



F. Knieps | H. Pfaff (Hrsg.)

Mobilität Arbeit Gesundheit

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



BKK Gesundheitsreport 2020

Franz Knieps | Holger Pfaff (Hrsg.)

Mobilität – Arbeit – Gesundheit



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

BKK Gesundheitsreport 2020

Franz Knieps | Holger Pfaff (Hrsg.)

Mobilität – Arbeit – Gesundheit

Zahlen, Daten, Fakten

mit Gastbeiträgen aus
Wissenschaft, Politik und Praxis von

R. Bernickel | W. Canzler | J. Fechner | C. Gravert | A. Hecker | F. Hofmann
B. Hunold | S. Kampeter | S. Kauffeld | K. Kliner | A. Knie | F. Knieps | M. Knye
A. Lewandowska | R. Petzold | H. Pfaff | T. Pütz | D. Rennert | M. Richter
I. Roth | H. Rüger | M. Schreier | R. Schüller | R. Schulze | N. Stawarz
F. Thielmann | H.-J. Urban | B. Vicari | G. Vogl | D. Winkler | S. Zeike



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

F. Knieps | H. Pfaff (Hrsg.): Mobilität - Arbeit - Gesundheit. BKK Gesundheitsreport 2020.

ISBN 978-3-95466-559-4, urheberrechtlich geschützt

© 2020 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.

Der BKK Gesundheitsreport 2020 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 978-3-95466-559-4

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 2020.
MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2020

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, November 2020

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

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

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

Produkt /Projektmanagement: Anna-Lena Spies, Susann Weber, Berlin
Layout & Satz: zweiband.media, Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH, Berlin
Druck: druckhaus köthen GmbH & Co. KG, Köthen

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

Rainer Bernickel
DocStop für Europäer e.V.
Ladbergen

Dr. habil. Weert Canzler
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Dr. Johannes Fechner
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Stuttgart

Dr. Christian Gravert
Deutsche Bahn AG
Berlin

Arndt Hecker
DB Regio AG
Frankfurt am Main

Fabienne Hofmann
Die Schwenninger Krankenkasse
Villingen-Schwenningen

Beate Hunold
Leipziger Verkehrsbetriebe

Steffen Kampeter
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
Berlin

Prof. Dr. Simone Kauffeld
Arbeits-, Organisations- und Sozialpsychologie
TU Braunschweig

Karin Kliner
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Prof. Dr. Andreas Knie
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Franz Knieps
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Dr. med. Manfred Knye
Volkswagen AG
Wolfsburg

Aleksandra Lewandowska
Leipziger Verkehrsbetriebe

Ronald Petzold
Leipziger Verkehrsbetriebe

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

Thomas Pütz
Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)
Bonn

Dirk Rennert
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Dr. Matthias Richter
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Ines Roth
INPUT Consulting
Stuttgart

PD Dr. Heiko Rüger
Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
Wiesbaden

Markus Schreier

pronova BKK
Ludwigshafen

Rüdiger Schüller

pronova BKK
Ludwigshafen

Ruth Schulze

Robert Bosch GmbH
Stuttgart

Dr. Nico Stawarz

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
Wiesbaden

Felix Thielmann

DB Regio AG
Frankfurt am Main

Dr. Hans-Jürgen Urban

IG Metall
Frankfurt am Main

Dr. Basha Vicari

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)
Nürnberg

Dr. Gerlinde Vogl

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Dorothee Winkler

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)
Bonn

Dr. Sabrina Zeike

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

Vorwort

Mobilität ist ein vielschichtiger und gleichzeitig essenzieller Bestandteil unseres täglichen Lebens. Für die meisten Beschäftigten ist Mobilität klassischerweise mit dem regelmäßigen Pendeln zwischen Wohn- und Arbeitsort verbunden. Diese als *räumliche* oder *geografische* Mobilität bezeichnete Form steht im Fokus der Betrachtungen des diesjährigen BKK Gesundheitsreports. Weitere Facetten der Mobilität, wie Dienstreisen, berufsbedingte Umzüge, Tätigkeiten im Ausland, mobile Berufe, beruflicher Auf- bzw. Abstieg sowie Berufs- bzw. Arbeitgeberwechsel werden im Rahmen dieses Buches vor allem in den Gastautorenbeiträgen betrachtet.

Mobilität in Zeiten der Coronavirus-Pandemie

In den vergangenen Monaten hat vor allem ein Mobilitätsaspekt, das *mobile Arbeiten*, immens an Bedeutung gewonnen. Gemeint sind damit Beschäftigte, die zeitlich und räumlich flexibel außerhalb ihres regulären Arbeitsplatzes mittels neuer Informationstechnologien tätig sind. Insbesondere das Arbeiten von zu Hause – meist als *Homeoffice* bezeichnet – hat seit Beginn der Coronavirus-Pandemie deutlich zugenommen: Fast jeder zweite Beschäftigte in Deutschland arbeitet mittlerweile ganz oder teilweise mobil – Tendenz steigend. Dass dieser Trend die Arbeitswelt nachhaltig verändern wird und zwar zum Nutzen von Unternehmen und deren Beschäftigten, wird immer deutlicher. Ähnlich wie schon in anderen Bereichen, zeigt sich hier die Coronavirus-Pandemie ebenfalls als Katalysator für eine längst überfällige Entwicklung in einer zunehmend digitalisierten Arbeitswelt.

Arbeitsbedingte Mobilität und Gesundheit

In „Vor-Corona-Zeiten“ betrug im Jahr 2017 die in Deutschland zurückgelegte Wegstrecke insgesamt mehr als 3 Milliarden Kilometer. Während die private Mobilität seit 2008 unverändert blieb, stieg hingegen das arbeitsbedingte Pendeln im gleichen Zeitraum um 13 Prozent stark an. Pendeln kann dabei sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf das Sozialleben und die Gesundheit von Beschäftig-

ten haben. So spielen unter anderem Faktoren wie die Stellung im Beruf, das Gehalt, die familiäre Situation, die Arbeitsplatzsicherheit und der Grad der Freiwilligkeit der Mobilität eine Rolle. Am deutlichsten sind solche Zusammenhänge auf der Ebene des subjektiven Gesundheitsempfindens nachweisbar, wie im **III** Umfragekapitel sichtbar wird, während sich im Zusammenhang mit den Versorgungsdaten weniger eindeutige Muster zeigen. Somit lässt sich die Frage, ob Mobilität für die Gesundheit Fluch oder Segen ist, zusammenfassend am besten mit *es kommt darauf an* beantworten. Trotz oder gerade wegen der Ambiguität der Ergebnisse stellt der diesjährige BKK Gesundheitsreport einen wichtigen Impuls für die weitere Diskussion zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Mobilität in der Arbeitswelt und darüber hinaus dar.

Der BKK Gesundheitsreport 2020

Den Gastautorinnen und Gastautoren möchte ich sehr herzlich für deren ausgezeichnete Fachbeiträge und Interviews danken, welche die Analysen der Gesundheitsdaten erweitern und ergänzen. Auch in diesem Jahr gilt mein Dank allen weiteren Beteiligten, die zum Gelingen des BKK Gesundheitsreports 2020 beigetragen haben, vor allem meinem Mitherausgeber Prof. Dr. Holger Pfaff sowie den Kolleginnen und Kollegen der Gesundheitsberichterstattung Karin Kliner, Dr. Matthias Richter und Dirk Rennert. Der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft, insbesondere Susann Weber und Anna-Lena Spies, 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	20
Mobilität in der Arbeitswelt: Ursachen, Folgen, Prävention <i>Holger Pfaff und Sabrina Zeike</i>	25
0 Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten	35
<i>Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter</i>	
0.1 Soziodemografie der BKK Versicherten im Überblick	37
0.2 Soziodemografie der beschäftigten Mitglieder	41
0.2.1 Beschäftigte nach Regionen	41
0.2.2 Beschäftigte nach Alter, Geschlecht und Tätigkeitsmerkmalen	41
0.2.3 Beschäftigte nach Berufsgruppen	44
0.2.4 Beschäftigte nach Wirtschaftsgruppen	47
0.3 Zusammenfassung	50
Mobilität – Arbeit – Gesundheit: Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung	51
<i>Dirk Rennert, Matthias Richter und Karin Kliner</i>	
Stichprobenbeschreibung	53
Merkmale der arbeitsbezogenen Mobilität	55
Zusammenhänge zwischen arbeitsbezogener Mobilität und Gesundheit	60
Mobile Arbeit und Homeoffice	64
Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf die Gesundheit und die arbeitsbezogene Mobilität	68
Fazit und Ausblick	74
1 Arbeitsunfähigkeit	75
<i>Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter</i>	
1.1 AU-Geschehen im Überblick	77
1.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2019	77
1.1.2 Entwicklung im Jahr 2020	79
1.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen	81
1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen	90
1.2.1 AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht	90
1.2.2 AU-Geschehen nach Versichertenstatus	100
1.2.3 AU-Geschehen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	104
1.3 AU-Geschehen in Regionen	108
1.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	108
1.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen	112

1.4	AU-Geschehen in der Arbeitswelt	116
1.4.1	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	116
1.4.2	Auswertungen nach Berufsgruppen	121
1.4.3	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	130
1.5	Schwerpunktthema Mobilität – Arbeit – Gesundheit	136
1.5.1	Einleitung	136
1.5.2	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	147
1.5.3	Auswertungen nach Berufsgruppen	153
1.5.4	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen	157
1.6	Zusammenfassung und Ausblick	163
2	Ambulante Versorgung	165
	<i>Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert</i>	
2.1	Ambulante Versorgung im Überblick	167
2.1.1	Aktuelle Zahlen im Jahr 2019	167
2.1.2	Langzeittrends	167
2.1.3	Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen	168
2.2	Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen	172
2.2.1	Ambulante Versorgung nach Alter und Geschlecht	172
2.2.2	Ambulante Versorgung nach Versicherterstatus	180
2.2.3	Ambulante Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	183
2.3	Ambulante Versorgung in Regionen	188
2.3.1	Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	188
2.3.2	Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen	189
2.4	Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt	194
2.4.1	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	194
2.4.2	Auswertungen nach Berufen	198
2.4.3	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	202
2.5	Schwerpunktthema Mobilität – Arbeit – Gesundheit	209
2.5.1	Einleitung	209
2.5.2	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	212
2.5.3	Auswertungen nach Berufsgruppen	217
2.5.4	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	221
2.6	Zusammenfassung und Ausblick	225

Schwerpunkt Wissenschaft	227
Hat Pendeln noch eine Zukunft?	229
<i>Thomas Pütz und Dorothee Winkler</i>	
Gesundheitliche und soziale Auswirkungen arbeitsbedingter räumlicher Mobilität: ein Forschungsüberblick	236
<i>Heiko Rüger und Nico Stawarz</i>	
Berufliche Mobilität: was sie ist und was sie beeinflusst	247
<i>Basha Vicari</i>	
Räumlich und zeitlich verteilt mobil im Team arbeiten	254
<i>Simone Kauffeld</i>	
3 Stationäre Versorgung	265
<i>Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert</i>	
3.1 Stationäre Versorgung im Überblick	267
3.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2019	267
3.1.2 Langzeittrends	268
3.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen	269
3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen	273
3.2.1 Stationäre Versorgung nach Alter und Geschlecht	273
3.2.2 Stationäre Versorgung nach Versichertenstatus	285
3.2.3 Stationäre Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	290
3.3 Stationäre Versorgung in Regionen	294
3.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	294
3.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen	298
3.4 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt	300
3.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	300
3.4.2 Auswertungen nach Berufen	303
3.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	308
3.5 Schwerpunktthema Mobilität – Arbeit – Gesundheit	315
3.5.1 Einleitung	315
3.5.2 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	319
3.5.3 Auswertungen nach Berufsgruppen	323
3.5.4 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	326
3.6 Zusammenfassung und Ausblick	331

Schwerpunkt Politik	333
Interview mit Hans-Jürgen Urban	335
Interview mit Steffen Kampeter	337
Interview mit Johannes Fechner	340
Interview mit Christian Gravert	342
Arbeiten im Homeoffice – höhere Zufriedenheit und geringerer Verkehr? <i>Weert Canzler, Andreas Knie und Gerlinde Vogl</i>	345
Automotive Health – eine Standortbestimmung <i>Manfred Knye</i>	350
4 Arzneimittelverordnungen	357
<i>Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter</i>	
4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick	359
4.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2019	359
4.1.2 Langzeittrends	360
4.1.3 Die wichtigsten Arzneimittelverordnungen	361
4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen	364
4.2.1 Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht	364
4.2.2 Arzneimittelverordnungen nach Versichertenstatus	367
4.2.3 Arzneimittelverordnungen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	370
4.3 Arzneimittelverordnungen in Regionen	374
4.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	374
4.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Verordnungen	376
4.4 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt	380
4.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	381
4.4.2 Auswertungen nach Berufen	384
4.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	386
4.5 Schwerpunktthema Mobilität – Arbeit – Gesundheit	392
4.5.1 Einleitung	392
4.5.2 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	395
4.5.3 Auswertungen nach Berufsgruppen	402
4.5.4 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen	407
4.6 Zusammenfassung und Ausblick	410

Schwerpunkt Praxis	413
Mobiles Arbeiten – Innovation oder Selbstverständlichkeit?	415
<i>Markus Schreier und Rüdiger Schüller</i>	
Betriebliches Mobilitätsmanagement bei Bosch: Beitrag zu Umweltschutz und Gesundheit	421
<i>Ruth Schulze</i>	
„MADAM – Mobile Arbeit wird digital – Digitale Arbeit wird mobil“: auf dem Weg zur agilen Organisation durch Beteiligung und Mitbestimmung der Belegschaft	426
<i>Aleksandra Lewandowska, Beate Hunold, Ines Roth und Ronald Petzold</i>	
Der DB Medibus – mit der rollenden Arztpraxis Versorgungslücken im ländlichen Raum schließen	434
<i>Felix Thielmann und Arndt Hecker</i>	
Die Initiative DocStop für Europäer e.V.: medizinische Unterwegsversorgung für Berufskraftfahrerinnen und -fahrer	440
<i>Rainer Bernickel</i>	
BGM – Bestens Gesund Mobil mit der Schwenninger Krankenkasse	447
<i>Fabienne Hofmann</i>	
5 Mobilität und Gesundheit – politische Anmerkungen in Zeiten der Corona-Pandemie	455
<i>Franz Knieps</i>	
Anhang	461
A Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	464
B Systematische Verzeichnisse	472

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 2019) _____	38
Tabelle 0.1.2	Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten sowie Frauenanteile nach Bundesländern (Wohnort) im Vergleich mit den GKV Versicherten (Berichtsjahr 2019) _____	39
Tabelle 0.1.3	Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) sowie Altersstruktur im Vergleich mit den GKV Versicherten (Berichtsjahr 2019) _____	40

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 2019) _____	43
Tabelle 0.2.2	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssegmenten sowie Altersstruktur im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2019) _____	45
Tabelle 0.2.3	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten sowie Altersstruktur im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2019) _____	48

Mobilität – Arbeit – Gesundheit: Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung

Tabelle 1	Umfrage – Vergleich der Umfrageteilnehmer mit allen Beschäftigten in Deutschland hinsichtlich ausgewählter soziodemografischer Merkmale _____	54
Tabelle 2	Umfrage – Vergleich der Umfrageteilnehmer mit allen Beschäftigten in Deutschland hinsichtlich ausgewählter Merkmale der arbeitsbezogenen Mobilität _____	56
Tabelle 3	Umfrage – Ausgewählte Merkmale mobiler Arbeit bei den Umfrageteilnehmern _____	65

1 Arbeitsunfähigkeit

1.1 AU-Geschehen im Überblick

Tabelle 1.1.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2019) _____	78
Tabelle 1.1.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2019) _____	83
Tabelle 1.1.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019) _____	85
Tabelle 1.1.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2019) _____	88

1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 1.2.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019) _____	91
Tabelle 1.2.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019) _____	95
Tabelle 1.2.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018) _____	97
Tabelle 1.2.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen des Atmungssystems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019) _____	99
Tabelle 1.2.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen nach ausgewählten Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019) _____	101

1.3 AU-Geschehen in Regionen

Tabelle 1.3.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) im Zehnjahresvergleich (2009 und 2019) _____	109
---------------	---	-----

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 2019)	126
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 2019)	127
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 2019)	128

1.5 Schwerpunktthema Mobilität – Arbeit – Gesundheit

Tabelle 1.5.1	Arbeitsunfähigkeit – Mobilität der beschäftigten Mitglieder – Pendleranteile und Pendlerentfernungen nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen (Berichtsjahr 2019)	139
Tabelle 1.5.2	Arbeitsunfähigkeit – Mobilität der beschäftigten Mitglieder – Pendleranteile und Pendlerentfernungen nach ausgewählten arbeitsweltlichen Merkmalen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	159

2 Ambulante Versorgung

2.1 Ambulante Versorgung im Überblick

Tabelle 2.1.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2019)	167
Tabelle 2.1.2	Ambulante Versorgung – Behandlungsfälle und Inanspruchnahmequoten der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2012–2019)	168
Tabelle 2.1.3	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die zehn häufigsten Diagnosen im Zeitverlauf (2012–2019)	170

2.2 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 2.2.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	180
Tabelle 2.2.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	181
Tabelle 2.2.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	184

2.3 Ambulante Versorgung in Regionen

Tabelle 2.3.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)	189
Tabelle 2.3.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)	190

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 2019)	201
Tabelle 2.4.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	203
Tabelle 2.4.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	204
Tabelle 2.4.4	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	205
Tabelle 2.4.5	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	207

2.5 Schwerpunktthema Mobilität – Arbeit – Gesundheit

Tabelle 2.5.1	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Pendlerstatus und Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2019)	213
Tabelle 2.5.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Pendlerstatus und Berufssegmenten (Berichtsjahr 2019)	217

3 Stationäre Versorgung

3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

Tabelle 3.1.1	Stationäre Versorgung – Versichertenanteile nach Anzahl der Krankenhausaufenthalte (Berichtsjahr 2019)	267
Tabelle 3.1.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2019)	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 2019)	279
Tabelle 3.2.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen des Herz-Kreislauf-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	281
Tabelle 3.2.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Neubildungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	284
Tabelle 3.2.4	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	286
Tabelle 3.2.5	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2019)	290

3.3 Stationäre Versorgung in Regionen

Tabelle 3.3.1	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2019)	297
---------------	---	-----

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 2019)	307
Tabelle 3.4.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	309
Tabelle 3.4.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	311
Tabelle 3.4.4	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	312
Tabelle 3.4.5	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	313

3.5 Schwerpunktthema Mobilität – Arbeit – Gesundheit

Tabelle 3.5.1	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus und Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2019)	319
Tabelle 3.5.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus und Berufssegmenten (Berichtsjahr 2019)	324

4 Arzneimittelverordnungen

4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

Tabelle 4.1.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2019)	359
Tabelle 4.1.2	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2012–2019)	360
Tabelle 4.1.3	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2019)	362
Tabelle 4.1.4	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung für die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen im Zeitverlauf (2012–2019)	363

4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 4.2.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	369
Tabelle 4.2.2	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Versichertengruppen und Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	370
Tabelle 4.2.3	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	371
Tabelle 4.2.4	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	373

4.3 Arzneimittelverordnungen in Regionen

Tabelle 4.3.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)	374
---------------	---	-----

4.4 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

Tabelle 4.4.1	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2019)	384
---------------	--	-----

4.5 Schwerpunktthema Mobilität – Arbeit – Gesundheit

Tabelle 4.5.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	393
Tabelle 4.5.2	Arzneimittelverordnungen – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung nach Pendlerstatus und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)	396
Tabelle 4.5.3	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)	397

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 2019)	37
----------------	--	----

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 2019)	42
Diagramm 0.2.2	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2019)	46
Diagramm 0.2.3	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2019)	49

Mobilität – Arbeit – Gesundheit: Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung

Diagramm 1	Umfrage – Wegdauer und Wegentfernung der Umfrageteilnehmer nach Wirtschafts- und Berufsgruppen	57
Diagramm 2	Umfrage – Zufriedenheit der Umfrageteilnehmer mit ihrer arbeitsbezogenen Mobilität nach Wirtschafts- und Berufsgruppen	58
Diagramm 3	Umfrage – Zufriedenheit der Umfrageteilnehmer mit ihrer arbeitsbezogenen Mobilität nach Wegentfernung und Wegdauer	59
Diagramm 4	Umfrage – Zusammenhänge zwischen arbeitsbezogener Mobilität und ausgewählten Gesundheitsaspekten der Umfrageteilnehmer nach Wirtschaftsgruppen	61
Diagramm 5	Umfrage – Zusammenhänge zwischen arbeitsbezogener Mobilität und ausgewählten Gesundheitsaspekten der Umfrageteilnehmer nach Berufsgruppen	62
Diagramm 6	Umfrage – Zusammenhänge zwischen arbeitsbezogener Mobilität und ausgewählten Gesundheitsaspekten der Umfrageteilnehmer nach Wegentfernung und Wegdauer	63
Diagramm 7	Umfrage – Häufigkeit von mobiler Arbeit bzw. Homeoffice der Umfrageteilnehmer nach Wirtschafts- und Berufsgruppen	66
Diagramm 8	Umfrage – Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit von mobiler Arbeit bzw. Homeoffice und ausgewählten Gesundheitsaspekten der Umfrageteilnehmer	67
Diagramm 9	Umfrage – Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf IKT-Nutzung, Homeoffice und arbeitsbezogene Mobilität der Umfrageteilnehmer nach Wirtschaftsgruppen	69
Diagramm 10	Umfrage – Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf IKT-Nutzung, Homeoffice und arbeitsbezogene Mobilität der Umfrageteilnehmer nach Berufsgruppen	70
Diagramm 11	Umfrage – Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf ausgewählte Gesundheitsaspekte und das Arbeitsleben der Umfrageteilnehmer nach Wirtschaftsgruppen	72
Diagramm 12	Umfrage – Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf ausgewählte Gesundheitsaspekte und das Arbeitsleben der Umfrageteilnehmer nach Berufsgruppen	73

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 (2009–2019)	78
Diagramm 1.1.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2019)	79
Diagramm 1.1.3	Arbeitsunfähigkeit – Monatlicher Krankenstand der beschäftigten Mitglieder im Zeitverlauf (2018–2020)	80

Diagramm 1.1.4	Arbeitsunfähigkeit – Monatlicher Krankenstand der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (Januar 2018 – Juni 2020)	81
Diagramm 1.1.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	82
Diagramm 1.1.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	82
Diagramm 1.1.7	Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2009–2019)	83
Diagramm 1.1.8	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2009–2019)	84
Diagramm 1.1.9	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage je Fall der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	85
Diagramm 1.1.10	Arbeitsunfähigkeit – KG-Fälle der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	86
Diagramm 1.1.11	Arbeitsunfähigkeit – KG-Tage der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	86
Diagramm 1.1.12	Arbeitsunfähigkeit – Kinderkrankengeld (KKG)-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Geschlecht im Zeitverlauf (2016–2019)	87

1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 1.2.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	91
Diagramm 1.2.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	92
Diagramm 1.2.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	93
Diagramm 1.2.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2009–2019)	94
Diagramm 1.2.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Geschlecht im Zeitverlauf (2009–2019)	96
Diagramm 1.2.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für das Burn-out-Syndrom (Z73) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2014–2019)	98
Diagramm 1.2.7	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Atmungssystems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2009–2019)	98
Diagramm 1.2.8	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen nach ausgewählten Versichertengruppen im Zeitverlauf (2010–2019)	102
Diagramm 1.2.9	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage nach ausgewählten Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	102
Diagramm 1.2.10	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach ausgewählten Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2019)	103
Diagramm 1.2.11	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen für Psychische Störungen nach ausgewählten Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2019)	104
Diagramm 1.2.12	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	105
Diagramm 1.2.13	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	106
Diagramm 1.2.14	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	106
Diagramm 1.2.15	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	107

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 2019)	110
Diagramm 1.3.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2019)	111
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 2019)	113
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 2019)	114
Diagramm 1.3.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	115

1.4 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Diagramm 1.4.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	117
Diagramm 1.4.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabteilungen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2019)	118
Diagramm 1.4.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	119
Diagramm 1.4.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	120
Diagramm 1.4.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	122
Diagramm 1.4.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufshauptgruppen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2019)	124
Diagramm 1.4.7	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	125
Diagramm 1.4.8	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Arbeitsunfälle nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	129
Diagramm 1.4.9	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	131
Diagramm 1.4.10	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	132
Diagramm 1.4.11	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	133
Diagramm 1.4.12	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	133
Diagramm 1.4.13	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	135
Diagramm 1.4.14	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2019)	135

1.5 Schwerpunktthema Mobilität – Arbeit – Gesundheit

Diagramm 1.5.1	Arbeitsunfähigkeit – Mobilität der beschäftigten Mitglieder – mittlere Entfernungen zwischen Wohn- und Arbeitsort nach Geschlecht (2017–2019)	137
Diagramm 1.5.2	Arbeitsunfähigkeit – Mobilität der beschäftigten Mitglieder – Pendleranteile und Pendlerentfernungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	138
Diagramm 1.5.3	Arbeitsunfähigkeit – Mobilität der beschäftigten Mitglieder – Pendleranteile nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2019)	141
Diagramm 1.5.4	Arbeitsunfähigkeit – Mobilität der beschäftigten Mitglieder – Pendlerentfernungen nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2019)	142
Diagramm 1.5.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus und Altersgruppen (Berichtsjahr 2019)	143
Diagramm 1.5.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	144
Diagramm 1.5.7	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	145
Diagramm 1.5.8	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus und Dauerklassen (Berichtsjahr 2019)	145
Diagramm 1.5.9	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Differenzen der AU-Tage zwischen Pendlern und Nichtpendlern nach Landkreisen (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)	146
Diagramm 1.5.10	Arbeitsunfähigkeit – Mobilität der beschäftigten Mitglieder – Pendleranteile und Pendlerentfernungen nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	148
Diagramm 1.5.11	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	149
Diagramm 1.5.12	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Pendlerstatus, Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	150
Diagramm 1.5.13	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Pendlerstatus, Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	151
Diagramm 1.5.14	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Wirtschaftsabschnitten und Bundesländern (Berichtsjahr 2019)	152
Diagramm 1.5.15	Arbeitsunfähigkeit – Mobilität der beschäftigten Mitglieder – Pendleranteile und Pendlerentfernungen nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	154
Diagramm 1.5.16	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	155
Diagramm 1.5.17	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Pendlerstatus, Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	156
Diagramm 1.5.18	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Pendlerstatus, Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	157
Diagramm 1.5.19	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Berufssegmenten und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)	158
Diagramm 1.5.20	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Anforderungsniveau der Tätigkeit (Berichtsjahr 2019)	160
Diagramm 1.5.21	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Vertragsformen (Berichtsjahr 2019)	161
Diagramm 1.5.22	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung (Berichtsjahr 2019)	162
Diagramm 1.5.23	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Arbeitnehmerüberlassung (Berichtsjahr 2019)	162

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 (2012–2019)	169
----------------	--	-----

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 2019)	173
Diagramm 2.2.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	174
Diagramm 2.2.3	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	175
Diagramm 2.2.4	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten unter 20 Jahre mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	176
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 2019)	177
Diagramm 2.2.6	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten ab 65 Jahren mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	177
Diagramm 2.2.7	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Diagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	178
Diagramm 2.2.8	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Faktoren der Inanspruchnahme nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	179
Diagramm 2.2.9	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2019)	183
Diagramm 2.2.10	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	185
Diagramm 2.2.11	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	186
Diagramm 2.2.12	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	187
Diagramm 2.2.13	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	187

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 2019)	192
Diagramm 2.3.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für Psychische Störungen nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2019)	193

2.4 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 2.4.1	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	195
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 2019)	196
Diagramm 2.4.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2019)	197
Diagramm 2.4.4	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	199
Diagramm 2.4.5	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	200

Diagramm 2.4.6	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	203
Diagramm 2.4.7	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Aufsichts-/ Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	204
Diagramm 2.4.8	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsformen, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	206
Diagramm 2.4.9	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	207
Diagramm 2.4.10	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2019)	208

2.5 Schwerpunktthema Mobilität – Arbeit – Gesundheit

Diagramm 2.5.1	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Pendlerstatus und Altersgruppen (Berichtsjahr 2019)	210
Diagramm 2.5.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Pendlerstatus, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	210
Diagramm 2.5.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Pendlerstatus und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)	211
Diagramm 2.5.4	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Pendlerstatus, Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	214
Diagramm 2.5.5	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Pendlerstatus, Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	215
Diagramm 2.5.6	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Pendlerstatus, ausgewählten Wirtschaftsabschnitten und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)	216
Diagramm 2.5.7	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Pendlerstatus, Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	218
Diagramm 2.5.8	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Pendlerstatus, Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	219
Diagramm 2.5.9	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Pendlerstatus, ausgewählten Berufssegmenten und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)	220
Diagramm 2.5.10	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Pendlerstatus, Anforderungsniveau der Tätigkeit und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	222
Diagramm 2.5.11	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Aufsichts-/ Führungsverantwortung nach Pendlerstatus und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	223
Diagramm 2.5.12	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Pendlerstatus, Vertragsformen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	223
Diagramm 2.5.13	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	224

3 Stationäre Versorgung

3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

Diagramm 3.1.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2019)	268
Diagramm 3.1.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2009–2019)	269
Diagramm 3.1.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	270
Diagramm 3.1.4	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2009–2019)	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 2019)	274
Diagramm 3.2.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	275
Diagramm 3.2.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	276
Diagramm 3.2.4	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2019)	276
Diagramm 3.2.5	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2019)	277
Diagramm 3.2.6	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten für ausgewählte Diagnosen der Psychischen Störungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	280
Diagramm 3.2.7	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten für ausgewählte Diagnosen des Herz-Kreislauf-Systems nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	282
Diagramm 3.2.8	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten für ausgewählte Diagnosen der Neubildungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	285
Diagramm 3.2.9	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	287
Diagramm 3.2.10	Stationäre Versorgung – Anteile der Langzeiterkrankungen (Falldauer > 6 Wochen) der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	287
Diagramm 3.2.11	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2019)	289
Diagramm 3.2.12	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2019)	289
Diagramm 3.2.13	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	291
Diagramm 3.2.14	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	291
Diagramm 3.2.15	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	292
Diagramm 3.2.16	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	293

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 2019)	295
Diagramm 3.3.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2019)	296
Diagramm 3.3.3	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	299

3.4 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 3.4.1	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	301
Diagramm 3.4.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2019)	302
Diagramm 3.4.3	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	303
Diagramm 3.4.4	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	304

Diagramm 3.4.5	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2019)	305
Diagramm 3.4.6	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	306
Diagramm 3.4.7	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	308
Diagramm 3.4.8	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	310
Diagramm 3.4.9	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	311
Diagramm 3.4.10	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	313
Diagramm 3.4.11	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	314

3.5 Schwerpunktthema Mobilität – Arbeit – Gesundheit

Diagramm 3.5.1	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus für ausgewählte Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	316
Diagramm 3.5.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	317
Diagramm 3.5.3	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)	318
Diagramm 3.5.4	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Pendlerstatus und Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2019)	320
Diagramm 3.5.5	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Pendlerstatus und Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2019)	321
Diagramm 3.5.6	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Wirtschaftsabschnitten und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)	322
Diagramm 3.5.7	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Pendlerstatus und Berufssegmenten (Berichtsjahr 2019).	325
Diagramm 3.5.8	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Pendlerstatus und Berufssegmenten (Berichtsjahr 2019)	326
Diagramm 3.5.9	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Berufssegmenten und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)	327
Diagramm 3.5.10	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, Anforderungsniveau der Tätigkeit und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	328
Diagramm 3.5.11	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach Pendlerstatus und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	329
Diagramm 3.5.12	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, Vertragsformen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	329
Diagramm 3.5.13	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Pendlerstatus und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	330

