitaler Tools deutlich erleichtert wird.

Konzentration

In virtuellen Interaktionen sinkt die Konzentrationsspanne der Teilnehmenden. Dies lässt sich in Teilen auf den stark beschränkten gegenseitigen Wahrnehmungsraum zurückführen: Bei physischer Präsenz nimmt man nicht nur die anderen wahr, sondern nimmt stets auch wahr, dass die anderen einen ebenfalls wahrnehmen – und versucht fortwährend, diese Wahrnehmung der anderen zu beeinflussen (vgl. [6]). Die Ausgangsbedingungen in Remote-Interaktionen verringern den „Darstellungsdruck“ der Teilnehmenden, lassen sie schneller unkonzentriert werden, nur noch bei unmittelbar interessanten Themen zuhören oder sich gar entscheiden, die Zeit eher darauf zu verwenden, parallel Mails an Kunden zu schreiben – erst recht, wenn Mitarbeitende mangels gegensteuernder Moderation dauerhaft in die passive Rolle des Zuhörens gedrängt werden und die besprochenen Themen nur von mittelbarer Relevanz für ihre konkrete Arbeit sind. Angesichts der spezifischen Remote-Situation müssen Moderator:innen deshalb Meetings besonders sorgfältig planen, regelmäßige Interaktionssequenzen vorsehen und diese gezielt intensivieren.

Grundsätzlich lassen sich vor allem zwei einfach zu justierende Stellschrauben identifizieren, um hier Einfluss zu nehmen: Verändert man die Dauer und die Interaktionsdichte der Meetings, entgeht man nicht nur den Nachteilen der Remote-Arbeit, sondern kann zugleich die Vorteile dieser Arbeitsweise voll zur Geltung bringen.

- Bereits in face-to-face-Meetings sinkt die Konzentrationsfähigkeit der Teilnehmenden nach einigen Stunden drastisch; in Remote-Settings gilt dies umso mehr. Es braucht daher kürzere Meetings, die man dann in höherer Frequenz durchführen kann. Beispielsweise statt einem Tagesworkshop also eher mehrere 2-Stunden-Meetings an aufeinanderfolgenden Tagen. Dadurch entsteht zugleich ein produktiver Wechsel von themenbezogenen Meetings, Reflexions- und Um-

setzungsphasen, die ihrerseits in den nächsten Meetings wieder aufgenommen und vertieft werden können. Erfahrungsgemäß steigt die Dichte in der Bearbeitung der Themen damit signifikant – zumal ein so angelegter Prozess, anders als ganztägige Workshops, in den Arbeitsalltag im Homeoffice relativ unkompliziert integriert werden kann. Dort, wo die Bearbeitung eines Themas nicht über mehrere Tage gestreckt werden kann, sollte man in jedem Fall Remote-Meetings über mehr als zwei, maximal drei Stunden vermeiden. Bei Meetings, die länger als 90 Minuten dauern, sollte man dringend mindestens eine längere Pause nicht unter 15 Minuten vorsehen und die Teilnehmenden nachdrücklich dazu anhalten, diese Pause nicht am Schreibtisch zu verbringen, sondern in dieser Zeit für Frischluft und Bewegung zu sorgen.

- Drohender Lethargie der Teilnehmenden lässt sich durch Erhöhung der Interaktionsdichte entgegenwirken: Es empfiehlt sich, die plenare Sitzung immer wieder aufzuteilen, durch Fragen vorstrukturierte Kleingruppen zu bilden und dort einzelne Themen diskutieren und die Ergebnisse anschließend im Plenum vorstellen zu lassen. Dabei sind Fragen, die konsequent bei den Erfahrungen und Herausforderungen der Beteiligten ansetzen, von zentraler Bedeutung, weil sich so die Wahrscheinlichkeit zur Beteiligung aller deutlich erhöhen lässt. Solche Teilungsformate lassen sich inzwischen mit modernen Videokonferenztools sehr leicht realisieren – wobei die Kleingruppenarbeit umso intensiver wird, je mehr sie zusätzlich zu den vorbereiteten Fragen auch noch durch die gemeinsame Nutzung von Visualisierungstools unterstützt wird.

Vorder- und Hinterbühne

In Remote-Meetings verlagert sich die Kommunikation scheinbar ganz auf die „Vorderbühne“, indem (fast) alles, was im Meeting passiert, für alle Beteiligten wahrnehmbar zu sein scheint. Kommunikation auf der Hinterbühne – die kurze Regieanweisung an die Kollegin, der kritische Kommentar an den Nebensitzer – entfällt bei einer an face-to-face-Situationen angelehnten Arbeitsweise weitgehend. Sowohl die gelingende Orchestrierung derjenigen, die das Meeting leiten, als auch parallellaufende Absprachen der Teilnehmenden werden dadurch erschwert.

In virtuellen Meetings sollten daher Kanäle geschaffen werden, die diesen niedrigschwelligen Austausch auf der Hinterbühne ermöglichen. Dies lässt

sich etwa über die Nutzung der bereits erwähnten Kollaborationstools leicht erreichen, über die sich Absprachen treffen lassen, die man nicht auf der Vorderbühne platzieren möchte. Um peinliche Adressaten-Verwechslungen oder Ähnliches zu vermeiden, empfiehlt sich die Nutzung eines zweiten Tools statt des in Videokonferenzprogramme integrierten Chats – also beispielsweise besser parallel einen Slack-Channel oder eine WhatsApp-Gruppe nutzen. Insbesondere, aber nicht nur in Kundenmeetings empfiehlt es sich, solche Räume für interne Absprachen zu schaffen. Es erscheint sinnvoll, die Frage, welche Kanäle man benutzt und welche Regeln für die Nutzung gelten sollen (z.B. welche Informationen parallel zu einer Videokonferenz geteilt werden sollen) vorab klar zu regeln, um Erwartungssicherheit für alle Beteiligten zu schaffen. Nutzt man solche zusätzlichen Kanäle als virtuelle Hinterbühne, bietet das sogar Vorteile, die man bei der Planung eines Meetings bereits mitdenken kann und soll: Während man Nebenkanäle in face-to-face-Situationen stets so platzieren muss, dass sie die Vorderbühnen-Interaktion nicht zu stark beeinflussen, lässt sich auf virtuellen Hinterbühnen gänzlich ungeniert interagieren. Wo man sich in Kunden-Meetings vor Ort nur auf sehr subtile Weise mit den Kolleg:innen abstimmen konnte – etwa durch Mimik und Gestik, die man vor dem Kunden verdeckt hält – lässt sich über die Nutzung exklusiver digitaler Kanäle offener über die Einschätzung des Gesprächsverlaufs und die Richtung, die man nun einschlagen sollte, abstimmen.

Fazit

Gerade die zuletzt genannten Punkte machen deutlich: Interaktionen im virtuellen Raum sind deutlich verschieden von face-to-face-Interaktionen – und beide Formen haben gegenüber der jeweils anderen Vor- und Nachteile.

Wer die Vorteile nutzen und die Nachteile vermeiden will, sollte zunächst beide Aspekte anerkennen und die Vorteile im Detail erproben. Wo dies geschieht, sorgt man für gelingende Interaktionen. Diese wirkt Vereinzelungstendenzen in einem veränderten Arbeitsumfeld wirksam entgegen – und ist zugleich die entscheidende Voraussetzung für produktive Zusammenarbeit und für Kollaboration im Interesse sowohl der Mitarbeitenden als auch der Organisation.

Der Aspekt des Ausprobierens gilt auch und erst recht für Formen hybriden Arbeitens, also für Settings, bei denen es zu Mischformen zwischen face-to-face- und Remote-Settings kommt. Auch solche Settings können hochproduktiv sein – was aber zwingend voraussetzt, dass Anlage und Durchführung von Hybrid-Meetings explizit zum Thema gemacht werden, also Raum dafür geschaffen wird, die Bedürfnisse, Erfahrungen und Ideen der einzelnen Teilnehmenden aufzunehmen, methodische Verabredungen zu treffen und deren Anwendung regelmäßig gemeinsam zu evaluieren.

Literatur

1. Hofmann J, Piele A, Piele C (2020) Arbeiten in der Corona-Pandemie – Auf dem Weg zum New Normal. Studie des Fraunhofer IAO in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Personalführung DGFP eV.
2. Diewald M (2020) Zukunftsperspektiven von Homeoffice nach Corona. In: Nachtwei J, Sureth A (Hg.) Sonderband Zukunft der Arbeit, HR Consulting Review, Band 12, S. 30–33.
3. Muster J, Büchner S, Hoebel T, Koepf T (2020) Führung als erfolgreiche Einflussnahme in kritischen Momenten. In: Barthel C (Hg.) Managementmoden in der Verwaltung. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 285–305.
4. Kühl S (2011) Organisationen: Eine sehr kurze Einführung. Wiesbaden: Springer.
5. Engels B, Mertens A, Scheufen M (2020) Corona: Neuerungen in der beruflichen Kommunikation, IW-Kurzbericht, Nr. 35/2020.
6. Goffman E (1959) The Presentation of Self in Everyday Life. New York: Doubleday.



Jens Kapitzky

Jens Kapitzky hat nach Ausbildungen zum Buchdrucker und Buchhändler Kommunikationswissenschaft, Germanistik und Politikwissenschaft studiert. Danach war er 15 Jahre beim Klett-Verlag im Bildungsbereich tätig, davon fünf Jahre als Geschäftsführer des Österreichischen Bundesverlages in Wien. 2015 wechselte er Perspektive und Rolle – von der beratenden Führungskraft zum Berater. Seit 2015 ist er Metaplaner, seit 2018 leitet er die Metaplan Academy.



Mascha Nolte

Mascha Nolte hat Soziologie an der Eberhard Karls Universität Tübingen und am University College Cork studiert und befindet sich aktuell im Masterstudiengang mit dem Schwerpunkt Organisationssoziologie an der Universität Bielefeld. Neben ihren Tätigkeiten als wissenschaftliche Hilfskraft in Forschungsprojekten in Tübingen und Bielefeld hat sie berufliche Erfahrungen in verschiedenen Sozialforschungsinstituten sowie der Organisationsentwicklung im Kontext von IT-Projekten sammeln können. Seit März 2021 ist sie Praktikantin bei Metaplan.



Dr. Thomas Schnelle

Thomas Schnelle ist Organisationssoziologe und Erkenntnistheoretiker. In seiner Dissertation setzte er sich mit dem Werk des Erkenntnisphilosophen Ludwik Flecks auseinander. Seit 1983 ist er Metaplaner, heute als geschäftsführender Partner. Er berät zu Vertriebs-, Strategie- und Organisationsfragen sowie zu explorativen Kundendialogprozessen. Schwerpunktmäßig arbeitet er für die Pharmaindustrie, Technologieunternehmen sowie für partnerschaftlich organisierte Firmen und Sozietäten.

Digitalisierung, Pandemie und Chronische Erkrankungen – neue Themencluster im Deutschen Siegel Unternehmensgesundheit

Alexander Zill¹, Dominik Dilba¹, Sasha Cook², Bertolt Meyer¹ und Martin König³

¹ Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie, TU Chemnitz

² Arbeits- und Organisationspsychologie, Universität von Amsterdam

³ BKK Dachverband e.V., Berlin

Nicht erst seit der Corona-Pandemie nimmt die Gesundheit von Beschäftigten in Unternehmen einen immer höheren Stellenwert ein. Sich verändernde Wertewelten der Beschäftigten, Fachkräftemangel, gesetzliche Bestimmungen (z.B. Arbeitsschutzgesetz, Arbeitssicherheitsgesetz, Arbeitsstättenverordnung) sowie der positive Einfluss auf die Leistungsfähigkeit bestimmen das gesundheitsbezogene Handeln von Unternehmen. Das Ziel, gesundheitsförderliche Bedingungen für die Beschäftigten zu schaffen, bedarf zunächst einer fundierten Analyse der Voraussetzungen im Unternehmen, um die entsprechenden Ansatzpunkte identifizieren und geeignete Maßnahmen ableiten zu können. Unter der Vielzahl an Angeboten im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist es für Unternehmen häufig nicht einfach, jene auszuwählen, die den notwendigen Anforderungen an Analyse und Begleitung umfassend entsprechen. Die Betriebskrankenkassen haben mit dem Deutschen Siegel Unternehmensgesundheit ein Instrument im Portfolio, das von dem

interdisziplinären Forschungsprojekt GESIOP (Gesundheitsmanagement aus interorganisationaler Perspektive) ein besonders hohes BGM-Niveau attestiert wird [1].

Das Deutsche Siegel Unternehmensgesundheit (DSUG) prüft das Betriebliche Gesundheitsmanagement von Träger- und Kundenunternehmen der Betriebskrankenkassen und liefert wertvolle Erkenntnisse zur zielgerichteten Weiterentwicklung des BGM. Für eine umfassende Analyse wird nicht nur die Arbeitgebersicht betrachtet, sondern auch die Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen durch die Beschäftigten sowie die allgemeinen Gesundheitskennzahlen einbezogen (»» Abbildung 1). Der bedeutende Vorteil dieser Analyse ist, dass konkrete Aussagen zu Belastungen und Ressourcen der Beschäftigten getroffen und daraus Verbesserungspotenziale für die verschiedenen Organisations- und Tätigkeitsbereiche abgeleitet werden können. Das DSUG analysiert nicht nur grundlegende Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Beschäftigten, sondern reagiert auch auf aktuelle Verände-

Abbildung 1 Kernelemente des Deutschen Siegels Unternehmensgesundheit



Tabelle 1 Überblick Themencluster mit Beispielfragen

Themencluster	Arbeitgeberfragebögen	Beschäftigtenbefragung
Pandemische Lagen	Werden die bisherigen Erfahrungen und Vorgehensweisen in der Corona-Pandemie evaluiert?	Alles in allem ist mein Unternehmen/meine Organisation gut auf Pandemien vorbereitet (z.B. Corona-Pandemie).
Chronische Erkrankungen	Werden anhand der gesundheitlichen IST-Analyse relevante Handlungsfelder im Gesundheitsmanagement identifiziert? (Spezifische Gruppen werden berücksichtigt)	Haben Sie eine medizinisch diagnostizierte chronische Erkrankung/ein medizinisch diagnostiziertes chronisches Problem?
Digitalisierung	Werden Auswirkungen der Digitalisierung auf Arbeitstätigkeiten untersucht und gegebenenfalls Maßnahmen abgeleitet?	Durch neue Technologien/Digitalisierung wird die Häufigkeit direkter sozialer Kontakte erhöht/eher erhöht/eher verringert/verringert.

rungen in der Arbeitswelt und integriert diese in den Analyseprozess. Seit Januar 2021 wird durch die Hinzunahme neuer Themenfelder in die bestehenden Kernelemente Arbeitgeberfragebögen und Beschäftigtenbefragung (»»» Abbildung 1) das Analysespektrum des Siegels erweitert, was es Unternehmen ermöglicht, auch aktuelle Themen in den Fokus nehmen zu können. Um die Vergleichbarkeit zu vorherigen Besiegelungsverfahren gewährleisten zu können, werden die Bewertungen der neuen Themenfelder nicht in die Gesamtbewertung aufgenommen. Der Umgang mit pandemischen Lagen, das Arbeiten mit chronischen Erkrankungen und Digitalisierung bilden dabei die neuen Themencluster, die im Folgenden genauer vorgestellt werden. »»» Tabelle 1 gibt beispielhaft einen Überblick, wie diese Themen im Deutschen Siegel Unternehmensgesundheit umgesetzt wurden. Die Auswertungen der ersten Ergebnisse beziehen sich überwiegend auf Unternehmen aus dem Bereich Handel und Verkehr. Inwiefern die Ergebnisse auf andere Branchen übertragbar sind, werden künftige Besiegelungsprozesse zeigen.

Umgang mit pandemischen Lagen

In Deutschland und der ganzen Welt sind Menschen seit März 2020 von den Auswirkungen der Corona-Pandemie betroffen. Neben den gesundheitlichen Risiken sind Unternehmen auch mit staatlichen Maßnahmen konfrontiert. Die tägliche Arbeit wird damit häufig zu einem Balanceakt zwischen Arbeitsschutz/Mitarbeiterendgesundheit und wirtschaftlichem Handeln. Dort, wo es möglich war, setzten Beschäftigte ihre Arbeit im Homeoffice fort. Der Anteil an Menschen im Homeoffice stieg seit Beginn der Pandemie vor allem bei Akademikerinnen und Akademikern [2]. Erste Studien zeigen, dass sich die Corona-Pandemie und der Umgang damit unter-

schiedlich auf die heterogene Arbeitnehmerschaft ausgewirkt hat. So berichten vor allem Frauen, die im Homeoffice nicht-schulpflichtige Kinder betreuen mussten, ein höheres Ausmaß an emotionaler Erschöpfung im Gegensatz zu Männern oder Frauen, die nicht im Homeoffice arbeiteten [3]. Außerdem wurde deutlich, dass deutsche Unternehmen sehr unterschiedlich auf diese Pandemie vorbereitet waren [4]. Umfragen zeigen zum Beispiel, dass deutsche Unternehmen, deren Geschäftsprozesse bereits digitalisiert waren, besser durch die Pandemie kamen [5]. Da die aktuelle Corona-Pandemie möglicherweise kurz- und mittelfristig weiter das Arbeitsleben bestimmen wird und auch in Zukunft ähnliche Pandemien denkbar sind, ist es für Unternehmen essenziell, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die Gesundheit ihrer Beschäftigten zu schützen und die Arbeitsfähigkeit des Unternehmens zu gewährleisten.

Im Rahmen der DSUG-Arbeitsgruppe wurden Items entwickelt, die seit Januar 2021 spezifische Themen im Kontext von Pandemien und Arbeit (z.B. Homeoffice, Arbeitsplatzunsicherheit, technische Umsetzung, Umsetzung von Hygienevorschriften) in den Arbeitgeberfragebögen sowie der Beschäftigtenbefragung erfasst. Mithilfe der gewonnenen Erkenntnisse können konkrete Handlungsfelder in diesem Bereich identifiziert und angegangen werden. Erste Ergebnisse legen nahe, dass Beschäftigte, die der Meinung sind, dass ihr Unternehmen gut auf Pandemien vorbereitet ist, ihr psychisches Wohlbefinden und ihren Gesundheitszustand signifikant höher einschätzen, als Beschäftigte, die dies weniger gut in ihrem Unternehmen umgesetzt sehen. Insgesamt sind mehr als 40 Prozent der Befragten der Meinung, dass ihr Unternehmen gut auf die

Corona-Pandemie vorbereitet war und der überwiegende Teil macht sich kaum Sorgen, den Arbeitsplatz verlieren zu können. Die Wahrnehmung darüber, wie gut das Unternehmen auf die Pandemie vorbereitet war, unterscheidet sich dabei deutlich zwischen Beschäftigten im Homeoffice und Beschäftigten vor Ort. Beschäftigte, die an ihrem regulären Arbeitsplatz arbeiteten, schätzten ihr Unternehmen als weniger gut vorbereitet bezüglich der Pandemie ein. Hierbei sollte noch genauer untersucht werden, worin sich diese unterschiedliche Wahrnehmung begründet. Aufseiten der Arbeitgeber zeigen die ersten Ergebnisse, dass die Unternehmen daran interessiert sind, die Erfahrungen und Vorgehensweisen aus der Corona-Pandemie zu evaluieren und beispielsweise konkrete Prozesse sowie Regelungen im Bereich der Arbeitsorganisation sowie Hygiene umzusetzen (z.B. Besetzung von Büroräumen, Verlegung von Arbeitstätigkeiten ins Homeoffice, technische Voraussetzungen). Größere Schwierigkeiten hatten die Unternehmen bei der Flexibilisierung von betrieblichen Gesundheitsangeboten, da diese nicht ohne Weiteres digitalisiert werden konnten und aufgrund des hohen Anteils an Homeoffice sowie spezifischer Hygieneschutzmaßnahmen nicht in Präsenz durchgeführt werden konnten.

Die ersten Ergebnisse in diesem Themenfeld deuten darauf hin, dass die Unternehmen auf die neuartige Situation der Pandemie reagiert haben, was von einem Großteil der Beschäftigten als positiv wahrgenommen wurde. Es bedarf jedoch noch weiterer Untersuchungen, inwiefern diese Erkenntnisse auch generalisierbar sind und wo gegebenenfalls Unterschiede im Umgang mit der Pandemie liegen. Unternehmen sollten sich daher in naher Zukunft auf die Evaluation der Zeit der Corona-Pandemie konzentrieren und im Sinne organisationaler Lernprozesse geeignete Entscheidungen treffen, wie Arbeit zukünftig im Unternehmen organisiert werden soll.

Arbeiten mit chronischen Erkrankungen

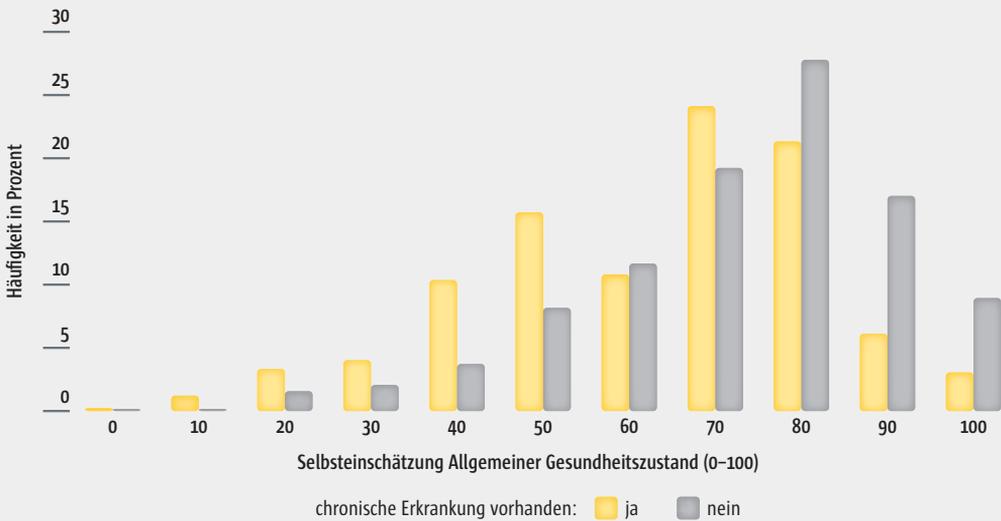
Im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie wurde ebenfalls deutlich, dass gerade Menschen mit chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, Atemwegserkrankungen) einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf der Lungenkrankheit COVID-19 ausgesetzt sind und daher auch am Arbeitsplatz einer besonderen Fürsorge bedürfen. Laut repräsentativer Umfragen unter europäischen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern berichten 28%, dass sie gegenwärtig an einer

chronischen Erkrankung leiden [6]. Grundsätzlich können sich chronische Erkrankungen in jeder Phase des Lebens und damit auch des Arbeitslebens ausbilden. Gerade für chronisch Kranke ist die Ausübung einer bezahlten Arbeit wichtig, da diese Struktur und Normalität vermittelt. Allerdings unterscheidet sich ihr Arbeitsalltag von Menschen ohne chronische Erkrankung, da sie öfter Einschränkungen erleben (z.B. geringere Arbeitsfähigkeit, häufigere Abwesenheit) [7,8].

Gegenwärtige theoretische Modelle und empirische Studien im Bereich gesunder Arbeit berücksichtigen diesen Umstand kaum. Konzepte wie beispielsweise das der gesundheitsorientierten Führung sind für chronisch Kranke nicht ausreichend, da diese sich hauptsächlich auf die Erhaltung bzw. Förderung eines „guten Gesundheitszustandes“ fokussieren. Die Berücksichtigung des individuellen Gesundheitsstatus zum Beispiel durch die jeweilige Führungskraft könnte sich hingegen positiv auf das psychische Wohlbefinden von Beschäftigten mit einer chronischen Erkrankung auswirken, indem die Führungskräfte die Passung zwischen Arbeitsverhältnissen und den Bedürfnissen chronisch kranker Beschäftigter erhöhen. Um dies zu erreichen, sollten Unternehmen ihre Führungskräfte im Hinblick auf chronisch kranke Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer stärker sensibilisieren und konkrete Handlungsempfehlungen geben. Damit Unternehmen zukünftig in der Lage sind, auf den heterogenen Gesundheitsstatus ihrer Belegschaft besser eingehen zu können, ist es wichtig, diese bedeutende Gruppe an Beschäftigten näher zu untersuchen, um Antworten auf die folgenden Fragen geben zu können: Wie werden verschiedene Belastungen durch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit einer chronischen Erkrankung im Vergleich zu Menschen ohne chronische Erkrankung wahrgenommen? Welche arbeitsbezogenen Ressourcen sind notwendig und wie müssen diese gestaltet sein, damit diese Gruppe von Beschäftigten ihren Arbeitsalltag bestmöglich bewältigen kann? Welche Maßnahmen muss ich als Unternehmen im Fall einer pandemischen Lage für die verschiedenen Gruppen von Beschäftigten ergreifen?