4 Arzneimittelverordnungen

4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

Diagramm 4.1.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2019)	361
Diagramm 4.1.2	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2019)	363

4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 4.2.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019) _____	364
Diagramm 4.2.2	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019) _____	366
Diagramm 4.2.3	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung für die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019) _____	367
Diagramm 4.2.4	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019) _____	368
Diagramm 4.2.5	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen, höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2019) _____	372
Diagramm 4.2.6	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen, höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2019) _____	373

4.3 Arzneimittelverordnungen in Regionen

Diagramm 4.3.1	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2019) _____	375
Diagramm 4.3.2	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten für Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2019) _____	377
Diagramm 4.3.3	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten für Psychoanaleptika (N06) nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2019) _____	378

4.4 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

Diagramm 4.4.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019) _____	380
Diagramm 4.4.2	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019) _____	382
Diagramm 4.4.3	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2019) _____	383
Diagramm 4.4.4	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019) _____	385
Diagramm 4.4.5	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2019) _____	386
Diagramm 4.4.6	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufshauptgruppen (Berichtsjahr 2019) _____	387
Diagramm 4.4.7	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019) _____	388
Diagramm 4.4.8	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019) _____	389
Diagramm 4.4.9	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019) _____	390
Diagramm 4.4.10	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019) _____	390
Diagramm 4.4.11	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2019) _____	391

4.5 Schwerpunktthema Mobilität – Arbeit – Gesundheit

Diagramm 4.5.1	Arzneimittelverordnungen – DDD und Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung nach Pendlerstatus und Altersgruppen (Berichtsjahr 2019) _____	393
Diagramm 4.5.2	Arzneimittelverordnungen – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung nach Pendlerstatus, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019) _____	394

Diagramm 4.5.3	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	395
Diagramm 4.5.4	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem nach Pendlerstatus, Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	398
Diagramm 4.5.5	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem nach Pendlerstatus, Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	399
Diagramm 4.5.6	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System nach Pendlerstatus, Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	400
Diagramm 4.5.7	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Wirtschaftsabschnitten und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)	401
Diagramm 4.5.8	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem nach Pendlerstatus, Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	403
Diagramm 4.5.9	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem nach Pendlerstatus, Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	404
Diagramm 4.5.10	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System nach Pendlerstatus, Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	405
Diagramm 4.5.11	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Berufssegmenten und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)	406
Diagramm 4.5.12	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Anforderungsniveau der Tätigkeit (Berichtsjahr 2019)	407
Diagramm 4.5.13	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung (Berichtsjahr 2019)	408
Diagramm 4.5.14	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Vertragsformen (Berichtsjahr 2019)	408
Diagramm 4.5.15	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Arbeitnehmerüberlassung (Berichtsjahr 2019)	409

Methodische Hinweise

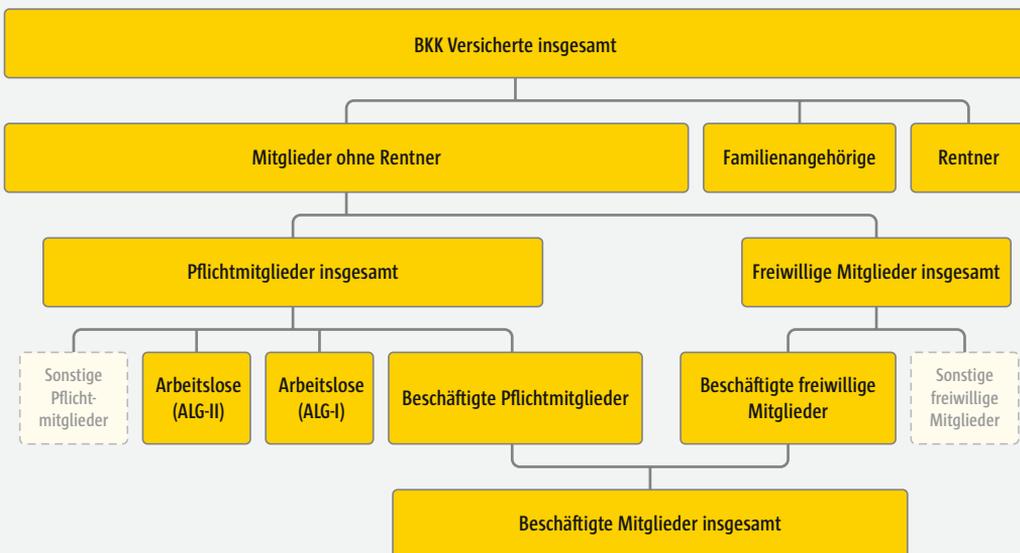
Für den diesjährigen BKK Gesundheitsreport werden ausgewählte Daten von insgesamt 8,8 Millionen BKK Versicherten einbezogen. Dies entspricht einem Anteil von rund 12% aller GKV-Versicherten in Deutschland. In den einzelnen Kapiteln des BKK Gesundheitsreports werden unterschiedliche Versicherten-Gruppen 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.

Abbildung 1 Struktur der BKK Versicherten nach Versichertengruppen



- **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.

Versichertenstammdaten

Die für den Report verwendeten Versichertendaten stammen aus dem sogenannten Versichertenkurzsat, der quartalsweise von den Kassen 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
- Arbeitgebermerkmale (v.a. Wirtschaftsgruppe und Betriebsgröße)

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



Ein Beispiel für 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 Diffe-

renz 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 zubilligen kann.

Monatsdaten

Neben den Ergebnissen des zurückliegenden Berichtsjahres werden zusätzlich die aktuellen Entwicklungen im AU-Geschehen anhand der 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. Die 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.

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 Arbeitsunfähigkeits- 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 Arzneimitteldaten 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 ($AU\text{-Dauer} = AU\text{-Tage} : AU\text{-Fälle}$).
- **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 ($Krankenstand = AU\text{-Tage} : Mitgliederjahre : Kalendertage \text{ pro Jahr} \times 100$).
- **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 ($\text{KH-Dauer} = \text{KH-Tage} : \text{KH-Fälle}$).
- **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 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.

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 (in der Regel rund 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- sowie 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 einen Vergleich der BKK Daten mit den Angaben anderer Krankenkassen, sofern sich die Methoden entsprechen.

Datenschutz und Fallzahlgrenzen

Sowohl aus statistischen (Minimierung von Ergebnisverzerrungen durch Ausreißer) als auch aus Datenschutzgründen (Schutz der 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 Summenwerten enthalten sind.

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 Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

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 2019) (III Anhang B.1)
- Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation (ATC-Klassifikation Version 2019) (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)

Das Wichtigste im Überblick

1. Allgemein

Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

- Die krankheitsbedingten Fehltag der Erwerbstätigen haben sich 2019 mit 18,4 AU-Tagen je Beschäftigten im Vergleich zum Vorjahr (18,5 AU-Tag je Beschäftigten) kaum geändert.
- Mehr als zwei Drittel aller Beschäftigten waren im Jahr 2019 gar nicht (46,4%) oder lediglich einmal (22,2%) krankheitsbedingt arbeitsunfähig.
- Mit 6,7% ist im März 2020 der höchste Krankenstand innerhalb der letzten Dekade zu verzeichnen, gleichzeitig wird im Mai 2020 mit 3,7% einen historischen Tiefstwert erreicht. Dabei sind nicht die mit einer COVID-19-Diagnose stehenden Fehlzeiten sondern die aufgrund Atemwegserkrankungen für die großen Schwankungen zwischen den Monatswerten verantwortlich.
- Im Jahr 2019 sind Atemwegserkrankungen (28,5%), gefolgt von Muskel-Skelett-Erkrankungen (16,2%) und Infektionen (10,2%) die häufigsten Gründe für AU-Fälle.
- Die meisten AU-Tage verursachen die Muskel-Skelett-Erkrankungen (24,3%) sowie psychische Störungen (16,8%) und Atemwegserkrankungen (14,4%).
- Rückenschmerzen (M54), akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) und depressive Episoden (F32) sind nach wie vor die drei wichtigsten Einzeldiagnosen für das AU-Geschehen.
- Trotz ihres relativ seltenen Auftretens verursachen insbesondere Depressionen (F32, F33) überdurchschnittlich hohe Ausfallzeiten pro Fall.
- Beschäftigte Frauen weisen über alle Altersgruppen hinweg im Durchschnitt mehr AU-Fälle bzw. AU-Tage als ihre männlichen Kollegen auf.
- Im Mittel sind ältere Beschäftigte im Vergleich zu den jüngeren seltener krank, die Krankheitsdauer pro Fall liegt hingegen bei den Älteren deutlich über der jüngerer Beschäftigter.
- Fallen bei beschäftigten Frauen deutlich mehr AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen und Atemwegserkrankungen als bei den Männern an, so ist es bei den Muskel- und Skeletterkrankungen und bei den Verletzungen und Vergiftungen genau umgekehrt.
- Arbeitslose (ALG-I) weisen im Vergleich zu den Beschäftigten eine um mehr als die Hälfte niedrigere AU-Quote auf. Dagegen liegt die durchschnittliche Falldauer bei den Arbeitslosen (ALG-I) um das Dreifache über der der Beschäftigten.
- Beschäftigte freiwillige Mitglieder weisen im Zusammenhang mit ihrem hohen Sozialstatus in der Mehrheit der Fälle die geringsten krankheitsbedingten Fehlzeiten auf.

Ambulante Versorgung

- 90,8% der BKK Versicherten waren im Jahr 2019 mindestens einmal ambulant in Behandlung. Damit ist die Inanspruchnahmequote geringfügig niedriger als im Vorjahr. Die Inanspruchnahmequote in der ambulanten Versorgung unterlag in den letzten Jahren kaum Schwankungen.
- Der Anteil der Frauen, die mindestens einmal in ambulanter Behandlung waren (93,9%), ist dabei größer als der Anteil der Männer (87,9%).
- Üblicherweise werden die meisten Diagnosen in der ambulanten Versorgung vergeben, um Informationen über Faktoren, die zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen, zu dokumentieren zu denen u. a. auch Vorsorgemaßnahmen wie die Untersuchung auf Neubildungen (Z12) zählen.
- Ebenfalls häufiger Konsultationsgrund sind Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie Krankheiten des Atmungssystems: Fast jeder zweite Versicherte war deshalb 2018 mindestens einmal beim Arzt.
- Gegenüber dem Vorjahr am stärksten abgenommen haben die Atemwegsinfektionen (J06), zugenommen hingegen die Impfungen gegen Viruskrankheiten (Z25).

- 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.
- Gegenteilige Altersverteilung hingegen bei Erkrankungen des Atmungssystems und Infektionen: Die meisten Diagnosen aus dem Spektrum dieser Erkrankungsarten werden bei Kinder- und Jugendlichen gestellt.
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Z12) sind vor allem bei Frauen zwischen 20 und 64 Jahren verbreitet: Von diesen nimmt fast jede Zweite diese in Anspruch. Männer lassen sich hingegen deutlich seltener und dann meist erst im hohen Alter prophylaktisch auf Neubildungen untersuchen (zwischen 65 und 79 Jahren jeder Vierte).
- 7 von 10 Versicherten über 65 Jahren waren wegen Bluthochdrucks in ambulanter Behandlung.
- Bei den Beschäftigten ist fast jeder Zweite wenigstens einmal aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems sowie wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen beim Arzt gewesen.
- ALG-II-Empfänger weisen einen überdurchschnittlich hohen Anteil an psychischen Erkrankungen auf: Bei 44% dieser Versichertengruppe wurde mindestens eine solche Diagnose dokumentiert.

Stationäre Versorgung

- In 2019 sind im Durchschnitt je 1.000 Versicherte 202 stationäre Behandlungen erfolgt, dabei waren die Versicherten im Mittel pro Behandlungsfall 8,9 Tage im Krankenhaus. Gegenüber dem Vorjahr sind damit die Kennwerte leicht gestiegen. Männer sind nur geringfügig häufiger in stationärer Behandlung als Frauen. Fast kein Unterschied besteht bei der durchschnittlichen Anzahl an Behandlungstagen.
- Mit 13,3% nimmt tatsächlich nur ein relativ kleiner Teil aller Versicherten innerhalb eines Jahres eine stationäre Behandlung in Anspruch.
- Meist ist die Verweildauer kurz: Rund zwei Drittel aller Fälle sind nach höchstens einer Woche abgeschlossen, nur 3,0% dauern hingegen länger als 6 Wochen.
- Die meisten Fälle in der stationären Versorgung werden durch Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems verursacht, gefolgt von Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems.
- Herz- und Kreislauf-Erkrankungen sind vor allem „Seniorenkrankheiten“: Ab dem 60. Lebensjahr ist dies vor allem für Männer der häufigste Grund

einer stationären Behandlung. Ein besonderer Anstieg gegenüber dem Vorjahr zeigt sich außerdem bei der Herzinsuffizienz (I50): Mehr als 13% Steigerung bei Behandlungsfällen und -tagen.

- Die weitaus meisten stationären Behandlungstage gehen hingegen auf psychische Störungen zurück. Seit 2009 ist deren Zahl um +28% gestiegen, von allen Behandlungstagen geht mehr als jeder fünfte auf die psychischen Störungen zurück. Darin wird erkennbar, dass psychische Störungen besonders langwierig sind: Ein Fall dauerte in 2019 im Durchschnitt vier Wochen. Dieser Wert steigt damit wie in den letzten Jahren weiter an.
- 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.
- Als Einzeldiagnosen stechen Depressionen (F32, F33) besonders heraus: Ohnehin gehen viele Behandlungstage auf diese zurück, zudem sind für die rezidivierende Form dieser Krankheit (F33) auch in diesem Jahr die Fallzahlen weiter gestiegen.
- Neben den Rentnern sind auch Arbeitslose deutlich öfter und länger in stationärer Behandlung als Beschäftigte oder Familienangehörige. Während bei den Rentnern allein jeder fünfte Behandlungstag auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen ist, sind bei Arbeitslosen psychische Störungen der häufigste Grund für Krankenhausaufenthalte: Mehr als die Hälfte aller Behandlungstage gehen auf diese Krankheitsart zurück.

Arzneimittelverordnungen

- Während sich die Anzahl der Einzelverordnungen sowie der Anteil der Versicherten mit mindestens einer Verordnung in den vergangenen Jahren kaum verändert haben, sind die zugehörigen definierten Tagesdosen zwischen 2012 und 2019 um 16,4% angestiegen.
- Am stärksten sind seit 2012 sowohl die Anteile der Versicherten als auch die zugehörigen Einzelverordnungen und definierten Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System und das Nervensystem angestiegen.
- Die überwiegende Mehrheit aller Einzelverordnungen (55,7%) und definierten Tagesdosen (70,0%) geht auf Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System, das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie das Nervensystem zurück.
- Der größte Anteil der Verordnungen von Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislaufsystem ist in

der Gruppe der 65-Jährigen und älteren zu finden. Dies korrespondiert mit der altersabhängigen Auftretenshäufigkeit entsprechender chronischer Erkrankungen, wie z.B. Bluthochdruck oder anderen oft vorkommenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

- Dagegen unterscheiden sich z.B. die Verordnungsanteile bei Antibiotika zwischen den Altersgruppen bzw. Männern und Frauen nur geringfügig. Für diese Mittel ist der größte Rückgang (-5,8 Prozentpunkte) bei den Anteilen Versicherter mit mindestens einer Verordnung zu verzeichnen.
- Mehr als die Hälfte aller Einzelverordnungen (53,3%) bzw. definierten Tagesdosen (57,4%) gehen allein auf diejenigen zehn Arzneimittelgruppen zurück, die den BKK Versicherten 2019 am häufigsten verordnet wurden.
- Mit jeder fünften Einzelverordnung (19,8%) und jeder dritten Tagesdosis (34,9%) nehmen die drei Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System hierbei den Spitzenplatz ein.
- Über zwei Drittel der Rentner (71,8%) wird jährlich mindestens einmal ein Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System verschrieben. Hingegen wird weniger als einem von zehn Rentnern (8,9%) pro Jahr gar kein Arzneimittel verordnet.
- Von den ALG-I-Empfängern hat mehr als jeder Zweite (52,2%) keine Arzneimittelverordnung erhalten. Bei den Langzeitarbeitslosen (ALG-II) sind Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem recht verbreitet: Mehr als jeder vierte (26,7%) hat ein solches Mittel mindestens einmal im Jahr verordnet bekommen.
- Vor allem aufgrund der Erstattungsfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen, ist der Anteil der Verordnungen von Mitteln mit Wirkung auf den Respirationstrakt mit 29,7% bei der Versicherten-gruppe der Familienangehörigen am größten.
- Die Pendleranteile nehmen bis ins mittlere Erwachsenenalter stetig zu und bis zum Renteneintrittsalter kontinuierlich ab, während die Pendlerentfernung bis auf die jüngste und die älteste Altersgruppe nahezu unverändert bleibt. Mit zunehmendem Alter werden die Geschlechtsunterschiede größer: Beschäftigte Männer pendeln häufiger und legen dafür größere Pendlerentfernungen zurück als Frauen.
- Allgemein gilt: Je höher der Schul- bzw. Berufsabschluss eines Beschäftigten, desto größer sind der Pendleranteil und die Pendlerentfernung.
- Beschäftigte freiwillige Mitglieder pendeln häufiger und legen dafür längere Entfernungen zurück als beschäftigte Pflichtmitglieder. Das Pendelverhalten und der Sozialstatus von Beschäftigten zeigen somit einen deutlichen Zusammenhang.
- In Landkreisen, die sich im direkten Umfeld von Großstädten bzw. industriellen Ballungszentren befinden, ist die Pendlerquote der Beschäftigten am größten.
- Für die Pendlerentfernungen zeigt sich ein klassisches Ost-West-Muster, wobei gleichzeitig auch die grenznahen Regionen in Westdeutschland sowie die Großstädte überdurchschnittliche Werte aufweisen.
- Mehr als die Hälfte aller Beschäftigten in den Wirtschaftsgruppen Information und Kommunikation sowie freiberufliche wissenschaftliche und technische Dienstleistungen sind Pendler. Dagegen liegt deren Anteil im Gastgewerbe nur bei etwas mehr als einem Viertel der dort Tätigen.
- Während mehr als die Hälfte (55,5%) der in IT- und naturwissenschaftlichen Berufen Beschäftigten pendelt, sind es in den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen nur ein knappes Drittel (33,0%).
- Am häufigsten bzw. weitesten pendeln Beschäftigte, die hoch komplexe Tätigkeiten ausüben, die eine Aufsichts- bzw. Führungsrolle im Beruf innehaben oder die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind.

2. Schwerpunktthema „Mobilität – Arbeit – Gesundheit“

- 44,0% der beschäftigten Mitglieder sind im Jahr 2019 der Gruppe der Pendler zuzuordnen, wobei dieser Anteil bei den Männern mit 48,0% höher als bei den Frauen (39,0%) ausfällt.
- Die mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Arbeitsort für alle Beschäftigten beträgt 25,9 Kilometer, für die Gruppe der Pendler ist die Pendlerentfernung mit durchschnittlich 50,6 Kilometern fast doppelt so groß.
- **Arbeitsunfähigkeitsgeschehen**
- Über nahezu alle Altersgruppen hinweg zeigt sich, dass Pendler tendenziell weniger AU-Tage als die Nichtpendler aufweisen. Ein ähnliches Muster wird auch bei der Betrachtung nach den wichtigsten Krankheitsarten sichtbar.
- Die Pendler unter den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern weisen im Mittel mehr AU-Tage als ihre nichtpendelnden Kollegen auf, bei den be-

- schäftigten Pflichtmitgliedern stellt sich hingegen das umgekehrte Bild dar.
- Pendler mit Wohnort in ostdeutschen bzw. ländlich geprägten Kreisen weisen im Mittel mehr Fehlzeiten als die Nichtpendler im gleichen Landkreis auf.
 - Während Pendler im verarbeitenden Gewerbe oder in Erziehung und Unterricht weniger AU-Tage als die Nichtpendler aufweisen, zeigt sich im Bau- und im Gastgewerbe ein umgekehrtes Bild.
 - Ähnliche Muster finden sich auch beim Vergleich der Fehlzeiten zwischen Pendlern und Nichtpendlern für Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen.
 - Teilweise zeigen sich innerhalb einer Branche im Zusammenhang mit dem Wohnort des Beschäftigten regionale Unterschiede in den Fehlzeiten sowohl zugunsten als auch zuungunsten der Pendler.
 - Weisen die Pendler in den Sicherheitsberufen mehr AU-Tage aufgrund Muskel-Skelett-Erkrankungen als die Nichtpendler auf, so zeigt sich bei den Handelsberufen ein umgekehrtes Bild.
 - Bei den psychischen Störungen sind es u. a. die Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe, bei denen die Pendler mehr Fehltag als die Nichtpendler aufweisen.
 - Während in einem Bundesland Pendler deutlich weniger AU-Tage als Nichtpendler aufweisen, verhält es sich in der gleichen Berufsgruppe in einem anderen Bundesland genau umgekehrt.
 - Die größten Unterschiede bei den Fehlzeiten zeigen sich zuungunsten der Pendler bei den Beschäftigten mit Arbeitnehmerüberlassung und bei solchen mit einem niedrigen Anforderungsniveau der Tätigkeit.
 - Umgekehrt profitieren die Pendler im Sinne von niedrigeren Fehltagen vor allem im Zusammenhang mit anspruchsvollen Tätigkeiten, in unbefristeter bzw. Vollzeit-Anstellung sowie in der Rolle einer Aufsichts- bzw. Führungskraft.

Ambulante Versorgung

- Über alle Altersgruppen hinweg weisen die Pendler tendenziell geringere Anteile mit einer Diagnose auf als die Nichtpendler.
- Die Differenz zwischen den Pendlerstatusgruppen ist bei den Frauen stärker ausgeprägt als bei den Männern. So waren im Vergleich zu den Nichtpendlerinnen von den Pendlerinnen geringere Anteile aufgrund von Muskel-Skelett- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen in ambulanter Behandlung.

- Auch nach Bundesländern betrachtet sind die Anteilwerte bei den Pendlern niedriger als bei den Nichtpendlern, diese Differenz ist aber teils recht groß: In Berlin beträgt der Unterschied immerhin 11 Prozentpunkte (74,5% vs. 85,5%).
- In den meisten Branchen sind die Pendler in geringeren Anteilen in ambulanter Behandlung als die Nichtpendler. Dies gilt in der Regel für beide Geschlechter.
- Große Differenzen zeigen sich bei den in Erziehung und Unterricht tätigen Frauen: Diejenigen, die zur Arbeit pendeln, weisen gegenüber den Nichtpendlerinnen deutlich geringe Anteile mit einer Muskel-Skelett-Erkrankung oder einer psychischen Störung auf.
- Im Berufsgruppenvergleich zeigt sich sowohl bei Muskel-Skelett-Erkrankungen als auch bei psychischen Störungen für beide Geschlechter ein weitgehend homogenes Bild: Pendlern wird seltener als Nichtpendlern eine solche Diagnose gestellt.
- Für die sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe zeigen sich die größten Differenzen in den Anteilen mit Diagnosen zwischen Pendlern und Nichtpendlern. Pendelnde Frauen genauso wie pendelnde Männer in diesen Berufen waren in geringeren Anteilen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen oder psychischen Störungen in ambulanter Behandlung.
- Erkennbar geringere Anteile mit Diagnose bei den Pendlern gegenüber den Nichtpendlern zeigen sich bei Beschäftigten, die Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten verrichten.
- Gegenläufig zum Großteil der in diesem Schwerpunktteil dargestellten Ergebnisse, sind es bei den Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung die Pendler, die gegenüber den Nichtpendlern höhere Anteilswerte aufweisen.

Stationäre Versorgung

- Pendler und Nichtpendler unterscheiden sich hinsichtlich der stationären Fallzahlen und daraus resultierender Behandlungstage nur unwesentlich.
- Differenziert nach Alter zeigt sich, dass Nichtpendler in den Altersgruppen jünger als 40 Jahre durchschnittlich mehr Tage in stationärer Behandlung waren als Pendler.
- Dieses Verhältnis kehrt sich hingegen bei den Altersgruppen ab 55 Jahren um, hier weisen die Pendler mehr Krankenhaustage als die Nichtpendler auf.

- Pendler, die in privaten Haushalten arbeiten, weisen insgesamt die meisten Krankenhaustage auf, während in Land-/Forstwirtschaft und Fischerei beschäftigte Pendler die geringste Zahl an Behandlungstagen aufweisen. Damit liegen die Kennwerte für die Pendler in diesen beiden Branchen deutlich über bzw. unter dem Mittelwert. Zu den nichtpendelnden Kollegen in der jeweiligen Branche besteht zudem eine große Differenz.
- Bei den Berufsgruppen ergeben sich größere Differenzen zwischen Pendlern und Nichtpendlern für einzelne Erkrankungsarten. So waren die Pendler in Land-, Forst- und Gartenbauberufen sowie in IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen um ein Fünftel weniger Tage als die Nichtpendler in stationärer Behandlung.
- Drastische Unterschiede zeigen sich in den Bundesländern: In Bremen ist die Anzahl der Behandlungstage bei den Pendlern in IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen nur ein Drittel so groß wie bei den Nichtpendlern. In Mecklenburg-Vorpommern hingegen weisen die Pendler der gleichen Berufsgruppe einen doppelt so hohen Wert wie die Nichtpendler auf.
- Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung allgemein weisen ohnehin überdurchschnittliche Kennwerte auf. Bei Pendlern in einem solchen Arbeitsverhältnis sind noch darüberhinausgehend mehr KH-Tage im Vergleich zu Nichtpendlern zu verzeichnen.
- Bei Teilzeit-Beschäftigten sind – gegenläufig zu anderen Vertragsformen – die psychischen Störungen bei Pendlern mit einer im Schnitt größeren Anzahl an stationären Behandlungstagen verbunden als bei Nichtpendlern.
- Anders als beispielsweise im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zeigt sich in der stationären Versorgung keine besondere gesundheitliche Belastung durch das Pendeln bei Tätigkeiten mit niedrigem Anforderungsniveau.
- Die größten regionalen Unterschiede treten bei den Arzneimittelverordnungen zugunsten der Pendler in den Stadtstaaten Berlin und Bremen auf. Anders bei den definierten Tagesdosen: Dort sind es – neben Hamburg – vor allem die ostdeutschen Bundesländer, in denen die Pendler höhere Werte als die Nichtpendler aufweisen.
- Beim Wirtschaftsgruppenvergleich wird ebenfalls deutlich, dass vor allem pendelnde Männer mehr definierte Tagesdosen als ihre nichtpendelnden Kollegen erhalten.
- Über alle Branchen hinweg zeigt sich dagegen in der Mehrheit der Fälle, dass die weiblichen Pendler durchschnittlich weniger Tagesdosen bezogen auf die betrachteten Wirkstoffgruppen als die weiblichen Nichtpendler erhalten.
- Während im Gesundheits- und Sozialwesen in nahezu allen Bundesländern weniger verordnete Tagesdosen bei den Pendlern zu finden sind, zeigt sich z.B. im Bereich Verkehr und Lagerei ein weitaus heterogeneres Regionalmuster.
- Bei vielen Berufen zeigt sich, dass vor allem pendelnde Männer mehr Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das Muskel-Skelett-System bzw. das Herz-Kreislauf-System als ihre nichtpendelnden Kollegen verordnet bekommen.
- Für die Pendlerinnen sind hingegen mehrheitlich weniger Tagesdosen für die betrachteten Wirkstoffgruppen im Vergleich zu den Nichtpendlerinnen in den unterschiedlichen Berufsgruppen feststellbar.
- Zusätzlich zum Pendlerstatus schwanken die Unterschiede auch innerhalb einer Berufsgruppe in Abhängigkeit vom Wohnort der Beschäftigten, ein eindeutiges Regionalmuster ist allerdings nicht erkennbar.
- Für die weiteren arbeitsweltlichen Merkmale werden für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System die deutlichsten Unterschiede im Zusammenhang mit dem Pendlerstatus sichtbar. Insbesondere mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit und bei einer Beschäftigung über eine Arbeitnehmerüberlassung werden jeweils mehr Tagesdosen der genannten Wirkstoffgruppe bei den Pendlern im Vergleich zu den Nichtpendlern verordnet.
- Für Mittel mit Wirkung auf das Muskel-Skelett-System bzw. das Nervensystem zeigen sich keine substanzialen Unterschiede im Zusammenhang mit dem Pendlerstatus der Beschäftigten.

Arzneimittelverordnungen

- Bei berufstätigen Pendlerinnen sind im Vergleich zu den Nichtpendlerinnen durchweg weniger Arzneimittelverordnungen mit gleichzeitig geringeren definierten Tagesdosen erteilt worden, während sich das Bild bei den beschäftigten Männern genau umgekehrt darstellt. Dieses geschlechtsspezifische Muster setzt sich auch bei der Betrachtung ausgewählter anatomischer Hauptgruppen fort und tritt bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System am deutlichsten zu Tage.

Mobilität in der Arbeitswelt: Ursachen, Folgen, Prävention

Holger Pfaff und Sabrina Zeike

Das Thema Mobilität spielt in der Arbeitswelt eine zentrale Rolle. Entwicklungen zeigen, dass immer mehr Menschen zur Arbeit pendeln. Der Druck, mobil zu sein und auch weitere Wege zum Arbeitsplatz auf sich zu nehmen, hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Statistiken zeigen, dass fast jeder zweite Erwerbstätige Erfahrungen mit Mobilitätsanforderungen hat [2]. Aus Daten zu Pendlerverflechtungen der Bundesagentur für Arbeit geht hervor, dass 60 Prozent aller Beschäftigten außerhalb ihrer Gemeinde arbeiten. Im Jahr 2019 hatten insgesamt 3,4 Millionen Arbeitnehmer ihren Arbeitsort sogar nicht in dem Bundesland, in dem sie wohnten. 2018 waren es noch etwa 50.000 Beschäftigte weniger. Zur Jahrtausendwende waren es erst 2,14 Millionen [3].

Dieser BKK Gesundheitsreport widmet sich dem Zusammenhang zwischen Mobilität, Arbeit und Gesundheit. Ziel dieses einleitenden Kapitels ist es, in das Thema Mobilität einzuführen und einen systematischen Überblick zu geben. Dazu soll zunächst der Begriff Mobilität und die verschiedenen Formen, die Mobilität annehmen kann, erläutert werden. Im zweiten Schritt werden die gesellschaftlichen und arbeitsbezogenen Ursachen zunehmender oder auch abnehmender Mobilität vorgestellt. Anschließend geht es darum, die gesundheitlichen Folgen der Mobilität zu beleuchten. Im letzten Teil dieses Einleitungskapitels werden – basierend auf dem Person-Environment-Fit (P-E-Fit)-Modell [4, 5] – mögliche Präventionsmaßnahmen herausgearbeitet.

Formen von Mobilität

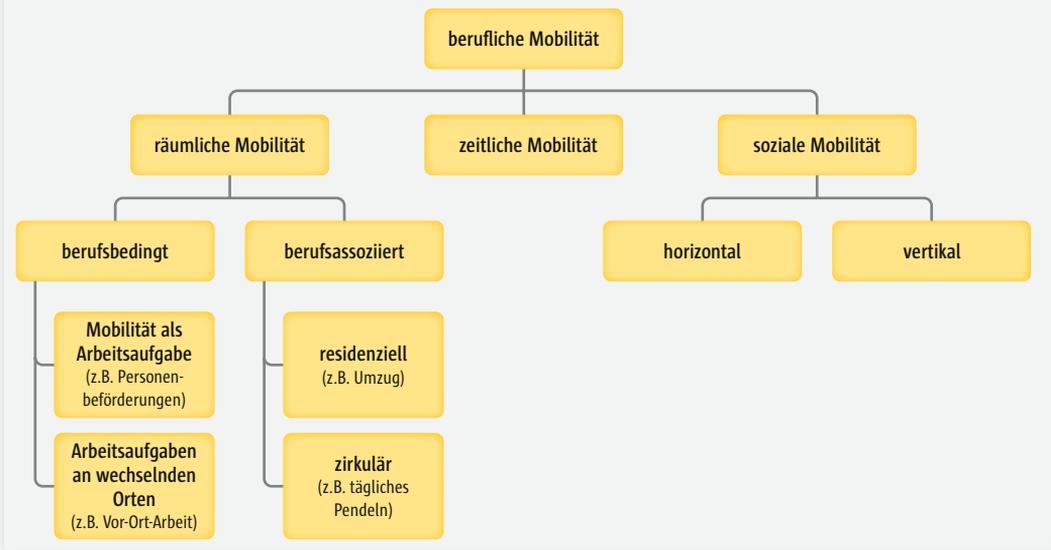
Mobilität bedeutet Bewegung und zunehmend auch Beweglichkeit. Der Begriff der Mobilität begegnet uns sowohl im Arbeitsleben als auch im Freizeitbereich immer häufiger. Im Folgenden geht es darum, den Begriff Mobilität begrifflich zu bestimmen und aufzuzeigen, welche Formen der Mobilität es im Kontext der Arbeitswelt gibt. Es werden verschiedene Dimensionen der Mobilität erläutert und definiert. Der Fokus dieses Einführungskapitels soll anschließend auf der berufsbedingten räumlichen Mobilität liegen. Dennoch muss auch der Freizeitbereich

reich mit in Betracht gezogen werden, wenn das Thema Mobilität ganzheitlich betrachtet werden soll. Es können verschiedene Mobilitätsformen unterschieden werden: soziale Mobilität, räumliche Mobilität und zeitliche Mobilität (vgl. **»»** Abb. 1).

Soziale Mobilität bedeutet Bewegung im sozialen Raum [6]. Diese Form der Mobilität wird meist definiert als die Bewegung von Einzelpersonen oder Gruppen im Raum der sozio-ökonomischen Positionen [7]. Soziale Mobilität kann die Form der Statusmobilität annehmen. Mit Statusmobilität wird in der Regel der Wechsel zwischen verschiedenen Formen des sozialen Status bezeichnet. Man unterscheidet bei der sozialen Mobilität die intergenerationale soziale Mobilität von der intragenerationalen sozialen Mobilität. Im ersten Fall erfolgt der Statusaufstieg oder -abstieg über die Familiengenerationen hinweg: „*Auf- und Abstiege in der Generationenfolge werden als intergenerationale soziale Mobilität bezeichnet*“ [8]. Von intragenerationaler sozialer Mobilität sprechen Soziologen, wenn Berufskarrieren und ihre Verläufe gemeint sind [8]. Im Rahmen der intragenerationalen Mobilität spielt die berufliche Mobilität eine besondere Rolle. Von beruflicher Mobilität wird gesprochen, wenn sich „*der konkrete Beruf, das erforderliche Qualifikationsniveau oder der Tätigkeitsbereich des ausgeübten Berufs geändert hat*“ [9]. Dies kann mit Statusänderungen positiver oder negativer Art verbunden sein. Man unterteilt daher oft die soziale Mobilität in eine vertikale und eine horizontale Mobilität. Vertikale Mobilität bedeutet Statusmobilität. Horizontale soziale Mobilität ist gegeben, wenn eine Person durch soziale Netzwerke wandert, Netzwerke verlässt und an anderer Stelle wieder aufbaut [10].

Räumliche Mobilität versteht man als Bewegung im geografisch-physikalischen Raum [11]. Räumliche Mobilität bedeutet somit der „*Wechsel eines oder mehrerer Individuen zwischen den vorab festgelegten Einheiten eines räumlichen Systems*“ [12] und kann verschiedene Formen annehmen. Bezieht man die zeitliche Dimension in die Begriffsbildung mit ein, kann man die punktuelle Mobilität von der zirkulären Mobilität unterschei-

Abbildung 1 Formen von Mobilität (angelehnt an Ducki et al. 2016) [1]



den. Die punktuelle Mobilität umfasst alle räumlichen Bewegungen von Personen bzw. Haushalten, die zu einem Zeitpunkt bzw. in einem eng eingrenzba- ren Zeitraum erfolgen. Eine Veränderung des Wohnsitzes, aber auch der Arbeitsplatzwechsel sind Beispiele für punktuelle Mobilität [12]. Die zirkuläre Mobilität umfasst Bewegungen, die einen wiederkehrenden Ortswechsel zwischen verschiedenen Lebensmit- telpunkten beinhalten [13]. Reisen und Pendelmo- bilität zwischen Wohn- und Arbeitsort, bei denen kurz- fristig am Zielort übernachtet wird, können zur zir- kulären Mobilität gezählt werden. Wege zur Ausbil- dungsstätte, zur Schule und anderen Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, sowie zu Zwecken des Ein- kaufs oder der Freizeitgestaltung gehören ebenfalls zur zirkulären Mobilität [12]. Zusätzlich zu den aufge- zählten Formen von räumlicher Mobilität können auch Mischformen zwischen punktueller und zirku- lärer Mobilität entstehen [12]. Zur räumlichen Mo- bilität zählen Dienstreisen, Pendeln und Homeoffice [14]. Hierbei wird oft zwischen berufsassoziierte räumlicher und berufsbedingter Mobilität unterschieden [14, 15]. Die **berufsassoziierte Mobilität** ist der Arbeit vor- und nachge- lagert und dient dazu, berufliche und außerberufliche Anforderungen zu koordinieren (Pendeln, Um- zug). Diese Mobilitätsformen sind nicht betrieblich festgeschrieben und daher auch nur bedingt durch betriebliche Maßnahmen veränderbar. Die **berufsbe- dingte Mobilität** hingegen ergibt sich aus der Natur der Arbeit. Bei der berufsbedingten Mobilität sind wech-

selnde Orte Teil der Tätigkeit. Diese Form der Arbeit lässt sich danach unterscheiden, ob sie durch eine Aufgabenerledigung an wechselnden oder wiederkeh- renden Orten verursacht wird (Dienstreisen, Entsen- dungen) oder ob die Bewegung an sich zentrales Auf- gabenelement ist (Transport- und Beförderungstätig- keiten). Bei dieser Form der Mobilität liegt die Gestal- tung der Mobilitätsbedingungen im Verantwortungsbereich des Arbeitgebers [13]. Das gilt auch für die Einrichtung eines Arbeitsplatzes, z.B. bei Telearbeit oder Homeoffice [14].

Die **zeitliche Mobilität** bedeutet Bewegung im zeitli- chen Raum. Der Begriff bezeichnet oft den Wechsel des Zeitpunkts (zeitlichen Orts der Arbeit) und meint oft einfach zeitliche Flexibilität. Beispiele hierfür sind erweiterte Erreichbarkeit, lange Arbeitszeiten sowie der Wechsel von Nacht- und Schichtarbeit [16].

Im Folgenden stehen in diesem Einleitungskapi- tel vor allem die räumliche und zeitliche Mobilität im Zentrum des Interesses. Innerhalb der räumli- chen Mobilität interessieren vor allem die Formen der zirkulären Mobilität und – in Grenzen – der punk- tuellen Mobilität. Die punktuelle Mobilität ist be- trieblich gesehen besonders dann relevant, wenn es um einen Arbeitsplatzwechsel innerhalb einer Orga- nisation geht. Bei den folgenden Ausführungen muss auch die zentrale Erkenntnis der Mobilitätsfor- schung im Auge behalten werden, dass die berufli- chen Mobilitätsanforderungen eng verwoben sind mit der Lebensform [10].

Ursachen für Mobilität

Die Ursachen der Mobilität in der arbeitenden Bevölkerung sind unterschiedlicher Art. Grund einer Mobilitätsentscheidung ist für Arbeitnehmer häufig ein

nicht vorhandenes bzw. nicht adäquates Arbeitsangebot am Wohnort. Es können **gesellschaftliche, organisatorische und individuelle Ursachen** von Mobilität unterschieden werden (vgl. **»»** Abb. 2-4).

Abbildung 2 Fördernde und hemmende Ursachen von Mobilität auf der gesellschaftlichen Ebene



Gesellschaftliche Ebene

- Trend zur Modernisierung der Gesellschaft (z.B. Trennung von Arbeit und Wohnort)
- Trend zur Individualisierung der Gesellschaft (z.B. von der Großfamilie zur Kleinfamilie)
- Trend von der Gemeinschaft zur Gesellschaft (z.B. von der Dorfgemeinschaft zur Stadtgesellschaft; Landflucht)
- Trend zur Globalisierung der Gesellschaft (z.B. Dienstreisen innerhalb weltweit tätiger Konzerne oder im Rahmen internationaler Konferenzen)
- Ökologie-Trend (z.B. Verzicht auf Urlaubsreisen und/oder bestimmte Reiseformen)
- Trend zur Digitalisierung (z.B. Videokonferenzen statt Präsenztermine)
- Urbanisierungstrend (z.B. Verstädterung führt zu einer Reduktion des PKW-Verkehrs)
- Pandemien (Dienstreisebeschränkungen, Homeoffice, Vermeidung des öffentlichen Nah- und Fernverkehrs)
- Entglobalisierungstrend (z.B. Produktion im eigenen Land statt in fernen Ländern)

Abbildung 3 Fördernde und hemmende Ursachen von Mobilität auf der organisatorischen Ebene



Organisatorische Ebene

- Zentralisierung von Funktionen (z.B. Reduktion der Filialen und/oder Konzentration der IT-Funktionen an einem Ort statt an verschiedenen Orten erzeugt zirkuläre Mobilität)
- Strategie der konzernweiten Arbeitsteilung (z.B. nationale Dienstreisen zwischen Konzernteilen)
- Globalisierungsstrategie (z.B. internationale Mobilität durch Expatriates bzw. Entsendung)
- Sozialkapital-Strategien zur Bildung einer Betriebsgemeinschaft durch soziale Präsenz-Events (z.B. Dienstreisen durch Präsenz-Treffen von weltweiten Teams)
- Wissensmanagement durch soziale Vernetzung (z.B. Dienstreisen durch Top-Manager-Treffen bei Weltkonzernen)
- Präsenzkultur (z.B. Unternehmen mit ausgeprägter Präsenzkultur erzeugen mehr Mobilität, da Homeoffice nicht gern gesehen wird)
- Strategie der Digitalisierung und Informatisierung von Geschäftsprozessen (z.B. Online-Verkauf von Automobilen statt Präsenz-Verkauf oder Verkauf über den Außendienst)
- Strategie der Digitalisierung interner Prozesse, Koordination und Meetings (z.B. Telefon- und Video-Konferenzen)
- Strategie der Nutzung von „Fühlungs-/Standortvorteilen“ durch Platzierung des Unternehmens in der Nähe von Konkurrenten und/oder Kooperationspartnern (z.B. Zulieferindustrie um den Autokonzern; Versicherungsunternehmen in „Versicherungsstädten“)
- Strategie des Downsizings (personelle Verkleinerung) von Unternehmen (z.B. weniger Beschäftigte bedeutet in der Regel eine Verringerung des Gesamtmobilitätsaufwands innerhalb des Unternehmens)

Abbildung 4 Fördernde und hemmende Ursachen von Mobilität auf der individuellen Ebene



Individuelle Ebene

- Karrierebedürfnisse (als Ursache z.B. für punktuelle und zirkuläre Mobilität)
- Wunsch nach Vereinbarkeit zwischen Familie und Beruf (als Ursache z.B. für Wochenend-Pendeln)
- Bedürfnis nach Erhalt des Arbeitsplatzes (als Ursache z.B. für Pendeln nach Betriebsverlagerungen)
- Wunsch nach Trennung von Arbeit und Freizeit (als Ursache z.B. für die geringe Nutzung des Homeoffice)
- Wunsch nach sozialen Kontakten (als Ursache z.B. für die geringe Nutzung von Homeoffice-Regelungen)
- Persönlichkeitseigenschaft Extraversion (als Ursache z.B. für Wunsch nach Präsenzkontakten)
- Wunsch nach Vereinbarkeit zwischen Familie und Beruf (als Ursache z.B. für die Nutzung von Homeoffice-Regelungen)
- Persönlichkeitseigenschaft Introversion (als Ursache z.B. für Digitalkontakt und Homeoffice)
- generelle Reisemüdigkeit oder Reiseaversion

Auf den genannten Ebenen sind mehrere Trends wirksam, die in fördernder (in den ►► Abbildungen 2-4 unter „+“ aufgeführt) oder hemmender (in den ►► Abbildungen 2-4 unter „-“ aufgeführt) Weise Einfluss auf den Grad der Mobilität haben.

Gesundheitliche Folgen von Mobilität



Die Auswirkungen von Mobilität hängen nicht nur von der Art der Mobilität ab, sondern auch davon, welche Bedarfe und Bedürfnisse die Person, die mit dieser Mobilität umgeht, hat und in welcher Lebenslage sie sich befindet.

Mobilität kann positive und negative Effekte für Beschäftigte haben. Im Durchschnitt sind mobile Personen jedoch insgesamt stärker fehlbeansprucht als nicht-mobile Personen [17]. Zu beachten ist hierbei, dass die Fehlbeanspruchung stark davon abhängig ist, ob die Mobilitätsentscheidung z.B. aufgrund von Arbeitslosigkeit als Zwang erlebt wird, oder ob es sich um eine selbst bestimmte Entscheidung handelt, z.B. um Karrieresprünge zu erreichen [13]. In Studien wird zudem häufig auf methodische Probleme hingewiesen, da die reinen Effekte des Pendelns auf Gesundheit und Wohlbefinden nur schwer von

anderen Einflussfaktoren getrennt werden können. Je nach Mobilitätsform sind unterschiedliche Zusammenhänge mit der Gesundheit zu vermuten, weshalb die gesundheitlichen Folgen von Mobilität im Folgenden für die wichtigsten arbeitsbezogenen Mobilitätsformen getrennt betrachtet werden.

Folgen der Pendel-Mobilität

Viele Studien beschäftigen sich mit dem Pendeln und den Einflüssen auf die physische und psychische Gesundheit. Insbesondere das mehrstündige tägliche Pendeln kann bei Betroffenen mit großer Wahrscheinlichkeit Stress verursachen und negative gesundheitliche Folgen haben. Nach dem aktuellen Forschungsstand lässt sich festhalten, dass Pendler häufiger als Nicht-Pendler psychosomatische Beschwerden, ein geringes Wohlbefinden und Unzufriedenheit aufweisen [14, 18]. Bei Fernpendlern ist das Risiko einer schlechten allgemeinen Gesundheit und depressiver Verstimmungen sogar ungefähr doppelt so hoch wie bei Nicht-Pendlern [17].

Studien bei Tagespendlern haben ergeben, dass sich folgende Symptome vermehrt beobachten lassen: erhöhte Müdigkeit, Kopfschmerzen, Glieder- und Nackenschmerzen, Verspanntheit und Erschöpfung [19]; Schlafschwierigkeiten [20]; erhöhte Fehlzeiten durch psychische Störungen [21]; mehr interpersonale Probleme [22] und geringere Lebenszufriedenheit.

denheit [23]. Des Weiteren konnten in Studien auch Konflikte bezogen auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie ein erhöhtes Trennungsrisiko beobachtet werden [24, 25]. Die gesundheitlichen Folgen waren vor allem bei pendelnden Schichtarbeitern zu beobachten. Für diese besonders belastete Gruppe konnten stärkere Herzprobleme, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Nervosität und Schlafprobleme beobachtet werden [26].

Es lässt sich feststellen, dass zu den Folgen des wöchentlichen Pendelns sehr viel weniger Untersuchungen vorliegen als zu Tagespendlern. Studien konnten jedoch zeigen, dass in der Gruppe der Wochenpendler erhöhte Fehlzeiten, ein schlechterer Gesundheitszustand, vermehrte psychosomatische Beschwerden und eine erhöhte Stressbelastung zu beobachten sind [21, 24]. Differenzierte Analysen konnten nachweisen, dass sich insbesondere bei Frauen sowie Beschäftigten mit Kindern eine signifikante Verschlechterung der Gesundheit als Folge des Fernpendelns zeigte. Die Beanspruchungen des Fernpendelns konnte für ältere als auch für jüngere Beschäftigte bestätigt werden [27].

Folgen von Entsendungen und Dienstreisen

Beruflich erzeugte punktuelle Mobilität kann viele Formen annehmen. In vielen Unternehmen gehört es z.B. zur Bedingung für Top-Management-Karrieren, einmal in einem Auslandswerk oder in einer internationalen Niederlassung für längere Zeit Führungstätigkeiten zu übernehmen. Ebenso werden Mitarbeiter benötigt, um in einem Auslandswerk, einer Auslandsniederlassung, in einem Unternehmen eines internationalen Kooperationspartners oder in einem Unternehmen eines internationalen Kunden das vorhandene Know-how für eine gewisse Zeit anzuwenden. Ob diese Form der Entsendung gesundheitliche Beeinträchtigungen mit sich bringt, hängt stark von der Tätigkeit und der Freiwilligkeit der Entsendung bzw. der Dienstreise ab [13].

Studien konnten zeigen, dass Entsendete, die wenig Kontakt zu ihren Heimatorten aufrechterhalten, weniger Heimweh erleben und am Einsatzort psychisch stabiler sind. Durch diesen Prozess können jedoch gleichzeitig Tendenzen der Entwurzelung entstehen, vor allem wenn der Einsatzort mehrfach gewechselt wird [28, 29].

Die gesundheitlichen Auswirkungen von Dienstreisen sind bis dato wenig untersucht. Dies liegt unter anderem daran, dass die Auswirkungen von Dienstreisen auf die Gesundheit von einer Vielzahl von Faktoren abhängig sind [14, 15]. Ausschlagge-

bend für die entstehenden Belastungen sind neben dem Arbeitsort (national oder international) auch die Rahmenbedingungen, unter denen die Reise angetreten wird.

Eine Studie von Kesselring und Vogl aus dem Jahr 2010 ergab, dass durch eine Arbeitsverdichtung, die mit der Geschäftsreise verbunden ist, negative Auswirkungen auf die Gesundheit auftreten können. So können auf Geschäftsreisen eine hohe Arbeitsintensität mit ständiger Erreichbarkeit und langen Arbeitstagen entstehen [30, 31]. Die verschiedenen Rahmenbedingungen der Reise und auch der Faktor, ob die Reise selbst geplant und mitgestaltet werden kann, sind außerdem dafür verantwortlich, ob die Geschäftsreise als belastend empfunden wird [32].

Bei langen internationalen Dienstreisen kann es außerdem zu weiteren Folgen wie bspw. dem Jetlag kommen. Zu den Auswirkungen des Jetlags zählen gesundheitliche Beeinträchtigungen wie Schlafstörungen, Magen-Darm-Probleme oder psychische Störungen [33]. Zusätzlich zeigen Studien, dass Dienstreisen häufig mit einer ungesunden Ernährung, Übergewicht, hohem Blutdruck und einem erhöhten Alkoholkonsum einhergehen [33, 34]. Bei Reisen in medizinische Risikogebiete können zudem reisemedizinische Risiken oder Infektionen eine Rolle spielen.

Folgen tätigkeitsbedingter und berufsbedingter Mobilität

Die Form der tätigkeitsbedingten und berufsbedingten Mobilität umfasst sowohl Berufe, in denen die Mobilität Teil der Tätigkeit ist, als auch Berufe, die an wechselnden Arbeitsorten durchgeführt werden. Beispiele für diese Berufsgruppen sind einerseits z.B. Piloten oder Busfahrer und andererseits z.B. Unternehmensberater, Außendienstler oder Monteure.

Die Tätigkeiten dieser Berufe unterscheiden sich stark, was einen Vergleich der Berufsgruppen oder eine allgemeingültige Aussage zu gesundheitlichen Folgen mobiler Arbeitsformen erschwert [13]. Die Problematik wird im Folgenden beispielhaft an der Situation der Berufskraftfahrer erläutert. Der Forschungsstand zeigt, dass sich selbst bei Berufskraftfahrern die Arbeitssituation erheblich unterscheiden kann, z.B. dahingehend, ob die Personen im Nah- oder Fernverkehr oder im Güterkraftverkehr tätig sind. Bei Busfahrern im Nahverkehr stehen laut dem Stand der Forschung vor allem psychische Belastungsfaktoren im Vordergrund. Dazu zählen: Isolation am Arbeitsplatz (keine Kollegen), Gratifikationskrise (hohe Verausgabung, geringe

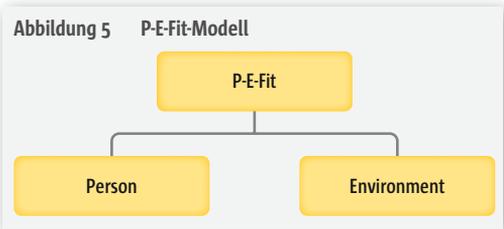
Belohnung), konflikterzeugende Arbeitsanforderungen (z.B. sicher fahren vs. pünktlich sein), geringe Handlungsspielräume, Straßenverkehrsrisiken und Schichtarbeit [35]. Zu den Folgen dieser Belastungen zählen nach dem Stand der Forschung vor allem psychomente und psychosoziale Beanspruchungen wie zum Beispiel Anspannungen, geistige Überbeanspruchung, Müdigkeit, Schlafstörungen und Reizbarkeit [35]. Es ist nachweisbar, dass die psychosomatischen Gesundheitsbeschwerden (z.B. Kopfschmerzen, Nacken- und Rückenschmerzen) höher sind als in anderen Berufsgruppen [35, 36].

In einer Studie von Kraus et al. aus dem Jahr 2020, in der unterschiedliche Formen von mobiler Arbeit in einem Unternehmen im Bereich Facility Management untersucht wurden, konnte gezeigt werden, dass mobile Arbeit in Form von täglich mehrfach wechselnden Einsatzorten mit signifikant höheren Belastungen und niedrigeren Ressourcen einhergeht [37]. Bei den untersuchten Personen konnten ein höherer Grad interessierter Selbstgefährdung und ausgeprägtere Konflikte zwischen Erwerbsarbeit und Privatleben festgestellt werden [37].

Ansatzpunkte für die Prävention

In diesem Einleitungskapitel konnte bisher gezeigt werden, dass Mobilität für Beschäftigte mit Vor- und Nachteilen verbunden sein kann. Der wissenschaftliche Stand zeigt, dass diese Vor- und Nachteile nicht nur von der Art der Mobilität abhängen, sondern auch davon, welche Bedarfe und Bedürfnisse die Person, die mit dieser Mobilität umgeht, hat und in welcher Lebenslage sie sich befindet.

Die Ansatzpunkte zur Prävention mobilitätsbedingter Risiken sind daher sehr vielfältig und stark abhängig von der konkreten Tätigkeit. Präventionsmaßnahmen können von Schulungen und Trainings über die Bereitstellung angemessener Technik bis hin zum Aufbau verbesserter Strukturen reichen. Für die Prävention gilt, dass diese zielgruppenspezifisch erfolgen sollte. Hierbei sollten sowohl die Mobilitätsform und die damit verbundenen Anforderungen als auch individuelle Faktoren, z.B. Alter und Lebensumstände der Beschäftigten berücksichtigt werden. Der Umstand, dass die gesundheitliche Wirkung nicht nur von der Umwelt (hier das Unternehmen und die Tätigkeit) abhängt, sondern auch von der Situation der Person, die mit dieser Umwelt zu tun hat, wird am besten durch das Person-Environment-Fit (P-E-Fit)-Modell [4, 5] erfasst (vgl. **»»** Abb. 5).



Das P-E-Fit-Modell postuliert, dass dann keine gesundheitlichen Folgeprobleme auftreten, wenn es eine Übereinstimmung zwischen Person und Umwelt gibt. Das Modell sagt gesundheitliche Probleme voraus, wenn die Umwelt hinsichtlich der Anforderungen (Menge und/oder Qualität) die Ressourcen und Möglichkeiten der Person übersteigt (vgl. **»»** Abb. 6). Dies ist z.B. der Fall, wenn die Anzahl der Mobilitätsanforderungen die betroffene Person überfordern oder ihre Ressourcen (z.B. Familie und Freunde) gefährden. Das Modell sagt aber auch dann Probleme auf der Gesundheitsebene voraus, wenn die Mobilitätsanforderungen die Möglichkeiten und Ressourcen der Person unterfordern. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn die Person soziale und interkulturelle Kontakte und Netzwerke benötigt oder wünscht, um z.B. Kompetenzen entwickeln zu können und/oder Karriere zu machen, und diese Interessen im gegebenen Job nicht realisieren kann.

Für die Prävention ergeben sich **drei Grundstrategien**, die sich aus dem P-E-Fit-Modell ableiten lassen, sowie **zwei Generalstrategien**, die Arbeitgeber zur Verringerung der mobilitätsbedingten gesundheitlichen Probleme anwenden können (vgl. **»»** Abb. 7).

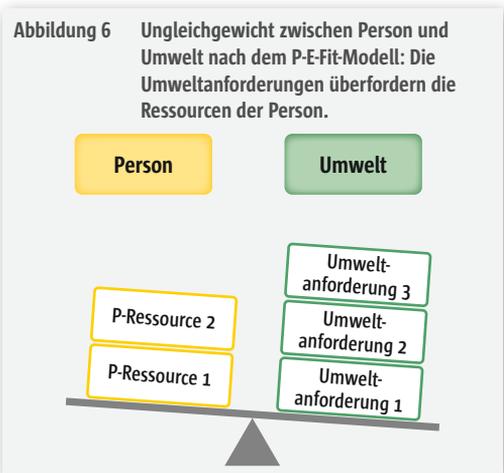


Abbildung 7 Präventionsstrategien für mobilitätsbedingte gesundheitliche Probleme

Grundstrategien:

1. Betriebsbedingte Verminderung der Mobilitätsanforderungen im Falle der Überforderung
2. Betriebsbedingte Erhöhung der Mobilitätsanforderungen im Falle der Unterforderung
3. Betriebs- und personenbedingte Erhöhung der mobilitätsrelevanten Ressourcen der Person des Beschäftigten im Falle der Überforderung

Generalstrategien:

1. Beschäftigte entscheiden selbst über mobile Tätigkeiten (damit kann die Person selbst für sich einen individuellen Fit zwischen Anforderungen und Ressourcen erreichen)
2. Aushandlungsprozesse zwischen Person und Organisation (Umwelt) werden ermöglicht (damit kann ein Kompromiss zwischen der Person und der Organisation erzielt werden, und es kommt ein psychologischer Arbeitsvertrag zustande)

Grundstrategien

Betriebsbedingte Verminderung der Mobilitätsanforderungen im Falle der Überforderung

Wege zur Erzielung dieses strategischen Ziels sind

- die Versetzung in weniger mobilitätsfordernde Abteilungen und Tätigkeiten,
- die Verminderung der Mobilitätsanlässe,
- der funktional äquivalente Ersatz der Mobilität durch Einsatz von Videokonferenzen oder Telefonkonferenzen und
- die Ausweitung der Homeoffice-Regelungen.

Betriebsbedingte Erhöhung der Mobilitätsanforderungen im Falle der Unterforderung

Wege zur Erzielung dieses strategischen Ziels sind

- die Versetzung in mobilitätsfordernde Abteilungen und Tätigkeiten,
- die Vermehrung der Mobilitätsanlässe (wenig sinnvoll aus ökonomischer und ökologischer Sicht),
- die Förderung der Präsenzkultur,
- die Verminderung von Videokonferenzen oder Telefonkonferenzen und
- die Eingrenzung der Homeoffice-Regelungen.

Betriebs- und personenbedingte Erhöhung der mobilitätsrelevanten Ressourcen der Person des Beschäftigten im Falle der Überforderung

Wege zur Erzielung dieses strategischen Ziels sind

- die Erhöhung der körperlichen Widerstandskraft durch Schutzimpfungen und Reisemedizin bei internationalen Reisen
- die Verbesserung der sprachlichen und interkulturellen Kompetenz der Beschäftigten bei internationalen Reisen

- die Erhöhung des Budgets, um Reisen angenehmer zu gestalten.

Generalstrategien

Beschäftigte selbst über mobile Tätigkeiten entscheiden lassen

Eine der wichtigsten generellen Maßnahmen zur Verminderung mobilitätsbedingter gesundheitlicher Probleme und Belastungen ist die Erhöhung des individuellen Entscheidungs- und Handlungsspielraums der Beschäftigten bei der Festlegung der Mobilitätsanforderungen und -ressourcen. Dies ermöglicht die Erzielung eines individuellen Fits zwischen den Anforderungen und den Ressourcen.

Aushandlungsprozesse zwischen Beschäftigten und Vorgesetzten organisieren (zur Festlegung eines psychologischen Arbeitsvertrags in Bezug auf die Mobilität)

Da die erste Generalstrategie schnell zu einer Situation führen kann, die die Organisation oder das Unternehmen benachteiligt, kommt die Aushandlung eines Mittelwegs infrage. Es gibt eine Tradition in der Organisationssoziologie, die vorhandene Strukturen und Prozesse in Organisationen als Ergebnis von Aushandlungsprozessen zu begreifen [38, 39]. Strauss fasste z.B. Krankenhäuser als „ausgehandelte Ordnungen“ auf [39]. In Bezug auf die Work-Life-Balance gibt es Ansätze, die eine Lösung des Work-Life-Balance-Problems darin sehen, diese Balance zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer auszuhandeln und in einem psychologischen Arbeitsvertrag festzuhalten [40].

Fazit

Mobilität ist – aus der Belastungs- und Gesundheits-sicht gesehen – ein ambivalentes modernes Phänomen. Es kann mit Vor- und Nachteilen verbunden sein. Diese hängen nicht nur von den konkreten Mobilitätsanforderungen ab, sondern auch von der Lebenslage und den Interessen und Bedürfnissen des Beschäftigten, der mit diesen Anforderungen umgehen muss oder darf. Im Vordergrund einer Präventionsstrategie steht daher letztlich das Ziel, einen Fit zwischen der Person und seiner Umwelt herstellen zu können bzw. die Herstellung dieses Fits strukturell und prozessual zu fördern. Dies geschieht am besten durch die Ermöglichung einer freien Entscheidung des Beschäftigten über den für ihn/sie richtigen Mobilitätsmix. Um dabei auch die betrieblichen Belange berücksichtigen zu können, ist es angeraten, Aushandlungsprozesse zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu ermöglichen, die das Aushandeln eines Fits zwischen Organisation und Person in strukturierter und systematischer Weise ermöglichen. Auf diese Weise kann das Risiko, mobilitätsbedingte psychische und körperliche Schädigungen zu erleiden, gesenkt werden.