Das Deutsche Siegel Unternehmensgesundheit stellt für eine quantitative Betrachtung dieses Themas einen sehr guten Ausgangspunkt dar, da es in dem Kernelement Beschäftigtenbefragung eine Vielzahl von Belastungen und Ressourcen erfasst. In den bisherigen Besiegelungen ist mit einem Anteil von etwa 27 Prozent ein ähnlich hoher Anteil an Menschen mit einer chronischen Erkrankung zu ver-

Abbildung 2 Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand im Vergleich von Beschäftigten mit und ohne chronische Erkrankung



zeichnen, wie eine repräsentative Umfrage unter europäischen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern gezeigt hat [6]. Wenn man Beschäftigte mit und ohne chronische Erkrankung vergleicht, so ist der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand auf einer Skala von 0-100 bei Menschen mit chronischen Erkrankungen um etwa 10 Punkte niedriger (»»» Abbildung 2). Die meisten Befragten in der Gruppe ohne chronische Erkrankung geben einen Wert von 80 an, während in der Gruppe mit chronischer Erkrankung der häufigste Wert bei 70 liegt. Weiterhin auffällig ist, dass in dieser Gruppe ein deutlich größerer Teil einen eingeschränkten Gesundheitszustand mit Werten von 50 oder darunter angibt. Unter Betrachtung aller erfassten Belastungen und Ressourcen in der Beschäftigtenbefragung des DSUG ist das Vorhandensein einer chronischen Erkrankung der stärkste individuelle Einflussfaktor auf den selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand. Auch das psychische Wohlbefinden von Beschäftigten steht im Zusammenhang mit dem Vorhandensein einer chronischen Erkrankung. Beschäftigte mit einer chronischen Erkrankung fühlen sich tendenziell stärker emotional erschöpft als Beschäftigte ohne chronische Erkrankung. Die ersten Auswertungen zum Ansprechen der eigenen chronischen Erkrankung gegenüber Führungskräften zeigen, dass der Gesundheitszustand bei chronisch Kranken am niedrigsten ist, die die Erkrankung gegenüber

ihrer Führungskraft angesprochen haben. Des Weiteren besteht ein Zusammenhang zwischen dem wahrgenommenen Einfühlungsvermögen der Führungskraft und dem Ansprechen der Erkrankung durch den Beschäftigten. Beide Befunde stehen im Einklang mit bisherigen Studienergebnissen: Chronisch Kranke sprechen ihre Erkrankung sowohl eher bei einer unterstützenden Arbeitsumgebung an als auch bei einem höherem Schweregrad, wenn die Auswirkungen der Erkrankung kaum noch verborgen werden können [9]. Es zeigt sich auch, dass eine positive Wahrnehmung des Führungsverhaltens sich positiv auf die Wahrnehmung von Gesundheit und Wohlbefinden von Beschäftigten mit einer chronischen Erkrankung auswirkt. Vermittelt wird dies möglicherweise über eine adäquate Gestaltung der Arbeitsbedingungen durch die Führungskraft.

Obwohl die ersten Ergebnisse zeigen, dass es Unterschiede zwischen Beschäftigten mit und ohne chronische Erkrankung gibt, müssen weitere Erkenntnisse gewonnen werden, um das Betriebliche Gesundheitsmanagement hinsichtlich Verhältnis- und Verhaltensprävention zielgruppenspezifischer gestalten zu können und somit den Arbeitsalltag von chronisch Kranken zu verbessern. Dies ist besonders für chronische Erkrankungen relevant, deren Auftreten im Zusammenhang mit den Arbeitsverhältnissen stehen. Des Weiteren gilt es aber auch zu untersuchen, wie das Ausmaß an Ressourcen und

Belastungen am Arbeitsplatz von Menschen mit unterschiedlichen chronischen Erkrankungen wahrgenommen wird. Je stärker die Heterogenität der Beschäftigten im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements Berücksichtigung findet, desto besser kann ein nachhaltiger Umgang mit der Ressource Mensch in Organisationen gelingen.

Digitalisierung

Die Bedeutung der Digitalisierung ist in deutschen Unternehmen in den letzten Jahren stetig gestiegen. Dennoch schätzen sich etwa die Hälfte der deutschen Unternehmen als Nachzügler ein [10]. Im Kontext von Arbeit 4.0 steht die Digitalisierung einzelner Prozesse (z.B. Arbeitszeitplanung) oder Informationen (z.B. Digitalisierung von Papierdokumenten), die Übertragung von Aufgaben an Computersysteme, die Vernetzung aller mit einem Produkt in Verbindung stehenden Prozesse sowie die Zusammenarbeit von Mensch und Maschine im Vordergrund. Gegenwärtig ist die Digitalisierung in vollem Gange und wird durch die aktuelle Corona-Pandemie befeuert. Das Coronavirus stellt das deutsche Wirtschaftssystem und die Gesellschaft auf eine harte Probe. Gleichzeitig bewirkt es eine massive Beschleunigung des digitalen Wandels der Gesellschaft. Denn im Zuge der Krise greifen Unternehmen verstärkt auf digitale Instrumente zurück: Beschäftigte arbeiten im Homeoffice, kommunizieren über Webkonferenzen, lernen online oder nehmen digitale Beratung oder Betreuung in Anspruch. Obwohl die Digitalisierung eine Reihe von Chancen für Unternehmen bietet, sind damit auch Herausforderungen verbunden, die gelöst werden müssen. Das DSUG erfasst die Auswirkungen neuer Technologien und der Digitalisierung im Kontext von Arbeit 4.0 und fokussiert dabei vor allem auf Einflüsse hinsichtlich Arbeitskontext (z.B. Informationsüberflutung, Veränderung von Beschäftigungsformen), Arbeitsorganisation (z.B. Flexibilisierung von Ort und Zeit) sowie Arbeitsinhalt (z.B. Tätigkeitspielraum, kognitive Anforderungen) [11].

Aus den Ergebnissen der ersten Besiegelungsverfahren im Jahr 2021 ist erkennbar, dass die systematische Begleitung neuer Technologien bzw. der Digitalisierung von Prozessen kaum vorhanden ist. Obwohl in Unternehmen die Digitalisierung voranschreitet, fehlt es an konkreten Prozessabläufen zur Einführung bzw. Begleitung dieser unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten. Zukünftig soll im Rahmen des DSUG vor allem die Wahrnehmung der Beschäftigten noch

stärker in den Fokus rücken: Wie beeinflusst die Digitalisierung/Einführung neuer Technologien soziale Kontakte am Arbeitsplatz? Wie wirkt sich die Digitalisierung/Einführung neuer Technologien auf die Arbeitsbelastung aus? Welche Auswirkungen ergeben sich für das Zusammenspiel aus Arbeit und Privatleben? Da die Digitalisierung und die Einführung neuer Technologien in immer mehr Unternehmen einen immer größeren Einfluss einnehmen, ist es umso wichtiger, viel stärker als bisher die Auswirkungen auf das Wohlbefinden von Beschäftigten in den Fokus zu nehmen.

Fazit

Die Betrachtung von Arbeitgeber- und Beschäftigtensicht im Deutschen Siegel Unternehmensgesundheit bietet eine gute Möglichkeit, aktuelle Themen der Arbeitswelt aus zwei zentralen Perspektiven zu untersuchen und somit spezifischere Handlungsempfehlungen geben zu können. Im Laufe des Jahres 2021 wird ein weiteres aktuelles Thema in die Betrachtung von Gesundheit am Arbeitsplatz aufgenommen – *Nachhaltiges Handeln im BGM*. Sowohl Unternehmen als auch die Beschäftigten sind zunehmend sensibilisiert und hinterfragen Geschäftsmodelle und Arbeitspraktiken hinsichtlich einer gesellschaftlichen und sozialen Verantwortung. Im DSUG soll der Fokus auf nachhaltigem Handeln im Betrieblichen Gesundheitsmanagement liegen. Zentrale Themen sind unter anderem die externe Unternehmenskommunikation zur Mitarbeitendengesundheit (z.B. Informationen über das unternehmensinterne BGM im Jahresabschlussbericht), ein externer Austausch zu Gesundheitsthemen sowie gesundheitsbezogene Kooperationsprojekte mit anderen Unternehmen, zielgruppenspezifische Gesundheitsangebote als auch die Berücksichtigung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements bei vor- und nachgelagerten Geschäftspartnern in Produktions- und Lieferketten.

Literatur

1. Müller S, Teusch C, Kuhn E, Buyx A, Heidbrink I (2020) Gesundheitslabel. Eine Bestandsaufnahme. https://www.kcpe.uni-kiel.de/de/aktuelles-veranstaltungen/mueller-et-al-2020-gesundheitslabel_eine-bestandsaufnahme
2. Bonin H, Eichhorst W, Kaczynska J, Jümmerring A, Scholten A, Steffes A (2020) Kurzepertise. Verbreitung und Auswirkungen von mobiler Arbeit und Homeoffice. Forschungsbericht 549. Bundesministerium für Arbeit und Soziales

3. Meyer B, Zill A, Dilba D, Gerlach R, Schumann S (2021) Employee psychological well-being during the COVID-19 pandemic in Germany: A longitudinal study of demands, resources, and exhaustion. International Journal of Psychology. Advance online publication
4. Buder F (2020) Resilienter aus der Krise: Was Unternehmen nach Corona anders machen wollen. Nürnberg Institut für Marktentscheidungen e.V. 16–20
5. Streim A, Meinecke C (2020) Corona treibt Digitalisierung voran – aber nicht alle Unternehmen können mithalten. Bitkom e.V.
6. Eurostat (2019) People reporting a longstanding health problem or a basic activity difficulty by sex and age. https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_dp010&lang=en
7. Boot CRL, Deeg DJ, Abma T (2014) Predictors of having paid work in older workers with and without chronic disease: a 3-year prospective cohort study. J Occup Rehabil 24(3), 563–72
8. Beatty JE, Joffe R (2006) An overlooked dimension of diversity: The career effects of chronic illness. Organizational Dynamics 35(2), 182–195
9. Gignac MAM, Jetha A, Ginis KAM, Ibrahim S (2021) Does it matter what your reasons are when deciding to disclose (or not disclose) a disability at work? The association of workers' approach and avoidance goals with perceived positive and negative workplace outcomes. J Occup Rehabil. Advance online publication
10. Bitkom (2020) Studie „Digitalisierung der Wirtschaft“. <https://www.bitkom.org/Presse/Presseinformation/Deutsche-Wirtschaft-laeuft-der-Digitalisierung-weiter-hinterher>
11. Rau R, Hoppe J (2020) Iga.Report 41. Neue Technologien und Digitalisierung in der Arbeitswelt. Erkenntnisse für die Prävention und Betriebliche Gesundheitsförderung. Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG)



Dr. Alexander Zill

Alexander Zill promovierte im Jahr 2017 im Fach Psychologie an der TU Chemnitz und arbeitet derzeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Professur für Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie an der TU Chemnitz. In seiner Forschung beschäftigt er sich vor allem mit den Themen psychische Gesundheit am Arbeitsplatz und den Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Führungskräften.



Dominik Dilba

Dominik Dilba hat Psychologie mit Schwerpunkt Organisationspsychologie an der TU Chemnitz studiert. Seit 2018 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Professur für Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie der TU Chemnitz. Neben der Beschäftigung mit Themen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements promoviert er aktuell zu den psychischen Folgen des Verschweigens von persönlich relevanten Inhalten am Arbeitsplatz.



Dr. Sasha Cook

Alexandra (Sasha) Cook promovierte im Jahr 2019 im Fach Psychologie an der TU Chemnitz und arbeitet seit März 2021 als Assistenzprofessorin an der Universität von Amsterdam (UvA) im Bereich Arbeits- und Organisationspsychologie. In ihrer Forschung beschäftigt sie sich mit dem Arbeitsalltag von Menschen mit chronischen Erkrankungen und der Identifizierung von organisationalen Ressourcen zu Sicherung ‚gesunder‘ Arbeit.



Prof. Dr. Bertolt Meyer

Bertolt Meyer ist seit 2014 Professor für Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie an der TU Chemnitz. Neben dem Themenschwerpunkt psychische Gesundheit am Arbeitsplatz und Betriebliches Gesundheitsmanagement beschäftigt sich Bertolt Meyer mit der Rolle von Diversität und Stereotypen in Organisationen sowie dem aktuellen Thema der Digitalisierung und den gesellschaftlichen Folgen der Verschmelzung von Mensch und Technik.



Martin König

Der Diplom-Gesundheitswirt und Sozialversicherungsangestellte verantwortet beim BKK Dachverband systemrelevante Initiativen und Projekte, die sich mit der Digitalisierung und Transformation in der Gesundheitsförderung und Prävention beschäftigen. Zudem leitet er die Geschäftsstelle des Deutschen Siegels Unternehmensgesundheit und beschäftigt sich mit dem Themenkomplex der Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Zuvor war er in verschiedenen Positionen bei Krankenkassen und Unternehmen tätig.

BGM bei Avacon – Schritte in die Digitalisierung

Rajko Scharf

Avacon Netz GmbH, Helmstedt

BGM als Managementsystem – Ziele, Kennzahlen und Instrumente

Modernes Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) steht stets im Spannungsfeld von Unternehmenskultur und dem Wettbewerb betrieblicher Erfolgsfaktoren um knappe Ressourcen. Gesundheit ist ein Grundrecht, welches von der Weltgesundheitsorganisation als ein Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens definiert wird [1]. Somit ist Gesundheitsmanagement selbstverständlich auch ein elementarer Bestandteil der Unternehmenskultur und Unternehmensphilosophie der allermeisten Unternehmen: Übergeordnetes Ziel ist die Gesunderhaltung der Beschäftigten, zur Erreichung dieses Ziels bedarf es Kennzahlen zur Kontrolle, ob man dieses Ziel erreicht, sowie Instrumente zur Steuerung auf dem Weg zu diesem übergeordneten Ziel. All dies wird in einem Managementsystem gebündelt.

Nur was bedeutet dies in der Praxis? Eine solche übergeordnete Sichtweise ist im betrieblichen Alltag nur bedingt hilfreich. Auch der Erfolgsfaktor Gesundheit muss sich wie alle anderen Erfolgsfaktoren im Zweifelsfall stets am konkret nachweisbaren Beitrag zum Unternehmenserfolg messen lassen. Eine bessere Umschreibung des Begriffes im betrieblichen Kontext ist daher die Gesundheitsdefinition von Talcott Parsons (US-amerikanischer Soziologe 1902-1979):

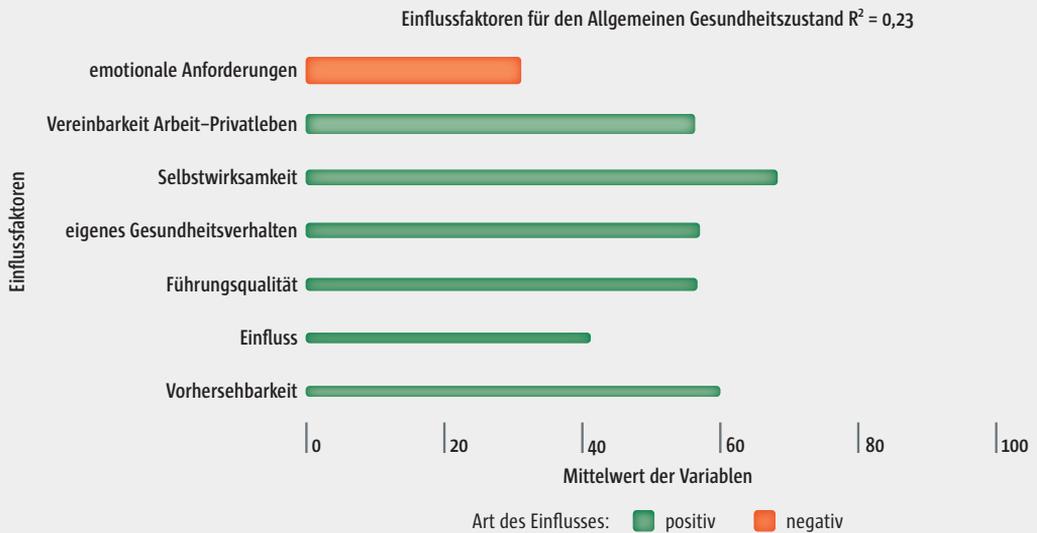
„Gesundheit ist ein Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist“ [2].

Im übertragenen Sinne ist die Sozialisierung gleichzusetzen mit den betrieblichen Aufgaben, welche dem einzelnen Beschäftigten im Unternehmen übertragen wurden. Dies ist am eindeutigsten in der individuellen **Wertschöpfung** eines jeden Einzelnen messbar. Es ist der individuelle Beitrag, den einzel-

ne Beschäftigte oder auch Gruppen zum Unternehmenserfolg leisten. Dieser „Mehrwert“ kann jedoch nur generiert werden, wenn sowohl die psychische als auch die physische Gesundheit dafür „optimiert“ sind. Der Wertschöpfungsansatz basierend auf der Mitarbeitendengesundheit ist daher das naheliegendste Ziel eines BGM, aber durch die bedingte Beeinflussbarkeit der individuellen Gesundheit ist dieser auch am schwersten umzusetzen. Ein wesentlicher Unterschied des Wertschöpfungsansatzes des BGM zu anderen betrieblichen „Erfolgsfaktoren“ ist auch, dass der Beschäftigte seine Bereitschaft und den Grad der Bereitschaft, seine Arbeitsleistung dem Unternehmen zur Verfügung zu stellen, selbst steuert. In Zeiten von Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt durch Wettbewerb und demografischen Wandel kommt daher der Mitarbeiterbindung, der Unternehmenskultur und dem Faktor individueller **Wertschätzung** eine immer größere Bedeutung zu. Noch direkter als bei der Wertschöpfung kann hierbei das Betriebliche Gesundheitsmanagement einen konkret messbaren Beitrag zum Unternehmenserfolg liefern. Eine erfolgreiche und sichtbare Unternehmenskultur wirkt jedoch stets nicht nur nach innen, sondern auch nach außen und wird als Bestandteil des **Unternehmensimages** wahrgenommen. Wenn es also darum geht, Faktoren zu definieren, bei denen das Betriebliche Gesundheitsmanagement einen nachweis- und messbaren Beitrag zum Unternehmenserfolg erbringen kann, so sind es die strategischen Ziele **Wertschöpfung, Wertschätzung und Image**, die infrage kommen. Neu kommt durch die Erfahrungen einer Pandemie die Funktionalität der Pandemiekoordination hinzu. Eine erfolgreiche und aktive Rolle in der Pandemiekoordination vermag dem BGM einen Stellenwert zu verleihen, der, durch die geänderte Wahrnehmung, auch die Umsetzung der anderen strategischen Gesundheitsziele befördert.

In einem Managementsystem müssen nun solche, meist weichen strategischen Ziele in greifbare

Abbildung 1 Beanspruchungsmaße – stärkste Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand



In dieser Abbildung sind auf der Y-Achse verschiedene Faktoren abgebildet, die einen Einfluss auf den Allgemeinen Gesundheitszustand haben. Je dicker der Balken bei einem Faktor ist, desto stärker ist der Einfluss auf den Allgemeinen Gesundheitszustand gemessen am standardisierten Regressionskoeffizienten des jeweiligen Faktors. Auf der X-Achse ist der Mittelwert der jeweiligen Faktoren abgetragen.

operative Ziele übersetzt und mit konkret messbaren Kennzahlen zur Messung der Zielerreichung versehen werden. Die erfolgreiche Auswahl von Zielvorgaben und konkret beeinflussbaren Kennzahlen sind wesentliche Voraussetzungen für ein nachhaltig erfolgreiches Gesundheitsmanagement.

Umsetzung bei Avacon

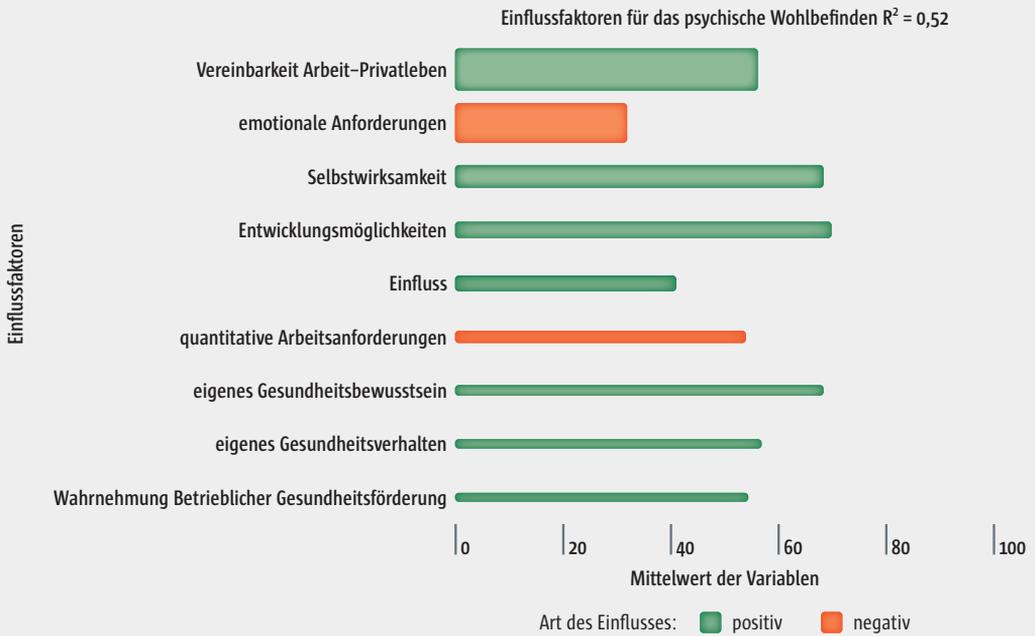
Auf der Suche nach einem funktionierenden Managementansatz hat sich die Avacon AG im Jahre 2018 entschieden, ein Instrument unseres Partners der energie BKK zu nutzen. Das „Deutsche Siegel Unternehmensgesundheit“ ist ein Verfahren zur Beurteilung der Qualität und Wirksamkeit des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (» siehe dazu Beitrag von Zill et al. in diesem Buch). Es ermöglicht eine transparente Bewertung des Gesundheitsmanagements durch fundierte wissenschaftliche Bewertungsmaßstäbe und analysiert deren Wirksamkeit. Der von Avacon gewählte Ansatz ging hierbei über das Standardverfahren des Deutschen Siegels Unternehmensgesundheit hinaus. Durch ein Erweiterungsmodul für den Themenkomplex der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (gemäß

GDA-Richtlinien) zum Standard-Fragebogen und die Integration aktueller Schwerpunktthemen konnte ein Vorgehen entwickelt werden, welches den Anforderungen eines vollwertigen Managementprozesses entspricht.

Im Herbst des Jahres 2018 wurde der Siegelprozess inklusive einer Beschäftigtenbefragung bei Avacon erstmalig durchgeführt. Im Folgejahr 2019 wurden dann auf dieser Basis Diskussionen im Unternehmen gestartet, mit dem Ziel, ein gemeinsames Managementsystem mit Zielen, Kennzahlen und Maßnahmen einzuführen. Der Fokus lag hierbei auf der inhaltlichen Untersetzung der strategischen Ziele **Wertschöpfung, Wertschätzung und Image**. Im Mittelpunkt der Wertschöpfungsdiskussion stand stets das Maß der individuellen Beanspruchung der Beschäftigten sowie der jeweiligen Beeinflussungsfaktoren.

Mithilfe spezifischer Analysen konnte im Rahmen des Bewertungsprozesses des DSUG gezeigt werden, welche Stellgrößen einen besonders starken Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten haben (» Abbildung 1 und 2). Neben dem Fakt, dass die Gesundheitsparameter nur zum Teil durch betriebliche Maßnahmen beeinflussbar sind (allgemeiner Gesundheitszustand zu 23% und psychische Gesundheit

Abbildung 2 Beanspruchungsmaße – stärkste Einflussfaktoren auf das Wohlbefinden



In dieser Abbildung sind auf der Y-Achse verschiedene Faktoren abgebildet, die einen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden haben. Je dicker der Balken bei einem Faktor ist, desto stärker ist der Einfluss auf das psychische Wohlbefinden gemessen am standardisierten Regressionskoeffizienten des jeweiligen Faktors. Auf der X-Achse ist der Mittelwert der jeweiligen Faktoren abgetragen.

zu 52%), sind es die real vorhandenen „Hebel“, die erstaunen. Auf Basis der im Jahre 2018 durchgeführten Beschäftigtenbefragung zeigte sich, dass weniger die „Gesundheitsressourcen“ wie Gesundheitsbewusstsein, Gesundheitsverhalten und Wahrnehmung der Betrieblichen Gesundheitsförderung die Gesundheit nachhaltig beeinflussen. Bei der Avacon AG wird die Gesundheit der Beschäftigten besonders durch die Faktoren „Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben“, „emotionale Anforderungen“ und „Selbstwirksamkeit“ beeinflusst. Bei den Beanspruchungsmaßen „allgemeiner Gesundheitszustand“ und „psychische Gesundheit“ können diese drei Stellgrößen mehr als die Hälfte der aufgeklärten Varianz aufklären. Die beiden Faktoren „Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben“ und „Selbstwirksamkeit“ stehen in den neuen digitalen und selbstständigen Arbeitswelten immer mehr im Fokus. Dieses birgt ein bedeutendes Potenzial sowohl in positiver als auch in negativer Richtung.

Basierend auf diesen Ergebnissen wurde ein Managementsystem aufgestellt, welches sowohl auf einem Dreijahreshorizont als auch auf einer Jahres-

ebene konkrete Ziele, Kennzahlen und Maßnahmen vereinbarte. Die verabschiedeten „Unternehmensziele Gesundheit“ wurden im HSE Managementhandbuch hinterlegt und somit ein kontinuierlicher PDCA-Zyklus auf der Basis einer Mitarbeiterbefragung im Rahmen des Besiegelungsverfahrens gestartet. Die erneute Befragung ist für den Herbst 2021 geplant.

Und dann kam Corona!

Mit Beginn des Jahres 2020 sollten nun die beschlossenen Maßnahmen gebündelt in einem „Gesundheitsbalkkasten“ nachhaltig umgesetzt werden. Nach einem erfolgreichen Start änderten sich jedoch pandemiebedingt schlagartig die Rahmenbedingungen. Nie zuvor war es ein wesentliches Entscheidungskriterium, ob Maßnahmen teilweise oder ausschließlich Präsenzcharakter hatten. Leider war dies jedoch zu diesem Zeitpunkt bei nahezu allen Maßnahmen im „Gesundheitsbalkkasten“ der Fall. Lediglich ein geringer Anteil war bereits Anfang 2020 als

digitales Angebot konzipiert. Ab Frühjahr 2020 brach die gesamte Maßnahmenumsetzung zusammen und ein neuer Aspekt des Betrieblichen Gesundheitsmanagements nahm seinen Platz ein: Wie im Brennglas führte die Pandemiesituation die Abhängigkeit aller Unternehmensprozesse vom Faktor Gesundheit vor Augen, eine erfolgreiche Beteiligung an der Pandemiekoordination des Unternehmens bot dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement somit die Möglichkeit als *der* handelnde Akteur beim Thema Gesundheit wahrgenommen zu werden. Es ergab sich zudem die Möglichkeit, neue Dinge ausprobieren zu können, ohne zum Erfolg verpflichtet zu sein. Besonderer Treiber für diese neuartigen Möglichkeiten war die Ad Hoc-Digitalisierung aller Prozesse ab Frühjahr 2020. Bedingt durch die Notwendigkeit in der Pandemiesituation wurden zeitgleich zwei Feldversuche mit zukunftsgerichteten Fragestellungen initiiert:

- Ist eine weitreichende Digitalisierung der administrativen Prozesse möglich?
- Wie wirkt sich ein radikal verändertes digitalisiertes Arbeitsumfeld auf die betroffenen Mitarbeiter aus?