Literatur

- Ducki A, Nguyen HT, Gerstenberg S (2016) Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Räumliche Mobilität. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
- Ruppenthal S, Lück D (2009) Jeder fünfte Erwerbstätige ist aus beruflichen Gründen mobil: berufsbedingte räumliche Mobilität im Vergleich. Informationsdienst Soziale Indikatoren (42):1–5
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2018) Arbeitsmarkt in Zahlen, Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte. Pendler nach Ländern, Nürnberg
- Caplan RD (1983) Person-environment fit: Past, present, and future. In: Cooper CL (Hrsg) Stress research. Wiley, New York, S 35–78
- French, J.R.P., Jr., Caplan RD, Harrison RV (1982) The mechanisms of job stress and strain. Wiley, London
- Sorokin P (1927) Social Mobility. Harper & Brothers, New York
- Bourdieu P (2016) Sozialer Raum und „Klassen“, 4. Aufl. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Bd 500. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Stawarz N (2013) Inter- und intragenerationale soziale Mobilität/Inter- and Intra-generational Social Mobility. Zeitschrift für Soziologie 42(5). doi:10.1515/zfsoz-2013-0503
- Diewald M, Solga H (1996) Ordnung im Umbruch? Strukturwandel, berufliche Mobilität und Stabilität im Transformationsprozess. Gesellschaften im Umbruch: Verhandlungen des 27. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Halle an der Saale 1995. Campus Verl., Frankfurt am Main
- Schneider NF, Hartmann K, Limmer R (2001) Berufsmobilität und Lebensform: sind berufliche Mobilitätsanforderungen in Zeiten der Globalisierung noch mit Familie vereinbar? ifb-Materialien, Bd. 8–2001, Bamberg
- Schäfers B, Zapf W (Hrsg) (2001) Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands, 2. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Kley S (2014) Räumliche Mobilität. In: Niephaus Y, Kreyenfeld M, Sackmann R (Hrsg) Handbuch Bevölkerungssoziologie. Springer VS, Wiesbaden, S 482–498
- Ducki A (2010) Kapitel 7 Arbeitsbedingte Mobilität und Gesundheit – Überall dabei – Nirgendwo daheim. In: Badura B, Klose J, Macco K, Schröder H (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S 61–69
- Beermann B, Amlinger-Chatterjee M, Brenscheidt F, Gerstenberg S, Niehaus M, Wöhrmann AM (2018) Orts- und zeitflexibles Arbeiten: Gesundheitliche Chancen und Risiken. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
- Ducki A, Nguyen HT (2016) Gesundheitsrelevante Einflussfaktoren, Folgen und Gestaltungsoptionen räumlicher Mobilität
- Hupfeld J, Brodersen S, Herdegen R (2013) Arbeitsbedingte räumliche Mobilität und Gesundheit. BKK-Bundesverb
- Paridon H (2012) Berufsbedingte Mobilität. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2012, Bd 84. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S 79–88
- Schneider NF, Rüger H, Münster E (2009) Berufsbedingte räumliche Mobilität in Deutschland. Formen, Verbreitung und Folgen für Gesundheit, Wohlbefinden und Familienleben. Arbeitsmedizin. Sozialmedizin. Umweltmedizin 44:400–409
- Blickle WCG (2005) Darstellung und Analyse besonderer Belastungseffekte bei Berufspendlern, Dissertation, Universität Ulm
- Hansson E, Mattisson K, Björk J, Östergren P-O, Jakobsson K (2011) Relationship between commuting and health outcomes in a cross-sectional population survey in southern Sweden. BMC public health 11(1):834
- Grobe T (2012) Gesundheitsreport 2012: Mobilität, Flexibilität, Gesundheit. Techniker Krankenkasse
- Häfner S, Rapp H, Kächele H (2012) Psychosoziale Belastungen von Bahnpendlern. Psychotherapeut 57(4):343–351
- Pfaff S (2014) Pendelentfernung, Lebenszufriedenheit und Entlohnung. Eine Längsschnittuntersuchung mit den Daten des SOEP von 1998 bis 2009. Zeitschrift für Soziologie 43(2):113–130
- Rüger H (2010) Berufsbedingte räumliche Mobilität in Deutschland und die Folgen für Familie und Gesundheit. Bevölkerungsforschung aktuell 31(2):8–12
- Kley S (2012) Gefährdet Pendelmobilität die Stabilität von Partnerschaften? Zeitschrift für Soziologie 41(5)
- Häfner S, Kordy H, Kächele H (2001) Psychosozialer Versorgungsbedarf bei Berufspendlern. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 51:T55-T61
- Rüger H, Schulze A (2016) Zusammenhang von beruflicher Pendelmobilität mit Stresserleben und Gesundheit. Prävention und Gesundheitsförderung 11(1):27–33
- Rüger H, Ruppenthal S, Fliege H, Hillmann J, Kaukal M, Bellingier MM, Schneider NF (2013) Mobilitätskompetenzen im Auswärtigen Dienst. Risiken und protektive Faktoren bei der Bewältigung der Auslandsrotation. Beiträge zur Bevölkerungswissenschaft, Bd 44

29. Westman M (2005) 31 The impact of short business travels on the individual, the family and the organization. Research companion to organizational health psychology:478
30. Kesselring S, Vogl G (2010) Betriebliche Mobilitätsregime. Die sozialen Kosten mobiler Arbeit. Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung, Bd 117. Edition Sigma, Berlin
31. Grzech-Sukalo H, Vogl G (2018) Arbeitszeiten mobil Beschäftigter. sozialpolitik. ch 2(2):2.6
32. Breisig T, Vogl G (2019) Mobile Arbeit gesund gestalten – ein Praxishandbuch, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
33. Rundle AG, Revenson TA, Friedman M (2018) Business travel and behavioral and mental health. Journal of occupational and environmental medicine 60(7):612–616
34. Richards CA, Rundle AG (2011) Business travel and self-rated health, obesity, and cardiovascular disease risk factors. Journal of occupational and environmental medicine 53(4):358–363
35. Michaelis M (2008) Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung von Berufskraftfahrern. Forschung Projekt F 2038. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund
36. Aust B (2000) Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt: Umsetzung streßtheoretischer Erkenntnisse in eine Intervention bei Busfahrern. LIT Verlag Münster
37. Kraus S, Grzech-Sukalo H, Rieder K (2020) Mobile Arbeit – Home-Office, Dienstreisen, Außendienst – was ist wirklich belastend? Zeitschrift für Arbeitswissenschaft:1–11
38. Strauss AL (1978) Negotiations: Varieties, contexts, processes, and social order. Jossey-Bass Inc Pub
39. Strauss A, Schatzman L, Ehrlich D, Bucher R, Sabshin M (1963) The hospital and its negotiated order. The hospital in modern society 147(169):b52
40. Nitzsche A, Kramer J (2015) Förderung der Work-Life-Balance-Kultur – Ein Thema der Betrieblichen Gesundheitsförderung am Beispiel einer High-Tech-Industrie. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Mit 140 Abbildungen und 269 Tabellen. Springer, Berlin, Heidelberg, S 97–104



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 Sabrina Zeike das Masterstudium Rehabilitationswissenschaften an der Universität zu Köln (Master of Arts). Seit 2015 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Humanwissenschaftlichen und Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. Seit 2020 ist sie zusätzlich Geschäftsführerin der Vivalue Health Consulting GmbH. Sabrina Zeike beschäftigt sich mit den Themenbereichen „Arbeit und Gesundheit“ und „Betriebliches Gesundheitsmanagement, Prävention und Gesundheitsförderung“. 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 vielfältigem Zusammenhang mit den verschiedenen Facetten der gesundheitlichen Lage der Versicherten. Neben Alter und Geschlecht zählen zu diesen Merkmalen u. a. auch die Nationalität, der Familienstand (inklusive 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 dargestellt. Dieser Abschnitt soll unter anderem als Interpretationshilfe dienen, wenn es darum geht, bestimmte Zusammenhänge zwischen Soziodemografie und gesundheitlicher Lage richtig einzuschätzen.



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 Frauen sind, die oftmals zusätzlich zu ihrer Berufstätigkeit die Kinderbetreuung bzw. die häusliche Pflege von Familienangehörigen wahrnehmen. Die damit verbundene Doppelbelastung führt somit zu durchschnittlich mehr Fehlzeiten als bei den in Vollzeit Beschäftigten.

Dieser einführende und beschreibende Abschnitt dient des Weiteren dazu, die Verteilung dieser 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 Beschäftigungsstatistik 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_DemografischeStandards1030817169004.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

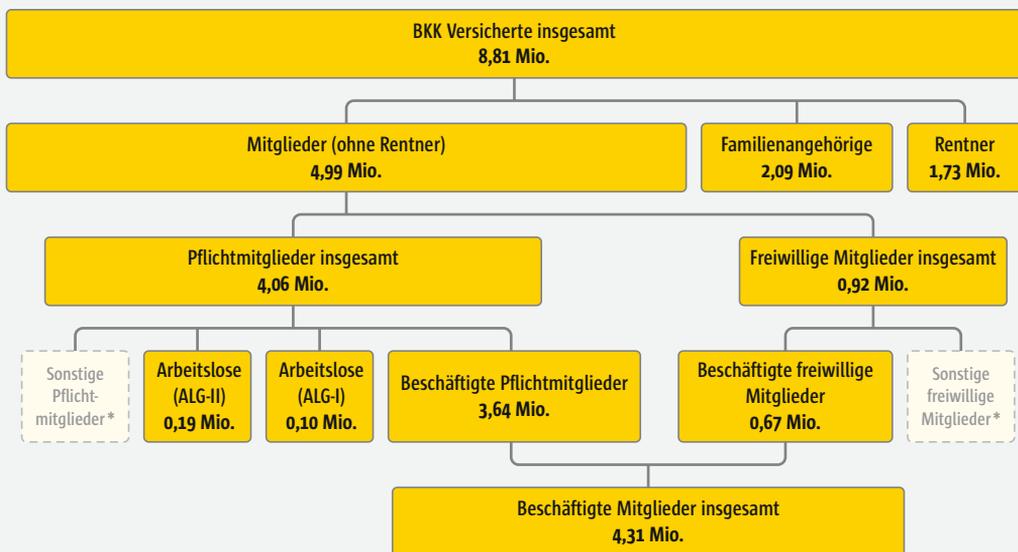
Für den BKK Gesundheitsreport 2020 liegen Daten von insgesamt 8,8 Mio. BKK Versicherten vor. Dies entspricht einem Anteil von rund 81% aller BKK Versicherten bzw. 12% aller GKV Versicherten. Das Durchschnittsalter aller BKK Versicherten beläuft sich auf 42,9 Jahre, wobei weibliche Versicherte im Mittel etwas älter sind (43,5 Jahre) als die männlichen Versicherten (42,3 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 (49,0%) ist ein (sozialversicherungspflichtig) beschäftigtes Mitglied, bei knapp jedem vierten BKK Versicherten (23,7%) handelt es sich um einen Familienangehörigen während etwa jeder fünfte BKK Versicherte (19,7%) ein Rentner ist.

Der größte Frauenanteil ist mit 58,9% bei den Familienangehörigen zu finden. Zu dieser Gruppe gehören vorrangig familienversicherte Kinder der Mitglieder, aber auch mitversicherte nichterwerbstätige Ehepartner – meist 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. 24,3 Jahre). Zum anderen zeigt die Geschlechtsverteilung bei

Diagramm 0.1.1 Soziodemografie – BKK Versicherte nach Versichertengruppen* (Berichtsjahr 2019)



* 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.

Tabelle 0.1.1 Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten sowie Durchschnittsalter nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

Versichertengruppen	Anteile in Prozent		Anteile an Gesamt in Prozent*	Durchschnittsalter in Jahren		
	Männer	Frauen		Männer	Frauen	Gesamt
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	55,3	44,7	49,0	42,8	42,3	42,6
Arbeitslose (ALG-I)	53,9	46,1	1,1	45,1	44,6	44,9
Arbeitslose (ALG-II)	49,2	50,8	2,2	40,2	38,9	39,5
Familienangehörige	41,1	58,9	23,7	11,7	24,3	19,1
Rentner	47,8	52,2	19,7	72,3	72,8	72,6
BKK Versicherte insgesamt	50,4	49,6	100,0	42,3	43,5	42,9

* 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.

den beschäftigten Mitgliedern, dass der Frauenanteil in dieser Versichertengruppe im Vergleich zu allen anderen mit 44,7% am 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 im erwerbsfähigen Alter ist jedoch erklärungsbedürftig. Im Vergleich zu den beschäftigten Mitgliedern mit einem Durchschnittsalter von 42,6 Jahren, sind die Arbeitslosen im ALG-I-Bezug tendenziell etwas älter (44,9 Jahre), während Arbeitslose mit ALG-II-Bezug dagegen jünger sind (39,5 Jahre). Da der Anspruch auf und die Dauer des Bezugs von ALG-I von der Dauer der Vorbeschäftigung in den zwei Jahren vor der Arbeitslosigkeit abhängt, sind jüngere Menschen, die nach Schule, Studium oder Ausbildung keine Arbeit finden, deutlich häufiger im ALG-II-Bezug zu finden. Auf der anderen Seite ist das höhere Alter der Arbeitslosen im ALG-I-Bezug damit 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 (85,4%) 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 einer näheren Erläuterung bedürfen. Insbesondere in den bevölkerungs- und wirtschaftsstarke Bundesländern wie Bayern oder Baden-Württemberg 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 und somit im Verhältnis zu den GKV Versicherten der BKK Anteil in diesen Regionen größer ist. 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 vordergründig ungleiche Verteilung den starken arbeitsweltlichen Bezug der BKK wider, wie auch im folgenden Abschnitt anhand der detaillierten Betrachtung der beschäftigten Mitglieder gezeigt werden kann. Ein weiteres Indiz hierfür ist die Altersstruktur, die ebenfalls regional, v.a. in Abhängigkeit vom Beschäftigtenanteil, variiert und in **»»** Tabelle 0.1.3 im Vergleich mit den GKV Versicherten zu sehen ist.

Zu erkennen ist, dass die Kerngruppe 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

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 2019)

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	49,5	51,8
Bayern	21,0	15,3	49,6	52,1
Berlin	4,8	4,3	49,5	52,2
Brandenburg	2,9	3,1	47,6	52,0
Bremen	0,9	0,8	48,2	51,6
Hamburg	1,4	2,2	50,3	52,4
Hessen	7,9	7,4	50,3	51,9
Mecklenburg-Vorpommern	1,9	2,0	49,4	52,2
Niedersachsen	8,6	9,7	49,0	51,7
Nordrhein-Westfalen	23,3	21,6	50,3	51,9
Rheinland-Pfalz	5,0	4,7	49,6	52,1
Saarland	0,7	1,2	47,3	52,1
Sachsen	1,8	5,2	46,1	52,0
Sachsen-Anhalt	1,4	2,8	47,8	51,8
Schleswig-Holstein	2,7	3,4	51,3	52,6
Thüringen	1,3	2,7	47,4	51,6
Ausland-Sonstige	0,5	0,7	50,2	44,4
Gesamt	100,0	100,0	49,6	51,9

¹ KM 6-Statistik 2019

Versicherten größere Anteile aufweist. Dies kann als weiterer Beleg für den stark ausgeprägten arbeitsweltlichen Bezug der BKK im GKV System gewertet werden, da in dieser Altersgruppe mehrheitlich Beschäftigte zu finden sind. Im Zusammenhang damit ist auch der tendenziell höhere Anteil der Versicherten unter 25 Jahren zu interpretieren: In dieser Gruppe finden sich neben den mitversicherten Familienangehörigen auch die Gruppen der Auszubildenden und der jungen Beschäftigten wieder. Entsprechend zeigt sich – bezogen auf die hier dargestellten Anteile –, dass die Gruppe der über 65-Jährigen (zum Groß-

teil Rentner) unter den BKK Versicherten im Vergleich zu den GKV Versicherten geringer ausfällt. Regionale Schwankungen in der Altersstruktur wirken sich zudem auch auf das Durchschnittsalter der BKK Versicherten aus. Aus der Altersgruppenstruktur der GKV Versicherten lässt sich ableiten, dass sich hier mit hoher Wahrscheinlichkeit ähnliche regionale Unterschiede in Ausprägung und Reihenfolge wie bei den BKK Versicherten zeigen, wobei vermutlich das Durchschnittsalter hier tendenziell – aufgrund des höheren Anteiles der über 65-Jährigen – über dem der BKK Versicherten liegen wird.

Tabelle 0.1.3 Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) sowie Altersstruktur im Vergleich mit den GKV Versicherten (Berichtsjahr 2019)

Bundesländer	BKK Versicherte					GKV Versicherte ¹			
	Durchschnitts- alter 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	41,0	26,4	43,8	14,6	15,2	24,5	40,5	14,4	20,7
Bayern	40,9	26,0	44,7	14,4	15,0	23,7	41,5	14,3	20,5
Berlin	41,5	23,3	46,3	14,4	15,9	23,0	44,8	12,7	19,6
Brandenburg	44,4	22,0	40,7	18,3	19,0	20,4	35,7	17,2	26,8
Bremen	44,3	22,6	41,4	15,5	20,4	24,3	40,9	13,7	21,1
Hamburg	41,2	22,9	49,5	11,1	16,6	23,7	46,0	12,2	18,2
Hessen	41,8	25,3	43,7	14,6	16,5	24,1	40,9	14,2	20,8
Mecklenburg-Vorpommern	45,0	21,1	39,3	19,5	20,1	20,2	35,2	17,6	27,0
Niedersachsen	43,6	24,0	41,0	15,7	19,2	24,2	39,0	14,9	21,9
Nordrhein-Westfalen	44,5	23,0	40,7	15,2	21,0	24,0	40,1	14,8	21,1
Rheinland-Pfalz	44,5	23,1	39,9	16,0	21,1	23,3	38,7	15,7	22,3
Saarland	43,9	22,2	42,0	15,6	20,3	21,6	37,5	16,8	24,1
Sachsen	47,5	19,2	38,0	16,3	26,5	20,8	35,9	14,9	28,4
Sachsen-Anhalt	47,8	19,1	37,1	17,2	26,6	19,5	35,1	16,8	28,6
Schleswig-Holstein	42,5	25,2	42,5	14,7	17,6	23,7	38,8	14,8	22,7
Thüringen	45,6	20,6	39,2	18,7	21,6	20,3	35,3	16,4	28,0
Gesamt	42,9	24,2	42,5	15,1	18,2	23,3	39,8	14,8	22,1

¹ KM 6-Statistik 2018

0.2 Soziodemografie der beschäftigten Mitglieder

Die Betriebskrankenkassen sind, wie keine andere Kassenart in Deutschland, eng mit ihren Trägerunternehmen und deren Beschäftigten verbunden. Die BKK haben 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 unter anderem mit passgenauen Kennzahlen und Analysen für deren Trägerunternehmen. Entsprechend fokussiert auch der BKK Gesundheitsreport auf wichtige Schwerpunkte des Zusammenhangs zwischen Gesundheit und Arbeit.

Deshalb sollen im nächsten Abschnitt insbesondere die beschäftigten BKK Mitglieder im Detail betrachtet werden. Mit einem Anteil von 49,0% an allen BKK Versicherten sind die beschäftigten Mitglieder bei den Betriebskrankenkassen anteilig deutlich häufiger vertreten als dies mit 42,6% bei allen GKV Versicherten⁵ der Fall ist. Im Folgenden gilt zu beachten, dass für einen sehr geringen Teil 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, gleichzeitig gehen diese Fälle wiederum in die Berechnung der jeweiligen Gesamtwerte ein.

0.2.1 Beschäftigte nach Regionen

In diesem Abschnitt soll, äquivalent zu den BKK Versicherten insgesamt, die regionale Verteilung der beschäftigten BKK Mitglieder dargestellt werden. Einleitend sind in **»»** Diagramm 0.2.1 die Anteile der Er-

werbstätigen je Bundesland an allen Beschäftigten insgesamt sowie geschlechtsspezifisch im Vergleich zwischen allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bundesweit und den beschäftigten BKK Mitgliedern dargestellt.

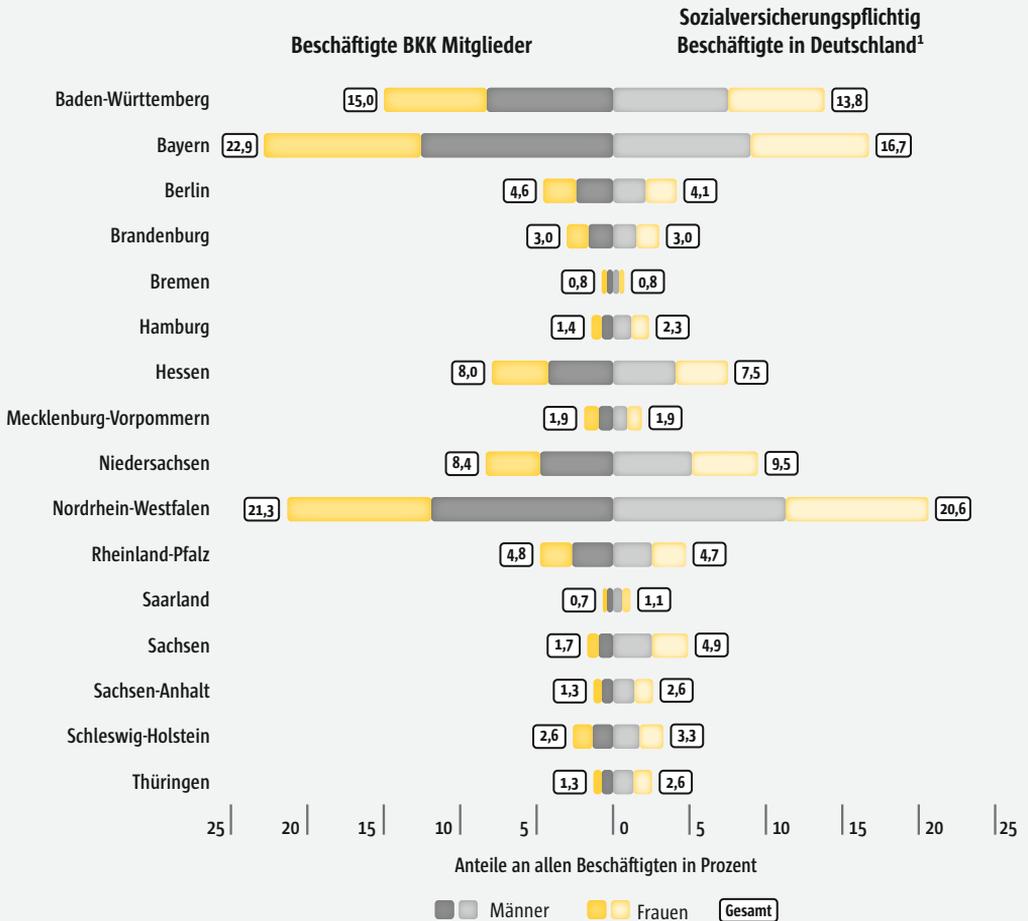
Wie gut zu erkennen ist, sind die Beschäftigten nicht gleichmäßig über das Bundesgebiet verteilt. Die meisten beschäftigten BKK Mitglieder (zusammen 59,0%) wie auch gleichzeitig die meisten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt (zusammen 51,2%) sind in Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen zu finden. Dabei sind insbesondere die Beschäftigten in Bayern und Baden-Württemberg überproportional häufig Mitglied einer BKK. Gründe hierfür wurden bereits im **»»** 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 auf alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten entspricht. In den Ostbundesländern nehmen 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 mit der aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland im Wesentlichen übereinstimmt.

0.2.2 Beschäftigte nach Alter, Geschlecht und Tätigkeitsmerkmalen

Neben der regionalen Verteilung gibt es noch weitere relevante Charakteristika der Beschäftigten. In **»»** Tabelle 0.2.1 sind diese soziodemografischen und tätigkeitsbezogenen Merkmale der beschäftigten BKK Mitglieder im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland dargestellt.

⁵ Bundesministerium für Gesundheit: Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung - Mitglieder und Versicherte (KM1/13-Statistik 2019).

Diagramm 0.2.1 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2019)



¹ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach ausgewählten Merkmalen (Quartalszahlen), Deutschland, Länder und Kreise, Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2019.

Die Mehrheit der Beschäftigten in Deutschland sind Männer (BKK: 55,3%; Gesamt: 53,8%). Etwa sieben von zehn Beschäftigten sind zwischen 25 und 54 Jahre alt (BKK: 69,6%; Gesamt: 69,2%), nur knapp jeder Zehnte ist jünger als 25 Jahre (BKK: 9,1%; Gesamt: 9,8%). Der Anteil der über 65-jährigen Beschäftigten ist trotz der Heraufsetzung der Regelaltersgrenze auf 67 Jahre aktuell gering, wird aber vermutlich in den kommenden Jahren noch zunehmen (BKK: 0,8%; Gesamt: 1,1%).

Überwiegend verfügen die Beschäftigten über die mittlere Reife bzw. ein (Fach-)Abitur (BKK: 57,9%;

Gesamt: 64,5%), knapp jeder fünfte Beschäftigte hat einen Hauptschulabschluss (BKK: 18,5%; Gesamt: 18,3%). Beschäftigte Frauen weisen im Vergleich zu den Männern in beiden Gruppen häufiger 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 KldB 1988 zur KldB 2010 neu gemeldet werden mussten, zu den o.g. Merkmalen häufig keine Angaben

Tabelle 0.2.1 Soziodemografie – Anteile und Altersstruktur der beschäftigten BKK Mitglieder nach ausgewählten Merkmalen im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2019)

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	8,7	9,1	10,3	9,3	9,8
	25 bis unter 55 Jahre	40,4	68,1	71,4	69,6	69,2	69,2	69,2
	55 bis unter 65 Jahre	58,6	21,6	19,3	20,6	19,3	20,6	19,9
	65 Jahre und älter	67,3	0,8	0,7	0,8	1,3	0,9	1,1
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	43,5	1,6	0,8	1,3	2,3	1,3	1,9
	Haupt-/Volksschulabschluss	45,7	22,6	13,4	18,5	22,3	13,6	18,3
	Mittlere Reife oder gleichwertig	41,8	28,0	34,1	30,7	29,3	36,4	32,6
	Abitur/Fachabitur	39,4	25,2	29,5	27,2	30,0	34,0	31,9
	Abschluss unbekannt	44,5	22,6	22,2	22,4	16,1	14,6	15,4
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	34,4	10,7	9,8	10,3	10,5	9,1	9,8
	Mit anerkanntem Berufsabschluss	44,2	61,2	61,7	61,4	61,3	65,2	63,1
	Mit akademischem Berufsabschluss	41,3	14,0	13,4	13,7	17,6	17,2	17,4
	Ausbildung unbekannt	42,0	14,2	15,0	14,6	10,6	8,6	9,7
Anforderungsniveau	Helfer	44,2	9,8	12,3	10,9	15,6	16,9	16,2
	Fachkraft	41,9	58,3	64,0	60,8	54,1	60,0	56,8
	Spezialist	43,4	17,1	12,9	15,2	14,7	11,3	13,1
	Experte	42,9	14,9	10,8	13,1	15,6	11,8	13,8
Vertragsform	Teilzeit	45,3	7,6	47,0	25,2	11,6	48,4	28,6
	Vollzeit	41,6	92,4	53,1	74,8	88,4	51,6	71,4
Arbeitnehmerüberlassung	Ohne Arbeitnehmerüberlassung	42,6	97,9	98,8	98,3	96,7	98,5	97,5
	Mit Arbeitnehmerüberlassung	39,1	2,1	1,2	1,7	3,3	1,5	2,5
Gesamt		42,6	55,3	44,7	100,0	53,8	46,2	100,0

¹ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Berufen (KlDB 2010) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2019.; Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Arbeitsmarkt nach Qualifikationen. Jahreszahlen 2019.; Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Leiharbeiter und Verleihbetriebe, Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2019.; Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Länderreport über Beschäftigte (Quartalszahlen), Nürnberg Stichtag 30. Juni 2019.; Die Berechnung der Merkmale „Höchster Schulabschluss“, „Höchster Berufsabschluss“ sowie „Anforderungsniveau“ erfolgt ohne die Gruppe der Auszubildenden.

mehr vorliegen. Andererseits trifft dies auch auf Beschäftigte mit im Ausland erworbenen Abschlüssen zu, die sich nicht immer den vorgegebenen Kategorien zuordnen lassen. Mit 39,4 Jahren sind Beschäftigte mit einem (Fach-)Abitur am jüngsten, während die mit durchschnittlich 45,7 Jahren ältesten Beschäftigten unter denen mit Volks- bzw. Hauptschulabschluss zu finden sind.

Sowohl bei den beschäftigten BKK Mitgliedern (61,4%) als auch bei den Beschäftigten insgesamt (63,1%) verfügt die Mehrheit über einen anerkannten Berufsabschluss. Erwähnenswert sind noch zwei Besonderheiten bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ohne beruflichen Ausbildungsabschluss: Mehr als jeder Fünfte (23,0%) davon ist aktuell noch in beruflicher Ausbildung und deshalb noch nicht im Besitz eines Berufsabschlusses⁶. Entsprechend liegt in dieser Gruppe das Durchschnittsalter mit 34,4 Jahren deutlich unter dem in den anderen Berufsabschlussgruppen (41,3-44,2 Jahre).

Des Weiteren sind in der überwiegenden Mehrheit der Fälle (BKK: 60,8%; Gesamt: 56,8%) Beschäftigte als Fachkräfte tätig, mehr als jeder Vierte (BKK: 28,3%; Gesamt: 27,1%) sogar als Spezialist bzw. Experte. Auch beim Vertragsverhältnis zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede zur Grundgesamtheit: Die Mehrzahl der Beschäftigten arbeitet Vollzeit (BKK: 74,8%; Gesamt: 71,4%). Insbesondere beim Beschäftigungsumfang gibt es allerdings deutliche Geschlechtsunterschiede: Während nahezu die Hälfte der beschäftigten Frauen (BKK: 47,0%; Gesamt: 48,4%) in Teilzeit arbeitet, ist dieser Anteil bei den Männern deutlich niedriger (BKK: 7,6%; Gesamt: 11,6%). Wie Studien gezeigt haben, liegt 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), wobei es hier einen deutlichen Ost-West-Unterschied gibt (31,0% vs. 52,1%)⁷. Die Gruppe der Teilzeitbeschäftigten ist im Mittel fast 4 Jahre älter als die Vollzeitbeschäftigten, was wahrscheinlich 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 nur in etwa halb so groß wie der der Männer (BKK:

1,2% vs. 2,1%; Gesamt: 1,5% vs. 3,3%). Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung sind durchschnittlich etwas jünger als solche mit regulärer Anstellung, da in erstgenanntem Beschäftigungsverhältnis vermutlich ein hoher Anteil von Berufseinsteigern zu finden ist.

Insgesamt ist auch hier erkennbar, dass sich die beschäftigten BKK Mitglieder in den betrachteten Merkmalen strukturell nicht wesentlich von den 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 **III** 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 2010⁸) Anwendung. Im Folgenden werden ausgewählte Merkmale der Beschäftigten nach den Berufssegmenten dargestellt. Während **III** Tabelle 0.2.2 Auskunft über die Altersstruktur der Beschäftigten gibt, zeigt das **III** Diagramm 0.2.2 die prozentuale Verteilung der Beschäftigten über die einzelnen Berufssegmente sowie deren geschlechtsspezifische Anteile. Zur Einordnung sind auch hier jeweils die entsprechenden Kennzahlen aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland gegenübergestellt.

Auch anhand der Altersstruktur der Beschäftigten zeigt sich, dass sich die beschäftigten BKK Mitglieder nicht wesentlich von den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt unterscheiden. 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: 74,4%; Gesamt:

6 Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Arbeitsmarkt nach Qualifikationen. Jahreszahlen 2019. Eigene Berechnungen.

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

8 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 2019)

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	39,6	15,9	66,9	16,5	0,8	14,3	66,1	18,6	1,0
Fertigungsberufe	43,0	10,6	65,7	23,2	0,5	11,2	67,6	20,6	0,7
Fertigungstechnische Berufe	42,4	10,9	66,8	22,0	0,4	11,2	68,7	19,4	0,6
Bau- und Ausbauberufe	42,6	10,5	67,3	21,4	0,9	10,2	67,7	21,0	1,1
Lebensmittel- und Gastgewerbe-berufe	40,5	13,3	69,1	16,9	0,8	14,2	68,9	15,9	0,9
Medizinische u. nichtmedizini-sche Gesundheitsberufe	39,7	13,1	71,1	15,3	0,5	12,5	69,2	17,3	1,0
Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe	41,2	9,0	71,9	18,2	0,9	8,3	68,9	21,5	1,4
Handelsberufe	41,9	9,8	71,0	18,6	0,7	11,6	69,0	18,5	0,9
Berufe in Unternehmensführung und -organisation	43,3	6,8	72,2	20,3	0,7	7,3	70,3	21,0	1,4
Unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe	42,5	6,8	74,4	18,2	0,5	7,3	72,3	19,6	0,7
IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe	41,4	8,5	74,1	17,1	0,4	8,4	75,8	15,3	0,5
Sicherheitsberufe	46,2	4,8	63,7	29,0	2,6	5,9	64,6	26,3	3,2
Verkehrs- und Logistikberufe	45,2	6,5	65,8	26,2	1,6	8,2	67,8	22,1	2,0
Reinigungsberufe	48,5	2,5	62,3	32,9	2,3	4,3	64,6	29,1	2,0
Gesamt	42,6	9,1	69,6	20,6	0,8	9,8	69,2	19,9	1,1

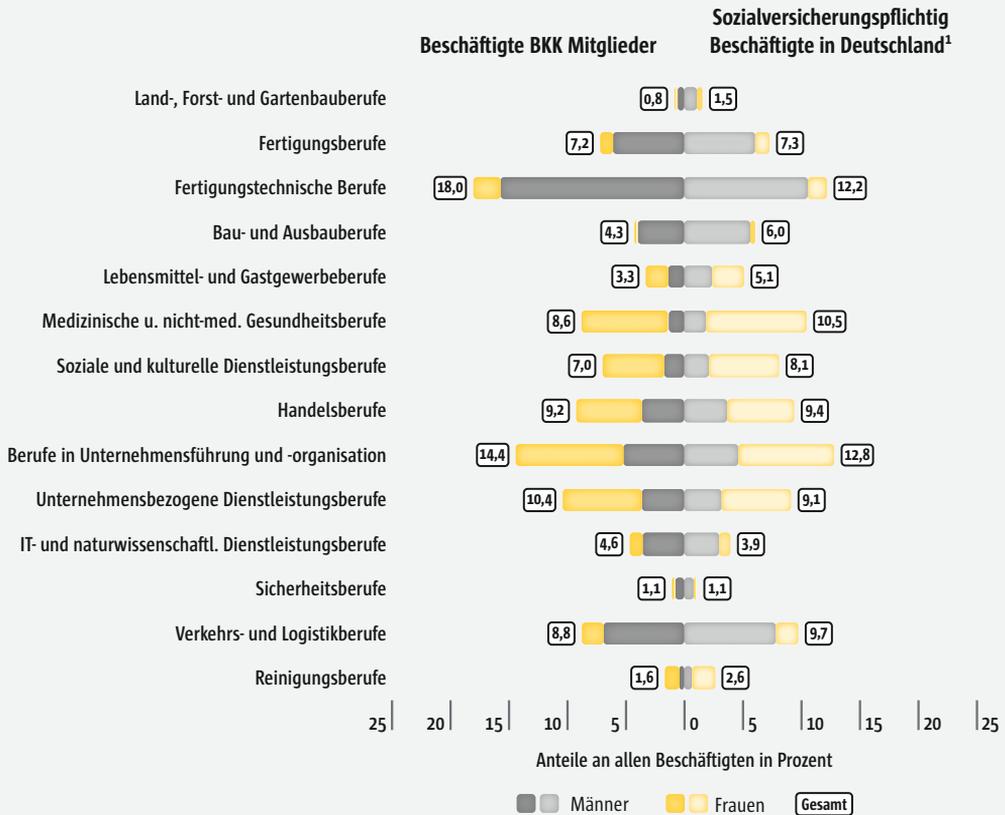
¹ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Berufen (KlDb 2010) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2019.

72,3%) und den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen (BKK: 74,1%; Gesamt: 75,8%) zu finden, der jeweils niedrigste Anteil hingegen in den Reinigungsberufen (BKK: 62,3%; Gesamt: 64,6%). Letztgenannte Berufsgruppe hat aber gleichzeitig den höchsten Anteil Beschäftigter, die 55 Jahre oder älter sind (BKK: 32,9%; Gesamt: 29,1%), während z. B. bei den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen diese Altersgruppe deutlich geringer ausgeprägt ist (BKK: 15,3%; Gesamt: 17,3%). 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 Unterschieden zwischen den Berufsgruppen berücksichtigt werden muss.

Wie in **»»»** Diagramm 0.2.2 zu sehen ist, ist die mit Abstand größte Gruppe beschäftigter BKK Mitglieder bei den fertigungstechnischen Berufen zu finden.

Diagramm 0.2.2 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2019)



¹ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Berufen (KldB 2010) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2019.

Mehr als jedes sechste beschäftigte BKK Mitglied (18,0%) ist diesem Berufssegment zugeordnet. Das ist ein deutlich höherer Anteil im Vergleich zu allen Beschäftigten in Deutschland (12,2%). Traditionell sind Betriebskrankenkassen v. a. in Unternehmen des produzierenden bzw. verarbeitenden Gewerbes zu finden. Dem zuzuordnen ist auch die urkundlich im Jahr 1717 im Blaufarbenwerk Pfannenstiel im sächsischen Aue gegründete erste BKK in Deutschland⁹. Diese Wurzeln der Betriebskrankenkassen 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 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 zu finden (BKK: 7,4%; Gesamt: 6,7%), gefolgt von den fertigungstechnischen Berufen

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

(BKK: 12,6%; Gesamt: 13,2%) und den Fertigungsberufen (BKK: 15,2%; Gesamt: 17,1%).

- Umgekehrt sind weibliche Beschäftigte in den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen (BKK: 84,7%; Gesamt: 81,7%), den Reinigungsberufen (BKK: 76,1 %; Gesamt: 74,2%) sowie den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen (BKK: 75,3%; Gesamt: 73,8%) 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 2008¹⁰) systematisiert.

» Zum besseren Verständnis des Unterschieds zwischen der Berufs- und Wirtschaftsgruppensystematik soll hier als Beispiel das Gesundheits- und Sozialwesen betrachtet werden. In dieser Wirtschaftsgruppe sind zwar zum Großteil Beschäftigte aus den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen zu finden, allerdings auch solche aus Verwaltungsberufen, aus den Dienstleistungsberufen oder den Reinigungsberufen. Alle arbeiten in demselben Unternehmen, das wiederum einer bestimmten Wirtschaftsgruppe angehört, deren Beschäftigte aber davon unabhängig unterschiedliche Berufe ausüben.

Auch bei der Betrachtung der Beschäftigtenstruktur nach Wirtschaftsabschnitten wird deutlich, dass die überwiegende Mehrheit der Berufstätigen zwischen 25 bis 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: 59,9%; Gesamt: 56,7%), findet sich der höchste Anteil im Bereich Information und Kommunikation (BKK: 78,6%; Gesamt: 77,8%). Gleichzeitig ist es wiederum die Gruppe der privaten

Haushalte, in der mehr als ein Drittel der Beschäftigten 55 Jahre oder älter ist (BKK: 34,6%; Gesamt: 36,2%). Den geringsten Anteil in dieser Altersgruppe haben ebenfalls die Beschäftigten im Bereich Information und Kommunikation inne (BKK: 14,3%; Gesamt: 14,1%). Auf der anderen Seite zeigen sich in den Bereichen 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 Berufsfeldern, 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 fast jedes dritte beschäftigte BKK Mitglied zählt (30,6%) und somit ein deutlich höherer Anteil als bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt (21,0%). Umgekehrt sind bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt höhere Anteile als im BKK System zu finden (14,7% vs. 11,4%). Zugrunde liegen sicherlich auch hier die bereits unter den Berufssegmenten bzw. in Diskussion zu » Diagramm 0.2.2 besprochenen Ursachen für den Unterschied bei den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen. 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: 16,4%; Gesamt: 13,1%) und das Gesundheits- und Sozialwesen den höchsten Frauenanteil (BKK: 82,5%; Gesamt: 77,0%) hat.

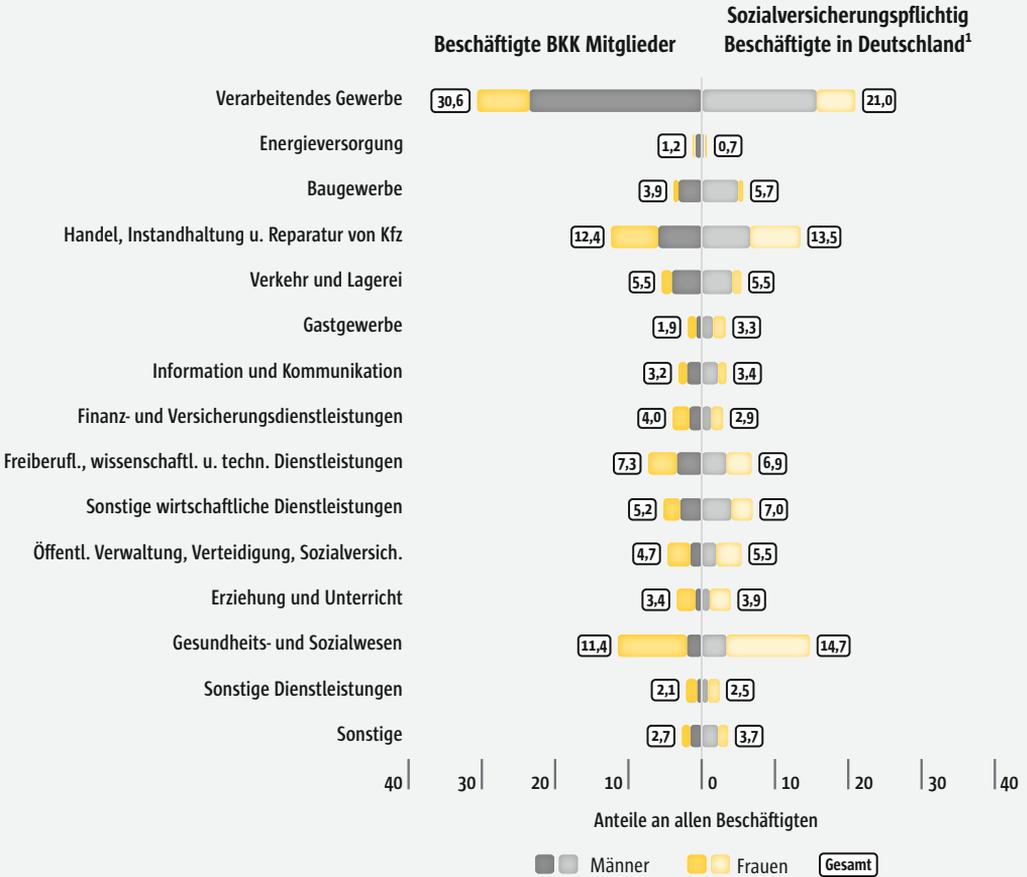
10 Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008).

Tabelle 0.2.3 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten sowie Altersstruktur im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2019)

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	40,6	14,8	66,1	18,3	0,8	14,9	65,0	19,0	1,1
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	43,5	8,0	69,1	22,0	0,0	6,7	62,9	29,2	1,1
Verarbeitendes Gewerbe	43,6	8,7	67,1	23,8	0,5	8,9	68,9	21,5	0,7
Energieversorgung	45,0	8,0	63,7	28,0	0,3	8,9	65,6	25,1	0,4
Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung	45,1	6,0	66,9	26,2	0,9	5,9	66,6	26,6	0,9
Baugewerbe	40,7	14,3	67,8	17,2	0,7	13,0	67,9	18,1	1,1
Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	41,3	11,4	70,5	17,5	0,7	11,9	69,1	18,0	1,0
Verkehr und Lagerei	44,7	7,1	66,9	24,4	1,7	7,5	69,1	21,0	2,4
Gastgewerbe	39,8	13,3	70,5	15,1	1,0	14,5	70,0	14,4	1,1
Information und Kommunikation	41,1	6,6	78,6	14,3	0,5	7,5	77,8	14,1	0,7
Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	43,1	7,7	72,8	19,1	0,4	7,5	71,4	20,6	0,5
Grundstücks- und Wohnungswesen	44,2	6,5	69,2	22,6	1,7	6,5	67,2	23,9	2,5
Freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen	40,8	7,6	76,8	15,0	0,7	8,4	75,7	14,9	1,1
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	42,2	8,6	70,7	19,3	1,4	11,1	70,6	16,9	1,3
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	44,2	7,1	67,3	24,7	0,8	6,4	64,2	28,5	0,9
Erziehung und Unterricht	41,2	8,4	72,4	18,2	1,0	8,7	67,6	22,1	1,7
Gesundheits- und Sozialwesen	41,6	10,5	69,8	19,0	0,7	10,8	67,7	20,5	1,0
Kunst, Unterhaltung und Erholung	40,6	14,0	67,0	17,6	1,4	13,5	66,1	18,5	1,9
Sonstige Dienstleistungen	43,2	8,3	69,3	21,1	1,3	8,8	66,9	22,5	1,8
Private Haushalte	49,5	1,6	59,9	34,6	3,9	2,0	56,7	36,2	5,0
Gesamt	42,6	9,1	69,6	20,6	0,8	9,8	69,2	19,9	1,1

¹ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Wirtschaftszweigen (WZ 2008) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2019.

Diagramm 0.2.3 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2019)



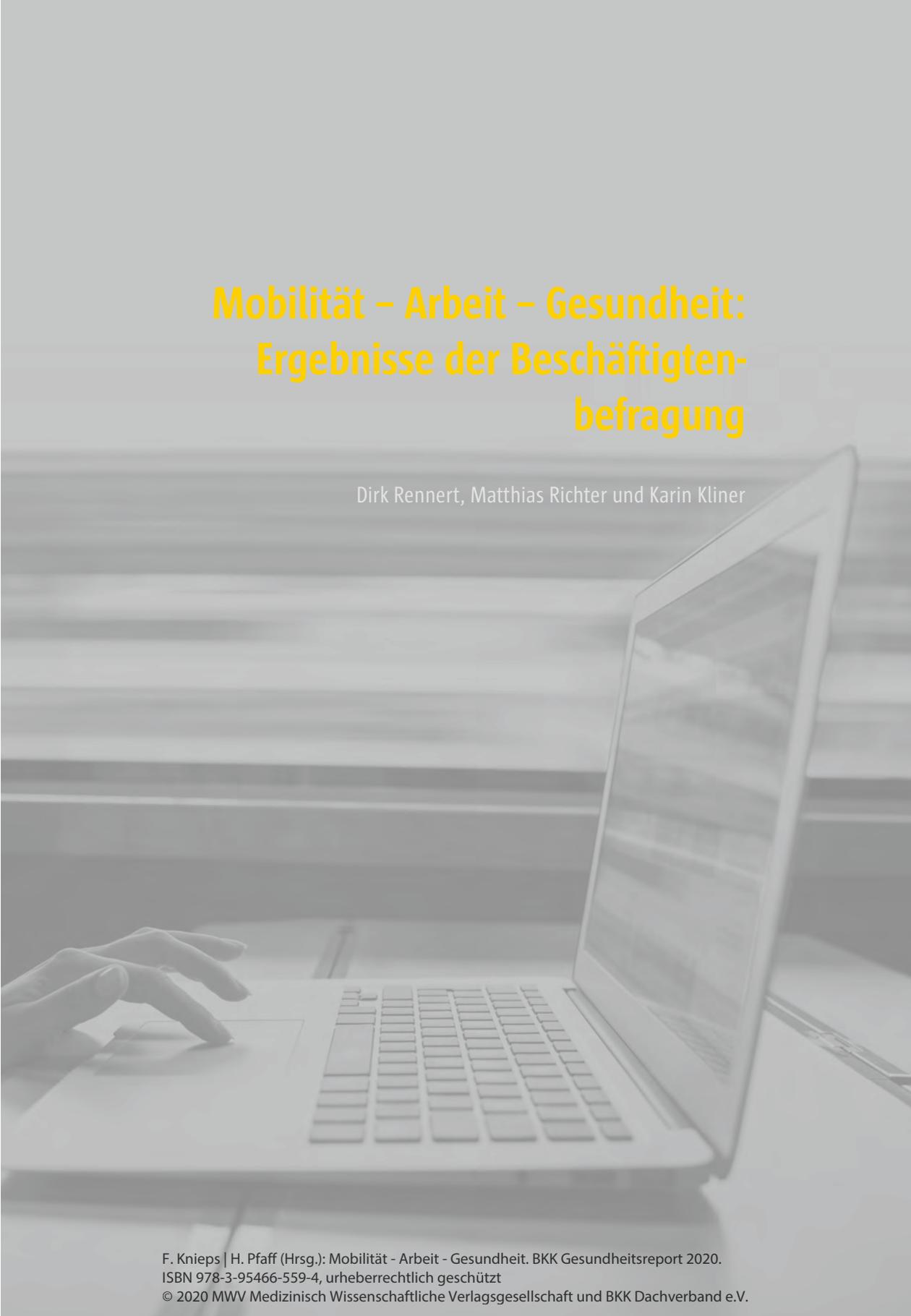
¹ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Wirtschaftszweigen (WZ 2008) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2019.

0.3 Zusammenfassung

Dieser Abschnitt gibt einen detaillierten Einblick in die Soziodemografie 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 Mitgliedern in ihren Merkmalen bzw. ihrer Struktur nicht wesentlich von der jeweiligen Vergleichspopulation unterscheiden. Die vereinzelt auftretenden Unterschiede sind vor allem durch die Besonderheiten des Gesundheits- und Sozialsystems in Deutschland begründbar, sei es durch die beiden unterschiedlichen Krankenversicherungssysteme oder auch durch die Entstehungsgeschichte der verschiedenen Kassenarten und dem 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 folgenden **»** Kapitel 1 bis 4 relevant.



Mobilität – Arbeit – Gesundheit: Ergebnisse der Beschäftigten- befragung

Dirk Rennert, Matthias Richter und Karin Kliner

Stichprobenbeschreibung

Im Juni 2020 wurden im Auftrag des BKK Dachverbands im Rahmen einer Online-Umfrage insgesamt 3.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte zu Aspekten der berufsbezogenen Mobilität sowie zur Arbeit und zur Gesundheit durch das Marktforschungsinstitut Kantar¹ befragt. 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 ableiten.

Frauen und Männer sind sowohl unter den Befragten als auch insgesamt in etwa anteilig gleich verteilt. In der Umfrage wurde außerdem von 0,2% der Teilnehmer als Geschlechtsangabe „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 jeweils die überwiegende Mehrheit in der Altersgruppe der 25- bis unter 55-jährigen zu finden (62,1% bzw. 69,2%).

Nahezu zwei Drittel der Beschäftigten in beiden Populationen sind in Vollzeit beschäftigt (72,1% bzw. 71,4%). Mehrheitlich sind bei den Umfrageteilnehmern und den Beschäftigten insgesamt unbefristete Arbeitsverhältnisse zu finden (88,1% bzw. 92,0%). Für beide Gruppen gilt zudem, dass die Mehrheit jeweils mindestens über die mittlere Reife als Schulabschluss verfügt (88,5% bzw. 64,5%) bzw. in mehr als der Hälfte der Fälle einen anerkannten Berufsabschluss hat (60,5% bzw. 63,1%). Die Abweichungen zu den Angaben der Beschäftigten insgesamt kommen v.a. durch die fehlenden Angaben der Meldedaten in dieser Gruppe zustande. Vermutlich handelt es sich hier um Angaben, die im Rahmen der Umstellung der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) in den Jahren 2011–2012 nicht bzw. nicht mehr eindeutig zuordenbar waren. Zusätzlich wurde durch das Marktforschungsinstitut eine Quotierung nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesländern (Wohnort) der Beschäftigten vorgenommen. Auf Basis des Vergleichs der Kennwerte der beiden Gruppen kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse der Befragung für 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.

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

Merkmale	Ausprägungen	Beschäftigte in der Umfrage	Beschäftigte in Deutschland ¹
		Anteile in Prozent	
Geschlecht	Männer	50,0	53,8
	Frauen	49,8	46,2
	Divers	0,2	*
Alter	Unter 25 Jahre	13,9	9,8
	25 bis unter 55 Jahre	62,1	69,2
	55 bis unter 65 Jahre	21,5	19,9
	65 Jahre und älter	2,4	1,1
Beschäftigungsverhältnis	Vollzeit	72,1	71,4
	Teilzeit	27,9	28,6
	Unbefristet	88,1	92,0
	Befristet	11,9	8,0
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	0,8	1,9
	Haupt-/Volksschulabschluss	10,7	18,3
	Mittlere Reife oder gleichwertig	38,1	32,6
	Abitur/Fachabitur	50,4	31,9
	Abschluss unbekannt	*	15,4
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	9,7	9,8
	Mit anerkanntem Berufsabschluss	60,5	63,1
	Mit akademischem Berufsabschluss	29,8	17,4
	Ausbildung unbekannt	*	9,7

* 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 2019).

Merkmale der arbeitsbezogenen Mobilität

- Im Mittel beträgt die Pendlerentfernung zwischen Wohn- und Arbeitsort sowohl bei den Umfrageteilnehmern als auch bei allen Beschäftigten in Deutschland circa 17 Kilometer.
- Etwa die Hälfte aller Beschäftigten in beiden Gruppen benötigt für ihren Weg zur Arbeit zwischen 10 bis unter 30 Minuten.
- Jeweils mehr als die Hälfte aller Beschäftigten nutzt für den Weg zwischen Wohn- und Arbeitsort hauptsächlich den PKW als Verkehrsmittel.
- Die überwiegende Mehrheit der Umfrageteilnehmer (60,8%) pendelt täglich zwischen Wohn- und Arbeitsort.

Neben der Beschreibung der Stichprobe gibt die Betrachtung der wichtigsten Mobilitätsmerkmale einen Einblick, wie und in welchem Umfang Beschäftigte zwischen Wohn- und Arbeitsort pendeln (»»» Tabelle 2). Auch an dieser Stelle werden zum Vergleich Kennwerte aus großen deutschlandweiten Studien denen aus der eigenen Befragung gegenübergestellt. Dieser direkte Vergleich ermöglicht es, einzuschätzen, inwieweit auch diese in der Befragung erfassten Merkmale auf die Grundgesamtheit aller Beschäftigten in Deutschland generalisierbar sind.

Im Durchschnitt pendeln die Umfrageteilnehmer 17,4 Kilometer zwischen Wohn- und Arbeitsort. Der Arbeitsweg der Männer ist dabei im Mittel knapp 5 Kilometer länger als der der Frauen. Entsprechend beträgt für die größte Gruppe der Beschäftigten (29,0%) die Entfernung zwischen Wohn- und Arbeitsort zwischen 10 bis unter 25 Kilometer, etwa jeder fünfte Beschäftigte (20,1%) legt sogar weniger als 5 Kilometer für den täglichen Arbeitsweg zurück, bei jedem zwanzigsten Beschäftigten sind es hingegen

mehr als 50 Kilometer. 5,4% der Umfrageteilnehmer geben an, permanent im Homeoffice bzw. Telearbeit tätig zu sein, 7,4% haben ständig wechselnde Arbeitsstätten. Die beiden letztgenannten Angaben liegen tendenziell über denen der Vergleichsstichprobe (1,4% bzw. 2,2%). Vermutlich sind das modifizierte Antwortformat der Umfrage sowie die Folgen der Coronavirus-Pandemie zum Befragungszeitpunkt für den beobachteten Unterschied verantwortlich. Etwa die Hälfte der Befragten (50,4%) gibt an, dass sie normalerweise zwischen 10 bis unter 30 Minuten für ihren Weg zur Arbeit benötigen, etwas mehr als ein Viertel benötigen dafür zwischen 30 bis unter 60 Minuten, für 6,7% beträgt die Wegdauer eine Stunde oder mehr. Ähnliche Größenverhältnisse finden sich auch bei allen Beschäftigten in Deutschland. Ebenfalls mehr als die Hälfte aller Umfrageteilnehmer (55,6%) nutzt am häufigsten den PKW für den Arbeitsweg. Jeder zehnte befragte Beschäftigte (10,2%) gibt das Fahrrad als meistgenutztes Verkehrsmittel an, ein jeweils ähnlich großer Anteil geht zu Fuß (9,5%) bzw. benutzt den Bus (9,3%). Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Mobilitätsmerkmale der Teilnehmer der Online-Umfrage in ihren Relationen in hohem Maße mit denen aller Beschäftigten in Deutschland übereinstimmen. Somit ist eine Generalisierbarkeit der im Folgenden dargestellten Ergebnisse für die Grundgesamtheit der Berufstätigen in Deutschland möglich.

Ergänzend zu den in »»» Tabelle 2 dargestellten Mobilitätsmerkmalen wurde in der Umfrage zusätzlich die Häufigkeit des Pendelns erfragt. Deutlich mehr als die Hälfte aller Befragten (60,8%) gibt an, dass sie täglich zwischen Wohn- und Arbeitsort pendeln, mehr als ein Viertel (29,0%) legen diese Strecke mindestens einmal pro Woche zurück. Mehrmals pro Tag (6,0%) bzw. monatlich oder seltener (1,2%) zu

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

Merkmale	Ausprägungen	Beschäftigte in der Umfrage	Beschäftigte in Deutschland ¹
		Mittelwerte bzw. Anteile	
Wegentfernung zwischen Wohn- und Arbeitsort	Männer	19,8 km	19,0 km
	Frauen	14,9 km	13,7 km
	Gesamt	17,4 km	16,5 km
	< 5 km	20,1%	27,5%
	5–9 km	17,5%	20,8%
	10–24 km	29,0%	29,3%
	25–49 km	15,6%	14,1%
	≥ 50 km	5,0%	4,7%
	Homeoffice/Telearbeit	5,4%	1,4%
	Wechselnde Arbeitsstätten	7,4%	2,2%
Wegdauer zwischen Wohn- und Arbeitsort	Unter 10 Minuten	15,9%	20,8%
	10 Minuten bis unter 30 Minuten	50,4%	48,9%
	30 Minuten bis unter 60 Minuten	27,0%	23,1%
	Mindestens 60 Minuten	6,7%	5,0%
Am häufigsten genutzte Verkehrsmittel	Bus	9,3%	4,6%
	U-Bahn/Straßenbahn	7,0%	5,0%
	Eisenbahn/S-Bahn	6,2%	4,9%
	PKW	55,6%	67,7%
	Motorrad/Motorroller o.ä.	1,4%	0,9%
	Fahrrad	10,2%	9,2%
	Zu Fuß	9,5%	7,4%
Sonstige Verkehrsmittel	0,7%	0,3%	

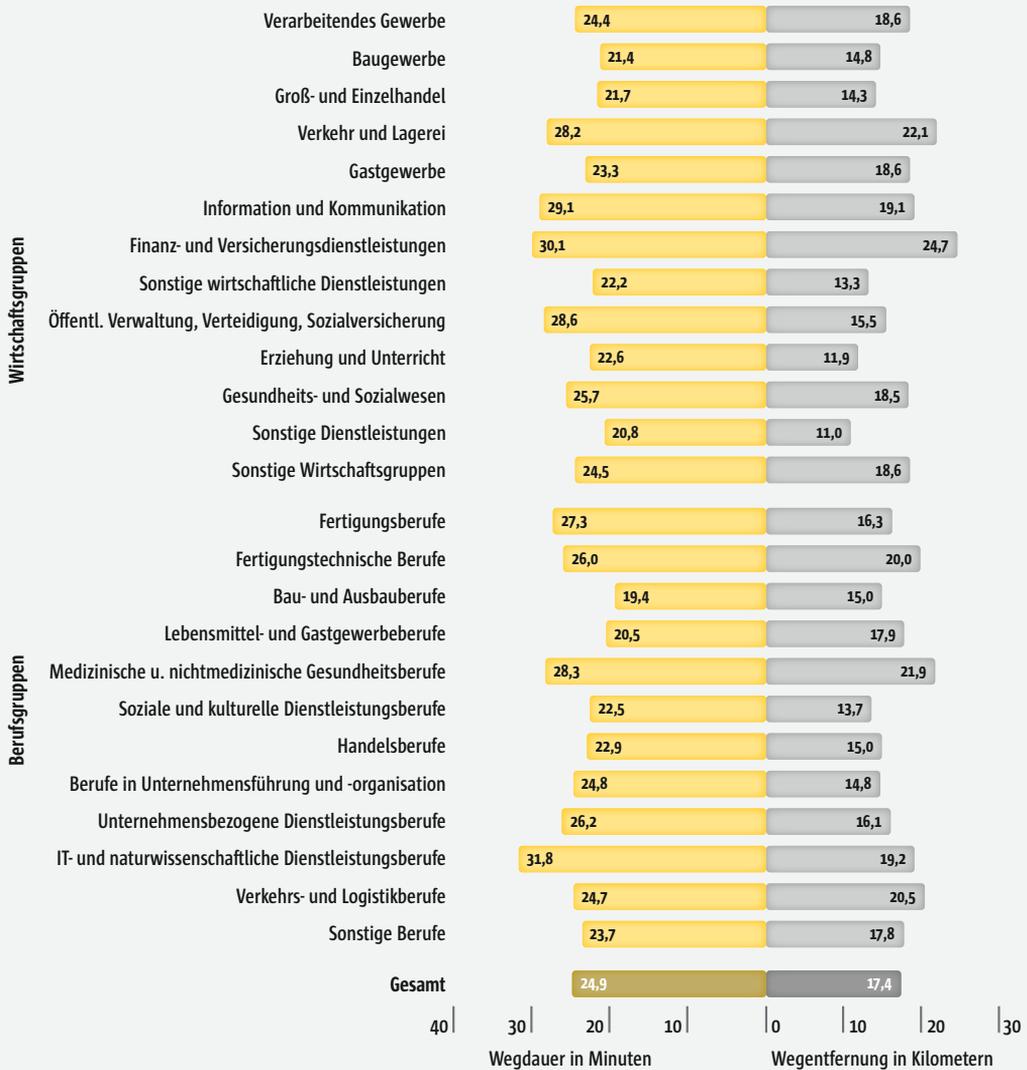
¹ Statistisches Bundesamt (2016) Daten des Mikrozensus: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/pendler1.html>; Nobis, Claudia und Kuhnimhof, Tobias (2018): Mobilität in Deutschland – MiD Ergebnisbericht. Studie von infas, DLR, IVT und infas 360 im Auftrag des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

pendeln, trifft nur auf eine geringe Anzahl Beschäftigter zu.

- Während Beschäftigte in der Wirtschaftsgruppe sonstige Dienstleistungen im Vergleich die geringste Wegstrecke pendeln, ist diese bei den Finanz- und Versicherungsdienstleistungen mehr als doppelt so lang (11,0 vs. 24,7 km).

- Die Zeit, die Beschäftigte für den Weg vom Wohn- zum Arbeitsort benötigen, variiert ebenfalls deutlich: Von etwas mehr als einer Viertelstunde (Bau- und Ausbauberufe; 19,4 min) bis zu mehr als einer halben Stunde (IT- und naturwissenschaftliche Berufe; 31,8 min).
- Insgesamt gilt, dass die Mehrzahl der Befragten (sehr) zufrieden mit der eigenen arbeitsbedingten Mobilität ist, wobei es zwischen den Berufs- und Wirtschaftsgruppen deutliche Abweichungen gibt.