Die erste Fragestellung konnte technisch sehr schnell mit einem eindeutigen JA beantwortet werden. Glücklicherweise war die vorhandene IT-Infrastruktur sehr schnell in der Lage, auf die neue Situation zu reagieren und fast allen Kollegen das Arbeiten aus dem Homeoffice zu ermöglichen. Im Detail muss allerdings die Antwort deutlich differenzierter ausfallen. Überraschend viele Arbeitsprozesse sind ohne Übertragungsverluste in eine virtuelle Umgebung transferierbar. Beispielhaft sind hier alle Prozesse zu nennen, bei denen die persönliche Arbeitsbeziehung der Beteiligten zueinander geklärt ist und Sachthemen abgearbeitet werden. Ist diese Voraussetzung jedoch nicht gegeben, ist eine virtuelle Zusammenarbeit zwar möglich, jedoch weniger effizient. Diese Erkenntnisse werden zukünftige Arbeitswelten prägen. Die Ad Hoc-Digitalisierung veränderte die Arbeitswelt in einer Art und Weise, die ohne Corona in dieser Geschwindigkeit nicht möglich gewesen wäre.

Hinsichtlich der Antwort zur zweiten Fragestellung ist anzumerken, dass der Ansatz von flexibilisierten Arbeitsformen nicht neu ist, lediglich die pandemiebedingte Radikalität der Umsetzung zum Beispiel in Form einer Homeoffice-Pflicht hat es so noch nicht gegeben. Ein Mehrwert für den einzelnen Mitarbeiter ist jedoch erst dann gegeben, wenn er selbst Einfluss auf Arbeitsort und die Arbeitszeit

nehmen kann. Verschiedene Studien haben während der Corona-Pandemie die Chancen und Risiken von Homeoffice untersucht [3, 4, 5, 6] und kommen dabei zu unterschiedlichen Ergebnissen. Während ein Teil der Beschäftigten eine höhere Produktivität und eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben angibt, ist dies bei anderen Beschäftigten nicht der Fall. Dies gilt insbesondere für Frauen, die während ihrer Homeoffice-Tätigkeit nicht-schulpflichtige Kinder betreuen mussten.

BGM – Lösungsansatz 2020

Welche Veränderungen ergaben sich für das Betriebliche Gesundheitsmanagement? Neben der Fokussierung auf die Pandemiekoordination mit dem positiven Aspekt für die Wahrnehmung der Gesundheit und des BGM als lösungsorientierte Unternehmensgröße galt es zunächst, sich auf die bereits in digitaler oder nicht-präsenzgebundener Form vorliegenden Gesundheitsmaßnahmen zu fokussieren. Beispielfolgend sind hier zu nennen:

- Darmkrebscreening (per Post)
- Telefonberatung
- Videoberatung
- digitaler Gesundheitscampus
- digitale Workshops

Das Jahr 2020 zeigte sehr schnell die Stärken und Schwächen dieser Art von Angeboten gegenüber den klassischen BGM-Maßnahmen. So gelang es nur bedingt, alle Mitarbeitergruppen gleichermaßen erfolgreich anzusprechen. Bereits die Befragung des Deutschen Siegels Unternehmensgesundheit im Jahre 2018 zeigte die unterschiedliche Affinität zu digitalen Angeboten. Während es für viele jüngere Mitarbeiter, welche bereits stark digital sozialisiert wurden, ein Leichtes ist, neue Formen anzunehmen und auszuprobieren, zeigen andere Gruppen von Mitarbeitern höhere Eintrittsbarrieren: Die unterschiedliche starke Bereitschaft sich auf neue digitale Angebote einzulassen, ist jedoch nicht nur entlang der Alters- sondern auch entlang der Tätigkeitsstruktur zu beobachten. Als Hemmnisse erwiesen sich auf der einen Seite die technischen Möglichkeiten mobiler Mitarbeiter, aber auch die notwendige Eigenmotivation, digitale Angebote anzunehmen. Während Präsenz- und Teamveranstaltungen stets eine Gruppendynamik erzeugen, ist dies bei individuellen digitalen Angeboten nicht der Fall. Erst wenn eine positive Erwartungshaltung geschürt und Neugier geweckt wurde, ist eine Teilnahmebereit-

schaft vorhanden. Der Versuch, analoges BGM in eine digitale Welt zu übertragen, erweist sich daher als komplex. Die Erfahrung eines fast vollständigen Ausfalls der Gesundheitsmaßnahmen und somit auch der gesteckten Ziele zeigte deutlich den drastischen Anpassungsbedarf. Dies wurde aber auch als Chance begriffen und so wurden gleich eine Reihe von neuen Formaten ausprobiert. Beispielhaft sind zu nennen:

- **Digitale Gesundheitsplattformen im Intranet:** Informationen und Angebote digital zu bündeln ist eine Fortführung des klassischen Intranets und als Basis für die Wahrnehmung des betrieblichen Gesundheitsmanagements unabdingbar. Neben der Qualität der Informationen ist jedoch vor allem die Darbietungsform der Informationen der wesentliche Faktor. Textlastige Formate bieten zwar eine sehr gute Wissensquelle für bereits Interessierte, sind aber wenig verlockend für „Neukunden“. Um weitere Kollegen für das Themengebiet Gesundheit zu interessieren, ist es notwendig, kurzweilige und interessante Angebote zu platzieren. Die Teilnahmequoten bei den zwar hochwertigen, aber textlastigen Gesundheitsplattformen mit komplexer Menüführung ist eher als mittelmäßig bis schlecht einzuschätzen. Gesundheitsplattformen sind zwar ein notwendiges Instrument, jedoch in klassischer Form kein Multiplikator.
- **Digitale Workshops und Seminare:** Die Pandemie zeigte auf, dass es sehr wohl möglich ist, eine Vielzahl von analogen Workshops und Seminaren in die digitale Welt zu überführen. Professionelle Videokonferenzsysteme, welche inzwischen in allen Betriebssystemen integriert sind, ermöglichen fast einen „Präsenzcharakter“ solcher Veranstaltungen. Jedoch nur fast! Digitale Workshops und Seminare erwiesen sich immer dann als probates Instrument, wenn es sich um notwendige oder Pflichtveranstaltungen mit dem Fokus auf Wissensvermittlung handelte. Der Vorteil der Zeitersparnis steht hierbei der reduzierten sozialen Interaktion gegenüber und ist je nach Thema und Art individuell zu bewerten. Schlechter angenommen werden solche Angebote hingegen, wenn es sich um lediglich „freiwillige“ Angebote im Rahmen von Gesundheitskampagnen handelt.
- **Digitale Gesundheitstage:** Im Jahre 2021 haben wir einen neuartigen Gesundheitstag angeboten, welcher zwei wesentliche Aspekte umsetzte. Zum einen wurde er professionell mit bekannten Interviewpartnern organisiert, zum anderen wurde der Tag in Form von einzelnen Videobeiträgen für einen längeren Zeitraum den Teilnehmern zur Verfügung gestellt. Die prominenten Teilnehmer waren Treiber der individuellen Neugier der Mitarbeiter. Die Möglichkeit, den Tag in einzelnen Beiträgen zu einem selbst gewählten Zeitpunkt anzuschauen, reduzierte die Eintrittsschwelle durch die individuelle Zeitplanung. In dieser Kombination von Attraktivität des Angebotes, gepaart mit örtlicher und zeitlicher Unabhängigkeit war die Resonanz nicht nur gleichwertig den klassischen Angeboten sondern im Feedback deutlich höher einzuschätzen. Die Möglichkeit zur Nutzung solcher Angebote entsteht durch digitale Synergieeffekte.
- **Digitale Beratungsangebote:** Für Angebote zu den Themen psychische Belastung, Ergonomie, Ernährung und anderen stehen inzwischen verschiedenste Plattformen und Anbieter zur Verfügung. So gibt es zum Beispiel Ergonomieberatungen für das Homeoffice, welche softwarebasiert sind und interaktiv unterstützt werden. Wesentliches Merkmal des Erfolgs dieses Angebots ist neben der Attraktivität auch die zeitliche Flexibilität. Zeitlich fixierte Angebote in Form von Workshops werden deutlich weniger nachgefragt als frei terminierbare, die durch den Mitarbeiter selbst planbar sind.
- **Gesundheit App „Phileo“:** Über unsere Betriebskrankenkasse, die energie BKK, wurde es uns ermöglicht, auf ein neuartiges Angebot zuzugreifen. Die Phileo-App ist eine Gesundheits-App, die auf den vorhandenen Smartphones nutzbar ist. Diese App bündelt verschiedenste Angebote wie moderiertes Training, gesund essen, Infos für Arbeitnehmer, Gesundheitsportal und firmenspezifische Angebote (vgl. www.bgmviernull.de). Genau wie Gesundheitsportale im Intranet ist die Nutzung von App-Lösungen nicht mehr wegzudenken. Während ältere Kollegen auch zukünftig eher auf Intranet-Lösungen zugreifen werden, sind es jüngere Kollegen, welche eher kurzweilige Angebote von Apps nutzen. Hierbei steht die App natürlich stets in Konkurrenz zu allen kommerziellen Angeboten, welche ebenfalls um die Aufmerksamkeit wetteifern.
- **Podcasts und Videos:** Kurzweilig sind Informationen im Podcast oder Videoformat. So wurden zum Beispiel Podcast-Folgen im Handlungsfeld Stress zur Verfügung zu stellen. Dies funktioniert über eine eigene Landingpage, die zudem einen kleinen „Energie-Typen-Test“ zur Sensibilisierung beinhaltet. Diese Angebote sprechen ebenfalls

besonders jüngere Kollegen an, die in diesem Umfeld bereits sozialisiert sind.

- **Sonstiges:** Vollständig oder teilweise digitalisierte Angebote, welche im Rahmen der Digitalisierung probiert oder genutzt wurden sind; Informationskampagnen, Nichtraucherkurse, digitale Sportkurse (z.B. Yoga) und andere ...

Fazit und Ausblick

Erste Erfahrung dieser Ad Hoc-Digitalisierung ist, dass auch qualitativ hochwertige Angebote nicht angenommen wurden, wenn sie nicht leicht zugänglich sind und attraktiv sind. Der Ansatz vieler Anbieter von neuen Gesundheitsangeboten scheint lediglich eine Übersetzung der analogen in die digitale Welt. Die Konkurrenz schnelllebiger digitaler Informationen im beruflichen und privaten Umfeld benötigt jedoch eine angepasste Herangehensweise. Ein Großteil der vorhandenen Angebote nutzt dabei lediglich den Aspekt der örtlichen Unabhängigkeit digitaler Gesundheitsangebote. Die neue Arbeitswelt ist jedoch sehr stark geprägt von der Flexibilität und Selbstorganisation jedes Einzelnen. Digitale Angebote müssen so attraktiv sein, dass sie in der Konkurrenz um die Aufmerksamkeit andere zeitgleiche Angebote ausstechen und zeitlich flexibel sein müssen. Bedingt durch die schnelle Digitalisierung der Arbeitswelt ist dies eine einmalige Chance, neue Formen auszuprobieren. Es gilt, die Attraktivität digitaler Angebote zu erhöhen und vorhandene Synergien durch Kooperationen zu nutzen. Maßnahmen hierfür können sein:

- Reduzierung klassischer Formate (z.B. Vorträge, Workshops, etc.)
- zielgruppenspezifische Angebote (z.B. Wettbewerbe, Leitlinien, Videoformate)
- Fokus auf individuell nutzbare Angebote (Orts- und Zeitunabhängigkeit)
- Verknüpfung digitaler und analoger Angebote
- offenes Testen von neuartigen Formen
- Erhöhung des Entertainment-Faktors (Reduzierung von Textlastigkeit und reiner Wissensvermittlung)
- Nutzung von Synergieeffekten und Einbindung vieler Partner
- Erhöhung des Angebotsportfolios

In einem zukünftigem BGM gilt es, die Vorteile der verschiedensten Angebotsformen zu bündeln und den Marketingaspekt zu intensivieren. Erst wenn es gelingt, die Vorteile der digitalen Welt mit zeitlicher

und örtlicher Unabhängigkeit zu nutzen, entstehen Angebote, die auch genutzt werden. Auch zukünftig wird es klassische und analoge Gesundheitsmaßnahmen geben müssen. Jedoch ist es die Mischung, die zukünftig ein modernes BGM ausmachen wird. Digitale Maßnahmen verändern zwar das Gesicht des Gesundheitsmanagements, jedoch nicht die Gesetzmäßigkeiten der Managementprozesse. Alle digitalen Maßnahmen müssen ihre nachhaltige Wirkungsweise auf Gesundheitsziele über geeignete Kennzahlen konkret nachweisen können. Zugleich wird es aber immer wichtiger, bei nicht individualisierten Angeboten die Zielgruppen konkret anzusprechen und zur Teilnahme zu motivieren. Erst wenn diese konkret an Ziele und Kennzahlen gekoppelt werden können, ist ein Wirknachweis im Sinne eines PDCA-Zyklus möglich.

Da es zunehmend schwieriger werden wird, die Mitarbeiter direkt zu erreichen, empfiehlt es sich, die Kommunikationsbereiche des eigenen Unternehmens noch aktiver einzubeziehen. Durch den Wandel von einer „Push“- zu einer „Pull“-Kommunikation ist es wichtig, professionelle Unterstützung zu nutzen. Während bei der Push-Strategie die Informationen an einen Kreis von empfangsberechtigten Personen geschickt werden, werden bei der Pull-Methode die Botschaften auf Plattformen bereitgestellt. Als wesentlichste Mitspieler auch in dieser veränderten digitalen Umgebung sind die Führungskräfte wahrzunehmen. Wenn es nicht gelingt, diese in die Strategien, Ziele und Maßnahmen aktiv einzubeziehen, ist es fast unmöglich, die Mitarbeiter und die Gesundheitsziele zu erreichen. Erfolgreiches Betriebliches Gesundheitsmanagement ist stets eine gesamtheitliche Aufgabe im Unternehmen, welche niemals von einem isolierten oder externen Gesundheitsmanager bewältigt werden kann.

Ziel ist es, den Rückenwind des BGM durch den digitalen Boost und eine erfolgreiche Pandemiekoordination zu nutzen und die Betriebliche Gesundheitsförderung im Unternehmenskontext neu auszurichten und als Managementprozess zu verankern. Es ist wichtig, neben der richtigen Auswahl von Form, Format und Marketing die entscheidenden Vorteile eines digitalen BGM zu nutzen und die Nachteile möglichst auszugleichen. Es ist ein entscheidender Fehler, versuchen zu wollen, vorhandene Formate lediglich digitalisieren zu wollen. Ein modernes digitales BGM darf nicht auf halbem Wege stehen bleiben. Es ist erst die Kombination nicht nur von örtlicher, sondern auch von zeitlicher Unabhängigkeit, die attraktiv ist und etwas Neues entstehen lässt!

Literatur

1. Weltgesundheitsorganisation (2018): Gesundheit als Menschenrecht. <https://www.euro.who.int/de/about-us/partners/news/news/2018/12/health-is-a-human-right> [abgerufen: 5.7.2021].
2. Parsons T (1967): Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: A Mitscherlich, T Brocher, O von Mering, K Horn (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Kiepenheuer & Witsch, Köln/Berlin, S. 57–87.
3. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2020): Verbreitung und Auswirkungen von mobiler Arbeit und Homeoffice. BMAS, Bonn/Berlin.
4. Bockstahler M, Jurecic M, Rief S (2020): Homeoffice Experience. Eine empirische Untersuchung aus Nutzersicht während der Corona-Pandemie. Fraunhofer IAO: Stuttgart.
5. Gimpel H et al. (2020): Belastungsfaktoren der digitalen Arbeit. Eine beispielhafte Darstellung der Faktoren, die digitalen Stress hervorrufen. Augsburg: Projektgruppe Wirtschaftsinformatik des Fraunhofer FIT.
6. Meyer B, Zill A, Dilba D, Gerlach R, Schumann S (2021): Employee psychological well-being during the COVID-19 pandemic in Germany: A longitudinal study of demands, resources, and exhaustion. International Journal of Psychology. Advance online publication.



Rajko Scharf

Nach dem Studium an der Universität Magdeburg war Rajko Scharf viele Jahre im internationalen Projektmanagement tätig, bevor er über verschiedene Stationen Gesundheitsmanager bei der Avacon AG wurde. Diese Funktion übt er seit dem Jahr 2009 mit dem Ziel aus, ein nachhaltiges Managementsystem basierend auf beeinflussbaren Kennzahlen zu etablieren.

Die Weichen für den Wandel hin zu einer neuen Normalität sind gestellt

Claudia Stenten
Siemens AG, München

Wie hat uns die Krise getroffen?

Die Welt sieht sich mit einer in dieser Form noch nie dagewesenen Krise konfrontiert. In ihrem Ausmaß hat sie die Gesellschaft und auch Siemens unerwartet getroffen: Mobilitätsbeschränkungen, Maskenpflicht, Umstellung auf Homeoffice, der plötzliche Ausfall etablierter Entscheidungs-, Logistik- und Produktionsstrukturen sowie das Reagieren auf nationale Vorschriften sind nur einige der Herausforderungen, mit denen wir uns als Unternehmen konfrontiert sahen. Gleiches galt und gilt für unsere Mitarbeitenden, Kunden und Partner.

Wie haben wir in der Krise agiert?

Als einer der ersten internationalen Konzerne haben wir bereits im Januar 2020 einen globalen Krisenstab berufen. Ziel war die fortlaufende Beobachtung der Situation und Bewertung aller neuen Entwicklungen, um daraus Maßnahmen für den Schutz unserer Mitarbeitenden ableiten zu können. So haben wir sie mit Schutzmasken versorgt und konnten unsere IT-Infrastruktur zügig so skalieren, um zeitnah 220.000 Mitarbeitende in die Lage zu versetzen, mobil zu arbeiten.

Mit schnellen Entscheidungen und agilen Strukturen zur Stabilität

Wichtig in der aktuellen Krise waren die schnellen Entscheidungswege des Krisenstabs, der sich regelmäßig in virtuellen Konferenzen beraten hat, um die Auswirkungen der Pandemie auf unser Unternehmen zu bewerten und Maßnahmen daraus abzuleiten. Ein wesentlicher Aspekt dabei war auch, unseren Leuten gegenüber transparent zu sein und sie regelmäßig über die aktuelle Situation zu informieren.

Vorbild in der Krise

Der Krisenstab hat jedoch mehr geleistet als Krisenorganisation und -kommunikation. Er hat durch sensibles Agieren Vertrauen geschaffen und Mitarbeitende weltweit dazu inspiriert, in diesen schwierigen Zeiten mit gutem Beispiel voranzugehen.

Wir haben für alle Mitarbeitenden im Konzern, insbesondere für diejenigen mit Kindern, flexible und individuelle Arbeitszeitlösungen geschaffen bzw. Freistellungsmodelle gefunden. Für Kolleg:innen, die nicht von zu Hause aus arbeiten können, zum Beispiel in der Produktion, im Vertrieb und im Service, wurden innerhalb kürzester Zeit umfangreiche Schutzkonzepte entwickelt und umgesetzt. Auf allen Ebenen unserer Organisation haben sich unsere Mitarbeitenden auf eine neue Lebensweise und Arbeitskultur eingestellt und trotz der besonderen Umstände Herausragendes geleistet.

Mobiles Arbeiten als Kernelement der „neuen Normalität“

Im späten Frühjahr 2020, als das öffentliche Leben nach dem ersten Lockdown wieder langsam Fahrt aufnahm, wurde es Zeit, aus dem Krisenmodus rauszukommen und die neuen Chancen und Möglichkeiten zu betrachten, die sich eröffnet hatten. Denn die Pandemie hat die Umsetzung moderner Arbeitsweisen extrem beschleunigt und die Formen der Zusammenarbeit neu definiert. Mobiles Arbeiten war auch vor der Krise bei Siemens nichts Neues, die daraus resultierenden Maßnahmen haben aber bewiesen, dass es in größerem Umfang nicht nur möglich ist, sondern auch effektiv. In Umfragen haben unsere Mitarbeitenden weitestgehend positiv auf diese Arbeitsweise reagiert. Doch lässt sich eine nachhaltige Zufriedenheit bei Mitarbeitenden sicherstellen, auch nachdem die anfängliche Begeisterung für mobiles Arbeiten nachlässt? Die Herausforderung

bestand darin, ein Gleichgewicht für ein „New Normal“ zu definieren – ein Gleichgewicht zwischen Büro- und mobiler Arbeit unter Berücksichtigung aller Anforderungen und Präferenzen.

Bereits im Juli 2020 hat Siemens sein „New Normal Working Model“ angekündigt und damit frühzeitig die Weichen für eine Transformation hin zu einer neuen Normalität gestellt. Mobiles Arbeiten soll als Kernelement unserer Unternehmenskultur dauerhaft etabliert werden.

Ziel ist es, dass alle Beschäftigten weltweit, bei denen es die Funktion und das Aufgabenfeld gestatten, im Schnitt zwei bis drei Tage pro Woche mobil arbeiten – also denjenigen Arbeitsort wählen können, an dem sie am produktivsten sind und ihr Wohlbefinden durch eine größere persönliche Flexibilität verbessert werden kann. Zudem können unsere Mitarbeitenden private und berufliche Aspekte des Lebens leichter miteinander verbinden.



Das New Normal-Arbeitsmodell fügt sich dabei nahtlos in unser Konzept zur Zukunft der Arbeit ein. Basis dafür ist eine Weiterentwicklung unserer Unternehmens- und Führungskultur, die sich an Ergebnissen und nicht an Büropräsenz orientiert, sowie auf Vertrauen und Empowerment basiert.

Kulturwandel als Erfolgsfaktor

Der Veränderungsprozess hin zu einer neuen Führungs- und Vertrauenskultur passiert nicht von heute auf morgen und nicht ohne entsprechende Begleitung. Ein aktives Change Management ist hier einer der wesentlichen Erfolgsfaktoren. Denn gerade der Aufbau von Vertrauen, aber auch den generellen Informationsfluss und die Zusammenarbeit im Team aufrecht zu erhalten, ist in einer hybriden Umgebung – also gleichzeitiger Büro- und Mobil-Arbeit – eine Herausforderung, weil es eine aktive Anstrengung erfordert, da ein zwangloser, informeller Austausch selten spontan stattfindet, wenn man nicht vom gleichen Ort ausarbeitet. Daher unterstützen unsere Kolleg:innen von Human Resources unsere Führungskräfte und Mitarbeitenden damit, einen für die jeweiligen Einheiten maßgeschneiderten Veränderungsprozess zu entwickeln und umzusetzen.

Gesunde Mitarbeitende, gesundes Führen, Resilienz sowie eine sichere und gesunde Arbeitsumgebung waren bei Siemens schon vor der Pandemie wichtige Eckpfeiler. Während der Krise und vor dem Hintergrund des neuen flexiblen Arbeitsmodells

werden diese Themen wichtiger denn je. Daher entwickelt und fördert Siemens verschiedene lokale sowie zentrale Initiativen und Lern-Angebote zu psychosozialer und physischer Gesundheit und bestärkt seine Mitarbeitenden, sie zu nutzen und aktiv mitzugestalten. Damit motivieren wir unsere Mitarbeitenden, ihre täglichen Arbeitsabläufe an den unterschiedlichen Arbeitsplätzen gesundheitsförderlich zu gestalten.

Arbeiten von überall – hat das Büro ausgedient?

Bei Siemens haben wir jetzt die einmalige Chance, das Beste aus beiden Welten – Büroarbeit und mobiles Arbeiten – zu verbinden. Das Siemens-Büro ist weiterhin ein unverzichtbarer Arbeitsort. Wir werden aber weniger Zeit im Büro verbringen und die Zeit dort verstärkt nutzen, um Kolleg:innen zu treffen, zusammenzuarbeiten und zu netzwerken. Die neue Rolle des Büros wird sich also auch in der Gestaltung und in vielfältigeren Möglichkeiten zum Arbeiten widerspiegeln. Siemens setzt daher neben freier Arbeitsplatzwahl und Kollaborationsflächen auch auf Orte, um konzentriert arbeiten zu können, aber auch Rückzugsmöglichkeiten, um aufzutanken.

Mobiles Arbeiten ist zudem untrennbar mit smarterer Technik verbunden, denn: Mehr Möglichkeiten bedeuten mehr Abstimmung – beispielsweise um Anwesenheit und Zusammenarbeit im Büro zu koordinieren und ein sicheres Arbeitsumfeld zu gewährleisten. Gemeinsam mit den Mitarbeitenden hat Siemens für die verschiedenen digitalen Lösungen einen sogenannten Persona-basierten Ansatz erarbeitet, der die spezifischen Bedürfnisse der unterschiedlichen Job-Rollen adressiert.

Auf zu alten Ufern?

Mit mehr und mehr Lockerungen der Beschränkungen wird die Versuchung größer, in die „alte“ Normalität zurückzukehren, denn die Sehnsucht und das Bedürfnis nach Nähe und persönlichem Kontakt ist groß. Viele denken womöglich: Endlich wieder reisen, um sich mit Kolleg:innen in aller Welt treffen zu können! Wir haben aber im vergangenen Jahr viel gelernt – auch wie effektiv virtuelle Besprechungen sein können. Weniger Dienstreisen bedeutet aber auch weniger Stress, mehr Effizienz (weniger tote Reisezeit) und es ist vor allem nachhaltiger. In einer hybriden Arbeitswelt gilt es zudem darauf zu achten, niemanden auszuschließen – heißt

idealerweise treffen sich alle Teilnehmenden entweder persönlich oder virtuell. Ein neues New Normal-Arbeitsmodell heißt also auch, das Bewusstsein für eine neue Besprechungskultur zu schaffen, in der Mitarbeitende bewusst und eigenverantwortlich wählen, ob Reisen notwendig sind oder nicht.

Mehr als nur ein Arbeitsmodell

Mobiles Arbeiten bietet viele Vorteile, die bisher ungenutzt waren – für den Einzelnen und für ein Unternehmen.



Nach vielen Monaten des Ausprobierens, Lernens und Experimentierens während der Pandemie wird Siemens nicht einfach in die alte Welt „zurückgehen“. Denn wir haben uns als Menschen und als Organisation weiterentwickelt.

Was uns in der Krise stark gemacht hat, sind vor allem das große Vertrauen, das wir einander entgegengebracht haben, die erhöhte Flexibilität bei der Arbeit, aber auch die kontinuierliche Kommunikation sowie das hohe Maß an Empathie unter- und Verantwortung füreinander. Dies alles sind die Dinge, an denen wir für die Zeit nach der Pandemie festhalten.

Mit diesem neuen Arbeitsmodell schafft Siemens als einer der ersten großen internationalen Konzerne eine Kultur, die nicht nur die Motivation und Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden erhöht, sondern gleichzeitig sein Profil als attraktiver Arbeitgeber stärkt, der flexibel auf zukünftige Krisen vorbereitet ist. Doch vor allem zeigt es, was Siemens ist: ein modernes und führendes Technologieunternehmen mit Menschen, die mit Mut und Leidenschaft den Wandel vorantreiben.



Claudia Stenten

Claudia Stenten ist seit 2000 in verschiedenen Bereichen und Positionen der Siemens-Unternehmenskommunikation tätig; davon fast 17 Jahre in der Mitarbeiter- und Führungskräftekommunikation. Als Senior Consultant, Produktmanagerin und später Leiterin der internen digitalen Online-Kommunikation entwickelte sie Inhalte, Formate und Plattformen für die interne Kommunikation. Heute verantwortet sie das Employee Communications-Team in der Konzernzentrale.

Können Pflegekräfte durch innovative Technologien besser mit betrieblichen gesundheitsfördernden Maßnahmen erreicht werden? Ein Einblick in das Forschungsvorhaben AusGleich

Györgyi Bereczky-Löchl¹, Silvester Fuhrhop² und Bettina Wollesen³

¹ BKK Dachverband e.V., Berlin

² corvolution GmbH, Ettlingen

³ Technische Universität Berlin

Die ambulante Pflege ist geprägt durch dezentrale Strukturen, einen hohen Zeitdruck, Personalmangel und – in der Folge – von höheren Arbeitsunfähigkeitszahlen. Viele Arbeitgeber erkennen bereits den Mehrwert durch die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) und versuchen, die Arbeitsbedingungen und das Verhalten der Mitarbeitenden gesundheitsfördernd zu beeinflussen. Doch ein BGM kann nur dann seine Wirkung entfalten, wenn es von den Mitarbeitenden angenommen wird. Es muss sich stets an die sich verändernden Bedingungen der Arbeitswelt anpassen und in die Arbeitsprozesse integrierbar sein. Dadurch kann ein erhöhter Aufwand für die Mitarbeitenden vermieden und der Mehrwert in den Fokus gestellt werden. Gerade in durch dezentrale Strukturen geprägten Branchen wie der ambulanten Pflege können intelligente Kombinationen aus analogen und digitalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen für das BGM erfolgversprechend sein.

Der Ansatz von AusGleich

2 Start-ups, 11 BKK und eine Universität haben sich 2019 zusammengetan, um im Rahmen des Forschungsvorhabens *AusGleich* ein innovatives digitales Präventions- und Gesundheitsförderungsangebot für das Pflegepersonal – speziell in der ambulanten Pflege – zu entwickeln. Hierbei stehen sowohl motivational-individuelle als auch betriebsspezifische Faktoren im Vordergrund. Durch diesen auf die Anforderungen der Person zugeschnittenen Ansatz soll einer in Gesundheitsförderungsmaßnahmen oft hohen Drop-out-Rate entgegengewirkt und eine langfristige Teilnahme erzielt werden. Davon werden natürlich vor allem die Pflegekräfte profitieren: Eine

bessere Prävention vor stressbedingten Erkrankungen, die individuelle Stärkung der Gesundheit und Resilienz, eine höhere Selbstwirksamkeit im Umgang mit Belastungen und die eigene Stressregulation sind das Ziel!

Das Vorhaben basiert auf einem partizipativen Forschungsansatz. Gemeinsam mit den Pflegekräften wird erforscht, wie ein digitales, App-gestütztes Biofeedback-System konzipiert werden muss, um für die Zielgruppe der Pflegekräfte erfahrungsbasiertes Lernen im Pflegealltag zu ermöglichen, und das zudem die Wünsche und Bedürfnisse der Pflegekräfte integriert (» folgende Box).

Forschungsfragen zur Verhaltens- bzw. Individualprävention

Anforderungen der Zielgruppe Pflegekräfte

- Welche Anforderungen haben Mitarbeiter:innen von Pflegeeinrichtungen im stationären und im ambulanten Arbeitsumfeld an eine digitale, sensorgestützte Gesundheitsintervention?
- Welche Alltagssituationen führen zu erhöhten Belastungen?
- Welche Mitarbeiter:innen haben den größten Bedarf für eine individualisierte Stressprävention? Welche Erwartungen an eine digitale Lösung haben die Personen mit den höchsten Belastungen?
- Welche gesundheitlichen Ziele und welcher persönliche Nutzen müssen adressiert werden?

Wirkung der 7-Tage Biofeedback-Intervention

- Wie unterscheidet sich der Effekt digitaler Interventionen hinsichtlich der Änderungsbereitschaft des Gesundheitsverhaltens im Setting Pflege?
- Entstehen zusätzliche Interventionsbedarfe durch die Ergebnisse des Screenings?

Forschungsfragen zur Verhältnisprävention

Anforderungen der Zielgruppe Pflegekräfte

- Welche Anforderungen haben Pflegeinstitutionen (Leitungen) an eine App-basierte Gesundheits-Intervention? Welche Alltagssituationen führen zu erhöhten Belastungen?

Objektivierung psychischer Gesundheit zur Ergänzung etablierter Evaluations-Methoden im BGM bei Pflegeeinrichtungen

- Wie ergänzt die digitale Biofeedback-Intervention etablierte Evaluationsverfahren im Unternehmen auf organisatorischer Ebene?
- Welche Verfahren in dem Bereich werden eingesetzt oder gewünscht?
- Wie ergänzt die digitale Biofeedback-Intervention etablierte Evaluationsverfahren im Unternehmen auf qualitativer Ebene?

Hierzu wurde zunächst eine Bedarfsermittlung in den kooperierenden Pflegeeinrichtungen durchgeführt. In dieser ersten explorativen Phase wurden arbeits- und stressrelevante Verhaltensweisen und die Anforderungen der Pflegekräfte an ein digitales Gesundheitssystem ermittelt und der individuelle Motivationstyp der Pflegekräfte erfasst (»»» Abbildung 1).

Im zweiten Schritt stand die Entwicklung eines Biofeedback-Systems im Vordergrund, mithilfe dessen die Herzratenvariabilität (HRV), das Elektrokardiogramm (EKG) und weitere physiologische Messungen ermöglicht werden. Darüber hinaus wurde eine begleitende App entwickelt, welche die gemessenen Daten dem/der User:in aufzeigt. Die App schlägt den Pflegekräften, basierend auf deren Individualprofil, Übungen zur Stressreduktion vor und ist somit ortsunabhängig anwendbar. Wird das Angebot von einer größeren Gruppe der Arbeitnehmer:innen eines Arbeitgebers angenommen, so entsteht ebenso ein Mehrwert für den Arbeitgeber (»»» folgende Infobox). Er erhält die gebündelten anonymisierten Daten und kann auf dieser datenbasierten Grundlage eine fundierte Bedarfsermittlung für das BGM vornehmen. Daraus lassen sich auf die

Unternehmensstruktur zugeschnittene Empfehlungen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement ableiten, um somit nicht nur verhaltenspräventive, sondern auch verhältnispräventive Maßnahmen in die Strategie des BGM einzubinden.

Nutzen für die Pflegekraft

- 7-Tage-/24 h-Stresslevelmessung über einen Sensor
- tägliche Visualisierung von Belastung und Entlastung
- Körperreaktionen bei Belastung und Entlastung durch Biofeedback kennenlernen und wahrnehmen
- Sichtbarkeit der Auswirkungen des eigenen Verhaltens

Nutzen für den Arbeitgeber

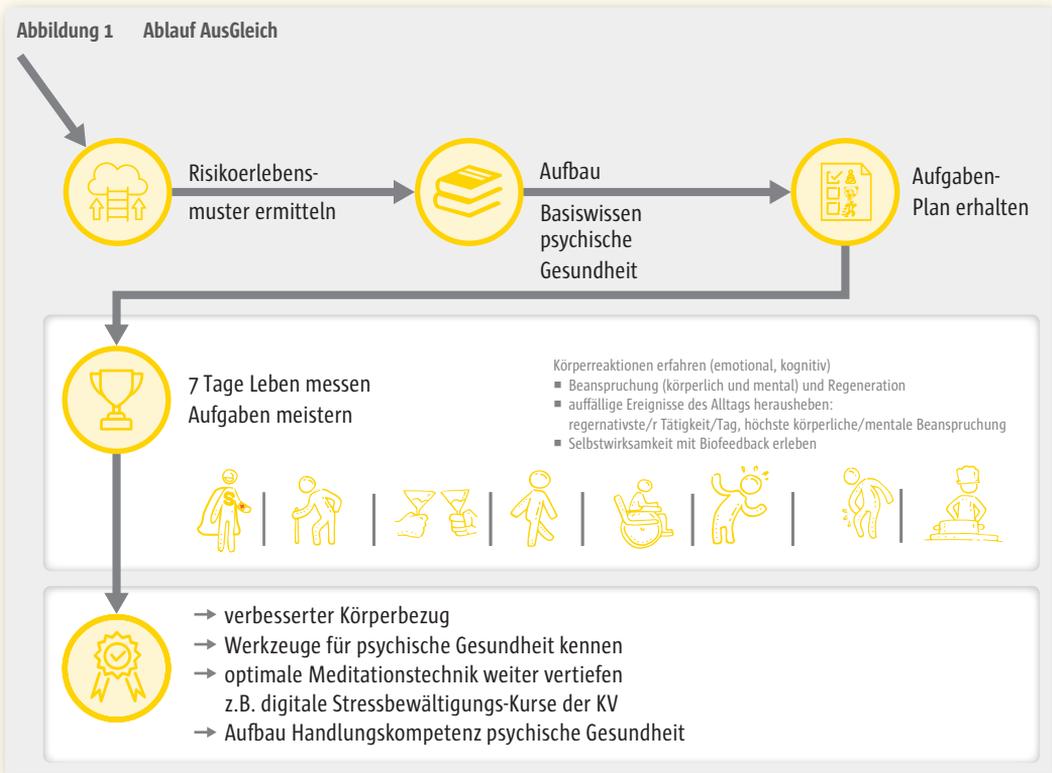
- Unterstützung bei der BGM-Bedarfsanalyse
- solide, anonyme Gesundheitsevaluation zur bedarfsgerechten Steuerung von Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Betrieb

Nach der Konzeptionsphase und Entwicklung des digitalen Präventions- und Gesundheitsförderungsangebotes startete die Testphase in 15 Einrichtungen am 15. Juli 2021. Mit Ergebnissen ist bis zum 30. Juni 2022 zu rechnen.

Was ist das Innovative an dem Projekt Ausgleich?

AusGleich beinhaltet die fitcor-Technologie. Damit ist es möglich, Belastungs- und Entspannungsphasen im Alltag sensorisch hochaufgelöst zu erfassen und mittels Künstlicher Intelligenz (KI) zu interpretieren. Ein integriertes Biofeedback-System unterstützt die Pflegekraft dabei, die Entspannungstechniken zu erleben und zu erlernen, die ihre Resilienz stärken. Auf Basis dieser hoch präzisen Vitaldaten erstellt die begleitende App ein individuelles Coaching, das aus nachweislich wirkungsvollen Interventionen besteht und für die Pflegekraft über einen Zeitraum von 6 Wochen bereitgestellt wird. Eine weitere Individualisierung erhöht die Wirksamkeit: fitcor ermöglicht es den Pflegekräften, ihr persönliches Risikoerleben mit der objektiven Stressmessung zu vergleichen. Weil bekannt ist, dass die Fähigkeit, sich selbst richtig einzuschätzen, bei erhöhter Belastung deutlich abnimmt, ist die sensorische Komponente ein zusätzlich wichtiger Mehrwert. Für die Teilnehmer:innen bedeutet das, Effekte von Lebensstil und spezifischen Verhaltens-

Abbildung 1 Ablauf *AusGleich*



mustern plastisch erleben zu können. In Belastungs- und Regenerations-Momenten wird der Vergleich zwischen subjektiver Wahrnehmung und objektiver Messung konkret gegenübergestellt. Zudem ist die Vitalparameter-zentrierte Zusammenstellung von Coaching-Inhalten zum Thema Stress unter Berücksichtigung der individuellen Risikoerlebensmuster ein Novum im Bereich der Gesundheitsförderung.

Durch die verlässliche Vitaldatenerhebung über einen Zeitraum von 7 Tagen wird es mit *AusGleich* möglich, Zeitpunkte auffälliger Belastungsreaktionen zu erfassen und zu quantifizieren. Aber auch besonders erholsame Phasen werden leicht erkennbar. So profitiert die Pflegekraft von Lösungsvorschlägen, die dabei helfen, die Ursachen der Belastungsexposition zu identifizieren. Mit der TU Berlin wurde zudem ein Anonymisierungsverfahren entwickelt, mit dem es möglich wird, auch sensorisch ermittelte Daten im Gesundheitsmanagementprozess zu nutzen. Weil psychische Belastungen nicht isoliert zu betrachten sind, heben die sensorisch ermittelten Daten zu den Themenbereichen Schlaf, Bewegung und Stress das anonyme Reporting für die Einrichtungen auf ein neues Qualitätsniveau. So fußt die Ermittlung von Hand-

lungsfeldern im BGM auf Informationen, die es ermöglichen, an dem tatsächlichen Bedarf anzusetzen.

Was unterscheidet diese Sensortechnologie von gängigen Wearables?

Kernziel von *AusGleich* ist die Unterstützung und Verbesserung der psychischen Gesundheit im Alltag. Um relevante Daten zu erhalten, setzt der Sensor auf den medizinischen Gold-Standard: Eine EKG-basierte Messung direkt am Herzen. Auf dieser Basis wird die Herzratenvariabilität im Kontext zu Aktivitätsdaten bewertet. Hier folgt *AusGleich* Leitlinien der Betriebsmedizin zur Datenqualität der HRV-Messung.

Alle handgelenksbasierten Tracker – die Apple Watch eingeschlossen – scheitern daran, Herzratenvariabilität im bewegten Alltag dauerhaft valide zu messen.

Die Sensorik ermöglicht es durch die herznahe Messung, relevante Ereignisse wie z.B. den belastenden Moment oder die regenerativste Phase des Tages zu ermitteln, den Kontext zu erkennen, in dem diese auftreten, und dem/der Nutzer:in so Belastungen

genauso wie die Fähigkeit zur Entspannung erlebbar zu machen.

Warum ist das Forschungsvorhaben AusGleich für die Wissenschaft TU Berlin so spannend?

Im Kontext digitaler Präventionsangebote wird in den zugehörigen Wirksamkeitsnachweisen genauso wie in diesbezüglichen wissenschaftlichen Übersichtsarbeiten immer eine Individualisierung der Inhalte als Erfolgskriterium postuliert. Diese Individualisierung findet sich bisher jedoch in sehr wenigen Anwendungen. Auch fehlt oftmals eine systematische Analyse der verschiedenen Einflussfaktoren auf die Wirkung einer Maßnahme. Zudem besteht eine wesentliche Innovation darin, dass AusGleich mit dem Feedbackprozess durch die Sensornutzung ein direktes Erleben der Einflussgrößen auf Stress durch die Nutzer:innen ermöglicht. Somit ist eine Sinnfindung für eine Verhaltensänderung möglich – ein zentrales Element zur nachhaltigen Initiierung von Gesundheitsförderungsprozessen.

Als Ergebnis dieses Forschungsvorhabens wird erwartet, dass die Erkenntnisse nicht nur auf die Konzeption von BGF-Maßnahmen für die Pflegekräfte, sondern auch auf die Konzeption von BGF-Maßnahmen für weitere Arbeitnehmer:innen, die in Organisationen mit dezentralen Strukturen oder mobil arbeiten, einen großen Einfluss nehmen. Sollte das Forschungsvorhaben die erwarteten Ergebnisse bringen, so ist bereits jetzt eine Adaption auf andere Berufsgruppen geplant.

Wieso engagieren sich BKK so stark in diesem Forschungsvorhaben?

„Wir engagieren uns bei der Interventionsstudie, da wir großen Wert darauf legen, die individuellen Bedürfnisse der Zielgruppe zu erkennen und zu befriedigen. Auch speziell zugeschnittene Maßnahmen mit erwiesener Wirksamkeit und hoher Qualität spielen für uns eine bedeutende Rolle. Vom Vorhaben versprechen wir uns ein innovatives und gesundheitsförderliches Produkt, welches über einen niederschweligen Zugang die Gesundheit der Pflegekräfte nachhaltig positiv unterstützt. Damit bleibt ihre Lebensqualität langfristig erhalten oder steigt wieder“. Fabienne Hofmann, Bereichsleiterin Gesundheitsförderung, vivida bkk

Das Forschungsvorhaben AusGleich wird umgesetzt durch

Partner:innen



Entwickler



Weitere Informationen finden Sie unter: www.pflege-ausgleich.de



Györgyi Bereczky-Löchli

Györgyi Bereczky-Löchli hat Sportwissenschaft mit Schwerpunkt Sportmanagement (M.A. & B.A.) und Gesundheitsförderung (B.A.) am Institut für Sportwissenschaft der Eberhard Karls Universität in Tübingen studiert. Sie war viele Jahre für das Betriebliche Gesundheitsmanagement der mhplus Krankenkasse verantwortlich. Seit 2018 ist sie als Referentin für die Betriebliche Gesundheitsförderung beim BKK Dachverband tätig. Seit Anfang 2019 ist sie zudem ausgebildete Beraterin für systemische Organisationsentwicklung und Changemanagement.



Dr. Silvester Fuhrhop

Silvester Fuhrhop forschte am Karlsruhe Institut für Technologie zu eHealth und Prävention. Heute ist er Geschäftsführer der corvolution GmbH, die digitale, vitaldatenzentrierte Präventions- und Diagnoselösungen für Mediziner und das Betriebliche Gesundheitsmanagement entwickelt.



Prof. Dr. Bettina Wollesen (Sportwissenschaftlerin)

Bettina Wollesen arbeitete zunächst als Dozentin für Prävention und Rehabilitation in der Altenpflegeausbildung. 2008 führten sie Forschungsprojekte der Betrieblichen Gesundheitsförderung zurück an die Universität. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in der Gesundheitsförderung durch Bewegung (u.a. Stressreduktion, Sturzprävention).

Es muss gar nicht immer die große Krise sein

Petra Kruppenbacher¹ und Franziska Stiegler²

¹ Mitarbeiterunterstützungsprogramm MUP Rhein-Neckar e.V., Mannheim

² Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin

„Das kann doch nicht wahr sein, wie lange soll das denn noch gehen?“ So oder so ähnlich beginnen viele Beratungsgespräche bei der Telefonberatung des Mitarbeiterunterstützungsprogramms für kleine Unternehmen und Verwaltungen, das die Metropolregion Rhein-Neckar in Kooperation mit dem Projekt psychische Gesundheit in der Arbeitswelt aufgebaut hat. Verdichtete Arbeitsprozesse, die Bereitschaft, flexibel und mobil zu arbeiten, und eine steigende Komplexität der Aufgaben bestimmten schon vor dem Ausbruch der Corona-Pandemie für viele Beschäftigte den Arbeitsalltag. Mit Ausbruch der Krise wurden zusätzlich die gewohnten Arbeits- und Lebensroutinen und auch die Abläufe in Organisationen auf den Kopf gestellt. Wenn (!) die Corona-Pandemie einen positiven Effekt hatte, dann den, dass wir seither ein wenig offener über die Auswirkungen, die die Gestaltung der Arbeitsbedingungen auch auf unsere psychische Gesundheit hat, sprechen können. Dass es uns ein bisschen leichter fällt, zuzugeben, dass der Druck, viele Dinge gleichzeitig zu erledigen, ständiges Umdisponieren und immer wieder neu zu entscheiden nicht nur auf, sondern auch an die Nerven geht. Dass sich – nicht nur in Videokonferenzen – gezeigt hat, dass wir nicht nur bei der Arbeit mit vielen Anforderungen jonglieren, sondern dass zu Hause ebenfalls Kinder, pflegebedürftige Eltern, der Hausbau oder die Beziehung Aufmerksamkeit fordern und auch organisationale Abläufe in Unternehmen sich nicht von alleine organisieren. Wir haben einen ungefilterten Einblick in die Herausforderung bekommen, was es bedeutet, für Sicherheit und Gesundheit in Betrieben zu sorgen und wie unsere Kolleg:innen sich nicht nur manchmal verrenken, um Beruf und Privatleben unter einen Hut zu bringen. Und dass wir nicht die einzigen sind, die das ganz schön anstrengt.

Die Folgen der steigenden Anforderungen an die Arbeits- und Lebensgestaltung können wir in den Statistiken über die Gründe für Arbeitsunfähigkeitstage, Frühberentungen und Berechnungen von Produktionsausfallkosten seit Jahren beobachten. Und dabei sind die Dunkelziffern sowohl des persönlichen Leidens unter dem Krankheitsschwellenwert als auch die betrieblichen Kosten, die durch Präsentismus bei den 62 Prozent der Beschäftigten entstehen, die trotz Symptomen zur Arbeit gehen, noch gar nicht einberechnet [1].

Psychische Erkrankungen sind häufig

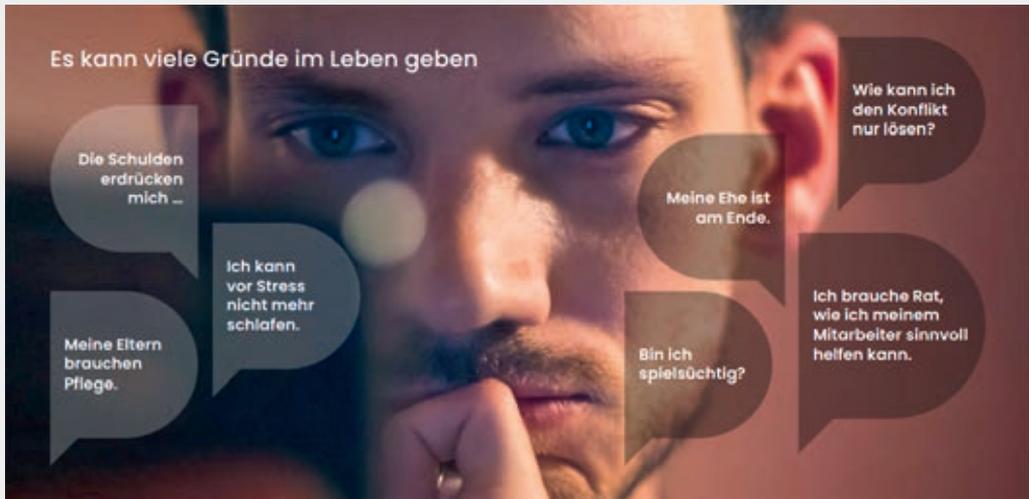
In den vergangenen 10 Jahren hat sich die Anzahl der Fehltag aufgrund psychischer Störungen mehr als verdoppelt, auch wegen einer höheren Sensibilität für das Thema und einer besseren Diagnosestellung. Dies ändert jedoch nichts an der Tatsache, dass psychische Erkrankungen mittlerweile an zweiter Stelle der Gründe für Arbeitsunfähigkeitstage (ca. 17 Prozent) nach Muskel-Skelett-Erkrankungen (ca. 24 Prozent) stehen. Für Unternehmen besonders spürbar: Wer psychisch erkrankt ausfällt, tut dies oft auch überproportional lange. Bei den Frühverrentungen sind psychische Erkrankungen sogar trauriger Spitzenreiter: Sie stehen mit 43 Prozent an erster Stelle vor Muskel-Skelett- und Kreislauf-Erkrankungen [2].

Immer mehr Großunternehmen reagieren mittlerweile auf diese Ergebnisse und auf die von Studien, die zeigen, dass die Auswirkungen ungelöster Konflikte und Probleme nicht nur zulasten der psychischen und körperlichen Gesundheit und der (beruflichen) Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden gehen, sondern auch zulasten des Unternehmens [3]. Sie bieten ihrer Belegschaft eine individuelle Begleitung durch niederschwellige Unterstützungsangebote, ein sogenanntes Employee Assistance Program (EAP), an.

Niederschwellige Beratungsangebote zur Förderung der psychischen Gesundheit

Auch der Markt hat auf diese Veränderungen bereits vor Jahren reagiert. Inzwischen gibt es eine Vielzahl von Anbietern, die Mitarbeiterberatung als interne oder externe Dienstleistung anbieten. Die Präventionsprogramme heißen Employee Assistance Program (EAP) oder Mitarbeiterunterstützungsprogramm (MUP). Dahinter verbirgt sich eine Beratungsstelle, die vertraulich, schnell und einfach kontak-

Abbildung 1 Anlässe für die Nutzung einer Mitarbeiterberatung (aus Mitarbeiter-Flyer des MUP-MRN)



tiert werden kann und professionell und zielorientiert Unterstützung leistet oder vermittelt. Die Grundidee dabei ist, den Beschäftigten bei Aufkeimen einer Problemsituation, beruflich oder privat verursacht, unmittelbar individuelle Unterstützung zu geben und auch den Unternehmen bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen für die psychische Gesundheit ein Ansprechpartner zu sein (»» Abbildung 1). Im besten Fall werden so entstehende Überlastungsreaktionen bereits ganz zu Beginn abgefangen. Diese Angebote werden von den Betrieben i. d. R. mit einer monatlichen Pauschale finanziert. Die Unterstützung der Expert:innen kann gesundheitliche, aber auch familiäre oder berufliche Themen betreffen.