Diagramm 1 Umfrage – Wegdauer und Wegentfernung der Umfrageteilnehmer nach Wirtschafts- und Berufsgruppen

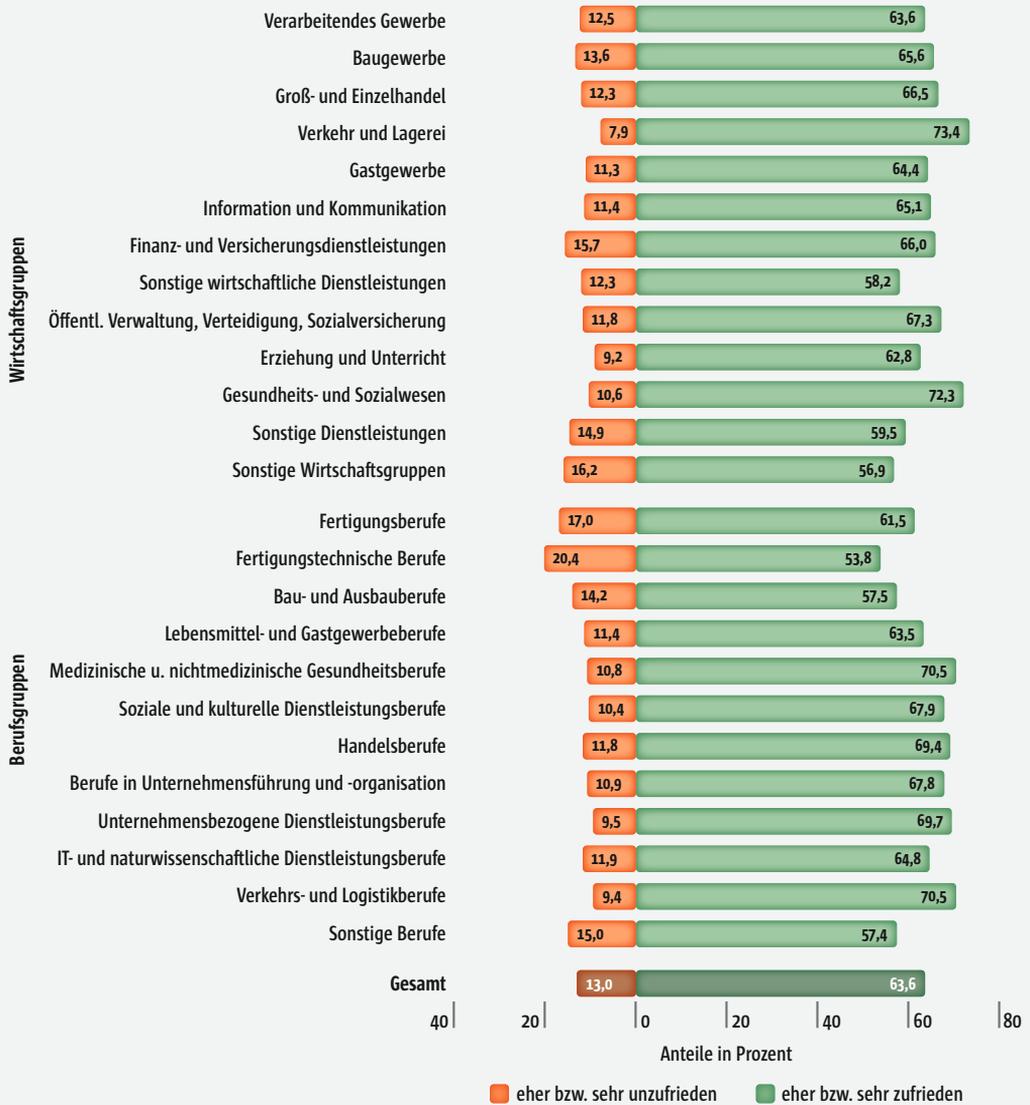


- Mit zunehmender Wegstrecke und Wegdauer nimmt allerdings die Zufriedenheit ab bzw. die Unzufriedenheit mit der eigenen arbeitsbedingten Mobilität zu.

Ergänzend zur allgemeinen Übersicht der Mobilitätsmerkmale zeigt das ►► Diagramm 1 die mittlere Wegdauer bzw. Wegentfernung der Umfrageteilnehmer im Zusammenhang mit der jeweiligen Wirtschafts- bzw. Berufsgruppe. Mit durchschnittlich 11 Kilome-

tern Wegstrecke und knapp 21 Minuten Wegdauer legen Beschäftigte in der Wirtschaftsgruppe sonstige Dienstleistungen im Mittel die kürzeste Wegstrecke bzw. die geringste Zeit zwischen Wohn- und Arbeitsort zurück. Beschäftigte im Bereich Finanz- und Versicherungsdienstleistungen liegen hingegen mit einer Wegstrecke von 24,7 Kilometern und rund 30 Minuten Wegdauer an der Spitze dieses Vergleichs. Auch bei den Berufsgruppen zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Beschäftigten mit geringer (soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe;

Diagramm 2 Umfrage – Zufriedenheit der Umfrageteilnehmer mit ihrer arbeitsbezogenen Mobilität nach Wirtschafts- und Berufsgruppen

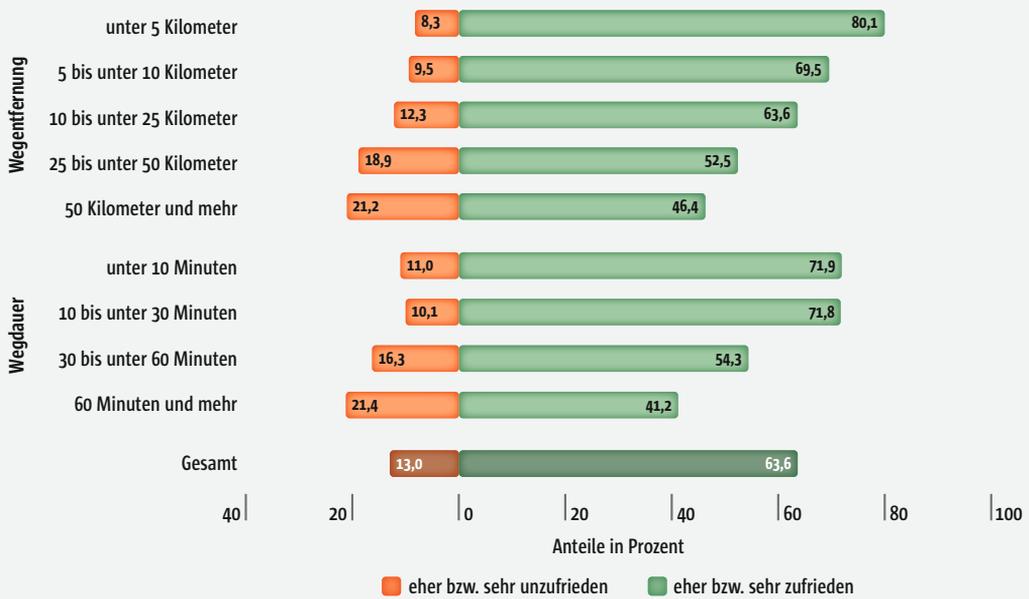


13,7 km) und großer (medizinische und nichtmedizinische Gesundheitsberufe; 21,9 km) Wegentfernung, bzw. solche mit kurzer (Bau- und Ausbauberufe; 19,4 min) und langer (IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe; 31,8 min) Wegdauer.

Die überwiegende Mehrheit der Umfrageteilnehmer ist mit ihrer arbeitsbedingten Mobilität (sehr) zufrieden (63,6%), hingegen geben immerhin insgesamt 13% an, dass sie (sehr) unzufrieden sind, bei

einem knappen Viertel (23,4% – hier und im folgenden jeweils nicht dargestellt) halten sich Zufriedenheit und Unzufriedenheit die Waage (» Diagramm 2). Neben den sonstigen Wirtschaftsgruppen (16,3%) ist der Anteil der Beschäftigten, die mit ihrer arbeitsbedingten Mobilität (sehr) unzufrieden sind, in der Wirtschaftsgruppe Finanz- und Versicherungsdienstleistungen (15,7%) am größten. In der Gruppe der fertigungstechnischen Berufe ist sogar

Diagramm 3 Umfrage – Zufriedenheit der Umfrageteilnehmer mit ihrer arbeitsbezogenen Mobilität nach Wegentfernung und Wegdauer



mehr als jeder fünfte Beschäftigte (20,4%) mit seiner Mobilität unzufrieden. Die höchsten Zufriedenheitswerte sind hingegen im Bereich Verkehr und Lagerei (73,4%) bzw. in den Verkehrs- und Logistikberufen (70,5%) zu finden. Tätigkeiten in diesen Bereich sind zwar meist per se mit einem hohen Grad an Mobilität verbunden bzw. beinhalten mobile Tätigkeiten (z. B. LKW- oder Busfahrer), allerdings dürfte für die hier gefundene hohe Zufriedenheit die Freiwilligkeit der Entscheidung für eine solche (mobile) Tätigkeit ein ausschlaggebender Grund sein.

Wie sich der Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der arbeitsbezogenen Mobilität sowie der Wegentfernung und -dauer darstellt, ist in

»» Diagramm 3 erkennbar. Für beide Merkmale wird deutlich, dass mit zunehmender Entfernung bzw. Zeit, die ein Beschäftigter für den Weg zwischen Wohn- und Arbeitsort benötigt, die Anteile derjenigen, die mit ihrer Mobilität unzufrieden sind, sukzessive ansteigen. Mehr als jeder fünfte Umfrageteilnehmer, der 50 Kilometer oder mehr bzw. eine Stunde oder mehr zur Arbeit unterwegs ist, ist unzufrieden mit seiner Mobilität (21,2% bzw. 21,4%). Dagegen sind es die Befragten mit der kürzesten Wegstrecke (< 5 Kilometer) bzw. der geringsten Wegdauer (< 10 Minuten), welche die höchsten Zufriedenheitsanteile (80,1% bzw. 71,9%) im Vergleich aufweisen.

Zusammenhänge zwischen arbeitsbezogener Mobilität und Gesundheit

- Der Einfluss der arbeitsbezogenen Mobilität wird von rund einem Drittel der Befragten als positiv für die körperliche und psychische Gesundheit sowie das Sozialleben bewertet (32,2%–38,5%).
- Dagegen nimmt etwa jeder zehnte Umfrageteilnehmer negative gesundheitliche und soziale Folgen der eigenen Mobilität wahr (9,5%–13,1%).
- Diese Werte schwanken zwischen den einzelnen Wirtschafts- und Berufsgruppen, wobei die körperliche Gesundheit meist in höherem Maße negativ durch die arbeitsbezogene Mobilität beeinflusst wird als die psychische Gesundheit oder das Sozialleben.
- Besonders stark sind die negativen gesundheitlichen Folgen der Mobilität bei Pendlern ausgeprägt, die – meist täglich – 50 Kilometer und mehr bzw. eine Stunde und mehr zurücklegen müssen.

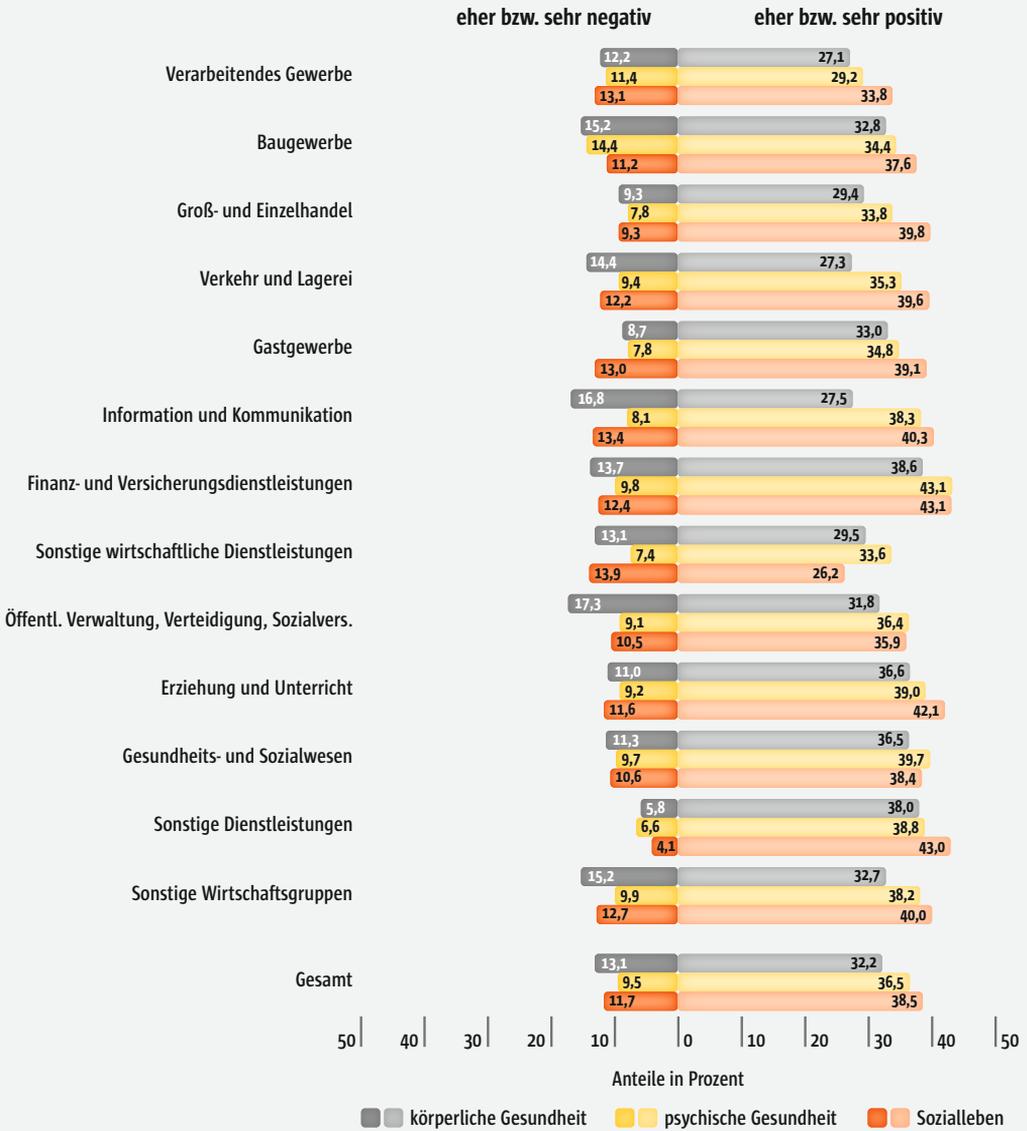
Neben den Angaben zur arbeitsbezogenen Mobilität wurden die Umfrageteilnehmer auch zu den damit im Zusammenhang stehenden gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen befragt. Dabei wurde auf einer fünfstufigen Antwortskala (von „sehr negativ“ bis „sehr positiv“) bewertet, wie sich aus Sicht der Befragten deren Mobilität auf ihre körperliche und die psychische Gesundheit sowie auf ihr Sozialleben (Freunde, Familie, Freizeit etc.) auswirkt. Jeweils circa die Hälfte der Befragten gibt an, dass deren Mobilität weder einen positiven noch einen negativen Einfluss auf die benannten Aspekte ausübt (körperliche Gesundheit: 54,7%; psychische Gesundheit: 54,0%; Sozialleben: 49,8%). Etwa jeder dritte Befragte gibt an, dass die eigene arbeitsbezogene Mobilität positive Auswirkungen zeigt (körperliche Gesundheit: 32,3%; psychische Gesundheit: 36,5%; Sozialleben: 38,5%), dagegen berichtet rund jeder

zehnte Teilnehmer von negativen Auswirkungen im Zusammenhang mit der eigenen Mobilität (körperliche Gesundheit: 13,1%; psychische Gesundheit: 9,5%; Sozialleben: 11,7%).

In welcher Art und Weise sich diese Zusammenhänge in den einzelnen Wirtschaftsgruppen abbilden, zeigt das **III** Diagramm 4. Für alle drei betrachteten Aspekte zeigt sich, dass im Bereich Finanz- und Versicherungsdienstleistungen die jeweils höchsten Prozentanteile zu finden sind, die den Einfluss der eigenen Mobilität auf die Gesundheit und das Sozialleben als (sehr) positiv bewerten (38,6%–43,1%), wohingegen sich im verarbeitenden Gewerbe für die körperliche (27,1%) und die psychische (29,2%) Gesundheit und bei den sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen für das Sozialleben (26,2%) die niedrigsten Anteile mit (sehr) positiver Einschätzung finden. Am wenigsten wird der Einfluss der Mobilität auf die Gesundheit und das Sozialleben als (sehr) negativ von den Beschäftigten der sonstigen Dienstleistungen (4,1%–6,6%) erlebt, während die entsprechenden Werte in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung (körperliche Gesundheit: 17,3%), im Baugewerbe (psychische Gesundheit: 14,4%) sowie in den sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen (Sozialleben: 13,9%) deutlich negativer ausfallen. Insgesamt zeigt sich, dass die körperliche Gesundheit und das Sozialleben am stärksten durch die arbeitsbezogene Mobilität beeinflusst werden.

Ähnliche Größenverhältnisse werden auch bei der Betrachtung der Berufsgruppen sichtbar (**III** Diagramm 5). Interessanterweise finden sich z.B. in den Bau- und Ausbauberufen die höchsten Anteile von Befragten, die den Einfluss ihrer Mobilität auf die psychische Gesundheit als negativ einschätzen (14,2%). Gleichzeitig ist dort aber der Anteil derjeni-

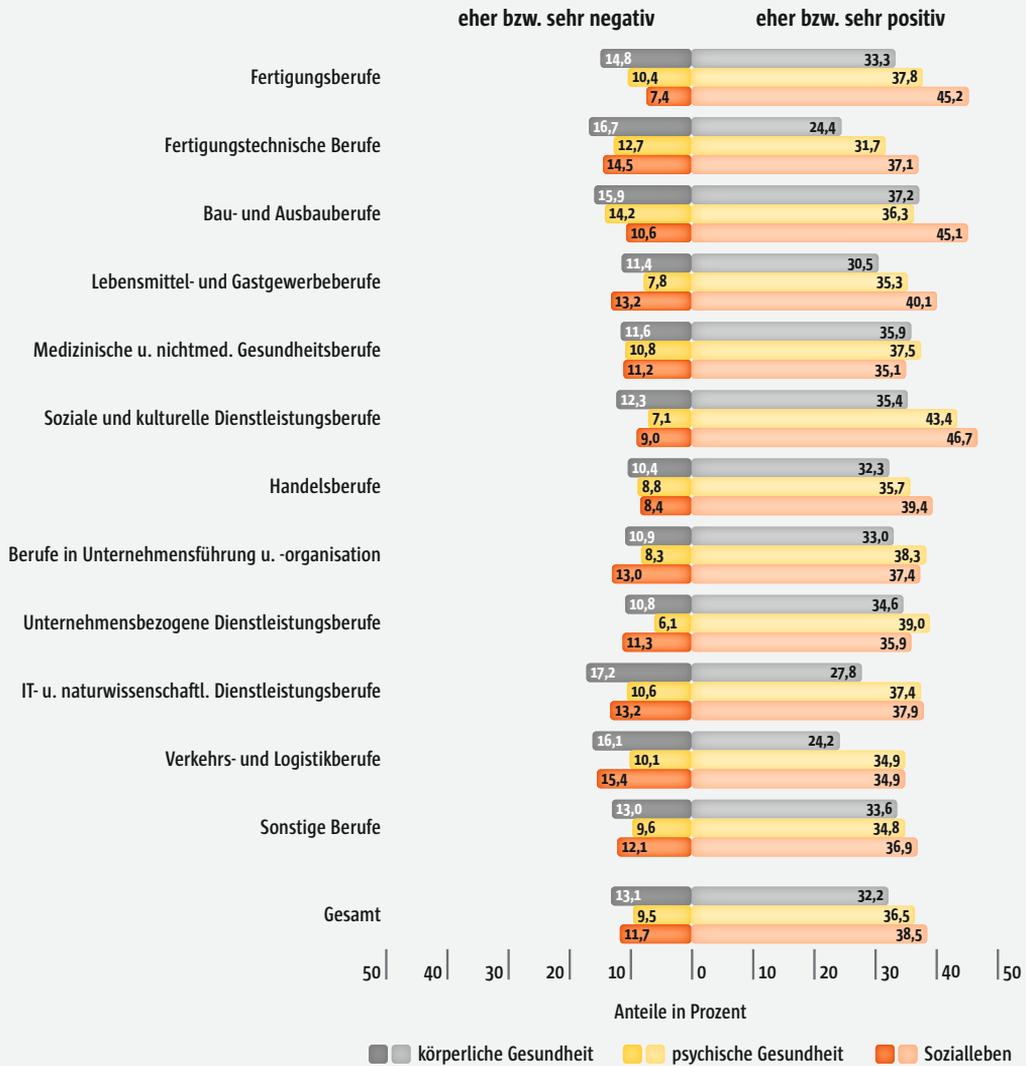
Diagramm 4 Umfrage – Zusammenhänge zwischen arbeitsbezogener Mobilität und ausgewählten Gesundheitsaspekten der Umfrageteilnehmer nach Wirtschaftsgruppen



gen, die ihre körperliche Gesundheit im Zusammenhang mit ihrer Mobilität positiv bewerten am höchsten (37,2%). Dagegen weisen die IT- und naturwissenschaftlichen Berufe mit 17,2% den höchsten Anteil derjenigen im Vergleich auf, die im Zusammenhang mit ihrer Mobilität ihre körperliche Gesundheit als (sehr) negativ beeinflusst einschätzen, während dieser Anteil bei den Handelsberufen mit 10,4% am ge-

ringsten ausgeprägt ist. Bezogen auf das Sozialleben ist mit 15,4% bei den Verkehrs- und Logistikberufen der höchste Wert des (sehr) negativen Einflusses durch die Mobilität zu finden. Gerade in solchen Berufen, mit oft mehrtägiger Abwesenheit und Schichtarbeit verwundert es wenig, dass hier vor allem das Sozialleben in Mitleidenschaft gezogen wird.

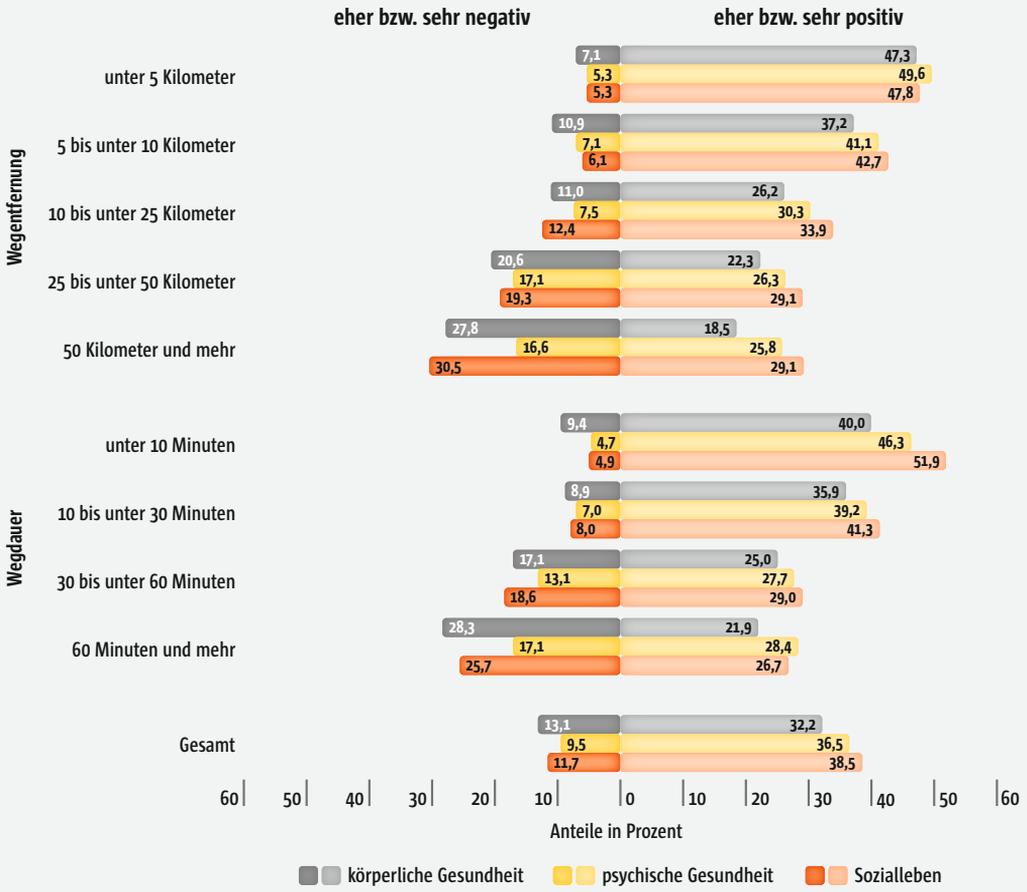
Diagramm 5 Umfrage – Zusammenhänge zwischen arbeitsbezogener Mobilität und ausgewählten Gesundheitsaspekten der Umfrageteilnehmer nach Berufsgruppen



Anders als bei der Betrachtung nach Wirtschafts- bzw. Berufsgruppen zeigt sich in **III** Diagramm 6 im Zusammenhang mit der Wegentfernung und der Wegdauer dahingehend ein eindeutiges Muster, dass mit zunehmender Pendlerstrecke und -zeit die negativen Folgen für die Gesundheit und das Sozialleben zunehmen bzw. im gleichen Maße die positiven abnehmen. Da circa jeder fünfte Beschäftigte 25 Kilometer oder mehr bzw. circa jeder dritte Beschäftigte 30 Minuten oder mehr für den Weg zwi-

schen Wohn- und Arbeitsort benötigt (**III** Tabelle 2), handelt es sich hierbei um eine substanziell große Gruppe, bei denen die negativen Aspekte von Mobilität eine kritisches Maß erreichen. Am stärksten wirkt sich die Mobilität, wie auch schon bei den Berufs- und Wirtschaftsgruppen zu sehen, auf die körperliche Gesundheit und das Sozialleben aus. Die Abweichungen zwischen den Gruppen mit der geringsten bzw. größten Wegentfernung bzw. -dauer ist bei diesen beiden Merkmalen mit 18,9-25,2 Pro-

Diagramm 6 Umfrage – Zusammenhänge zwischen arbeitsbezogener Mobilität und ausgewählten Gesundheitsaspekten der Umfrageteilnehmer nach Wegentfernung und Wegdauer



zentpunkten am größten, während sie bei der psychischen Gesundheit nur 11,3-12,4 Prozentpunkte betragen. Gleichzeitig zeigt sich in der Gruppe derjenigen mit Wegentfernungen von 50 Kilometern oder mehr bzw. mit einer Wegdauer von 60 Minuten oder mehr, dass die negativen Bewertungen annähernd so hoch oder sogar höher als die positiven für die körperliche Gesundheit und das Sozialleben ausfallen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass insgesamt die positiven Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Sozialleben auf der einen Seite und der arbeitsbezogenen Mobilität auf der anderen Sei-

te gegenüber den negativen Facetten überwiegen. Je nach betrachteter Wirtschafts- oder Berufsgruppe schwanken die positiven und negativen Bewertungen zwar erheblich, das beschriebene Verhältnis zugunsten der positiven Bewertung bleibt aber in allen Fällen erhalten. Im Zusammenhang mit der Wegentfernung und -zeit zwischen Wohn- und Arbeitsort zeigt sich sehr klar, dass mit Zunahme der genannten Mobilitätsmerkmale auch die negativen Auswirkungen auf die Gesundheit und das Sozialleben zunehmen und diese – im Gegensatz zu den vorhergehenden Betrachtungen – teilweise größer ausfallen als die positiven Bewertungen.

Mobile Arbeit und Homeoffice

- Etwas mehr als die Hälfte der Umfrageteilnehmer gibt an, zumindest ab und zu mobil bzw. im Homeoffice zu arbeiten.
- Der häufigste Hinderungsgrund gegen mobiles Arbeiten ist die Tätigkeit selbst, wenn diese nur vor Ort ausgeführt werden kann.
- In mehr als einem Drittel der Fälle ist es hingegen der Arbeitgeber oder der Vorgesetzte, die mobiles Arbeiten bzw. Homeoffice nicht unterstützen.
- Die Gestaltung der Mobilität der Beschäftigten wird von Arbeitgebern am häufigsten durch flexible Arbeitszeiten und Homeoffice unterstützt, gleichzeitig sind es diese beiden Aspekte, die sich Beschäftigte am häufigsten als Unterstützung wünschen.

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

Insgesamt mehr als die Hälfte aller Beschäftigten (54,0%) gibt in der Umfrage an, zumindest zeitweise mobil bzw. von zu Hause tätig zu sein. Diejenigen, die angeben, dass sie nie von zu Hause oder unterwegs arbeiten, wurden zusätzlich nach den Gründen gefragt. Mehrheitlich (68,0%) gab diese Gruppe als Grund an, dass deren Tätigkeit nur vor Ort ausgeübt werden kann. Immerhin ein knappes Fünftel (19,1%) stimmt der Aussage zu, dass der Arbeitgeber keine mobile Arbeit erlaubt, gefolgt von 16,1% der Befragten, welche die von der Führungskraft präferierte Präsenzkultur als Hindernis für mobile Arbeit angeben. Bedenken, dass eine Tätigkeit außerhalb des regulären Arbeitsplatzes die eigenen Karrierechancen

mindert, wurden hingegen nur von 0,4% der Befragungsteilnehmer geäußert. Als Unterstützung von Arbeitgeberseite zur bedarfsgerechten Gestaltung der eigenen Mobilität geben die Befragten am häufigsten flexible Arbeitszeiten (31,1%) und Homeoffice/mobiles Arbeiten (38,4%) sowie sonstige Angebote (29,4%) an. Gleichzeitig sind es aber auch die beiden erstgenannten Unterstützungsangebote, die sich die Befragten am meisten für die Gestaltung ihrer eigenen beruflichen Mobilität wünschen (Homeoffice/mobiles Arbeiten: 26,1%; flexible Arbeitszeit: 19,7%). Insgesamt sind das Potenzial und der Wunsch von Beschäftigten insbesondere nach mehr mobiler Arbeit/Homeoffice noch nicht ausreichend ausgeschöpft.

- Besonders häufig kommt mobiles Arbeiten bzw. Homeoffice bei Tätigkeiten ohne direkten Kontakt mit Menschen vor (z.B. IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe), dagegen eher selten in Bereichen, bei denen der direkte Kontakt mit Menschen Tätigkeitsinhalt ist (z.B. im Gesundheits- und Sozialwesen).
- Allgemein zeigt sich, dass Beschäftigte umso häufiger einen positiven Einfluss vor allem auf ihre psychische Gesundheit und ihr Sozialleben wahrnehmen, desto häufiger sie mobil tätig sind.