Die Anfänge der Mitarbeiterberatung liegen in der Fabrikfürsorge für die Familien sozial schwacher oder kranker Arbeiter:innen. Als die Alkoholabhängigkeit innerhalb der Fabrikbelegschaften zunahm, entwickelten sich erste Angebote der Suchtberatung. In den 1990er-Jahren erhielten Beratungsangebote für Mitarbeitende neue Impulse aus den angelsächsischen Ländern, wo sich der Ansatz des Employee Assistance Program (EAP) als externe Dienstleistung etabliert hatte [3].

Anruf genügt – psychosoziale Beratung für Mitarbeitende in KMU

Hat der Markt das Problem also bereits im Griff? Leider nein. Obwohl nachweislich die meisten Beschäftigten in kleinen und mittelständischen Unternehmen arbeiten, gibt es dieses Angebot für einen Großteil der Beschäftigten in diesen Betriebsgrößen nicht. Zum Teil, weil sich das Angebot für Anbieter erst ab einer bestimmten Anzahl von Mitarbeiter:innen rechnet, zum Teil, weil kleine Betriebe selten ausreichende Ressourcen für Gesundheitsmanagement und professionelle Personalarbeit haben, um auf das Thema nachhaltig zu reagieren.

Um das Ungleichgewicht gegenüber den größeren Unternehmen abzubauen, haben bereits im Jahr 2017 das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und der Dachverband der Betriebskrankenkassen (BKK DV) in Kooperation mit dem Verband Region Rhein-Neckar (VRRN) im Rahmen des Projekts ‚Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt‘ (psyGA) der ‚Initiative Neue Qualität der Arbeit‘ (INQA), damit begonnen, ein Pilotprojekt für ein Mitarbeiterunterstützungsprogramm für kleinere Unternehmen und Verwaltungen zu konzipieren und zu pilotieren.

Das Projekt Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – psyGA stellt praxisnahes Wissen zur Gesundheitsförderung verständlich aufbereitet zur Verfügung. Gemeinsam mit erfahrenen Kooperationspartnern transportiert psyGA die Angebote direkt in die betriebliche Praxis. Die Projektleitung von psyGA liegt beim BKK Dachverband. Das Projekt wird durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit gefördert [5].



„Ohne Ihre Unterstützung hätte ich nicht gewusst, wie ich das anpacken soll.“ Bis die Beratenden diesen Satz hören und die Mitarbeitenden der Region das Angebot in Anspruch nehmen konnten, ist einiges passiert. Der Aufbau und die Implementierung eines solchen Angebots braucht viele Vorarbeiten und auch Nerven. Das einmalige Leuchtturmprojekt hat viele davon erlebt und entwickelte daraus eine Blaupause, um andere Regionen dabei zu unterstützen, ähnliche Angebote deutschlandweit auszurollen.

Wie alles begann

Die Initiative für das Projekt wurde bereits 2016 von der damaligen Botschafterin für die Themensäule Gesundheit der INQA, Dr. Natalie Lotzmann (SAP AG), angestoßen und seither hartnäckig verfolgt. Mit praktischer Expertise, viel Engagement und Durchhaltevermögen im Gepäck, mobilisierte sie ihr Netzwerk und stellte die Weichen für die Struktur des MUP. Die Realisierung des Projekts, die zu Beginn „eigentlich machbar“ klang – es musste doch „nur“ ein im Markt etabliertes Produkt adaptiert werden –, stand im Laufe der Zeit vor der ein oder anderen Hürde, bedingt durch die Diversität der KMU und KKU.

Der Verein „Mitarbeiterunterstützungsprogramm MUP e.V.“

Im Frühjahr 2019 wurde eine Beratungsleitung eingestellt und das Projekt nahm fortan an Fahrt auf. Am 21. Oktober 2019 wurde hierfür der Verein „Mitarbeiterunterstützungsprogramm MUP e.V.“ (MUP-MRN) gemeinsam mit neun Gründungsmitgliedern (bestehend aus Wirtschaftsvertretern, regionalen Betriebskrankenkassen und einem großen Bildungsträger) offiziell in Mannheim gegründet.

Neben dem Verband Region Rhein-Neckar (VRRN) sind die folgenden Gründungsmitglieder mit an Bord:

- Metropolregion Rhein-Neckar GmbH (MRN),
- Verein Zukunft Metropolregion Rhein-Neckar (ZMRN),
- Kreisverband Metropolregion Rhein-Neckar des Bundesverbands mittelständische Wirtschaft (BVMW),
- Landesverband Baden-Württemberg des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP),
- Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland des Bundes der Selbstständigen (BDS),
- SRH Bildungswerk Neckargemünd,
- BKK Pfalz und
- pronova BKK



MUP Rhein-Neckar

Das Ziel des 2019 gegründeten MUP-MRN ist der Aufbau eines niedrigschwelligen und kostengünstigen Unterstützungsangebots in der Region. KMU und KKU sowie Verwaltungen und Kommunen können im Verein Mitglied werden und die Leistungen gemeinsam nutzen. Kernstück des Angebots ist die anonyme Beratung per Chat oder Telefonhotline für die Beschäftigten der Mitgliedsunternehmen sowie ihre Angehörigen. Nach dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ bieten die Fachberater:innen eine kurzfristige, lösungsorientierte Unterstützung zu allen Lebens-themen an, sie fungieren als Lotsen bei der Orientierung im Sozialversicherungssystem oder vermitteln schnellstmöglich zu anderen Hilfsangeboten

weiter. Führungskräfte erhalten auf Wunsch fachliche Beratung.

Bis zum März 2021 wurde das umfangreiche Netzwerk der MRN genutzt, um das MUP-MRN in entsprechenden Gremien und Netzwerken bekannt zu machen. Nach zwei Jahren intensiven Klinkenputzens, Erklärens und Trommelns zählt das MUP-MRN im März 2021 insgesamt 17 Unternehmen mit über 3.000 Mitarbeiter:innen zu seinen Mitgliedern und ist als regionaler Dienstleister etabliert. Die gewählte Vereinsform orientiert und entwickelt sich flexibel an den Bedarfen der Mitglieder und ist auf dem Weg, sich selbst zu tragen.

Learning 1

Die Vernetzung in der Region mit Stakeholdern im Themenfeld Gesundheit ist enorm wichtig, um die Entscheider:innen in den Unternehmen und Verwaltungen zu erreichen, allgemein über das Produkt MUP zu informieren und Vertrauen aufzubauen. Anders als in Großunternehmen ist dieses Angebot in der Welt der KMU eher weniger bekannt und im BGM(-Budget) praktisch nicht vorhanden.

Und dann kam Corona

„Jetzt können wir zeigen, was wir können“, dachten sich die Anbieter:innen des MUP-MRN und erwarteten, dass mit den hohen Belastungen, die die Pandemie und die notwendig gewordenen Maßnahmen den Menschen auferlegten, das Programm in der Region seinen hohen Nutzen beweisen und viele Mitarbeitende unterstützen können würde, mit Kraft durch die Krise zu kommen. Die Beratungshotline wurde sofort von März bis Juli 2020 für alle Unternehmen und Verwaltungen sowie andere Arbeitgeber:innen in vergleichbarer Größe in der Region kostenfrei und ohne Mitgliedschaft angeboten. Das bedeutete: 15.000 Mitarbeiter:innen erhielten in diesen Monaten Zugriff auf die kostenlose Hotline. Die Beratungskapazitäten des Netzwerks wurden ausgeweitet und das MUP-MRN rüstete sich für einen Ansturm von Problemen und Sorgen.

Doch der Ansturm blieb aus. Obwohl sich die Zahl der zu betreuenden Mitarbeitenden in der Zeit um den Faktor 15 erhöhte, lag die Nutzungsrate in dem Zeitraum unter 1 Prozent. Zwar liegen auch die Nutzungsraten von kommerziellen MUP-Anbietern in normalen Zeiten meist „nur“ zwischen 5 und 10 Prozent pro Jahr; dennoch war die geringe Nutzung des Angebots, gerade in einer Krisenzeit, zu-

nächst eine Enttäuschung. Lasen wir doch fast täglich, dass caritative Einrichtungen oder auch niedergelassene Psychotherapeuten von einem erheblichen Mehrbedarf an Unterstützung durch belastete Menschen berichteten. Was lief also falsch?

In der Corona-Zeit hat sich gezeigt, wie wichtig die Nähe zu den Menschen, Unternehmen und auch zur Region ist. Neben dem organisatorischen Kraftakt, der notwendig war, alle interessierten Unternehmen zu betreuen, konnten durch viele Gespräche mit Ansprechpartner:innen aus Personalabteilungen oder aus dem Gesundheitsmanagement verschiedenster Unternehmensgrößen und -ausrichtungen für den Projektverlauf und für das MUP-Portfolio wichtige Erkenntnisse gewonnen werden.

Die Erfahrung, zwar einen wichtigen Beitrag zur Begleitung psychisch belasteter Menschen anbieten zu können – niederschwellig, anonym und kostenlos für die Hilfesuchenden –, aber dennoch nicht angemessen in Anspruch genommen zu werden, gab dem Projektverlauf nach einem anfänglichen Schock einen erheblichen Schub.

Learning 2

Die Motive von KMU für eine Mitgliedschaft bei MUP-MRN sind sehr individuell und auch selten in einem nachhaltigen Konzept verankert. Die konkreten Bedarfe der Entscheider:innen herauszuarbeiten und zu bedienen ist der erste Schritt. Dann kann das Programm nachhaltig in der Organisation eingeführt werden. Ein erster Schritt kann zum Beispiel der Einsatz des psyGA-Analyse Tool sein. Mit Hilfe von 50 Fragen zeigt das Instrument, wie es den Mitarbeitenden geht und wo im Betrieb Handlungsbedarf besteht [6].

Warum rufen so wenig Mitarbeitende an?

Besonders deutlich wurde: Es bedarf der intensiven Erklärung und Zeit für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses im Dreieck Unternehmen, MUP und Nutzer:innen. Damit Beratungsangebote von den Beschäftigten angenommen werden, müssen sie sorgfältig ausgewählt, vorbereitet und implementiert werden.

Die Erfahrung zeigt: Bei potenziellen Nutzer:innen des Angebots und bei den Verantwortlichen in den KMU, die die Angebote für ihre Belegschaft

organisieren, herrscht große Unsicherheit, das Angebot richtig einzuordnen. Unternehmen fragen sich zum Beispiel, warum sie sich um die privaten Probleme der Mitarbeitenden kümmern und dafür bezahlen sollen. Ein Einwand der Mitarbeitervertretungen kann sein, dass hier Probleme, die durch die Arbeit entstehen, individualisiert werden. Aus Sicht der Beschäftigten kann die Mitarbeiterberatung als Eingriff in Privatangelegenheiten verstanden werden. Und die Mitarbeitenden haben eventuell Sorge, ob ihre Anliegen auch wirklich vertraulich behandelt werden.



Learning 3

Beratungsangebote für Mitarbeitende sind erklärungsbedürftig. Ein MUP mit dem Angebot einer lösungs- und ressourcenorientierten Beratung schließt die Lücke zwischen dem betrieblichen Gesundheitsmanagement mit einem eher allgemeinen Präventionsansatz und dem klassischen Kassenangebot der medizinischen oder psychotherapeutischen Behandlung. Den Nutzen dieses Angebotes an die Zielgruppe zu kommunizieren und deren Vertrauen zu gewinnen, ist eine wichtige und vor allem vorrangige Aufgabe eines MUP für kleinere und mittlere Unternehmen.

Aufbruch in ein kundenorientiertes und lebensweltengerechtes MUP-Angebot

Wie können die Hemmschwellen der Mitarbeitenden, eine anonyme Beratungshotline zu kontaktieren, verringert werden?

Im Zentrum stand die Frage: Wie muss das Beratungsangebot kommuniziert werden, damit es verstanden wird und genug Vertrauen vermittelt, um die potenziell circa 30 Prozent einer jeden Belegschaft zu erreichen, die ihr Wohlbefinden situativ auf mittlerem Niveau einstufen und durch unkomplizierte Hilfen rechtzeitig vor der Erschöpfungsspirale abgefangen werden könnten?

Entlang dieser Fragen hat das MUP-MRN seine Angebote (weiter)entwickelt. Alle Angebote stehen als Blaupause kostenfrei all denjenigen zur Verfügung, die sich ebenfalls auf die Reise machen möchten, ein solches Angebot in einer Region zu implementieren.

Angebote aus den lessons learned

- Kommunikationsmedien für die Mitarbeitenden
- detailliertes Implementierungskonzept
- Präsentation des Beratungskonzepts und Vorstellung der Berater:innen
- niederschwellige Kurzworkshops
- Einbeziehen der Führungskräfte – Hotline und Workshop speziell für Führungsfragen

„Jetzt hab’ ich verstanden, wofür MUP gut ist“ – Kommunikationsmedien für die Mitarbeitenden

Flyer, Plakate und Texte, die im Unternehmen an (geschützten) Stellen aufgehängt werden können und MUP immer wieder ins Gedächtnis rufen, wurden überarbeitet und persönlicher gestaltet. Ein Newsletter zu psychosozialen Themen informiert die Beschäftigten regelmäßig zu Fragestellungen mit Bezug zu aktuellen Herausforderungen oder sonstigen stressauslösenden Themen. Die Texte schließen stets mit der Aufforderung, sich gerne bei der Hotline zu melden, und vermitteln damit sukzessive, dass eine Beratung nicht erst in einer schweren Lebenskrise sinnvoll ist.

„Wie soll ich das denn bei uns im Haus erklären?“ – detailliertes Implementierungskonzept

Eine Umsetzungshilfe mit der Empfehlung, eine:n MUP-Botschafter:in aus dem Unternehmen zu benennen, der/die intern für Mitarbeitende erste:r Ansprechpartner:in und gleichzeitig die Schnittstelle zum MUP stellt, wurde für alle Mitgliedsbetriebe erstellt. Die Präsentation des Angebots und die Vorstellung der Beratenden in den Betrieben gibt dem Angebot ein Gesicht und löst Hemmschwellen.

Neben individueller Beratung niederschwellige Kurzworkshops

Für Unternehmen mit kaum oder keiner Nutzung der Hotline wurden niederschwellige kurze und in sich abgeschlossene Kurzworkshops im Themenfeld Stressbewältigung konzipiert und angeboten, um in Kontakt mit den Mitarbeitenden zu kommen und Hemmungen abzubauen.

Einbeziehen der Führungskräfte – Hotline und Workshop speziell für Führungsfragen

Bei der Einführung von MUP im Unternehmen durchlaufen alle Führungskräfte einen Workshop mit dem Titel: „Fürsorgegespräch führen“. Hier wird die Tür

geöffnet, das Thema „Psychische Gesundheit“ im Unternehmen zu etablieren und ernst zu nehmen.

Anschließend werden die Führungskräfte als Multiplikatoren in den Implementierungsprozess einbezogen. Sie sind Fürsprecher, Vermittler und auch Nutznießer der Angebote von MUP. Eine eigene Hotline berät sie in herausfordernden Führungssituationen. Situativ und effizient können hier für alle Beteiligten sinnvolle Strategien erarbeitet werden. Es wird nicht nur nachhaltig an der Führungskompetenz gearbeitet, sondern auch ein tiefgreifendes Wissen über den Sinn und den Nutzen eines MUP geschaffen. Nur dann, so zeigt die Erfahrung, empfehlen Führungskräfte ihren Mitarbeiter:innen, das Angebot von MUP zu nutzen.

Learning 4

Ein MUP kann Menschen dabei unterstützen, ihre psychische Gesundheit und Unversehrtheit wiederzuerlangen. Um diese Hilfe in Anspruch zu nehmen, braucht es oft auch die Unterstützung nahestehender Menschen, Kolleg:innen oder Vorgesetzter. Ein MUP kann und muss die Menschen im Umfeld belasteter Menschen befähigen, diese Unterstützung geben zu können. Für die Implementierung des Angebots in Unternehmen braucht es ein maßgeschneidertes Implementierungskonzept.

Der Ausblick

„Es geht mir jetzt schon viel besser, nachdem ich mit Ihnen gesprochen habe.“ Das hören unsere Berater:innen jetzt immer öfter, da die Telefonberatung mittlerweile stärker genutzt wird. Das Wissen im Umgang mit psychisch labilen oder erkrankten Menschen ist in kleineren Unternehmen oft nicht vorhanden. Gerade hier machen sich fehlende Führungskräfteentwicklungsprogramme oder das Fehlen eines systematischen Betrieblichen Gesundheitsmanagements bemerkbar.

Die Heterogenität der Kundengruppe KMU setzt eine bewusste und umfangreiche Vorbereitung und kundenspezifische Einführung des Programms voraus. Um das MUP wirkungsvoll in der Organisation zu verankern, müssen Unternehmer:innen, Geschäftsführer:innen, Amtsleiter:innen und Führungskräfte ein Bewusstsein entwickeln, dass die

psychomenteale Gesundheit (auch) in der Arbeitgeberverantwortung liegt, und dass eine erfolgreiche Organisation nicht nur körperlich, sondern auch psychisch gesunde Mitarbeiter:innen braucht. Das bedeutet dann oft erst einmal, Strukturen (mit) aufzubauen, um das Thema „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ anzudocken und sichtbar zu machen.

Ein MUP für kleinere Organisationen kann – anders als in großen Unternehmen – nicht nur ausschließlich eine telefonische Anlaufstelle für bedürftige Mitarbeitende sein. Es ist vordergründig auch Treiber und Unterstützer, bei Mitarbeitenden und Führungskräften das Bewusstsein für die Selbstverantwortung und Selbstfürsorge zu schärfen und einen Beitrag zu leisten, die Stigmatisierung psychischer Belastungen zu überwinden.

Mithilfe aller Maßnahmen konnten wir nicht nur die Nutzungsraten der Hotline anheben und dazu beitragen, dass Mitarbeitende und Führungskräfte in Selbstverantwortung gehen, sondern auch Einfluss auf die Qualität der Zusammenarbeit und der Führung nehmen sowie dabei unterstützen, dysfunktionale Organisationsstrukturen zu überwinden.

Um ein MUP-Angebot in einer Organisation nachhaltig zu implementieren, braucht es Zeit, Geduld und immer wieder neue Ideen. Gleichzeitig ist bei Erfolg – und damit einhergehend hoher Nutzungsrate der Hotline bzw. der Angebote – ein enormer Mehrwert für kleinere Organisationen zu erzielen.

Literatur

1. Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt (psyGA)“ der Initiative Neue Qualität der Arbeit. Offener Umgang mit psychischer Gesundheit. Aktuelle Ergebnisse einer Beschäftigten und Bevölkerungsbefragung, 2020
2. Knieps F, Pfaff H (Hrsg.). BKK Gesundheitsreport 2019. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2019
3. Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt (psyGA)“ der Initiative Neue Qualität der Arbeit. Monitor „Arbeitsbezogenes Wohlbefinden“, 2019.
4. Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt (psyGA)“ der Initiative Neue Qualität der Arbeit. „Ein Leitfaden zur Auswahl von Angeboten der Mitarbeiterberatung“, 2017
5. www.psyga.info
6. Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt <https://www.psyga.info/ihr-weg-zum-gesunden-betrieb/analyse-benchmark/so-funktioniert-das-psyga-analysetool> [abgerufen 15.06.2021]



Petra Kruppenbacher

Studium der Betriebs- und Erwachsenenpädagogik mit Abschluss Diplom in Landau/Pfalz. Weiterbildungen in systemischer Beratung, Coaching und Organisationsberatung und Transaktionsanalyse. Zertifizierte Stressmanagementtrainerin und Mediatorin. Nach vielen Jahren im Gesundheits- und Sozialmanagement eines Großunternehmens seit 2019 als Geschäftsführerin und Beratungsleitung im Verein Mitarbeiterunterstützungsprogramm MUP Rhein-Neckar tätig.

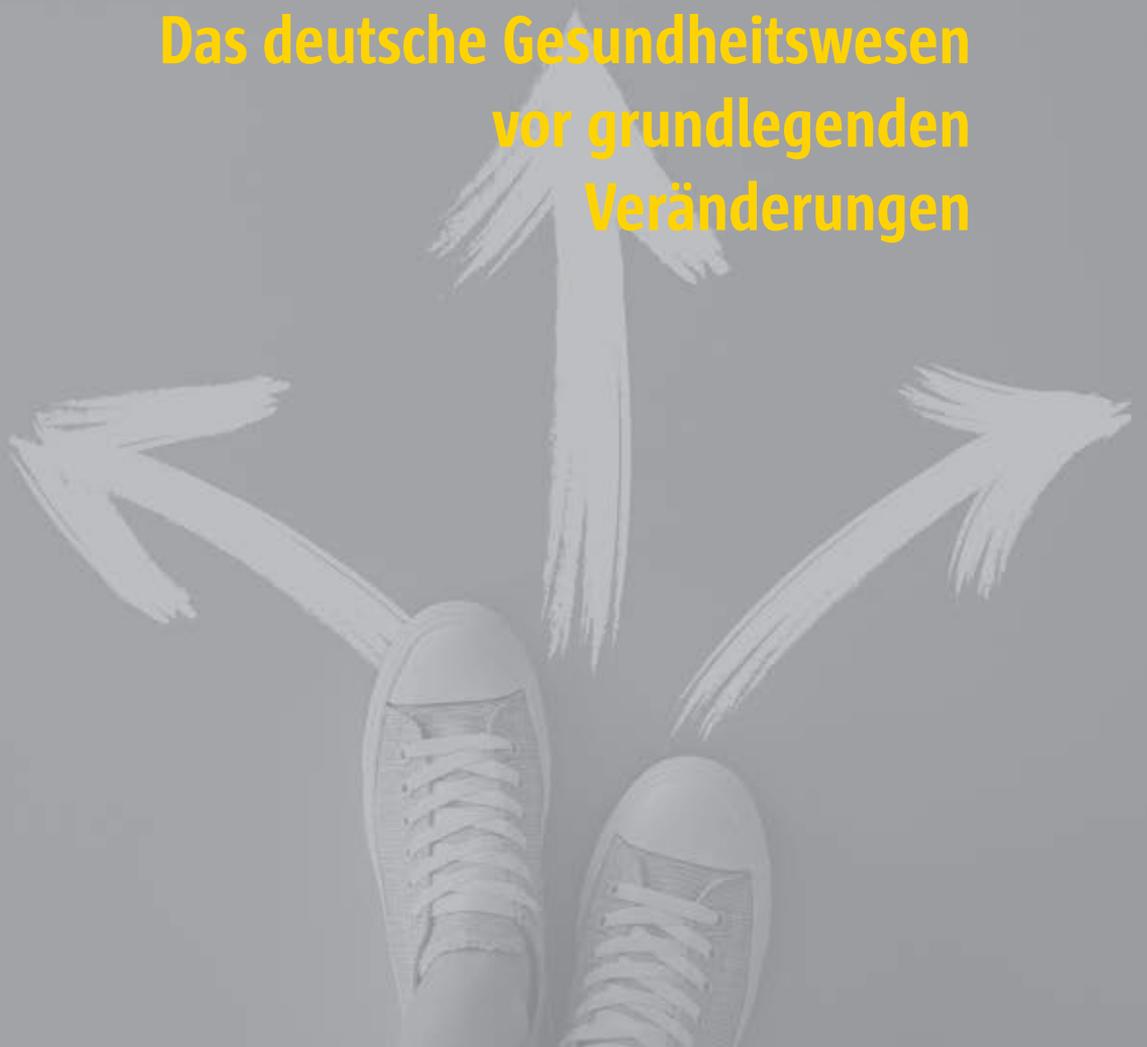


Franziska Stiegler

Studium der Sozialwissenschaften und Psychologie mit Abschluss Master in Berlin. Weiterbildungen zur systemischen Therapeutin und Organisationsberaterin. Als Beraterin und Trainerin arbeitete sie mehrere Jahre bei einer externen Mitarbeiterberatung. Von 2016 bis 2021 war sie als Referentin in der Abteilung Gesundheitsförderung, Pflege und Rehabilitation des BKK Dachverbands tätig und dort verantwortlich für das vom BMAS im Rahmen von INQA geförderte Projekt „psyGA – Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt fördern“. Seit Juli 2021 ist sie Referentin im Referat III b 4 Gesundheitliche Auswirkungen des Wandels der Arbeit, Arbeitsstätten im Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

5

Krise, Wandel, Aufbruch – Das deutsche Gesundheitswesen vor grundlegenden Veränderungen





Franz Knieps
Vorstand des BKK Dachverbands,
Berlin

Deutschland hat gewählt. Es wird in jedem Fall eine neue Konstellation in der Bundesregierung geben, auch wenn wir noch nicht wissen, ob es damit auch neue politische Ansätze zur Lösung der Probleme im deutschen Gesundheitswesen geben wird. Trotzdem macht es Sinn, schon jetzt aufzuzeigen, warum es ein „Weiter so“ in der neuen Legislaturperiode nicht geben kann. Dazu sind die Herausforderungen an Staat, Gesellschaft und Wirtschaft zu groß und die Wirkungen von Reformen im Gesundheitswesen zu komplex. Es kann zudem nicht nur darum gehen, was die politisch Verantwortlichen durch gesetzliche Vorgaben erreichen können und sollen. Es kommt vielmehr auch darauf an, was die Gesetzliche Krankenversicherung und speziell die Betriebskrankenkassen leisten müssen, um bei den zu erwartenden Veränderungen nicht zu Getriebenen zu werden.

Die Kassen sind leer – Die ökonomische Ausgangslage

Über 10 Jahre konnten die Deutschen nach der überraschend schnell bewältigten Finanzkrise aus dem Vollen schöpfen. Die Steuersäcke von Bund und Ländern waren fast überall prall gefüllt. Gleiches galt für die meisten Sozialkassen. Die Regierenden aller Couleur hatten die Spendierhosen an und bedienten nicht nur das eigene Klientel. Leistungen wurden ausgeweitet und ohne Prüfung der Zielgenauigkeit gewährt. Selbst unverschämte Forderungen der Leistungserbringer wurden erfüllt und jegliche Strukturveränderung so abgefedert, dass jedermann wohl und keinem weh getan wurde. Diese Zeiten sind seit der Wahl vorbei. Die Expansion der Ausgaben machen die ohnehin fragwürdige Schuldenbremse und die willkürliche gesetzte Sozialgarantie der Beitragsätze zur Makulatur. Schon seit Monaten schmelzen die Rücklagen bei den Sozialversicherungen schneller als die Gletscher in der heißen Sonne, und spürbare Beitragssatzerhöhungen sind nur noch eine Frage der Zeit. Nur die herannahende Wahl verhindert zuletzt schmerzhaft Eingriffe, von der alle Parteien nichts wissen wollen. Aber aufgeschoben ist nicht

aufgehoben. Das Vorgehen nach der Wahl dürfte einem bekannten Muster folgen: Kassensturz – Überraschungen – Wehklagen – Einschnitte. Wer gedacht hatte, dass Kostendämpfung und Austerität in die Mottenkiste verbannt seien, dürfte Anfang 2022 eines Besseren belehrt werden. Selten dürften die Ankündigungen vor der Wahl weniger den Handlungen nach der Wahl entsprechen als in der jetzt beginnenden Legislaturperiode.

In dieser hier nur skizzierten Schiefelage im Finanzierungssystem des Sozialstaats, das in den Grundstrukturen auf die industrielle Revolution im 19. Jahrhundert zurückgeht, findet ein rasanter Strukturwandel von Wirtschaft und Industrie statt. Klassische Industriezweige wie Bergbau oder die konventionelle Stahlerzeugung verschwinden mit dem Ende des fossilen Zeitalters. Frühere industrielle Cash Cows wie die Autoindustrie, die chemische Industrie oder der Maschinenbau müssen sich schnell und permanent neu erfinden; Handelsriesen taumeln unter dem Druck der Versandhändler, Fin-Tec-Unternehmen verdrängen traditionelle Banken, Versicherungen und andere Dienstleister. Plattformökonomie erobert den Kernbereich der Wertschöpfung. Die neue Wertschöpfungskette lässt sich beliebig um den Globus verlagern. Es sind gerade weltweit agierende Techkonzerne und virtuelle Unternehmen, die sich Regulierung und Besteuerung weitgehend entziehen. Der einzelne Nationalstaat erweist sich zunehmend als hilflos dagegen; internationale Absprachen stecken noch in den Kinderschuhen. An neue Formen der Besteuerung und Verbeitragung von Wertschöpfung wagt sich kaum ein Land heran. Noch immer dominiert das Bewahren kurzfristiger (Standort-)Vorteile vor einer langfristigen Sicherung gerechter Finanzierungsgrundlagen.

Die ungenutzten Potenziale der digitalen Transformation – Deutschland auf der Standspur

Wesentlicher Treiber des ökonomischen Wandels ist die digitale Transformation, die alle Branchen und Lebensbereiche erfasst hat und erhebliche Potenziale für Innovationen bietet. Deutschland scheint dies oft noch nicht erkannt zu haben oder erstarrt aus Furcht vor disruptiven Veränderungen in ellenlangen Diskussionen und bürokratischen Prozessen. Es landet in internationalen Vergleichen zum Digitalisierungsgrad von Wirtschaft und Verwaltung auf den hinteren Rängen. Gerade in öffentlichen Verwaltungen und Unternehmen verläuft der digitale

Wandel quälend langsam. Eine unzulängliche Regulierung, veraltete (Netz-)Infrastruktur, tradierte Beharrungskräfte, mangelhafte Innovationsbereitschaft, fehlende Experimentalkultur – diese Stichworte ließen sich beliebig verlängern. Aber es gibt auch das Gegenteil: Smart Cities, digitale Verwaltungen, innovative Krankenhäuser und viele positive Beispiele dafür, dass Bürgerinnen und Bürger in unterschiedlichen Rollen Veränderungen aufgeschlossener gegenüberreten als die Politik. Längst hat der Gebrauch mobiler Endgeräte alle Schichten und Altersgruppen durchdrungen. Die Nutzung von Big Data wird mehr und mehr zur Selbstverständlichkeit. Selbst künstliche Intelligenz ist für viele Unternehmen und Menschen kein Fremdwort mehr. Das gilt selbstverständlich auch für das Gesundheitswesen, wie gerade der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem jüngsten Gutachten eindrucksvoll aufgezeigt hat.

Damit kein Missverständnis entsteht, der Verfasser ist nicht blind gegenüber den Gefahren, die von einer ungesteuerten und schlecht regulierten Digitalisierung ausgehen. Deutschland und Europa dürfen nicht vor die Wahl gestellt werden, ob sie sich für den chinesischen Weg der autoritären Lenkung via parteiabhängigen Konglomeraten oder für den entfesselten, von amerikanischen Tech-Konzernen auf dem Weg gebrachten Überwachungskapitalismus mit Monopol- und Oligopol-Charakter entscheiden. Vielmehr ist endlich ein europäischer dritter Weg aufzuzeigen, der sich als digitaler Humanismus auf Wertvorstellungen und Rechtsprinzipien Europas stützt (selbst wenn gerade einige Staaten diese Werte in Frage stellen und den Rechtsweg verlassen wollen). Die oft gescholtene Europäische Datenschutzgrundverordnung ist gerade ein Beispiel dafür, wie ein europäisches Modell von Datennutzung und Datenschutz verwirklichen lässt. In Deutschland scheinen aber viele Akteure, allen voran die Datenschützer, noch nicht verstanden zu haben, welche Möglichkeiten in dieser Regulierung stecken. Ein Blick in andere EU-Länder, aber auch auf demokratische Länder Ostasiens könnte die Augen öffnen.

Die Umwälzung der Arbeitswelt – Der Aufstieg von New Work

Mit dem ökonomisch-sozialen Wandel verändern sich – wie die Beiträge in diesem Gesundheitsreport und in den Vorjahren zeigen – Arbeitsformen und

Arbeitsbedingungen. Die Übergänge von abhängiger Beschäftigung und Selbständigkeit werden fließend. Feste Hierarchien und eingespielte Teams werden durch agiles Arbeiten ergänzt oder ersetzt. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verändern das Verhältnis von Vollzeit und Teilzeit. Lebenslanges Lernen wird Teil der Arbeit. Dazu können Sabbaticals und andere Arbeitsbefreiungen genutzt werden. Die lebenslange Beschäftigung beim gleichen Arbeitgeber wird eher zum Ausnahmefall. Digitale Arbeitsformen machen die Arbeit von Arbeitszeit und -ort unabhängig, führen aber auch zur Entgrenzung und zur Entfremdung. Daher verwundert es nicht, dass arbeitsbedingte psychische Belastungen stark ansteigen.

Migration, Demografie, Urbanisierung – Deutschland wird diverser

Schon seit Jahren verändert sich die Gesellschaft. Wichtigster Treiber ist – seit langem bekannt – die demografische Entwicklung, die einen zunehmenden Mangel an Fachkräften auslöst. Dies betrifft auch die im Gesundheits- und Sozialwesen Tätigen. Die Babyboomer-Generation geht in Rente. Die Lebensdauer steigt kontinuierlich an. Folglich steigt die Inanspruchnahme von Leistungen, speziell im Bereich der Altenpflege. Zugleich werden weniger Kinder geboren. Das gilt allerdings nicht für Familien mit Migrationshintergrund. Nach Jahren kontroverser Diskussion und ideologischer Leugnung, dass Deutschland ein Einwanderungsland sei, stabilisiert sich dank freiwilliger Einwanderung – primär aus Ländern der Europäischen Union – und Flucht vor Bürgerkrieg und politischer Verfolgung, Klimawandel, Hunger und wirtschaftlicher Not die Zahl der in Deutschland lebenden Menschen wieder. Das bedeutet jedoch noch lange nicht, dass die Integration all dieser Menschen leicht zu bewerkstelligen ist. Einerseits werden Individualisierung und Diversifizierung – speziell in den Großstädten – als kulturelle Bereicherung wahrgenommen, andererseits nehmen die sozialen Bindungskräfte etablierter Institutionen wie Familien, Gewerkschaften, Kirchen, Dorf- und Stadtteilgemeinschaften ab.

Auch innerhalb des Landes hält der Zuzug in Ballungsgebiete und die Entvölkerung abgelegener Regionen an. Vor allem jüngere Menschen werden durch Bildungsangebote, attraktive Stellen und kulturelle Angebote angezogen. Innerhalb von großen Städten und von Ballungsgebieten entmischen sich soziale Schichten. Gentrifizierung und Immobilien-

preise treiben diese Entwicklung. Selbst Beschäftigte mit mittleren Einkommen können sich Häuser und Wohnungen in der Nähe ihrer Arbeitsplätze immer weniger leisten. Folglich müssen sie größere Wege in Kauf nehmen. Mobilität und Logistik werden zu einem Standortfaktor und erlangen Bedeutung für die individuelle wie die öffentliche Gesundheit.

Klimakrise und ökologische Versäumnisse – Treiber für Global Health

Nur Ignoranten bestreiten noch, dass der Klimawandel von menschlichem Handeln verursacht ist. Der CO₂-Ausstoß ist der wesentliche Faktor für die Erwärmung der Atmosphäre weltweit. Die jüngsten Hitzewellen auf allen Erdteilen und die Extremwetterereignisse nicht nur in diesen Tagen haben uns einen Vorgeschmack gegeben, was uns in den nächsten Jahren und Jahrzehnten erwartet, wenn wir nicht schnell und wirksam gegensteuern. Schon heute zeigen sich zudem Auswirkungen auf die individuelle wie auf die öffentliche Gesundheit. Die Rückkehr bekannter oder das Auftreten neuer Infektionskrankheiten bis hin zu Ausbreitung von Pandemien, die Zunahme der Allergien, das vermehrte Auftreten von Hautkrebs oder der Anstieg von hitzebedingter Mortalität sind messbare Indikatoren, die in einem direkten Zusammenhang mit der Klimakrise stehen. Die Gesundheitssysteme und -einrichtungen auf der ganzen Welt sind auf diese Auswirkungen nicht oder nicht ausreichend vorbereitet.

Der Klimawandel und seine Folgen machen an keiner staatlichen oder natürlichen Grenze halt. Sie lassen sich nicht allein mit nationalen Maßnahmen bekämpfen. Nur wenn internationale verbindliche Absprachen und verpflichtende nationale Umsetzungsstrategien ineinandergreifen, besteht die Chance, eine weitere Verschlimmerung der Auswirkungen zu bremsen oder – bei einer nachhaltigen Wirksamkeit – die Entwicklung zu stoppen. Das Konzept der Globalen Gesundheit (Global Health oder Planetary Health) verlangt konkretes Handeln auf allen Ebenen und in allen Politik-, Wirtschafts- und Lebensbereichen von Ernähren und Wohnen über Arbeiten und Energie bis zu Verkehr und Infrastruktur. Nationale, transnationale und globale Gesundheitspolitik werden zu einer zentralen Querschnittsaufgabe der Regierungen und Parlamente. Sie erfordern verstärkte Kooperations- und Koordinierungsabsprachen in den europäischen und weltweiten Organisationen. Sie verlangen vor allem

internationale Solidarität, speziell des globalen Nordens, der die übergroße Mehrheit der Ressourcen der Welt verbraucht, mit dem globalen Süden, der besonders unter dem Klimawandel leidet und dem Ressourcen fehlen, um eigene große Beiträge zur Trendumkehr zu leisten. Ähnlich wie bei der digitalen Transformation ist es aber mit rein technologischen Ansätzen nicht getan. Klimawandel und Globale Gesundheit verlangen fundamentale Veränderungen der wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse, persönliche Einschränkungen und Verhaltensänderungen sowie einen tiefgreifenden Bewusstseins- und Kulturwandel. Eine Bewahrung des Status Quo oder die Rückkehr in die gute alte Zeit, die uns Wahlplakate und Wahlwerbespots versprochen haben, kann und darf es nicht geben.

Paradigmenwechsel in der Medizin – Die Erinnerung an das Soziale

Von Rudolf Virchow, der vor genau 200 Jahren geboren wurde, stammt die noch heute gültige Feststellung: „Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Großen“. Die innovativen Trends in der Medizin, die sich hinter den Stichpunkten

- Systembiologie und Zellanalyse
- Genomanalyse und Epigenetik
- Personalisierte/stratifizierte Medizin und Systemmedizin
- Disease Interception und prädiktive Medizin
- Big Data und künstliche Intelligenz

verbergen, könnten zur Überwindung von systemischen Grenzen beitragen, wie zum Beispiel zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, die patientenorientierte Steuerung der Prozessketten realisieren und das Zusammenwirken unterschiedlicher Fachrichtungen und Professionen unter Einschluss der Gesundheitsfachberufe auf Augenhöhe in Gang setzen. Auch wenn sie nicht den von amerikanischen Tech-Konzernen gepriesenen Traum der Unsterblichkeit durch die Überwindung von Krankheiten in die Realität versetzen, so dürfen die Potenziale von Forschung und Entwicklung nicht unterschätzt werden. Eine schnelle Translation überzeugender Forschungsergebnisse muss Wirksamkeit, Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung verbessern. Gleichzeitig müssen die im Gesundheitswesen Tätigen, gleich ob als Selbständige oder abhängig Beschäftigte, bestehende Fähigkeiten ausbauen und unbedingt neue Skills lernen.

Nach dem Konzept „Value Based Health Care“ muss dabei der Outcome und nicht die Menge und der Input gemessen und bezahlt werden. Der Blick auf Forschung und Spitzenmedizin darf zudem nicht den Blick verstellen, dass das deutsche Gesundheitssystem erhebliche Mängel beispielsweise bei der Versorgung von Herzinfarkt und Schlaganfall, bei der kontinuierlichen Versorgung chronisch Kranker oder bei der pflegerischen Betreuung daheim oder in stationären Einrichtungen aufweist. Außerdem müssen neuere Erkenntnisse aus der integrativen Medizin und der Psychoneuroimmunologie berücksichtigt werden. Die grundlegende Erkenntnis, dass soziale Ungleichheit und andere soziale Determinanten, wie beispielsweise Bildung und Gesundheitskompetenz, die individuelle und die öffentliche Gesundheit wesentlich bestimmen, gilt unverändert fort. Daraus abgeleitete Strategien und Maßnahmen werden nur unzulänglich umgesetzt. Das liegt auch daran, dass Medizin – anders als von Virchow vorausgesetzt – nicht oder nur unzureichend als soziale Disziplin verstanden wird.

Was lehrt uns die Pandemie? – Wege aus der organisierten Verantwortungslosigkeit

Die Ausbreitung des SARS-Cov-2-Virus und die teilweise letal verlaufenden Covid-19-Erkrankungen haben Deutschland und die Welt weitgehend unvorbereitet getroffen. Zwar existierten auf den unterschiedlichen politischen Ebenen seit Beginn des Jahrtausends mehrfach überarbeitete Pandemiepläne, doch spielten diese in der Frühphase der Epidemie keine Rolle. Die Pandemie wurde zuerst ignoriert, dann unterschätzt und schließlich mit unzureichenden Maßnahmen und überschießenden Eingriffen in Grund- und Freiheitsrechte bekämpft. Von Anfang an gab es keine kohärente Strategie, keine Festlegung klarer Ziele und Prioritäten sowie daraus abgeleiteter Maßnahmen einschließlich der politischen und fachlichen Kommunikation. Die Rechtsgrundlagen für einen wirksamen Rechtsschutz mussten mehrfach nachgebessert werden. Der verfassungsrechtliche Rahmen wurde bis zum Bersten strapaziert. Es wird sich erst noch zeigen, ob das Bundesverfassungsgericht Gesetze, Verordnungen und Maßnahmen als grundgesetzkonform bewertet.

Die schnelle Ausbreitung des Virus hat gnadenlos die Defizite im politischen System der Bundesrepublik und ganz speziell im Gesundheitswesen offenbart. An dieser Stelle sollen nur kurz und exemplarisch genannt werden:

- Die organisierte Unverantwortlichkeit zwischen Bund und Ländern, Europäischer Union und Nationalstaaten, staatlicher Administration und Selbstverwaltung: Aufgaben und Verantwortlichkeiten sind nicht klar zugewiesen und mit klaren Kompetenzen und entsprechenden Ressourcen ausgestattet.
- Die schwache Wirkung der parlamentarischen Kontrolle.
- Die unzureichende Ausstattung von Public Health, insbesondere des öffentlichen Gesundheitsdienstes.
- Der unzureichende Schutz vulnerabler Gruppen (Pflegebedürftige, Alte, Kinder und Jugendliche, chronisch Kranke, Personen mit Handicaps ...).
- Die Verquickung von Politik und Wissenschaft und die einseitige Auswahl von Beratern.

Schlussfolgerungen für die Gesundheitspolitik – Neustart jetzt!

Stärken und Schwächen des deutschen Gesundheitswesens sind in der Pandemie wie unter einem Brennglas zu Tage getreten. Auch im Gesundheitswesen werden fehlende Zielbestimmungen, strategische Mängel, unklare Verantwortlichkeiten, politische und ökonomische Fehlsteuerungen, aktionistische Maßnahmen ohne Evaluation und fehlende inhaltliche Koordination über die Ebenen und zwischen den Akteuren beklagt und deshalb ein umfassender Neustart gefordert. Ein solcher Neustart wird sich nicht länger mit begrenzten inkrementellen Reformschritten erreichen lassen. Vielmehr sollte man eine umfassende Neukodifizierung des Gesundheitsrechts wagen, die auch Korrekturen an der Verfassung nicht ausschließt. Dabei stehen ein Abschied von der Sektorentrennung ebenso auf der Tagesordnung wie Entwicklung neuer wertbasierter Anreiz- und Honorierungssysteme.

Die Gesundheitspolitik in der neuen Legislaturperiode muss also das gesamte Gesundheitssystem an die skizzierten Herausforderungen anpassen. Dieser Beitrag kann nicht tiefer in die Einzelheiten gehen. Dazu hat der BKK-Dachverband ein eigenes Positionspapier und detaillierte Konzepte etwa zur Steuerung patientenorientierter Prozesse mit dem Ziel einer integrierten Versorgung, zur Beschleunigung der digitalen Transformation im Gesundheitswesen, zur Etablierung von kommunalen Pflegezentren oder zur künftigen Preisfestsetzung für innovative Arzneimittel entwickelt. Große Stiftungen und Forschungverbände haben eigene Visionen und Handlungsan-

leitungen zu einem Neustart entwickelt. An dieser Stelle sollten nur die großen Trends beleuchtet werden, die aber gleichwohl Bedeutung für die künftige Arbeit von Krankenkassen im Allgemeinen und von Betriebskrankenkassen im Speziellen haben.

Eine neue künftige Governance – Zur Neubestimmung von Rolle, Markenkern und Verbundstrukturen der Betriebskrankenkassen

Als unverzichtbarer Bestandteil der sozialen Krankenversicherung müssen und wollen sich Betriebskrankenkassen auf die skizzierten Herausforderungen einstellen und Veränderungen proaktiv initiieren und begleiten. Sie sind nah bei ihren Versicherten und eng verbunden mit ihren Trägerbetrieben. Sie sind keine großen Tanker, die lange Bremswege haben und viel Raum für Wendemanöver brauchen. Sie können ihre Vielfalt als Stärke für dezentrale Innovationen nutzen und mit Hilfe eines agilen Verbundsystems kundenferne Prozesse bündeln. Das macht Kapazitäten frei, um Innovationen für ihre Kunden erlebbar zu machen. Diese Innovationen müssen grundsätzlich aus der Versichertenperspektive entwickelt und implementiert werden.

Betriebskrankenkassen brauchen den Vergleich untereinander und mit anderen Kassen nicht zu scheuen: Sie begrüßen Aktivitäten, die Qualität des Kassenmanagements zu messen und zu vergleichen. Betriebskrankenkassen lassen sich nicht auf die Rolle von Finanzämtern des Gesundheitswesens reduzieren. Sie fordern eine aktive Rolle in der Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung ihrer Versicherten und bei der Nutzung der Gesundheit der Beschäftigten für die Erhöhung der Produktivität ihrer Betriebe. Sie

sind grundsätzlich wettbewerblich orientiert, verschließen sich aber nicht einer notwendigen Kooperation mit anderen Krankenkassen, Sozialversicherungsträgern und der Vielfalt der Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen. Sie respektieren das Primat der Politik, aber fordern – wie übrigens von der Verfassung geboten – Spielräume für Selbstverwaltungs-lösungen. Der Staat sollte endlich eine solide Ordnungspolitik betreiben und lediglich Ziele formulieren und einen Rahmen zu deren Erreichung setzen, aber die Feinsteuerung der Selbstverwaltung und – da wo es primär zur Qualitätssteigerung und sekundär zur Optimierung der Ressourcenallokation sinnvoll ist – auch marktlicher Konkurrenz überlassen.

Die Politik in der neuen Legislaturperiode sollte also

- klare ordnungspolitische Überlegungen erkennen lassen,
- Regulierungsmenge und -dichte zurückfahren,
- Vorrang für Integration und Digitalisierung einräumen und
- Spielräume für Innovationen und Experimente schaffen.

Der Verbund der Betriebskrankenkassen kann den Rest ohne Gängelung durch Politik und Aufsicht schaffen.

Der Beitrag ist eine aktualisierte und grundlegend überarbeitete Fassung des Artikels „Das Gesundheitswesen vor aktuellen Herausforderungen – Der Rahmen für einen Neubeginn“ im BKK Heft 5/2021, 6–17. Dort findet sich auch eine ausführliche Liste weiterführender Literatur.

Anhang

A	Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	460
B	Systematische Verzeichnisse	468

Verzeichnis des Anhangs

A	Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	460
A.1	AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)	460
A.1.1	Pflichtmitglieder insgesamt	460
A.1.2	Beschäftigte Pflichtmitglieder	461
A.1.3	Teilzeitbeschäftigte	462
A.1.4	Arbeitslose (ALG-I)	463
A.1.5	Freiwillige Mitglieder insgesamt	464
A.1.6	Beschäftigte freiwillige Mitglieder	465
A.1.7	Mitglieder ohne Rentner	466
A.1.8	Beschäftigte Mitglieder insgesamt	467
B	Systematische Verzeichnisse	468
B.1	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision German Modification (ICD-10-GM-2020)	468
	Diagnosehauptgruppen und Diagnoseuntergruppen nach dem ICD-10-GM Schlüssel	468
B.2	Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC 2020)	474
	ATC-Hauptgruppen und ATC-Untergruppen nach der ATC-Klassifikation	474
B.3	Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008)	477
	Wirtschaftsabschnitte und -abteilungen nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008)	477
B.4	Klassifikation der Berufe, Ausgabe 2010 (KldB 2010)	480
	Berufssektoren, -segmente und Berufshauptgruppen nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010)	480

Die digitale Aufbereitung des BKK Gesundheitsreports wird mit dieser Ausgabe fortgeschrieben. Die AU-Kennzahlen des **»»»** Tabellenanhangs A werden in digitaler Form zur Verfügung gestellt. Eine Ausnahme bildet **»»»** Tabelle A.1, die als Übersichtstabelle im Report verbleibt. Damit kommen wir den Wünschen der Nutzer entgegen, die solche Kennzahlen verwenden bzw. weiterverarbeiten wollen. Alle Dateien sowie weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite des BKK Dachverbandes. Wenn Sie hierzu oder zum BKK Gesundheitsreport allgemein Fragen haben, können Sie uns diese gern über Gesundheitsberichte@bkk-dv.de zusenden.