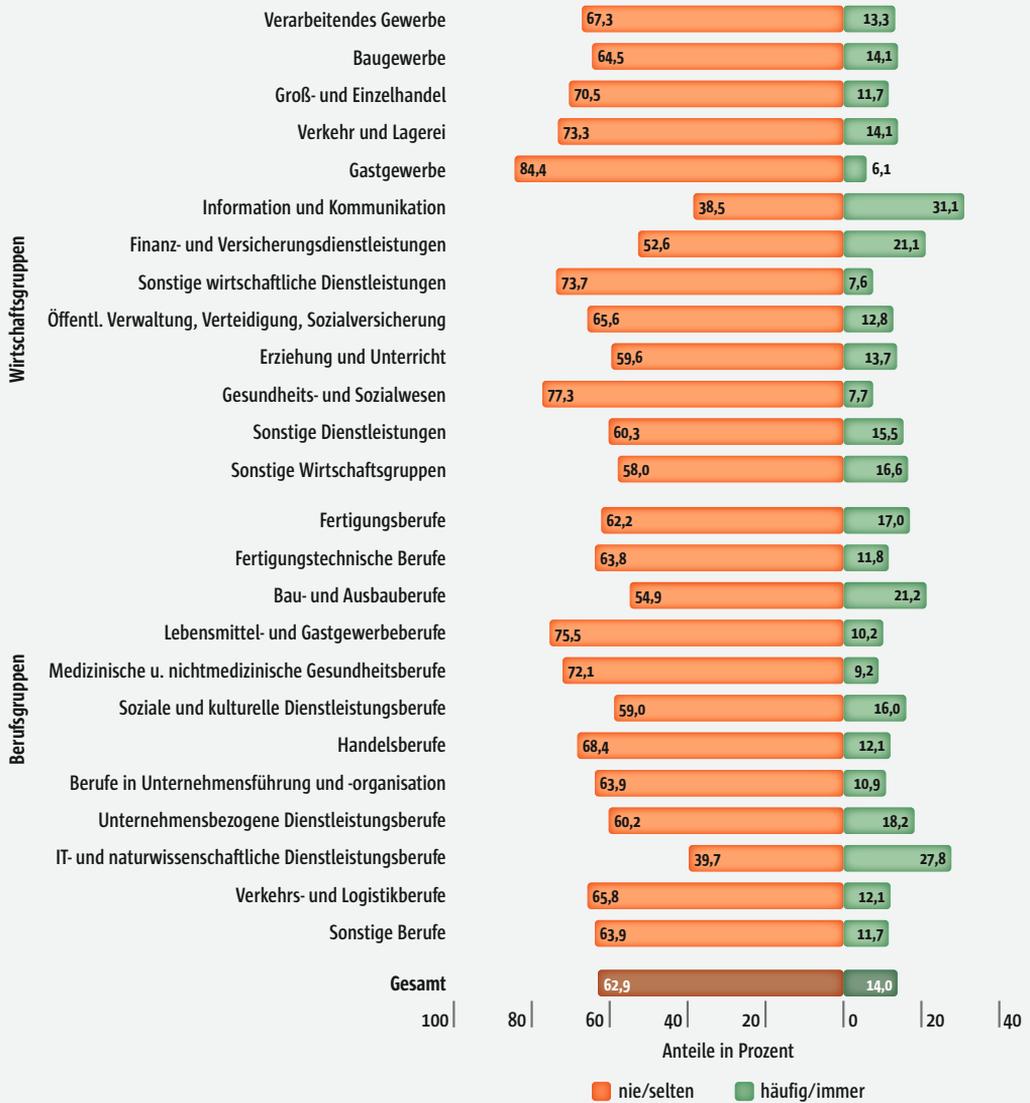
Ob und in welchem Maße mobiles Arbeiten bzw. Homeoffice möglich ist, hängt zu einem nicht unerheblichen Teil davon ab, ob die Tätigkeit des Beschäftigten grundsätzlich dafür geeignet ist (»» Tabelle 3). Wie sich die Nutzung mobiler Arbeit bzw. Homeoffice je nach Wirtschafts- und Berufsgruppe darstellt, zeigt das »» Diagramm 7. So überrascht es sicher wenig, dass Beschäftigte in der Branche

Tabelle 3 Umfrage – Ausgewählte Merkmale mobiler Arbeit bei den Umfrageteilnehmern

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

¹ Mehrfachantworten möglich

Diagramm 7 Umfrage – Häufigkeit von mobiler Arbeit bzw. Homeoffice der Umfrageteilnehmer nach Wirtschafts- und Berufsgruppen

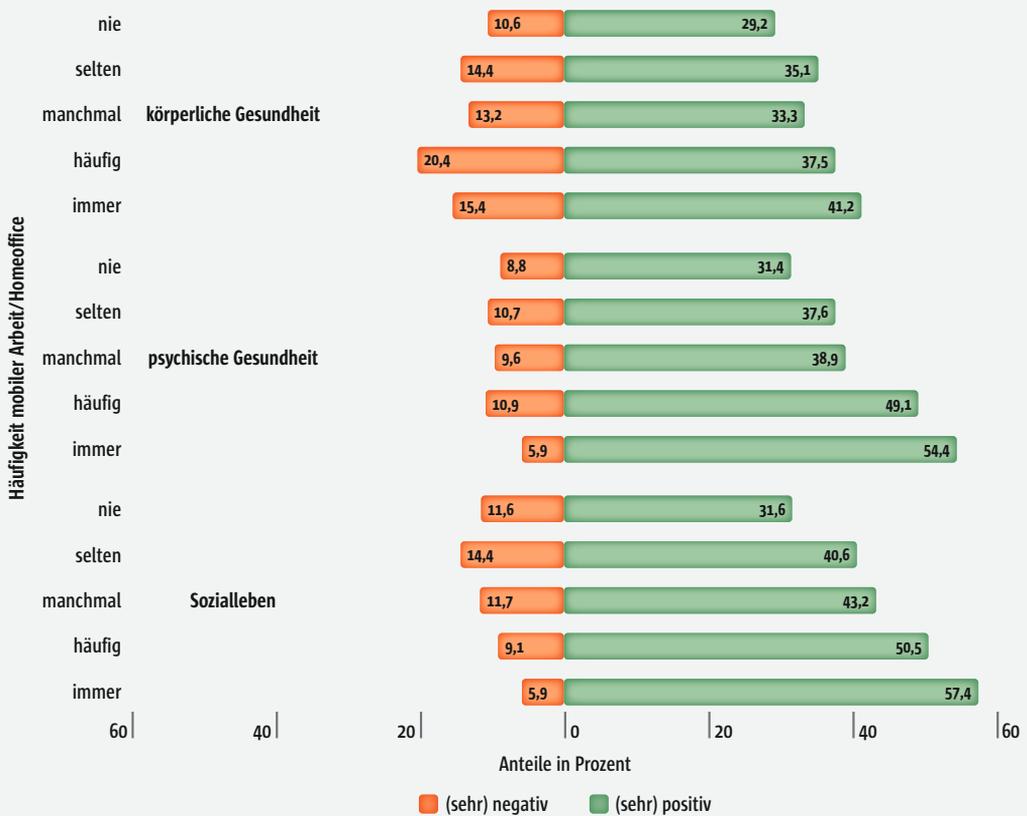


Information und Kommunikation bzw. in den IT- und naturwissenschaftlichen Berufen jeweils die höchsten Anteile derer verzeichnen, die häufig oder immer mobil bzw. im Homeoffice arbeiten (31,1% bzw. 27,8%). Im Kontrast dazu sind vor allem in den Branchen (z.B. Gastgewerbe oder Gesundheits- und Sozialwesen) sowie Berufen (z.B. Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe oder medizinische und nichtme-

dizinische Gesundheitsberufe), deren Tätigkeitsinhalt den direkten und unmittelbaren Kontakt mit Menschen beinhaltet, die mit Abstand geringsten Anteile Beschäftigter zu finden, die häufig bzw. immer mobil arbeiten (6,1% – 10,2%).

Im »»» Diagramm 8 ist der Zusammenhang zwischen der Häufigkeit mobilen Arbeitens und der Gesundheit bzw. dem Sozialleben der Befragten darge-

Diagramm 8 Umfrage – Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit von mobiler Arbeit bzw. Homeoffice und ausgewählten Gesundheitsaspekten der Umfrageteilnehmer



stellt. Für alle drei betrachteten Merkmale zeigt sich, dass mit zunehmender Häufigkeit des mobilen Arbeitens auch die berichteten positiven Auswirkungen auf die Gesundheit und das Sozialleben ansteigen. So unterscheiden sich die Anteile mit positiver Bewertung zwischen denjenigen, die nie und denen, die immer mobil arbeiten können, zwischen 12,0 Prozentpunkten (körperliche Gesundheit) und 25,8 Prozentpunkten (Sozialleben) zugunsten der mobil bzw. im Homeoffice Tätigen. Gleichzeitig zeigt sich für den Anteil derjenigen, die ihre Gesundheit und ihr Sozialleben eher negativ bewerten, ein heterogenes Muster. Allerdings ist auch hier – bis auf die körperliche Gesundheit – jeweils die niedrigste Ausprägung bei denjenigen zu finden, die ständig mobil bzw. im Homeoffice arbeiten. Vermutlich sind die erhöhten negativen Bewertungen bei denen, die nur teilweise mobil arbeiten, damit

begründbar, dass der mit dem Wechsel zwischen mobiler und stationärer Arbeit verbundene Mehraufwand als höhere Belastung gegenüber dem alleinigen mobilen oder stationären Arbeiten wahrgenommen wird.

Mit dem Wissen, dass mindestens ein Drittel der Beschäftigten aus anderen als tätigkeitspezifischen Gründen nicht mobil arbeiten (»» Tabelle 3), ist in der Arbeitswelt von einem weiteren substanziellen Potenzial für diese Art der flexiblen Arbeitsgestaltung auszugehen. Als plakatives Beispiel hierfür sei an dieser Stelle der massive Ausbau von Videosprechstunden bzw. Fernbehandlung im Rahmen der Coronavirus-Pandemie im Gesundheitswesen genannt. Welchen Einfluss die aktuelle Situation im Jahr 2020 auf die arbeitsbezogene Mobilität der Beschäftigten hat, wird deshalb zum Abschluss dieses Kapitels näher beleuchtet.

Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf die Gesundheit und die arbeitsbezogene Mobilität

- Die Coronavirus-Pandemie hat insgesamt die Nutzung von Homeoffice und der dafür notwendigen Technologien verstärkt, während gleichzeitig die Pendlermobilität deutlich abgenommen hat.
- Tätigkeitsspezifische Tendenzen wurden dabei sogar noch verstärkt (z.B. mehr Homeoffice und weniger Pendeln bei IT-Berufen, umgekehrt im Gesundheits- und Sozialwesen)
- Andererseits zeigen sich bei besonders stark von den wirtschaftlichen Folgen der Pandemie betroffenen Beschäftigten (z.B. Gastgewerbe) teils deutliche Abweichungen.

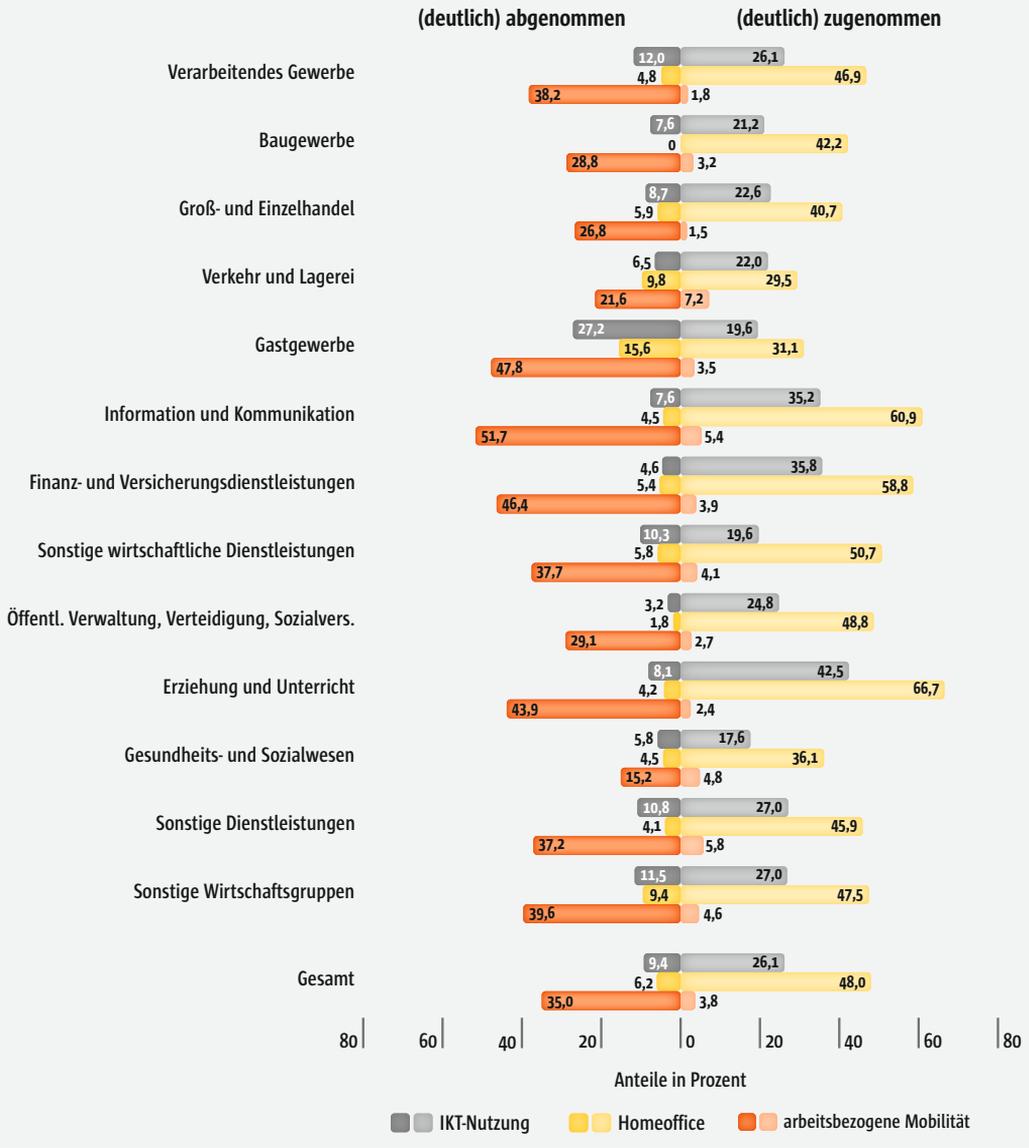
Wie bereits erwähnt, hat die im Juni 2020 durchgeführte Umfrage zusätzlich die besondere Situation aufgrund der Coronavirus-Pandemie in den Fokus genommen. Der Schwerpunkt ist hierbei auf den Einfluss bzw. die Folgen der Pandemie auf das Ausmaß der arbeitsbezogenen Mobilität sowie auf die Gesundheit bzw. das Sozialleben der Beschäftigten ausgerichtet.

Im **»»** Diagramm 9 sind die Veränderungen aufgrund der Coronavirus-Pandemie im Bereich der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnik (IKT: Computer, Tablet, Handy etc.), der arbeitsbezogenen Mobilität sowie der Tätigkeit im Homeoffice abgebildet. Insgesamt geben fast die Hälfte aller Befragten (48,0%) an, dass sie (deutlich) häufiger als früher im Homeoffice arbeiten. In diesem Kontext hat auch für über ein Viertel der Beschäftigten (26,1%) die Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnik (deutlich) zugenommen. Zudem gibt mehr als ein Drittel der Umfrageteilnehmer (35,0%) an, dass deren arbeitsbezogene Mobilität (deutlich) abgenommen hat. In

Abhängigkeit von der Wirtschaftsgruppe, in der die Befragten tätig sind, schwanken die jeweiligen Veränderungen jedoch erheblich. Wenig überraschend ist, dass für alle drei Aspekte große Rückgänge bzw. niedrige Zuwächse im Gastgewerbe zu verzeichnen sind, was hier doch aufgrund der Beschränkungen über viele Wochen kein regulärer Betrieb möglich bzw. mussten hier besonders viele Beschäftigte in Kurzarbeit gehen. Anders stellt sich das Bild im Bereich Erziehung und Unterricht dar, der zwar in ähnlicher Weise aufgrund von Kita- und Schulschließungen betroffen war, hier ist aber bei der Nutzung neuer Technologien (42,5%) und Homeoffice (66,7%) der größte Anstieg zu verzeichnen. Gerade an dieser Branche, die bisher durch ein hohes Maß an Präsenzpflcht gekennzeichnet war, lassen sich die bisher ungenutzten Potenziale flexibler Arbeitsgestaltung mithilfe digitaler Arbeitsmittel aufzeigen. Dies gilt in ähnlichem Maß für die Beschäftigten im Bereich Information und Kommunikation: Für diese Branche, die schon vor der Pandemie zu der Gruppe mit den höchsten Anteilen mobiler Tätiger gehörte, ist die größte Zunahme (60,9%) bei der Nutzung von Homeoffice sowie parallel dazu die größte Abnahme bei der Pendlermobilität (51,7%) zu verzeichnen.

Vergleichbare Muster sind in diesem Kontext zudem bei der Betrachtung der Veränderungen für die Berufsgruppen zu erkennen (**»»** Diagramm 10). Bei den IT- und naturwissenschaftlichen Berufen gibt die überwiegende Mehrheit (59,5%) der Beschäftigten an, dass deren Pendlermobilität (deutlich) abgenommen hat, während für fast zwei Drittel dieser Beschäftigten (65,4%) die Arbeit im Homeoffice (deutlich) zugenommen hat. Als Gegenbeispiel seien an dieser Stelle die medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe genannt,

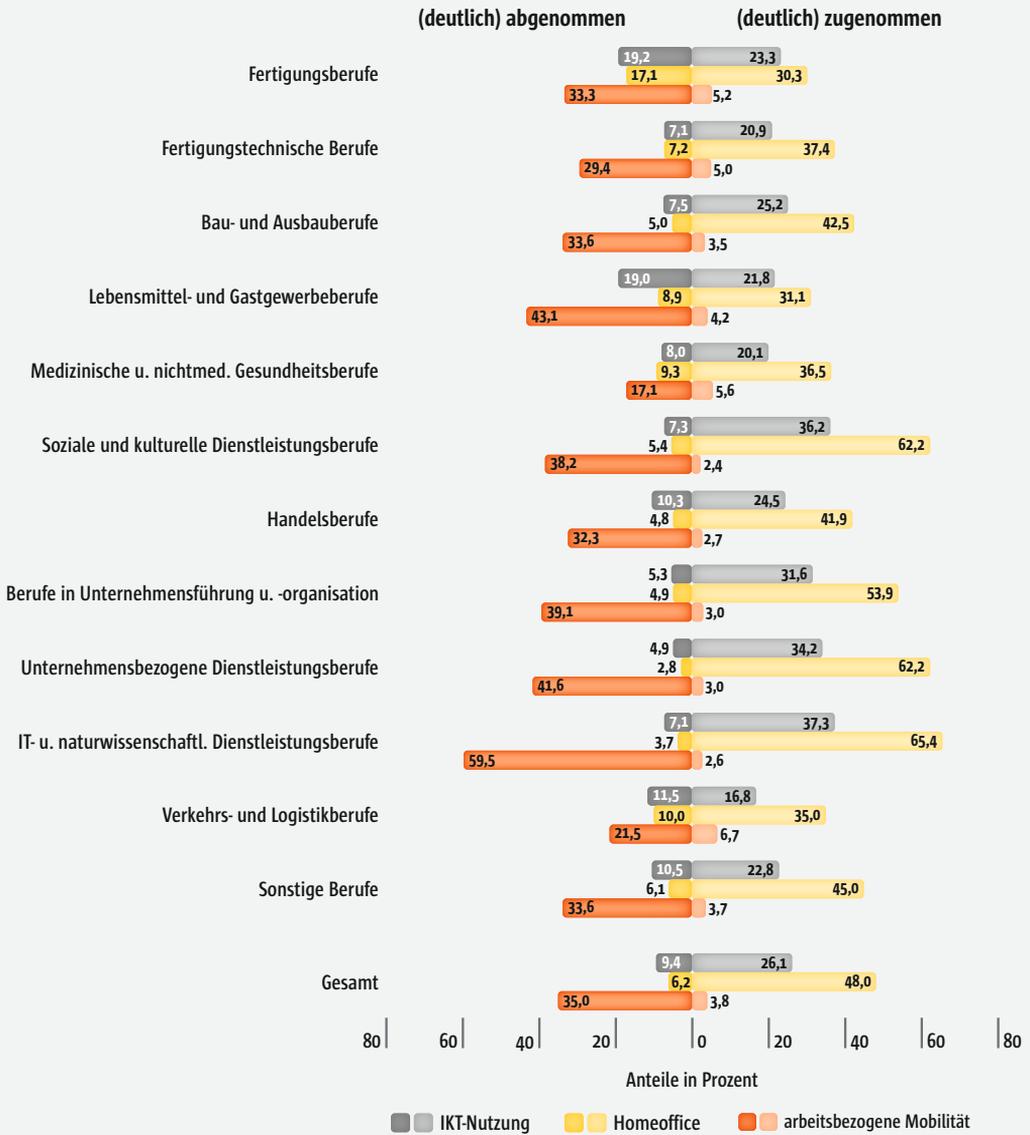
Diagramm 9 Umfrage – Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf IKT-Nutzung, Homeoffice und arbeitsbezogene Mobilität der Umfrageteilnehmer nach Wirtschaftsgruppen



die größtenteils nur vor Ort ausgeübt werden können. Entsprechend ist der Anteil derjenigen, die hier (deutlich) häufiger in Homeoffice arbeiten, mit

36,5% auch wesentlich kleiner und die Abnahme der Pendlermobilität mit 17,1% in dieser Gruppe am geringsten ausgeprägt.

Diagramm 10 Umfrage – Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf IKT-Nutzung, Homeoffice und arbeitsbezogene Mobilität der Umfrageteilnehmer nach Berufsgruppen



- Der Anteil derjenigen, die den Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf die Gesundheit und das Arbeitsleben als negativ bewerten, ist im Verhältnis größer als der der Befragten, die eher positive Einflüsse berichten.
- Insgesamt hat allerdings für die Mehrheit der Befragten die Pandemie weder bedeutsame positive noch negative Auswirkungen auf die Gesundheit bzw. das Arbeitsleben.
- Branchen und Berufe, in denen die Tätigkeit während der Pandemie ohne große Einschränkungen alternativ im Homeoffice erbracht werden kann, weisen die geringsten negativen bzw. die meisten positiven Bewertungen auf.

Die Coronavirus-Pandemie hat nicht nur dazu geführt, dass die Nutzung digitaler Technik und das Arbeiten von zu Hause deutlich zugenommen und die Pendlermobilität hingegen rapide abgenommen hat, sie übt zudem auch einen Einfluss auf den (wahrgenommenen) Gesundheitszustand der befragten Beschäftigten aus. In welchem Maß und in welche Richtung dieser Einfluss ausgeprägt ist, wird zum Abschluss des Kapitels dargestellt. Die Umfrageteilnehmer wurden hierbei um ihre Einschätzung gebeten, wie sehr die Coronavirus-Pandemie und deren Folgen ihre körperliche und psychische Gesundheit bzw. ihr gesamtes Arbeitsleben beeinflusst.

In **III** Diagramm 11 sind die Prozentanteile der negativen und positiven Bewertungen bezogen auf die drei genannten Aspekte nach Wirtschaftsgruppenzugehörigkeit der Befragten dargestellt. Über alle Wirtschaftsgruppen hinweg wird zunächst deutlich, dass die aktuelle Pandemie für jeweils mehr als ein Viertel der Befragten mit wahrnehmbaren negativen Folgen für die psychische Gesundheit (26,6%) und für das Arbeitsleben insgesamt (27,5%) einhergeht. Etwas niedriger fällt der Anteil derjenigen aus, welche die Folgen für die eigene körperliche Gesundheit negativ bewerten (18,6%). Von immerhin deutlich mehr als jedem zehnten Befragten (13,6%-14,4%) wird die Pandemie hingegen sogar als positiv für die eigene Gesundheit bzw. das Arbeitsleben wahrgenommen.

Die jeweils überwiegende Mehrheit der Befragten (58,3-67,0%) gibt allerdings an, dass die aktuelle Pandemie weder einen negativen noch einen positiven Einfluss auf ihre Gesundheit bzw. ihr Arbeitsleben ausübt.

Die (sehr) negativen Folgen der Pandemie für das Arbeitsleben werden an der bereits thematisierten Gruppe der Beschäftigten im Gastgewerbe besonders deutlich: Mehr als die Hälfte der dort Beschäftigten (61,7%) stimmt der Aussage zu, dass die Pandemie einen negativen Einfluss auf deren gesamtes Arbeitsleben ausübt. Im Kontrast dazu finden sich zum Beispiel im Bereich Information und Kommunikation (21,5% vs. 18,8%) oder im Bereich Finanz- und Versicherungsdienstleistungen (21,6% vs. 19,6%) größere Anteile von Beschäftigten, die den Einfluss der Pandemie auf ihr Arbeitsleben eher als positiv denn als negativ bewerten. Dies wird vermutlich durch den hohen Homeoffice-Nutzungsgrad in diesen beiden Branchen sowie dem gleichzeitig hohen Rückgang der Pendlermobilität begründet sein (**III** Diagramm 9). Für die körperliche und insbesondere die psychische Gesundheit gilt hingegen, dass für alle Wirtschaftsgruppen die negativen Folgen der Pandemie in Relation teils deutlich über den positiven liegen. Diese Differenzen sind vor allem in solchen Branchen (u. a. Gastgewerbe, Erziehung und Unterricht, Gesundheits- und Sozialwesen) am größten ausgeprägt, in denen die Pandemie den größten Einfluss auf das Arbeitsleben ausübt.

Die Betrachtung nach Berufsgruppen (**III** Diagramm 12) zeigt ein ähnliches Muster wie die vorhergehende Darstellung nach Wirtschaftsgruppen: Hier fallen wiederum die Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe mit besonders hohen Anteilen der negativen Bewertung für alle drei Dimensionen auf. Gleiches gilt für die Beschäftigten in sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen sowie für die medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe. Dagegen bewerten wiederum Beschäftigte in den IT- und naturwissenschaftlichen Berufen die Folgen der Pandemie für die eigene Gesundheit bzw. das Arbeitsleben deutlich häufiger positiv (15,0%-20,7%) als der Durchschnitt.

Diagramm 11 Umfrage – Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf ausgewählte Gesundheitsaspekte und das Arbeitsleben der Umfrageteilnehmer nach Wirtschaftsgruppen

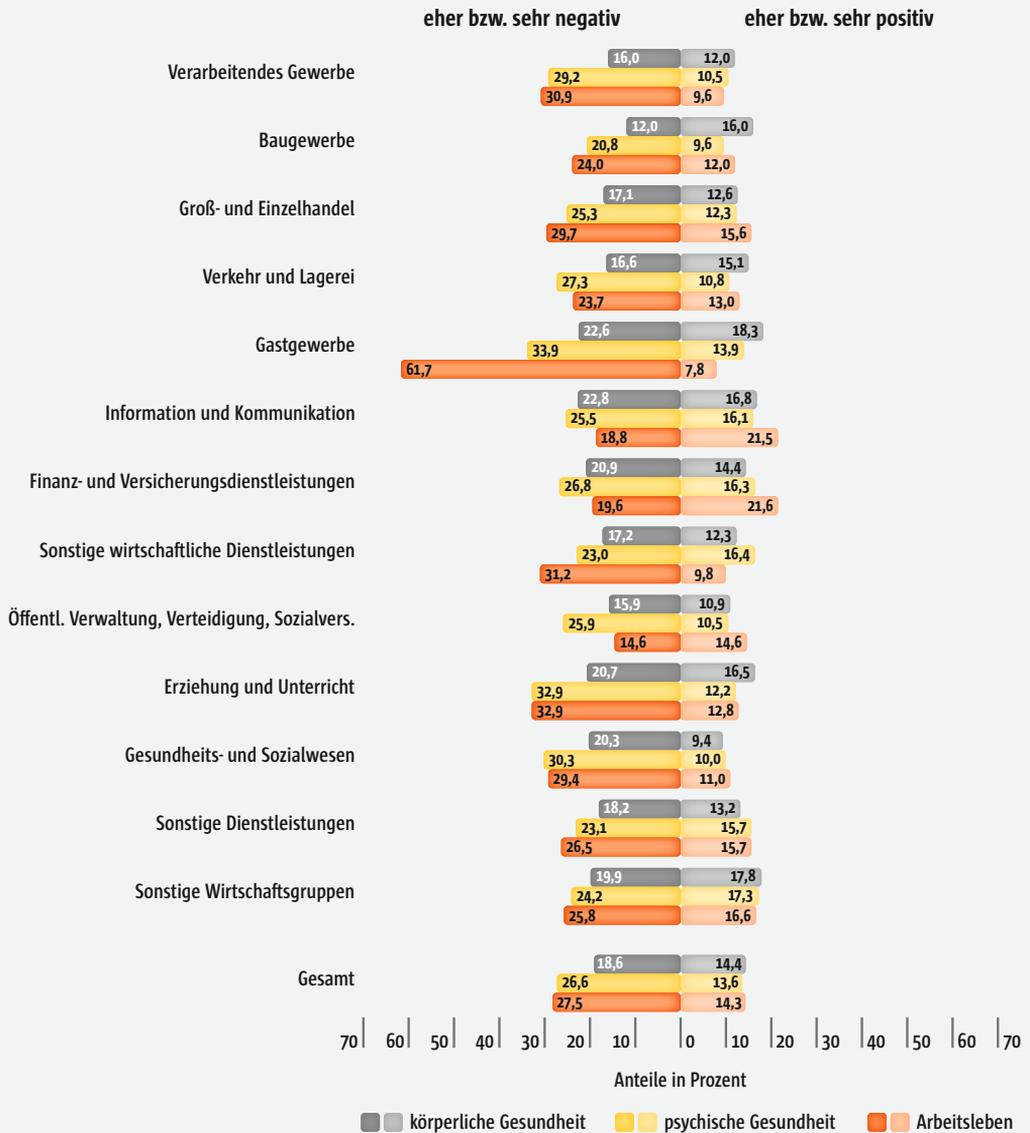
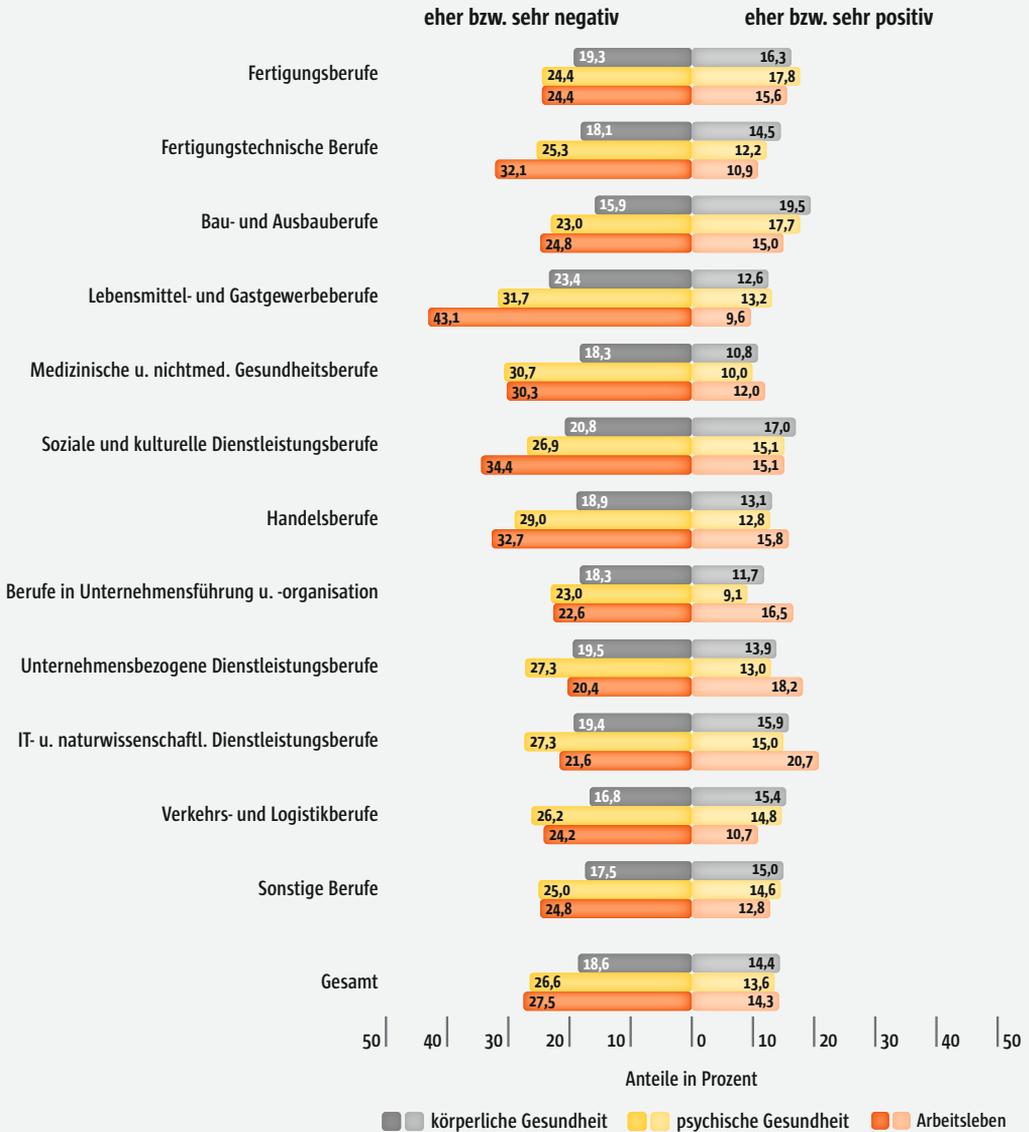


Diagramm 12 Umfrage – Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf ausgewählte Gesundheitsaspekte und das Arbeitsleben der Umfrageteilnehmer nach Berufsgruppen



Fazit und Ausblick

Mobilität mit ihren zahlreichen Facetten ist ein wesentliches Merkmal der heutigen Arbeitswelt. Neben dem klassischen Pendeln zwischen Wohn- und Arbeitsort, das für die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten zur täglichen Routine zählt, gewinnt das mobile Arbeiten, insbesondere die Tätigkeit im Homeoffice, zunehmend an Bedeutung. Der individuelle Grad der Mobilität ist dabei von verschiedenen arbeitsweltlichen Faktoren, wie z.B. der Branche und dem Beruf, in der/dem der Beschäftigte tätig ist, abhängig. Mit zunehmender Entfernung und Zeit, die für den Weg zwischen Wohn- und Arbeitsort aufgewendet werden muss, sinken gleichzeitig die Zufriedenheitswerte bezogen auf die eigene Mobilität bei gleichzeitigem Anstieg der wahrgenommenen negativen Folgen für die eigene Gesundheit und die Arbeitszufriedenheit. Im Detail zeigt sich, dass die ausgeübte Tätigkeit im Zusammenhang mit dem damit verbundenen Handlungsspielraum bzw. der Freiwilligkeit von Mobilität ebenfalls eine Rolle spielen. Weiterhin ist auffällig, dass die körperliche Gesundheit und das Sozialleben in stärkerem Maße negativ von der arbeitsbezogenen Mobilität beeinflusst werden, als dies bei der psychischen Gesundheit der Fall ist.