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

A.1.1 Pflichtmitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	224.218	1.572.616	11,47	80,5	7,0	0,22
	Frauen	209.847	1.536.179	11,03	80,8	7,3	0,22
	Gesamt	434.065	3.108.795	11,26	80,6	7,2	0,22
Neubildungen (C00–D48)	Männer	36.170	1.161.643	1,85	59,4	32,1	0,16
	Frauen	45.726	1.860.749	2,40	97,8	40,7	0,27
	Gesamt	81.896	3.022.392	2,12	78,4	36,9	0,21
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	12.220	247.436	0,63	12,7	20,3	0,03
	Frauen	12.851	236.959	0,68	12,5	18,4	0,03
	Gesamt	25.071	484.395	0,65	12,6	19,3	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	126.435	5.882.671	6,47	301,0	46,5	0,82
	Frauen	183.097	8.336.394	9,63	438,3	45,5	1,20
	Gesamt	309.532	14.219.065	8,03	368,7	45,9	1,01
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	51.664	953.157	2,64	48,8	18,5	0,13
	Frauen	75.418	1.077.095	3,97	56,6	14,3	0,15
	Gesamt	127.082	2.030.252	3,30	52,6	16,0	0,14
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	31.668	290.188	1,62	14,9	9,2	0,04
	Frauen	28.864	243.308	1,52	12,8	8,4	0,03
	Gesamt	60.532	533.496	1,57	13,8	8,8	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	23.044	263.524	1,18	13,5	11,4	0,04
	Frauen	27.191	310.367	1,43	16,3	11,4	0,04
	Gesamt	50.235	573.891	1,30	14,9	11,4	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	67.553	2.028.977	3,46	103,8	30,0	0,28
	Frauen	50.406	1.028.869	2,65	54,1	20,4	0,15
	Gesamt	117.959	3.057.846	3,06	79,3	25,9	0,22
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	573.863	4.850.697	29,36	248,2	8,5	0,68
	Frauen	645.626	5.398.360	33,94	283,8	8,4	0,78
	Gesamt	1.219.489	10.249.057	31,62	265,8	8,4	0,73
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	223.032	1.789.754	11,41	91,6	8,0	0,25
	Frauen	197.465	1.390.857	10,38	73,1	7,0	0,20
	Gesamt	420.497	3.180.611	10,90	82,5	7,6	0,23
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	36.294	579.714	1,86	29,7	16,0	0,08
	Frauen	25.987	350.296	1,37	18,4	13,5	0,05
	Gesamt	62.281	930.010	1,61	24,1	14,9	0,07
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	488.689	10.736.600	25,00	549,3	22,0	1,50
	Frauen	344.781	8.365.846	18,13	439,8	24,3	1,20
	Gesamt	833.470	19.102.446	21,61	495,3	22,9	1,35
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	28.588	392.419	1,46	20,1	13,7	0,05
	Frauen	77.083	742.301	4,05	39,0	9,6	0,11
	Gesamt	105.671	1.134.720	2,74	29,4	10,7	0,08
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	42.512	498.354	2,24	26,2	11,7	0,07
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	153.665	1.683.179	7,86	86,1	11,0	0,24
	Frauen	185.372	1.939.703	9,75	102,0	10,5	0,28
	Gesamt	339.037	3.622.882	8,79	93,9	10,7	0,26
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	208.804	4.988.270	10,68	255,2	23,9	0,70
	Frauen	138.588	3.253.932	7,29	171,1	23,5	0,47
	Gesamt	347.392	8.242.202	9,01	213,7	23,7	0,58
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	33.754	830.139	1,73	42,5	24,6	0,12
	Frauen	43.403	1.022.499	2,28	53,8	23,6	0,15
	Gesamt	77.157	1.852.638	2,00	48,0	24,0	0,13
Gesamt	Männer	2.344.627	38.550.035	119,96	1.972,4	16,4	5,39
	Frauen	2.364.059	37.931.594	124,29	1.994,2	16,1	5,45
	Gesamt	4.708.686	76.481.629	122,10	1.983,2	16,2	5,42
davon Arbeitsunfälle	Männer	77.869	1.973.200	3,98	101,0	25,3	0,28
	Frauen	37.597	917.681	1,98	48,3	24,4	0,13
	Gesamt	115.466	2.890.881	2,99	75,0	25,0	0,20
davon Refahfälle	Männer	38.407	1.291.501	1,97	66,1	33,6	0,18
	Frauen	37.855	1.255.127	1,99	66,0	33,2	0,18
	Gesamt	76.262	2.546.628	1,98	66,0	33,4	0,18

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

A.1.2 Beschäftigte Pflichtmitglieder

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	222.004	1.550.148	11,83	82,6	7,0	0,23
	Frauen	207.915	1.513.426	11,32	82,4	7,3	0,23
	Gesamt	429.919	3.063.574	11,58	82,5	7,1	0,23
Neubildungen (C00–D48)	Männer	34.940	1.088.263	1,86	58,0	31,2	0,16
	Frauen	44.292	1.768.607	2,41	96,3	39,9	0,26
	Gesamt	79.232	2.856.870	2,13	76,9	36,1	0,21
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	11.845	231.919	0,63	12,4	19,6	0,03
	Frauen	12.477	224.717	0,68	12,2	18,0	0,03
	Gesamt	24.322	456.636	0,65	12,3	18,8	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	118.827	5.168.819	6,33	275,5	43,5	0,75
	Frauen	175.396	7.554.871	9,55	411,3	43,1	1,12
	Gesamt	294.223	12.723.690	7,92	342,7	43,3	0,94
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	50.254	889.361	2,68	47,4	17,7	0,13
	Frauen	73.822	1.015.465	4,02	55,3	13,8	0,15
	Gesamt	124.076	1.904.826	3,34	51,3	15,4	0,14
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	31.240	278.846	1,66	14,9	8,9	0,04
	Frauen	28.530	237.323	1,55	12,9	8,3	0,04
	Gesamt	59.770	516.169	1,61	13,9	8,6	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	22.750	251.714	1,21	13,4	11,1	0,04
	Frauen	26.864	302.299	1,46	16,5	11,3	0,04
	Gesamt	49.614	554.013	1,34	14,9	11,2	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	65.185	1.921.690	3,47	102,4	29,5	0,28
	Frauen	49.267	983.343	2,68	53,5	20,0	0,15
	Gesamt	114.452	2.905.033	3,08	78,2	25,4	0,21
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	568.918	4.786.591	30,32	255,1	8,4	0,70
	Frauen	640.265	5.332.437	34,85	290,3	8,3	0,79
	Gesamt	1.209.183	10.119.028	32,56	272,5	8,4	0,74
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	220.007	1.727.256	11,73	92,1	7,9	0,25
	Frauen	195.121	1.353.252	10,62	73,7	6,9	0,20
	Gesamt	415.128	3.080.508	11,18	83,0	7,4	0,23
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	35.693	558.898	1,90	29,8	15,7	0,08
	Frauen	25.567	338.306	1,39	18,4	13,2	0,05
	Gesamt	61.260	897.204	1,65	24,2	14,7	0,07
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	480.267	10.258.310	25,60	546,7	21,4	1,49
	Frauen	337.677	7.975.046	18,38	434,1	23,6	1,19
	Gesamt	817.944	18.233.356	22,03	491,0	22,3	1,34
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	27.823	378.191	1,48	20,2	13,6	0,06
	Frauen	75.825	719.553	4,13	39,2	9,5	0,11
	Gesamt	103.648	1.097.744	2,79	29,6	10,6	0,08
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	41.575	485.573	2,26	26,4	11,7	0,07
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	150.925	1.617.188	8,04	86,2	10,7	0,24
	Frauen	182.546	1.872.337	9,94	101,9	10,3	0,28
	Gesamt	333.471	3.489.525	8,98	94,0	10,5	0,26
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	205.661	4.853.210	10,96	258,7	23,6	0,71
	Frauen	136.363	3.153.933	7,42	171,7	23,1	0,47
	Gesamt	342.024	8.007.143	9,21	215,6	23,4	0,59
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	32.943	778.929	1,76	41,5	23,6	0,11
	Frauen	42.585	976.295	2,32	53,2	22,9	0,15
	Gesamt	75.528	1.755.224	2,03	47,3	23,2	0,13
Gesamt	Männer	2.303.881	36.629.780	122,79	1.952,2	15,9	5,33
	Frauen	2.325.583	36.139.051	126,60	1.967,3	15,5	5,38
	Gesamt	4.629.464	72.768.831	124,67	1.959,7	15,7	5,35
davon Arbeitsunfälle	Männer	77.500	1.950.922	4,13	104,0	25,2	0,28
	Frauen	37.384	903.887	2,04	49,2	24,2	0,13
	Gesamt	114.884	2.854.809	3,09	76,9	24,9	0,21
davon Refahfälle	Männer	34.751	1.164.188	1,85	62,1	33,5	0,17
	Frauen	34.562	1.154.843	1,88	62,9	33,4	0,17
	Gesamt	69.313	2.319.031	1,87	62,5	33,5	0,17

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

A.1.3 Teilzeitbeschäftigte

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	16.622	133.166	8,73	69,9	8,0	0,19
	Frauen	97.876	749.420	10,53	80,6	7,7	0,22
	Gesamt	114.498	882.586	10,22	78,8	7,7	0,22
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.825	93.917	1,48	49,3	33,2	0,13
	Frauen	24.000	1.030.642	2,58	110,9	42,9	0,30
	Gesamt	26.825	1.124.559	2,40	100,4	41,9	0,27
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E00–E90)	Männer	1.031	20.580	0,54	10,8	20,0	0,03
	Frauen	5.895	115.510	0,63	12,4	19,6	0,03
	Gesamt	6.926	136.090	0,62	12,2	19,7	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	13.275	639.861	6,97	335,9	48,2	0,92
	Frauen	90.379	3.937.145	9,72	423,6	43,6	1,16
	Gesamt	103.654	4.577.006	9,25	408,7	44,2	1,12
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	4.402	91.772	2,31	48,2	20,9	0,13
	Frauen	32.663	543.239	3,51	58,4	16,6	0,16
	Gesamt	37.065	635.011	3,31	56,7	17,1	0,15
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.233	24.335	1,17	12,8	10,9	0,03
	Frauen	14.169	130.083	1,52	14,0	9,2	0,04
	Gesamt	16.402	154.418	1,46	13,8	9,4	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.825	23.533	0,96	12,4	12,9	0,03
	Frauen	13.519	161.576	1,45	17,4	12,0	0,05
	Gesamt	15.344	185.109	1,37	16,5	12,1	0,05
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	5.463	176.277	2,87	92,6	32,3	0,25
	Frauen	25.850	554.528	2,78	59,7	21,5	0,16
	Gesamt	31.313	730.805	2,80	65,3	23,3	0,18
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	45.819	417.658	24,06	219,3	9,1	0,60
	Frauen	318.073	2.759.635	34,22	296,9	8,7	0,81
	Gesamt	363.892	3.177.293	32,49	283,7	8,7	0,78
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	16.198	147.011	8,50	77,2	9,1	0,21
	Frauen	91.584	670.061	9,85	72,1	7,3	0,20
	Gesamt	107.782	817.072	9,62	73,0	7,6	0,20
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	2.580	44.767	1,35	23,5	17,4	0,06
	Frauen	12.049	169.471	1,30	18,2	14,1	0,05
	Gesamt	14.629	214.238	1,31	19,1	14,6	0,05
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	35.330	777.505	18,55	408,2	22,0	1,12
	Frauen	179.370	4.464.681	19,30	480,3	24,9	1,31
	Gesamt	214.700	5.242.186	19,17	468,0	24,4	1,28
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.502	37.697	1,31	19,8	15,1	0,05
	Frauen	34.992	371.336	3,76	40,0	10,6	0,11
	Gesamt	37.494	409.033	3,35	36,5	10,9	0,10
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	15.491	188.300	1,67	20,3	12,2	0,06
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	12.057	145.582	6,33	76,4	12,1	0,21
	Frauen	82.788	936.298	8,91	100,7	11,3	0,28
	Gesamt	94.845	1.081.880	8,47	96,6	11,4	0,26
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	14.564	383.507	7,65	201,3	26,3	0,55
	Frauen	67.572	1.694.704	7,27	182,3	25,1	0,50
	Gesamt	82.136	2.078.211	7,33	185,6	25,3	0,51
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	2.790	64.273	1,46	33,7	23,0	0,09
	Frauen	21.241	512.475	2,29	55,1	24,1	0,15
	Gesamt	24.031	576.748	2,15	51,5	24,0	0,14
Gesamt	Männer	181.532	3.247.359	95,31	1.704,9	17,9	4,66
	Frauen	1.142.455	19.164.161	122,90	2.061,7	16,8	5,63
	Gesamt	1.323.987	22.411.520	118,21	2.001,0	16,9	5,47
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.866	141.547	2,55	74,3	29,1	0,20
	Frauen	17.151	443.973	1,85	47,8	25,9	0,13
	Gesamt	22.017	585.520	1,97	52,3	26,6	0,14
davon Refahfälle	Männer	3.001	102.007	1,58	53,6	34,0	0,15
	Frauen	17.645	590.930	1,90	63,6	33,5	0,17
	Gesamt	20.646	692.937	1,84	61,9	33,6	0,17

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

A.1.4 Arbeitslose (ALG-I)

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	1.678	19.558	2,42	28,2	11,7	0,08
	Frauen	1.467	19.423	2,58	34,2	13,2	0,09
	Gesamt	3.145	38.981	2,49	30,9	12,4	0,08
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.159	71.109	1,67	102,5	61,4	0,28
	Frauen	1.296	86.948	2,28	152,9	67,1	0,42
	Gesamt	2.455	158.057	1,94	125,2	64,4	0,34
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	342	14.728	0,49	21,2	43,1	0,06
	Frauen	334	11.828	0,59	20,8	35,4	0,06
	Gesamt	676	26.556	0,54	21,0	39,3	0,06
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	6.827	681.692	9,84	982,6	99,9	2,68
	Frauen	6.877	749.940	12,09	1.318,9	109,1	3,60
	Gesamt	13.704	1.431.632	10,86	1.134,1	104,5	3,10
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.193	60.753	1,72	87,6	50,9	0,24
	Frauen	1.261	58.074	2,22	102,1	46,1	0,28
	Gesamt	2.454	118.827	1,94	94,1	48,4	0,26
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	358	10.364	0,52	14,9	29,0	0,04
	Frauen	285	5.759	0,50	10,1	20,2	0,03
	Gesamt	643	16.123	0,51	12,8	25,1	0,03
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	261	10.817	0,38	15,6	41,4	0,04
	Frauen	273	7.471	0,48	13,1	27,4	0,04
	Gesamt	534	18.288	0,42	14,5	34,3	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.195	104.408	3,16	150,5	47,6	0,41
	Frauen	990	41.867	1,74	73,6	42,3	0,20
	Gesamt	3.185	146.275	2,52	115,9	45,9	0,32
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	3.935	56.299	5,67	81,2	14,3	0,22
	Frauen	4.233	57.184	7,44	100,6	13,5	0,27
	Gesamt	8.168	113.483	6,47	89,9	13,9	0,25
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	2.558	57.850	3,69	83,4	22,6	0,23
	Frauen	1.947	34.597	3,42	60,9	17,8	0,17
	Gesamt	4.505	92.447	3,57	73,2	20,5	0,20
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	545	19.623	0,79	28,3	36,0	0,08
	Frauen	374	11.265	0,66	19,8	30,1	0,05
	Gesamt	919	30.888	0,73	24,5	33,6	0,07
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	7.534	456.462	10,86	658,0	60,6	1,80
	Frauen	6.212	371.821	10,93	653,9	59,9	1,79
	Gesamt	13.746	828.283	10,89	656,1	60,3	1,79
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	683	13.446	0,98	19,4	19,7	0,05
	Frauen	1.073	20.758	1,89	36,5	19,4	0,10
	Gesamt	1.756	34.204	1,39	27,1	19,5	0,07
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	900	12.080	1,58	21,3	13,4	0,06
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.300	62.611	3,32	90,3	27,2	0,25
	Frauen	2.295	60.900	4,04	107,1	26,5	0,29
	Gesamt	4.595	123.511	3,64	97,8	26,9	0,27
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.848	129.639	4,11	186,9	45,5	0,51
	Frauen	1.952	92.834	3,43	163,3	47,6	0,45
	Gesamt	4.800	222.473	3,80	176,2	46,4	0,48
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	736	49.391	1,06	71,2	67,1	0,19
	Frauen	734	43.985	1,29	77,4	59,9	0,21
	Gesamt	1.470	93.376	1,16	74,0	63,5	0,20
Gesamt	Männer	35.460	1.826.742	51,11	2.633,1	51,5	7,19
	Frauen	32.798	1.693.453	57,68	2.978,3	51,6	8,14
	Gesamt	68.258	3.520.195	54,07	2.788,6	51,6	7,62
davon Arbeitsunfälle	Männer	323	21.680	0,47	31,3	67,1	0,09
	Frauen	170	12.708	0,30	22,4	74,8	0,06
	Gesamt	493	34.388	0,39	27,2	69,8	0,07
davon Refahfälle	Männer	2.593	111.597	3,74	160,9	43,0	0,44
	Frauen	2.220	83.578	3,90	147,0	37,7	0,40
	Gesamt	4.813	195.175	3,81	154,6	40,6	0,42

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

A.1.5 Freiwillige Mitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	30.157	221.972	4,49	33,1	7,4	0,09
	Frauen	7.444	59.880	3,12	25,1	8,0	0,07
	Gesamt	37.601	281.852	4,13	31,0	7,5	0,08
Neubildungen (C00–D48)	Männer	11.660	290.690	1,74	43,3	24,9	0,12
	Frauen	3.868	133.233	1,62	55,8	34,4	0,15
	Gesamt	15.528	423.923	1,71	46,6	27,3	0,13
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E00–E90)	Männer	2.062	34.281	0,31	5,1	16,6	0,01
	Frauen	704	11.153	0,30	4,7	15,8	0,01
	Gesamt	2.766	45.434	0,30	5,0	16,4	0,01
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	19.866	907.546	2,96	135,2	45,7	0,37
	Frauen	8.192	366.784	3,43	153,7	44,8	0,42
	Gesamt	28.058	1.274.330	3,08	140,1	45,4	0,38
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	7.950	137.886	1,18	20,6	17,3	0,06
	Frauen	3.066	45.506	1,29	19,1	14,8	0,05
	Gesamt	11.016	183.392	1,21	20,2	16,7	0,06
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	7.165	58.222	1,07	8,7	8,1	0,02
	Frauen	1.973	14.709	0,83	6,2	7,5	0,02
	Gesamt	9.138	72.931	1,00	8,0	8,0	0,02
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	5.237	61.901	0,78	9,2	11,8	0,03
	Frauen	1.412	17.080	0,59	7,2	12,1	0,02
	Gesamt	6.649	78.981	0,73	8,7	11,9	0,02
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	14.477	349.448	2,16	52,1	24,1	0,14
	Frauen	2.279	38.976	0,96	16,3	17,1	0,04
	Gesamt	16.756	388.424	1,84	42,7	23,2	0,12
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	104.468	811.448	15,57	120,9	7,8	0,33
	Frauen	28.116	216.677	11,78	90,8	7,7	0,25
	Gesamt	132.584	1.028.125	14,58	113,0	7,8	0,31
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	43.767	287.480	6,52	42,8	6,6	0,12
	Frauen	9.849	60.810	4,13	25,5	6,2	0,07
	Gesamt	53.616	348.290	5,89	38,3	6,5	0,10
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	4.442	49.696	0,66	7,4	11,2	0,02
	Frauen	1.058	11.623	0,44	4,9	11,0	0,01
	Gesamt	5.500	61.319	0,60	6,7	11,2	0,02
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	60.802	1.162.889	9,06	173,3	19,1	0,47
	Frauen	12.046	241.319	5,05	101,1	20,0	0,28
	Gesamt	72.848	1.404.208	8,01	154,4	19,3	0,42
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	7.167	71.828	1,07	10,7	10,0	0,03
	Frauen	3.988	34.260	1,67	14,4	8,6	0,04
	Gesamt	11.155	106.088	1,23	11,7	9,5	0,03
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	3.424	37.899	1,44	15,9	11,1	0,04
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	23.599	241.670	3,52	36,0	10,2	0,10
	Frauen	7.891	85.762	3,31	36,0	10,9	0,10
	Gesamt	31.490	327.432	3,46	36,0	10,4	0,10
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	25.779	574.063	3,84	85,6	22,3	0,23
	Frauen	6.263	142.942	2,62	59,9	22,8	0,16
	Gesamt	32.042	717.005	3,52	78,8	22,4	0,22
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	8.741	148.170	1,30	22,1	17,0	0,06
	Frauen	2.654	50.588	1,11	21,2	19,1	0,06
	Gesamt	11.395	198.758	1,25	21,9	17,4	0,06
Gesamt	Männer	381.812	5.461.383	56,90	813,8	14,3	2,22
	Frauen	105.403	1.583.708	44,18	663,8	15,0	1,81
	Gesamt	487.215	7.045.091	53,56	774,5	14,5	2,12
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.618	129.271	0,69	19,3	28,0	0,05
	Frauen	1.140	30.452	0,48	12,8	26,7	0,03
	Gesamt	5.758	159.723	0,63	17,6	27,7	0,05
davon Refahfälle	Männer	8.082	235.579	1,20	35,1	29,2	0,10
	Frauen	2.054	64.515	0,86	27,0	31,4	0,07
	Gesamt	10.136	300.094	1,11	33,0	29,6	0,09

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

A.1.6 Beschäftigte freiwillige Mitglieder

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	30.032	220.889	5,67	41,7	7,4	0,11
	Frauen	7.333	59.013	5,41	43,6	8,1	0,12
	Gesamt	37.365	279.902	5,62	42,1	7,5	0,11
Neubildungen (C00–D48)	Männer	11.604	288.005	2,19	54,3	24,8	0,15
	Frauen	3.809	130.682	2,81	96,5	34,3	0,26
	Gesamt	15.413	418.687	2,32	62,9	27,2	0,17
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.051	33.825	0,39	6,4	16,5	0,02
	Frauen	697	11.053	0,51	8,2	15,9	0,02
	Gesamt	2.748	44.878	0,41	6,7	16,3	0,02
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	19.632	896.312	3,70	169,1	45,7	0,46
	Frauen	7.990	357.373	5,90	263,8	44,7	0,72
	Gesamt	27.622	1.253.685	4,15	188,4	45,4	0,51
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	7.916	137.036	1,49	25,9	17,3	0,07
	Frauen	3.016	44.386	2,23	32,8	14,7	0,09
	Gesamt	10.932	181.422	1,64	27,3	16,6	0,07
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	7.144	57.858	1,35	10,9	8,1	0,03
	Frauen	1.953	14.522	1,44	10,7	7,4	0,03
	Gesamt	9.097	72.380	1,37	10,9	8,0	0,03
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	5.227	61.840	0,99	11,7	11,8	0,03
	Frauen	1.388	16.920	1,02	12,5	12,2	0,03
	Gesamt	6.615	78.760	0,99	11,8	11,9	0,03
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	14.413	347.534	2,72	65,6	24,1	0,18
	Frauen	2.247	38.340	1,66	28,3	17,1	0,08
	Gesamt	16.660	385.874	2,50	58,0	23,2	0,16
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	104.115	808.198	19,65	152,5	7,8	0,42
	Frauen	27.665	212.148	20,42	156,6	7,7	0,43
	Gesamt	131.780	1.020.346	19,80	153,3	7,7	0,42
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	43.624	285.808	8,23	53,9	6,6	0,15
	Frauen	9.747	60.074	7,20	44,4	6,2	0,12
	Gesamt	53.371	345.882	8,02	52,0	6,5	0,14
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	4.421	49.524	0,83	9,3	11,2	0,03
	Frauen	1.041	11.246	0,77	8,3	10,8	0,02
	Gesamt	5.462	60.770	0,82	9,1	11,1	0,02
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	60.504	1.154.551	11,42	217,9	19,1	0,60
	Frauen	11.833	236.212	8,74	174,4	20,0	0,48
	Gesamt	72.337	1.390.763	10,87	209,0	19,2	0,57
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	7.139	71.376	1,35	13,5	10,0	0,04
	Frauen	3.930	33.764	2,90	24,9	8,6	0,07
	Gesamt	11.069	105.140	1,66	15,8	9,5	0,04
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	3.390	37.467	2,50	27,7	11,1	0,08
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	23.471	238.823	4,43	45,1	10,2	0,12
	Frauen	7.741	83.493	5,72	61,6	10,8	0,17
	Gesamt	31.212	322.316	4,69	48,4	10,3	0,13
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	25.496	560.828	4,81	105,8	22,0	0,29
	Frauen	6.045	136.078	4,46	100,5	22,5	0,27
	Gesamt	31.541	696.906	4,74	104,7	22,1	0,29
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	8.701	146.585	1,64	27,7	16,9	0,08
	Frauen	2.617	49.736	1,93	36,7	19,0	0,10
	Gesamt	11.318	196.321	1,70	29,5	17,4	0,08
Gesamt	Männer	379.947	5.411.005	71,69	1.021,0	14,2	2,79
	Frauen	103.595	1.546.679	76,48	1.141,9	14,9	3,12
	Gesamt	483.542	6.957.684	72,67	1.045,6	14,4	2,86
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.468	118.477	0,84	22,4	26,5	0,06
	Frauen	1.034	25.106	0,76	18,5	24,3	0,05
	Gesamt	5.502	143.583	0,83	21,6	26,1	0,06
davon Refahfälle	Männer	8.022	233.800	1,51	44,1	29,1	0,12
	Frauen	2.028	63.446	1,50	46,8	31,3	0,13
	Gesamt	10.050	297.246	1,51	44,7	29,6	0,12

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

A.1.7 Mitglieder ohne Rentner

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	254.375	1.794.588	9,69	68,4	7,1	0,19
	Frauen	217.291	1.596.059	10,15	74,6	7,4	0,20
	Gesamt	471.666	3.390.647	9,90	71,1	7,2	0,19
Neubildungen (C00–D48)	Männer	47.830	1.452.333	1,82	55,3	30,4	0,15
	Frauen	49.594	1.993.982	2,32	93,2	40,2	0,25
	Gesamt	97.424	3.446.315	2,04	72,3	35,4	0,20
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E00–E90)	Männer	14.282	281.717	0,54	10,7	19,7	0,03
	Frauen	13.555	248.112	0,63	11,6	18,3	0,03
	Gesamt	27.837	529.829	0,58	11,1	19,0	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	146.301	6.790.217	5,57	258,6	46,4	0,71
	Frauen	191.289	8.703.178	8,94	406,6	45,5	1,11
	Gesamt	337.590	15.493.395	7,08	325,1	45,9	0,89
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	59.614	1.091.043	2,27	41,6	18,3	0,11
	Frauen	78.484	1.122.601	3,67	52,4	14,3	0,14
	Gesamt	138.098	2.213.644	2,90	46,4	16,0	0,13
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	38.833	348.410	1,48	13,3	9,0	0,04
	Frauen	30.837	258.017	1,44	12,1	8,4	0,03
	Gesamt	69.670	606.427	1,46	12,7	8,7	0,03
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	28.281	325.425	1,08	12,4	11,5	0,03
	Frauen	28.603	327.447	1,34	15,3	11,5	0,04
	Gesamt	56.884	652.872	1,19	13,7	11,5	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	82.030	2.378.425	3,12	90,6	29,0	0,25
	Frauen	52.685	1.067.845	2,46	49,9	20,3	0,14
	Gesamt	134.715	3.446.270	2,83	72,3	25,6	0,20
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	678.331	5.662.145	25,84	215,7	8,4	0,59
	Frauen	673.742	5.615.037	31,47	262,3	8,3	0,72
	Gesamt	1.352.073	11.277.182	28,37	236,6	8,3	0,65
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	266.799	2.077.234	10,16	79,1	7,8	0,22
	Frauen	207.314	1.451.667	9,68	67,8	7,0	0,19
	Gesamt	474.113	3.528.901	9,95	74,0	7,4	0,20
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	40.736	629.410	1,55	24,0	15,5	0,07
	Frauen	27.045	361.919	1,26	16,9	13,4	0,05
	Gesamt	67.781	991.329	1,42	20,8	14,6	0,06
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	549.491	11.899.489	20,93	453,2	21,7	1,24
	Frauen	356.827	8.607.165	16,67	402,1	24,1	1,10
	Gesamt	906.318	20.506.654	19,02	430,3	22,6	1,18
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	35.755	464.247	1,36	17,7	13,0	0,05
	Frauen	81.071	776.561	3,79	36,3	9,6	0,10
	Gesamt	116.826	1.240.808	2,45	26,0	10,6	0,07
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	45.936	536.253	2,15	25,1	11,7	0,07
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	177.264	1.924.849	6,75	73,3	10,9	0,20
	Frauen	193.263	2.025.465	9,03	94,6	10,5	0,26
	Gesamt	370.527	3.950.314	7,77	82,9	10,7	0,23
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	234.583	5.562.333	8,93	211,9	23,7	0,58
	Frauen	144.851	3.396.874	6,77	158,7	23,5	0,43
	Gesamt	379.434	8.959.207	7,96	188,0	23,6	0,51
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	42.495	978.309	1,62	37,3	23,0	0,10
	Frauen	46.057	1.073.087	2,15	50,1	23,3	0,14
	Gesamt	88.552	2.051.396	1,86	43,0	23,2	0,12
Gesamt	Männer	2.726.439	44.011.418	103,84	1.676,3	16,1	4,58
	Frauen	2.469.462	39.515.302	115,36	1.845,9	16,0	5,04
	Gesamt	5.195.901	83.526.720	109,02	1.752,5	16,1	4,79
davon Arbeitsunfälle	Männer	82.487	2.102.471	3,14	80,1	25,5	0,22
	Frauen	38.737	948.133	1,81	44,3	24,5	0,12
	Gesamt	121.224	3.050.604	2,54	64,0	25,2	0,17
davon Rehafälle	Männer	46.489	1.527.080	1,77	58,2	32,9	0,16
	Frauen	39.909	1.319.642	1,86	61,7	33,1	0,17
	Gesamt	86.398	2.846.722	1,81	59,7	33,0	0,16

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2020)

A.1.8 Beschäftigte Mitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	252.036	1.771.037	10,47	73,6	7,0	0,20
	Frauen	215.248	1.572.439	10,91	79,7	7,3	0,22
	Gesamt	467.284	3.343.476	10,67	76,4	7,2	0,21
Neubildungen (C00-D48)	Männer	46.544	1.376.268	1,93	57,2	29,6	0,16
	Frauen	48.101	1.899.289	2,44	96,3	39,5	0,26
	Gesamt	94.645	3.275.557	2,16	74,8	34,6	0,20
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	13.896	265.744	0,58	11,0	19,1	0,03
	Frauen	13.174	235.770	0,67	12,0	17,9	0,03
	Gesamt	27.070	501.514	0,62	11,5	18,5	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	138.459	6.065.131	5,75	252,1	43,8	0,69
	Frauen	183.386	7.912.244	9,30	401,1	43,2	1,10
	Gesamt	321.845	13.977.375	7,35	319,2	43,4	0,87
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	58.170	1.026.397	2,42	42,7	17,6	0,12
	Frauen	76.838	1.059.851	3,90	53,7	13,8	0,15
	Gesamt	135.008	2.086.248	3,08	47,6	15,5	0,13
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	38.384	336.704	1,60	14,0	8,8	0,04
	Frauen	30.483	251.845	1,55	12,8	8,3	0,03
	Gesamt	68.867	588.549	1,57	13,4	8,6	0,04
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	27.977	313.554	1,16	13,0	11,2	0,04
	Frauen	28.252	319.219	1,43	16,2	11,3	0,04
	Gesamt	56.229	632.773	1,28	14,5	11,3	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	79.598	2.269.224	3,31	94,3	28,5	0,26
	Frauen	51.514	1.021.683	2,61	51,8	19,8	0,14
	Gesamt	131.112	3.290.907	2,99	75,2	25,1	0,21
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	673.033	5.594.789	27,97	232,5	8,3	0,64
	Frauen	667.930	5.544.585	33,86	281,1	8,3	0,77
	Gesamt	1.340.963	11.139.374	30,62	254,4	8,3	0,70
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	263.631	2.013.064	10,96	83,7	7,6	0,23
	Frauen	204.868	1.413.326	10,39	71,7	6,9	0,20
	Gesamt	468.499	3.426.390	10,70	78,3	7,3	0,21
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	40.114	608.422	1,67	25,3	15,2	0,07
	Frauen	26.608	349.552	1,35	17,7	13,1	0,05
	Gesamt	66.722	957.974	1,52	21,9	14,4	0,06
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	540.771	11.412.861	22,47	474,3	21,1	1,30
	Frauen	349.510	8.211.258	17,72	416,3	23,5	1,14
	Gesamt	890.281	19.624.119	20,33	448,2	22,0	1,22
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	34.962	449.567	1,45	18,7	12,9	0,05
	Frauen	79.755	753.317	4,04	38,2	9,5	0,10
	Gesamt	114.717	1.202.884	2,62	27,5	10,5	0,08
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	44.965	523.040	2,28	26,5	11,6	0,07
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	174.396	1.856.011	7,25	77,1	10,6	0,21
	Frauen	190.287	1.955.830	9,65	99,2	10,3	0,27
	Gesamt	364.683	3.811.841	8,33	87,1	10,5	0,24
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	231.157	5.414.038	9,61	225,0	23,4	0,61
	Frauen	142.408	3.290.011	7,22	166,8	23,1	0,46
	Gesamt	373.565	8.704.049	8,53	198,8	23,3	0,54
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	41.644	925.514	1,73	38,5	22,2	0,11
	Frauen	45.202	1.026.031	2,29	52,0	22,7	0,14
	Gesamt	86.846	1.951.545	1,98	44,6	22,5	0,12
Gesamt	Männer	2.683.828	42.040.785	111,53	1.747,1	15,7	4,77
	Frauen	2.429.178	37.685.730	123,15	1.910,6	15,5	5,22
	Gesamt	5.113.006	79.726.515	116,77	1.820,8	15,6	4,97
davon Arbeitsunfälle	Männer	81.968	2.069.399	3,41	86,0	25,3	0,23
	Frauen	38.418	928.993	1,95	47,1	24,2	0,13
	Gesamt	120.386	2.998.392	2,75	68,5	24,9	0,19
davon Refahfälle	Männer	42.773	1.397.988	1,78	58,1	32,7	0,16
	Frauen	36.590	1.218.289	1,86	61,8	33,3	0,17
	Gesamt	79.363	2.616.277	1,81	59,8	33,0	0,16

Diagnosehauptgruppen und Diagnoseuntergruppen nach dem ICD-10-GM Schlüssel

Gliederungsebene	Anzahl	ICD-10-Code
Diagnosehauptgruppen/Kapitel	21	Kapitel I–XXI
Diagnoseuntergruppen/Gruppen	234	A00–Z99

ICD-10-Code	Bezeichnung
Kapitel I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)
A00–A09	Infektiöse Darmkrankheiten
A15–A19	Tuberkulose
A20–A28	Bestimmte bakterielle Zoonosen
A30–A49	Sonstige bakterielle Krankheiten
A50–A64	Infektionen, die vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragen werden
A65–A69	Sonstige Spirochätenkrankheiten
A70–A74	Sonstige Krankheiten durch Chlamydien
A75–A79	Rickettsiosen
A80–A89	Virusinfektionen des Zentralnervensystems
A92–A99	Durch Arthropoden übertragene Viruskrankheiten und virale hämorrhagische Fieber
B00–B09	Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind
B15–B19	Virushepatitis
B20–B24	HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
B25–B34	Sonstige Viruskrankheiten
B35–B49	Mykosen
B50–B64	Protozoenkrankheiten
B65–B83	Helminthosen
B85–B89	Pedikulose [Läusebefall], Akarinoase [Milbenbefall] und sonstiger Parasitenbefall der Haut
B90–B94	Folgezustände von infektiösen und parasitären Krankheiten
B95–B98	Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
B99–B99	Sonstige Infektionskrankheiten
Kapitel II	Neubildungen (C00–D48)
C00–C14	Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
C15–C26	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane
C30–C39	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
C40–C41	Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels
C43–C44	Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut
C45–C49	Bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes
C50–C50	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mamma]
C51–C58	Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane
C60–C63	Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane
C64–C68	Bösartige Neubildungen der Harnorgane
C69–C72	Bösartige Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems
C73–C75	Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen
C76–C80	Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
C81–C96	Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet

ICD-10-Code	Bezeichnung
C97–C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
D00–D09	In-situ-Neubildungen
D10–D36	Gutartige Neubildungen
D37–D48	Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens
Kapitel III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50–D90)
D50–D53	Alimentäre Anämien
D55–D59	Hämolytische Anämien
D60–D64	Aplastische und sonstige Anämien
D65–D69	Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen
D70–D77	Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
D80–D90	Bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
Kapitel IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)
E00–E07	Krankheiten der Schilddrüse
E10–E14	Diabetes mellitus
E15–E16	Sonstige Störungen der Blutglukose-Regulation und der inneren Sekretion des Pankreas
E20–E35	Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen
E40–E46	Mangelernährung
E50–E64	Sonstige alimentäre Mangelzustände
E65–E68	Adipositas und sonstige Überernährung
E70–E90	Stoffwechselstörungen
Kapitel V	Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)
F00–F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10–F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20–F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30–F39	Affektive Störungen
F40–F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50–F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60–F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70–F79	Intelligenzstörung
F80–F89	Entwicklungsstörungen
F90–F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99–F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
Kapitel VI	Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)
G00–G09	Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems
G10–G14	Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
G20–G26	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
G30–G32	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems
G35–G37	Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems
G40–G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems
G50–G59	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus
G60–G64	Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems
G70–G73	Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
G80–G83	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome
G90–G99	Sonstige Krankheiten des Nervensystems

ICD-10-Code	Bezeichnung
Kapitel VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59)
H00–H06	Affektionen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
H10–H13	Affektionen der Konjunktiva
H15–H22	Affektionen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
H25–H28	Affektionen der Linse
H30–H36	Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut
H40–H42	Glaukom
H43–H45	Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels
H46–H48	Affektionen des Nervus opticus und der Sehbahn
H49–H52	Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler
H53–H54	Sehstörungen und Blindheit
H55–H59	Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde
Kapitel VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60–H95)
H60–H62	Krankheiten des äußeren Ohres
H65–H75	Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
H80–H83	Krankheiten des Innenohres
H90–H95	Sonstige Krankheiten des Ohres
Kapitel IX	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)
I00–I02	Akutes rheumatisches Fieber
I05–I09	Chronische rheumatische Herzkrankheiten
I10–I15	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]
I20–I25	Ischämische Herzkrankheiten
I26–I28	Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
I30–I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit
I60–I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten
I70–I79	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
I80–I89	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert
I95–I99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems
Kapitel X	Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)
J00–J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege
J09–J18	Grippe und Pneumonie
J20–J22	Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege
J30–J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
J40–J47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege
J60–J70	Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen
J80–J84	Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen
J85–J86	Purulente und nekrotisierende Krankheitszustände der unteren Atemwege
J90–J94	Sonstige Krankheiten der Pleura
J95–J99	Sonstige Krankheiten des Atmungssystems
Kapitel XI	Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)
K00–K14	Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer
K20–K31	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums
K35–K38	Krankheiten der Appendix
K40–K46	Hernien

ICD-10-Code	Bezeichnung
K50–K52	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis
K55–K64	Sonstige Krankheiten des Darmes
K65–K67	Krankheiten des Peritoneums
K70–K77	Krankheiten der Leber
K80–K87	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas
K90–K93	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems
Kapitel XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)
L00–L08	Infektionen der Haut und der Unterhaut
L10–L14	Bullöse Dermatosen
L20–L30	Dermatitis und Ekzem
L40–L45	Papulosquamöse Hautkrankheiten
L50–L54	Urtikaria und Erythem
L55–L59	Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
L60–L75	Krankheiten der Hautanhangsgebilde
L80–L99	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut
Kapitel XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)
M00–M03	Infektiöse Arthropathien
M05–M14	Entzündliche Polyarthropathien
M15–M19	Arthrose
M20–M25	Sonstige Gelenkrankheiten
M30–M36	Systemkrankheiten des Bindegewebes
M40–M43	Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
M45–M49	Spondylopathien
M50–M54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
M60–M63	Krankheiten der Muskeln
M65–M68	Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
M70–M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes
M80–M85	Veränderungen der Knochendichte und -struktur
M86–M90	Sonstige Osteopathien
M91–M94	Chondropathien
M95–M99	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
Kapitel XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)
N00–N08	Glomeruläre Krankheiten
N10–N16	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten
N17–N19	Niereninsuffizienz
N20–N23	Urolithiasis
N25–N29	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters
N30–N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
N40–N51	Krankheiten der männlichen Genitalorgane
N60–N64	Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]
N70–N77	Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
N80–N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
N99–N99	Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems

ICD-10-Code	Bezeichnung
Kapitel XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (000–099)
000–008	Schwangerschaft mit abortivem Ausgang
009–009	Schwangerschaftsdauer
010–016	Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
020–029	Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
030–048	Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Fetus und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen
060–075	Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung
080–082	Entbindung
085–092	Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten
094–099	Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode, die anderenorts nicht klassifiziert sind
Kapitel XVI	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00–P96)
P00–P04	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung
P05–P08	Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum
P10–P15	Geburtstrauma
P20–P29	Krankheiten des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
P35–P39	Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
P50–P61	Hämorrhagische und hämatologische Krankheiten beim Fetus und Neugeborenen
P70–P74	Transitorische endokrine und Stoffwechselstörungen, die für den Fetus und das Neugeborene spezifisch sind
P75–P78	Krankheiten des Verdauungssystems beim Fetus und Neugeborenen
P80–P83	Krankheitszustände mit Beteiligung der Haut und der Temperaturregulation beim Fetus und Neugeborenen
P90–P96	Sonstige Störungen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
Kapitel XVII	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00–Q99)
Q00–Q07	Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems
Q10–Q18	Angeborene Fehlbildungen des Auges, des Ohres, des Gesichtes und des Halses
Q20–Q28	Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems
Q30–Q34	Angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems
Q35–Q37	Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte
Q38–Q45	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Verdauungssystems
Q50–Q56	Angeborene Fehlbildungen der Genitalorgane
Q60–Q64	Angeborene Fehlbildungen des Harnsystems
Q65–Q79	Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems
Q80–Q89	Sonstige angeborene Fehlbildungen
Q90–Q99	Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert
Kapitel XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00–R99)
R00–R09	Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen
R10–R19	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen
R20–R23	Symptome, die die Haut und das Unterhautgewebe betreffen
R25–R29	Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen
R30–R39	Symptome, die das Harnsystem betreffen
R40–R46	Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen
R47–R49	Symptome, die die Sprache und die Stimme betreffen
R50–R69	Allgemeinsymptome
R70–R79	Abnorme Blutuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose

ICD-10-Code	Bezeichnung
R80–R82	Abnorme Urinuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose
R83–R89	Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei der Untersuchung anderer Körperflüssigkeiten, Substanzen und Gewebe
R90–R94	Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei bildgebender Diagnostik und Funktionsprüfungen
R95–R99	Ungenau bezeichnete und unbekannte Todesursachen
Kapitel XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98)
S00–S09	Verletzungen des Kopfes
S10–S19	Verletzungen des Halses
S20–S29	Verletzungen des Thorax
S30–S39	Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
S40–S49	Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
S50–S59	Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
S60–S69	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
S70–S79	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
S80–S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
S90–S99	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
T00–T07	Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
T08–T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen
T15–T19	Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch eine natürliche Körperöffnung
T20–T25	Verbrennungen oder Verätzungen der äußeren Körperoberfläche, Lokalisation bezeichnet
T26–T28	Verbrennungen oder Verätzungen, die auf das Auge und auf innere Organe begrenzt sind
T29–T32	Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer und nicht näher bezeichneter Körperregionen
T33–T35	Erfrierungen
T36–T50	Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen
T51–T65	Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen
T66–T78	Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen
T79–T79	Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas
T80–T88	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert
T89–T89	Sonstige Komplikationen eines Traumas, anderenorts nicht klassifiziert
T90–T98	Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen
Kapitel XX	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01–Y84)
V01–X59	Unfälle
X60–X84	Vorsätzliche Selbstbeschädigung
X85–Y09	Tätlicher Angriff
Y10–Y34	Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt sind
Y35–Y36	Gesetzliche Maßnahmen und Kriegshandlungen
Y40–Y84	Komplikationen bei der medizinischen und chirurgischen Behandlung
Kapitel XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00–Z99)
Z00–Z13	Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in Anspruch nehmen
Z20–Z29	Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten
Z30–Z39	Personen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen
Z40–Z54	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Maßnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen
Z55–Z65	Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände
Z70–Z76	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen
Z80–Z99	Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigenanamnese und bestimmte Zustände, die den Gesundheitszustand beeinflussen

ATC-Hauptgruppen und ATC-Untergruppen nach der ATC-Klassifikation

Gliederungsebene	Anzahl	ATC-Code
Anatomische Hauptgruppen	14	A-V
Therapeutische Untergruppen	99	A01-V90

ATC-Code	Bezeichnung
A	Alimentäres System und Stoffwechsel
A01	Stomatologika
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen
A03	Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen
A04	Antiemetika und Mittel gegen Übelkeit
A05	Gallen- und Lebertherapie
A06	Mittel gegen Obstipation
A07	Antidiarrhoika und Intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva
A08	Antiadiposita, exklusive Diätetika
A09	Digestiva, inklusive Enzyme
A10	Antidiabetika
A11	Vitamine
A12	Mineralstoffe
A13	Tonika
A14	Anabolika zur systemischen Anwendung
A15	Appetit stimulierende Mittel
A16	Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel
B	Blut und blutbildende Organe
B01	Antithrombotische Mittel
B02	Antihämorrhagika
B03	Antianämika
B05	Blutersatzmittel und Perfusionslösungen
B06	Andere Hämatologika
C	Kardiovaskuläres System
C01	Herztherapie
C02	Antihypertensiva
C03	Diuretika
C04	Periphere Vasodilatoren
C05	Vasoprotektoren
C06	Andere Herz- und Kreislaufmittel
C07	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten
C08	Calciumkanalblocker
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen

ATC-Code	Bezeichnung
D	Dermatika
D01	Antimykotika zur dermatologischen Anwendung
D02	Emollientia und Hautschutzmittel
D03	Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Geschwüren
D04	Antipruriginosa, inkl. Antihistaminika, Anästhetika etc.
D05	Antipsoriatika
D06	Antibiotika und Chemotherapeutika zur dermatologischen Anwendung
D07	Corticosteroide, Dermatologische Zubereitungen
D08	Antiseptika und Desinfektionsmittel
D09	Medizinische Verbände
D10	Aknemittel
D11	Andere Dermatika
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone
G01	Gynäkologische Antiinfektiva und Antiseptika
G02	Andere Gynäkologika
G03	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems
G04	Urologika
H	Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone und Insuline
H01	Hypophysen- und Hypothalamushormone und Analoga
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung
H03	Schilddrüsenentherapie
H04	Pankreashormone
H05	Calciumhomöostase
J	Antiinfektiva zur systemischen Anwendung
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung
J02	Antimykotika zur systemischen Anwendung
J04	Mittel gegen Mykobakterien
J05	Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung
J06	Immunsera und Immunglobuline
J07	Impfstoffe
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel
L01	Antineoplastische Mittel
L02	Endokrine Therapie
L03	Immunstimulanzien
L04	Immunsuppressiva
M	Muskel- und Skelettsystem
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika
M02	Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen
M03	Muskelrelaxanzien
M04	Gichtmittel
M05	Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen
M09	Andere Mittel gegen Störungen des Muskel- und Skelettsystems

ATC-Code	Bezeichnung
N	Nervensystem
N01	Anästhetika
N02	Analgetika
N03	Antiepileptika
N04	Antiparkinsonmittel
N05	Psycholeptika
N06	Psychoanaleptika
N07	Andere Mittel für das Nervensystem
P	Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien
P01	Mittel gegen Protozoen-Erkrankungen
P02	Anthelmintika
P03	Mittel gegen Ektoparasiten, inklusive Antiscabiosa, Insektizide und Repellenzien
R	Respirationstrakt
R01	Rhinologika
R02	Hals- und Rachen therapeutika
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen
R04	Brusteinreibungen und andere Inhalate
R05	Husten- und Erkältungsmittel
R06	Antihistaminika zur systemischen Anwendung
R07	Andere Mittel für den Respirationstrakt
S	Sinnesorgane
S01	Ophthalmika
S02	Otologika
S03	Ophthalmologische und otologische Zubereitungen
V	Verschiedene
V01	Allergene
V03	Alle übrigen therapeutischen Mittel
V04	Diagnostika
V06	Allgemeine Diätetika
V07	Alle übrigen nichttherapeutischen Mittel
V08	Kontrastmittel
V09	Radiodiagnostika
V10	Radiotherapeutika
V20	Wundverbände
V60	Homöopathika und Anthroposophika
V70	Rezepturen
V90	Sondergruppen

Wirtschaftsabschnitte und -abteilungen nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008)

Gliederungsebene	Anzahl	WZ-2008-Code
Wirtschaftsabschnitte	21	A-U
Wirtschaftsabteilungen	88	01-99

WZ-2008-Code	Bezeichnung
Abschnitt A	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei
01	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag
03	Fischerei und Aquakultur
Abschnitt B	Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden
05	Kohlenbergbau
06	Gewinnung von Erdöl und Erdgas
07	Erzbergbau
08	Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau
09	Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden
Abschnitt C	Verarbeitendes Gewerbe
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln
11	Getränkeherstellung
12	Tabakverarbeitung
13	Herstellung von Textilien
14	Herstellung von Bekleidung
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden
24	Metallerzeugung und -bearbeitung
25	Herstellung von Metallerzeugnissen
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen
28	Maschinenbau
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen
30	Sonstiger Fahrzeugbau
31	Herstellung von Möbeln
32	Herstellung von sonstigen Waren
33	Reparatur und Installation von Maschinen und Ausrüstungen
Abschnitt D	Energieversorgung
35	Energieversorgung

WZ-2008-Code	Bezeichnung
Abschnitt E	Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen
36	Wasserversorgung
37	Abwasserentsorgung
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung
39	Beseitigung von Umweltverschmutzungen und sonstige Entsorgung
Abschnitt F	Baugewerbe
41	Hochbau
42	Tiefbau
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe
Abschnitt G	Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)
Abschnitt H	Verkehr und Lagerei
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen
50	Schifffahrt
51	Luftfahrt
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr
53	Post-, Kurier- und Expressdienste
Abschnitt I	Gastgewerbe
55	Beherbergung
56	Gastronomie
Abschnitt J	Information und Kommunikation
58	Verlagswesen
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen; Kinos; Tonstudios und Verlegen von Musik
60	Rundfunkveranstalter
61	Telekommunikation
62	Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie
63	Informationsdienstleistungen
Abschnitt K	Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten
Abschnitt L	Grundstücks- und Wohnungswesen
68	Grundstücks- und Wohnungswesen
Abschnitt M	Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben; Unternehmensberatung
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikalische und chemische Untersuchung
72	Forschung und Entwicklung
73	Werbung und Marktforschung
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten
75	Veterinärwesen

WZ-2008-Code	Bezeichnung
Abschnitt N	Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen
77	Vermietung von beweglichen Sachen
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.
Abschnitt O	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung
Abschnitt P	Erziehung und Unterricht
85	Erziehung und Unterricht
Abschnitt Q	Gesundheits- und Sozialwesen
86	Gesundheitswesen
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)
88	Sozialwesen (ohne Heime)
Abschnitt R	Kunst, Unterhaltung und Erholung
90	Kreative, künstlerische und unterhaltende Tätigkeiten
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung
Abschnitt S	Erbringung von sonstigen Dienstleistungen
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern
96	Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen
Abschnitt T	Private Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt
97	Private Haushalte mit Hauspersonal
98	Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt
Abschnitt U	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften

Berufssektoren, -segmente und Berufshauptgruppen nach der Klassifikation der Berufe (KlDB 2010)

Gliederungsebene	Anzahl	KlDB-2010-Code
Berufssektoren	5	S1-S5
Berufssegmente	14	S11-S53
Berufshauptgruppen	37	01-99

KlDB-2010-Code	Bezeichnung
S1	Produktionsberufe
S11	Land-, Forst- und Gartenbauberufe
11	Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe
12	Gartenbauberufe und Floristik
S12	Fertigungsberufe
21	Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikerstellung und -verarbeitung
22	Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung
23	Papier- und Druckberufe, technische Mediengestaltung
24	Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe
28	Textil- und Lederberufe
93	Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau
S13	Fertigungstechnische Berufe
25	Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe
26	Mechatronik, Energie- und Elektroberufe
27	Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- u. Produktionssteuerungsberufe
S14	Bau- und Ausbauberufe
31	Bauplanungs-, Architektur- und Vermessungsberufe
32	Hoch- und Tiefbauberufe
33	(Innen-)Ausbauberufe
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe
S2	Personenbezogene Dienstleistungsberufe
S21	Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe
29	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung
63	Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe
S22	Medizinische u. nichtmedizinische Gesundheitsberufe
81	Medizinische Gesundheitsberufe
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik
S23	Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe
83	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie
84	Lehrende und auszubildende Berufe
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe
94	Darstellende und unterhaltende Berufe

KlDB-2010-Code	Bezeichnung
S3	Kaufmännische und unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe
S31	Handelsberufe
61	Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe
62	Verkaufsberufe
S32	Berufe in Unternehmensführung und -organisation
71	Berufe in Unternehmensführung und -organisation
S33	Unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung
73	Berufe in Recht und Verwaltung
92	Werbung, Marketing, kaufmännische und redaktionelle Medienberufe
S4	IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe
S41	IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe
41	Mathematik, Biologie-, Chemie- und Physikberufe
42	Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe
43	Informatik, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe
S5	Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungsberufe
S51	Sicherheitsberufe
53	Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe
01	Angehörige der regulären Streitkräfte
S52	Verkehrs- und Logistikberufe
51	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)
52	Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten
S53	Reinigungsberufe
54	Reinigungsberufe