Homeoffice als eine der häufigsten Formen mobiler Arbeit ist für etwa ein Drittel der Befragten heute schon Bestandteil des normalen Arbeitsalltags. Auch wenn für die Mehrheit derjenigen, die nie in Homeoffice tätig sind, gilt, dass die Tätigkeit nur vor Ort ausgeübt werden kann, so sind dagegen bei immerhin einem Drittel aus dieser Gruppe der Arbeit-

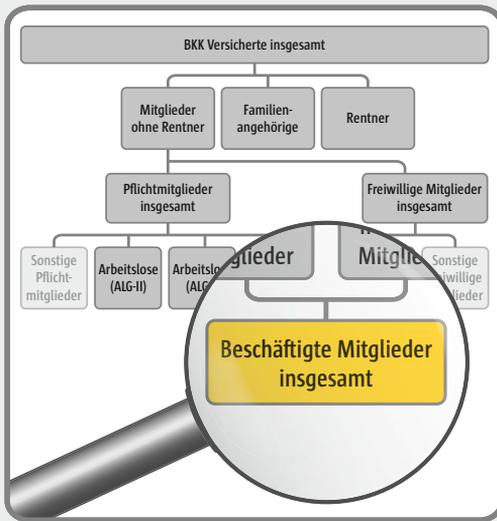
geber oder die Führungskraft die Hinderungsgründe. Dabei zeigt sich, dass Homeoffice aus Sicht der Betroffenen für die eigene Gesundheit und das Sozialleben als positiv wahrgenommen wird und gleichzeitig auch die Arbeitszufriedenheit steigt. Mit der aktuellen Coronavirus-Pandemie bestand für viele Arbeitgeber die Notwendigkeit, umzudenken, was zu einem massiven Anstieg der Nutzung von Homeoffice und einem deutlichen Rückgang der Pendlermobilität geführt hat. Trotz der Tatsache, dass zwischen einem Fünftel und einem Viertel der Befragten die Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie auf die eigene Gesundheit und das Arbeitsleben negativ bewerten, sieht die überwiegende Mehrheit keine Veränderungen, jeder Zehnte sieht sogar für sich eher positive Auswirkungen.

Mobiles Arbeiten und Homeoffice werden auch zukünftig im Zuge einer zunehmend digitaleren Arbeitswelt noch mehr an Bedeutung gewinnen. Die aktuelle Pandemie hat diese Entwicklung in einem Maß vorangetrieben, wie man sie unter normalen Bedingungen vielleicht erst in mehreren Jahren für möglich gehalten hätte. Aufgrund vieler guter Erfahrungen auch bei bisher eher skeptisch eingestellten Unternehmen besteht die begründete Hoffnung, das mobile Arbeiten, Homeoffice, Videokonferenzen usw. in Zukunft genauso zum normalen Handwerkszeug wie heute Stift und Papier gehören werden und Beschäftigte nach ihren Bedürfnissen und zum Wohle ihrer Gesundheit und ihres Soziallebens darüber entscheiden können, ob und wann sie vor Ort oder aus der Ferne arbeiten wollen.

1

Arbeitsunfähigkeit

Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter



In diesem Abschnitt werden die Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens (AU-Geschehens) der ca. 4,3 Mio. beschäftigten BKK Mitglieder sowie den dazugehörigen Teilgruppen (beschäftigte Pflichtmitglieder sowie beschäftigte freiwillige Mitglieder) im Jahr 2019 beschrieben. Ergänzend werden aus dem monatlichen Krankenstandverfahren erste Trends für das Jahr 2020 dargestellt.

1.1 AU-Geschehen im Überblick

1.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2019

- Die krankheitsbedingten Fehltagel der Erwerbstätigen haben sich 2019 mit 18,4 AU-Tagen je Beschäftigten im Vergleich zum Vorjahr (18,5 AU-Tagen je Beschäftigten) kaum geändert.
- Mehr als zwei Drittel aller Beschäftigten waren im Jahr 2019 gar nicht (46,4%) oder lediglich einmal (22,2%) krankheitsbedingt arbeitsunfähig.

Nach dem deutlichen Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tagen) der beschäftigten BKK Mitglieder (im folgenden Beschäftigte bzw. beschäftigte Mitglieder genannt) im Jahr 2018, hat sich deren Höhe im aktuellen Berichtsjahr kaum verändert (2018: 18,5 AU-Tagen je Beschäftigten; 2019: 18,4 AU-Tagen je Beschäftigten). Gleiches gilt für den Krankenstand (2018: 5,1%; 2019: 5,1%).

Ab dem Gesundheitsreport 2019 bezieht sich die Auswertung des AU-Geschehens vor allem auf die Gruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt. Damit kommen wir dem Wunsch unserer Leser nach einer stärkeren arbeitsweltlichen Ausrichtung entgegen. Gleichzeitig wird somit eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den Basiskapiteln ermöglicht. Unabhängig davon wird in relevanten Abschnitten natürlich auch weiterhin die gesundheitliche Lage der Familienversicherten, der Rentner, der Arbeitssuchenden sowie weiterer relevanter Versichertengruppen betrachtet.

Das Angebot und der Ausbau digitaler Angebote im Rahmen des BKK Gesundheitsreports schaffen zusätzlichen Mehrwert für unsere Leser. Neben dem vollständig digitalisierten **»** Tabellenanhang A werden ergänzend interaktive und grafisch aufbereitete Auswertungen 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.

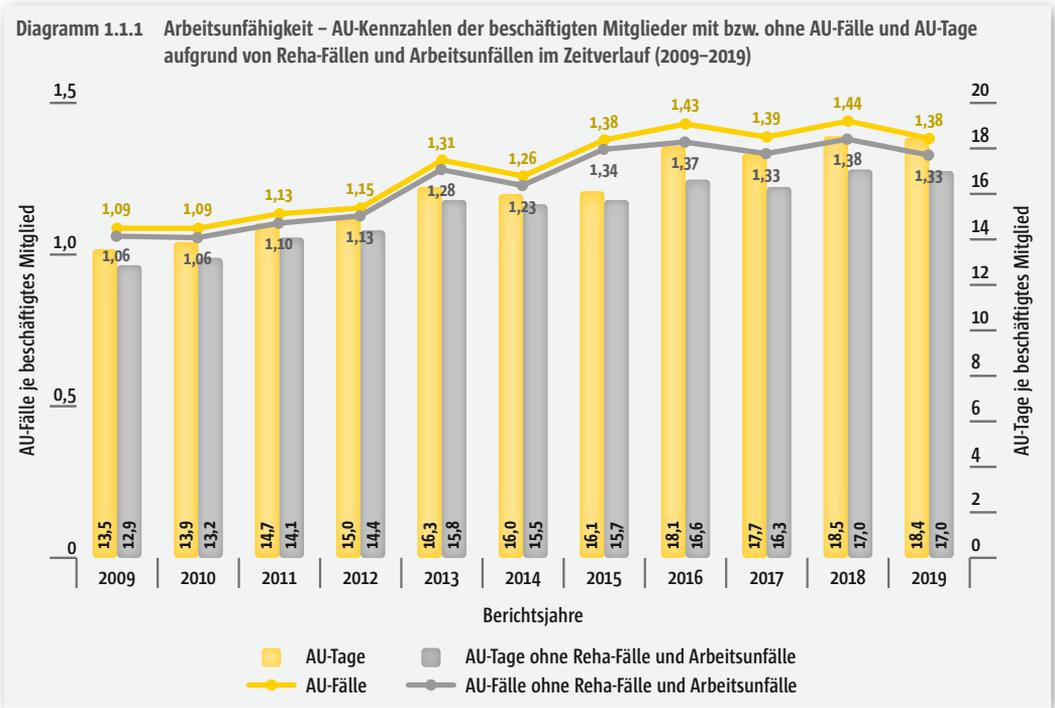
Wie sich die AU-Kennzahlen in der vergangenen Dekade entwickelt haben, zeigt das **»** Diagramm 1.1.1.

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-Tagen 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 1,4 bis 1,5 AU-Tagen je Beschäftigten zwischen 2016 und 2019 höher ausfällt, ist der Tatsache geschuldet, dass im Vergleich zu den Vorjahren alle AU-Fälle und AU-Tagen, die durch Arbeitsunfälle und Reha-Fälle verursacht werden, mitgezählt werden. Die Abweichungen zwischen 2016 bis 2019 gehen dabei jeweils etwa zu gleichen Anteilen auf Arbeitsunfälle bzw. Reha-Fälle zurück.

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

Aufschlussreich ist auch der Blick auf die jeweiligen Prozentanteile der Beschäftigten nach der Anzahl der AU-Fälle pro Jahr, wie in **»** Tabelle 1.1.1 zu sehen ist. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Beschäftigten, die in 2019 gar nicht krankgeschrieben waren, gestiegen (+2,3 Prozentpunkte), während entsprechend bei den restlichen Fallklassen eine tendenzielle Abnahme der Anteile Betroffener mit AU-Fällen zu beobachten ist. Insgesamt sind mehr als zwei Drittel aller Beschäftigten (68,6%) gar nicht oder nur einmal im Jahr krankheitsbedingt arbeitsunfähig.

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.

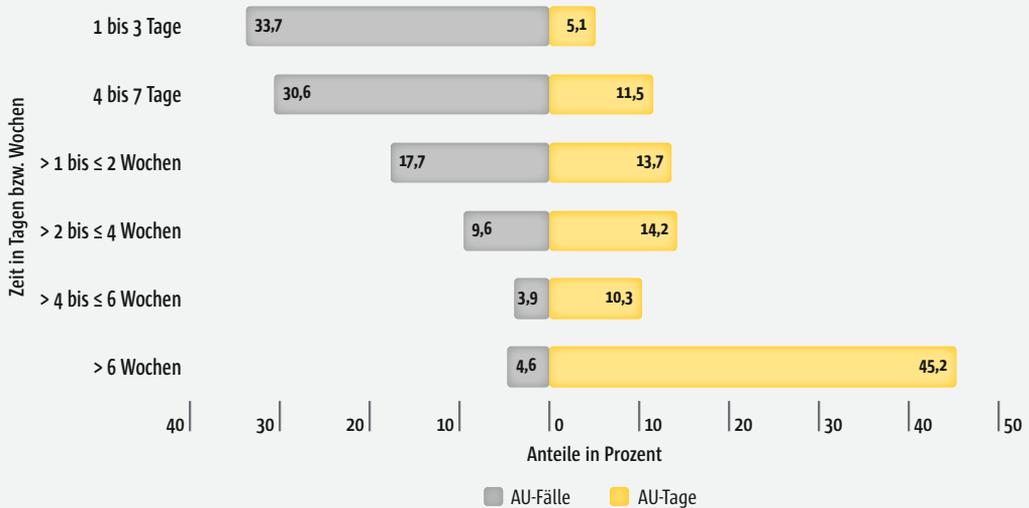
Betrachtet man zunächst nur die Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeit von maximal sieben Tagen Dauer, so trifft dies auf fast zwei Drittel aller Fälle (64,3%) zu, die aber nur 16,6% aller AU-Tage verursachen (» Diagramm 1.1.2). Dagegen ist weniger als jeder

zwanzigste AU-Fall (4,6%) mit einem Langzeitfall mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen verbunden. Allerdings sind diese (wenigen) Langzeitfälle für mehr als vier von zehn AU-Tagen (45,2%) und damit für die meisten Fehltag von allen Dauerklassen insgesamt verantwortlich. Im Vergleich zum Jahr 2018 haben vor allem die AU-Kennzahlen in der Dauerklasse zwischen 1 bis 2 Kalenderwochen abgenommen und zwar –0,8 Prozentpunkte bei den Anteilen der AU-Fälle sowie –1,1 Prozentpunkte bei den Anteilen der AU-Tage. Vermutlich hat hier der Anstieg, der im Jahr 2018 durch die Grippe- und Erkältungswelle verursacht wurde, die aber im I. Quartal 2019 weit weniger stark ausgeprägt war, wieder zu einer Abnahme geführt. In gleichem Kontext ist auch der Anstieg der Langzeitfälle im aktuellen Berichtsjahr zu bewerten, die im Grippejahr 2018 deutlich niedrigere Anteile als in den Jahren 2017 und 2019 aufweisen.

Tabelle 1.1.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2019)

Anzahl der AU-Fälle	Anteile in Prozent	Veränderung zum Vorjahr (Prozentpunkte)
kein AU-Fall	46,4	+2,3
1 AU-Fall	22,2	–0,8
2 AU-Fälle	13,5	–0,7
3 und mehr AU-Fälle	17,9	–0,8

Diagramm 1.1.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2019)



1.1.2 Entwicklung im Jahr 2020

- Mit 6,7% ist im März 2020 der höchste Krankenstand innerhalb der letzten Dekade zu verzeichnen, gleichzeitig wird im Mai 2020 mit 3,7% ein historischer Tiefstwert erreicht.
- Dabei sind vor allem die Fehlzeiten wegen Atemwegserkrankungen für die großen Schwankungen zwischen den Monatswerten verantwortlich.
- Wie sich der Krankenstand der Beschäftigten in der zweiten Jahreshälfte entwickelt, wird vom Verhalten jedes Einzelnen in der aktuellen Situation abhängen.

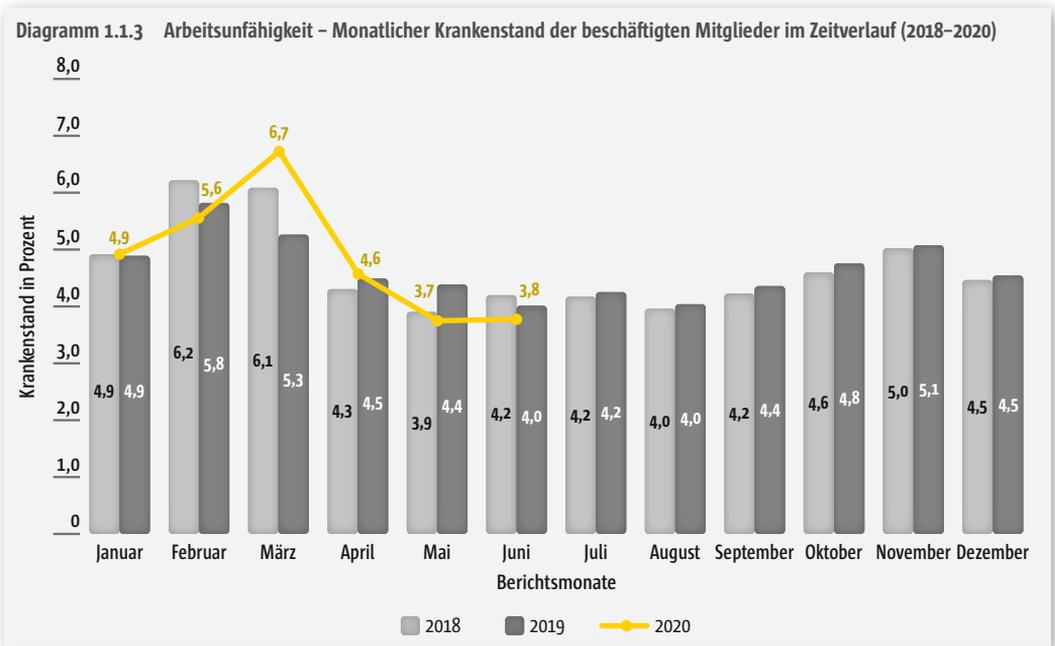
Neben den jahresbezogenen Statistiken stehen zusätzlich monatliche Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit der beschäftigten Mitglieder zur Verfügung. Es handelt sich hierbei um eine monatliche Vollerhebung des AU-Geschehens. Berichtet werden die AU-Tage bzw. der Krankenstand insgesamt, sowie zusätzlich Kennzahlen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

Anders als in der Monatsstatistik der Betriebskrankenkassen, die das AU-Geschehen des jeweiligen gesamten Kalendermonats betrachtet, wird in der amtlichen Statistik

(KM1-Statistik) ein stichtagsbezogener Krankenstand ermittelt. Der Stichtag ist dabei jeweils der erste Tag des Monats. Bundesweit fallen sechs dieser Stichtage im Jahr 2020 auf einen gesetzlichen Feiertag bzw. ein Wochenende. An solchen Tagen lassen sich erfahrungsgemäß nur sehr wenige Betroffene bei einer Erkrankung eine Arbeitsunfähigkeit attestieren. Die Stichtagsstatistik unterschätzt somit systematisch das wahre Ausmaß des AU-Geschehens.

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 2020, insbesondere im I. Quartal, zeigt, dass im Monat März mit 6,7% der höchste Krankenstand aufgetreten ist (» Diagramm 1.1.3). Dabei handelt es sich nicht nur um einen für den Kalendermonat sehr hohen Wert, dieser ist auch in der Betrachtung der letzten Dekade der mit Abstand höchste Monatswert überhaupt. Er übertrifft sogar den bisherigen Rekordwert von 6,2% der letzten ausgeprägten Grippewelle im Februar des Jahres 2018. Ursachen hierfür sind in den Folgen und Auswirkungen der Corona-Pandemie zu suchen, die im Folgenden näher betrachtet werden sollen.



Exkurs Corona-Pandemie und Krankenstand

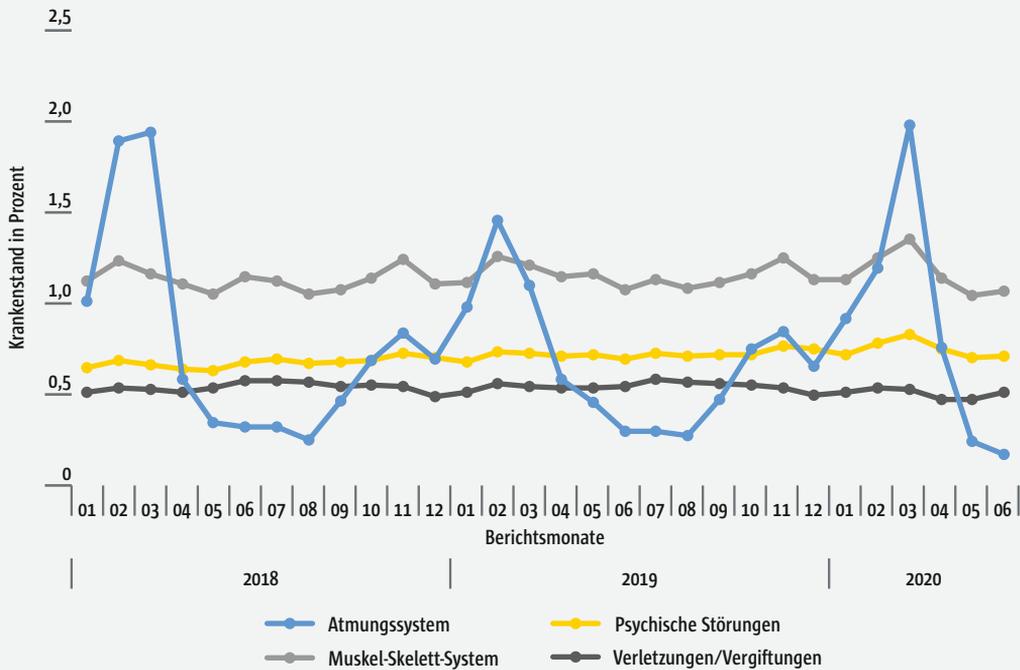
Deutlich sichtbare Auswirkungen der Corona-Pandemie in den AU-Kennzahlen zeigen sich ab März 2020¹: Insgesamt 2.501 AU-Fälle im Zusammenhang mit 23.105 AU-Tagen stehen in diesem Monat mit einer COVID-19-Diagnose² in Verbindung. Das entspricht jeweils einem Anteil von 0,3% aller AU-Fälle bzw. aller AU-Tage, die im März 2020 krankheitsbedingt auftraten. Im April 2020 stieg zwar die mit einer COVID-19-Diagnose im Zusammenhang stehende absolute Anzahl der AU-Fälle (4.062) als auch der AU-Tage (40.987) sowie ihr Anteil an allen AU-Fällen bzw. -Tagen (1,0% bzw. 0,8%), gleichzeitig nahm der Krankenstand insgesamt im Vergleich zum Vormonat deutlich (-2,2 Prozentpunkte) ab und erreichte ein für den Berichtsmonat normales Niveau. Der Krankenstand für den Mai 2020 liegt hingegen mit 3,7% nochmals -0,8 Prozentpunkte unter dem des Vormonats und zudem deutlich unter den Mai-Werten der Vorjahre. Im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose traten im Mai 2.342 AU-Fälle und 21.429 AU-Tage auf, was 0,7% aller AU-Fälle bzw. 0,5% aller AU-Tage im Be-

richtsmonat entspricht. Im Juni gingen die Werte im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose weiter zurück und lagen bei 1.450 AU-Fällen, die insgesamt 11.626 AU-Tage verursachen, was nur noch 0,5% aller AU-Fälle bzw. 0,3% aller AU-Tage im Berichtsmonat entspricht, dessen Gesamt Krankenstand mit 3,8% ebenfalls deutlich unter denen der Vorjahre liegt.

Die wichtigste Ursache für die starken Schwankungen des Krankenstands in der ersten Jahreshälfte sind v.a. die Fehlzeiten, die mit einer Atemwegserkrankung in Zusammenhang stehen. Wie in **III** Diagramm 1.1.4 zu erkennen ist, erreichten diese im März 2020 mit einem Wert von 1,98% einen Höchststand, der selbst in der stark ausgeprägten Grippewelle 2018 nicht erreicht wurde (März 2018: 1,94%). Dabei waren weniger die zugrundeliegenden Erkrankungen, sondern die Sensibilisierung der Beschäftigten auch bei leichten Erkältungssymptomen nicht zur Arbeit zu gehen, ausschlaggebend für diese Entwicklung im aktuellen Jahr. Ein Missbrauch der Ausnahmeregelung, bei leichten Atemwegsinfekten eine Krankschreibung ohne persönlichen Arztkontakt erhalten zu können (die Regelung galt zunächst bundesweit vom 9. März bis einschließlich 31. Mai 2020), ist anhand der niedrigen Werte für April und Mai nicht erkennbar und daher sehr unwahrscheinlich. Zum Schutz von besonders vulnerablen Personengruppen und zur Eindämmung der Ausbreitung von

1 Im Februar 2020 traten insgesamt 4 AU-Fälle sowie 10 AU-Tage im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose auf.
 2 Für die Auswertungen wurden alle AU-Fälle bzw. -Tage mit den ICD-10-Codes „U07.1“ bzw. „U07.2“ eingeschlossen.

Diagramm 1.1.4 Arbeitsfähigkeit – Monatlicher Krankenstand der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (Januar 2018 – Juni 2020)



Infektionen ist die Verstetigung einer solchen Lösung zu begrüßen, die folgerichtig am 16. Juli 2020 vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen wurde.³

1.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen

- Im Jahr 2019 sind Atemwegserkrankungen (28,5%), gefolgt von Muskel-Skelett-Erkrankungen (16,2%) und Infektionen (10,2%) die häufigsten Gründe für AU-Fälle.
- Die meisten AU-Tage verursachen die Muskel-Skelett-Erkrankungen (24,3%) sowie psychische Störungen (16,8%) und Atemwegserkrankungen (14,4%).

Für mehr als jeden siebten AU-Fall (16,2%) und rund jeden vierten AU-Tag (24,3%) sind im Jahr 2019 Muskel- und Skeletterkrankungen verantwortlich. Dagegen geht mehr als jeder vierte AU-Fall (28,5%), aber nur 14,4% aller AU-Tage auf eine Atemwegserkrankung

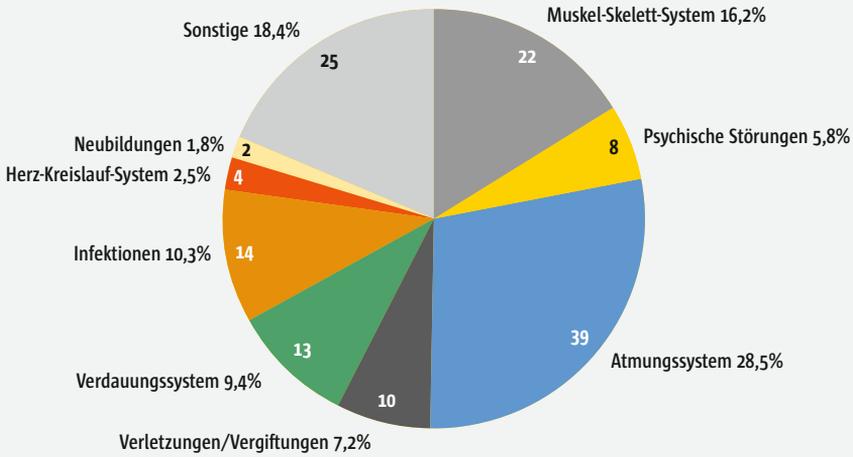
als Ursache zurück – ein Hinweis, dass es sich hierbei v. a. um Kurzeiterkrankungen handelt. Umgekehrt verhält es sich bei den psychischen Störungen, die zwar nur für 5,8% der AU-Fälle verantwortlich sind, aber im Verhältnis dazu einen fast dreimal so hohen Anteil an den AU-Tagen (16,8%) innehaben. Allein diese drei Diagnosehauptgruppen sind für jeweils mehr als die Hälfte aller AU-Fälle (50,9%) bzw. AU-Tage (55,5%) bei den Beschäftigten verantwortlich. Weitere, für das AU-Geschehen der Beschäftigten relevante Krankheitsarten sind im **III** Diagramm 1.1.5 bzw. **III** Diagramm 1.1.6 dargestellt.

In **III** Tabelle 1.1.2 sind zusätzlich die diagnose-spezifischen Veränderungen der AU-Tage für das Jahr 2019 im Vergleich zum Vorjahr abgebildet. Aufgrund der im Jahr 2019 weniger stark ausgeprägten Grippe- und Erkältungswelle sind insbesondere die AU-Tage in Verbindung mit Atemwegserkrankungen (-12,5%) sowie Infektionen (-6,8%) deutlich zurückgegangen. Die mit +6,3% größte Zunahme ist bei den AU-Tagen aufgrund psychischer Störungen zu verzeichnen. Für alle anderen Krankheitsarten fallen die Veränderungsraten der AU-Tage wesentlich geringer aus.

³ <https://www.g-ba.de/beschluesse/4384/>

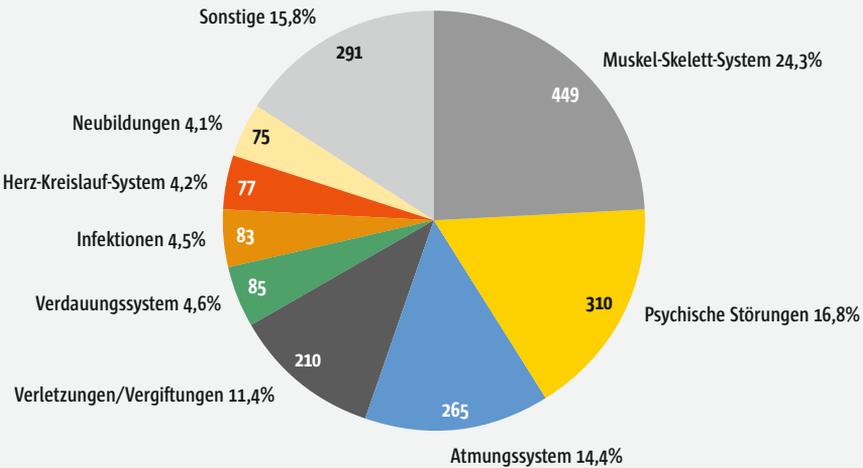
Die Regelung tritt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Diagramm 1.1.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)



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 2019)



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

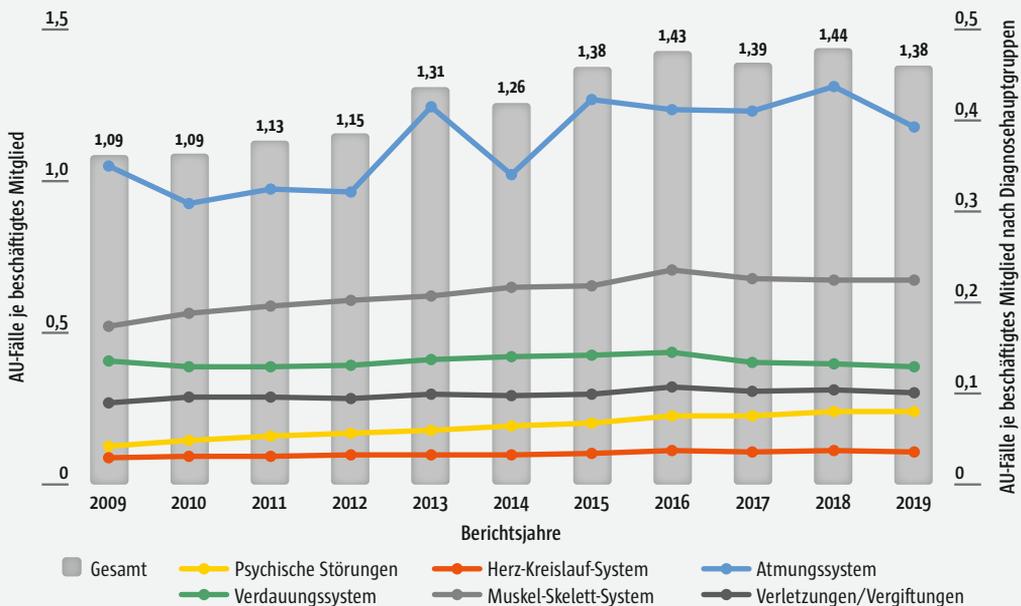
Um langfristige Entwicklungen in den AU-Kennzahlen zu erkennen, ist die Betrachtung eines größeren Zeitausschnitts hilfreich, wie er für die AU-Fälle in **III** Diagramm 1.1.7 bzw. für die AU-Tage in **III** Diagramm 1.1.8 dargestellt ist. Anhand der Gesamtkennzahlen wird eine Zunahme der AU-Fälle (+27,0%) bzw. AU-Tage (+36,3%) über den Beobach-

tungszeitraum 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 nachweisen. Weiterhin wird deutlich, dass im

Tabelle 1.1.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2019)

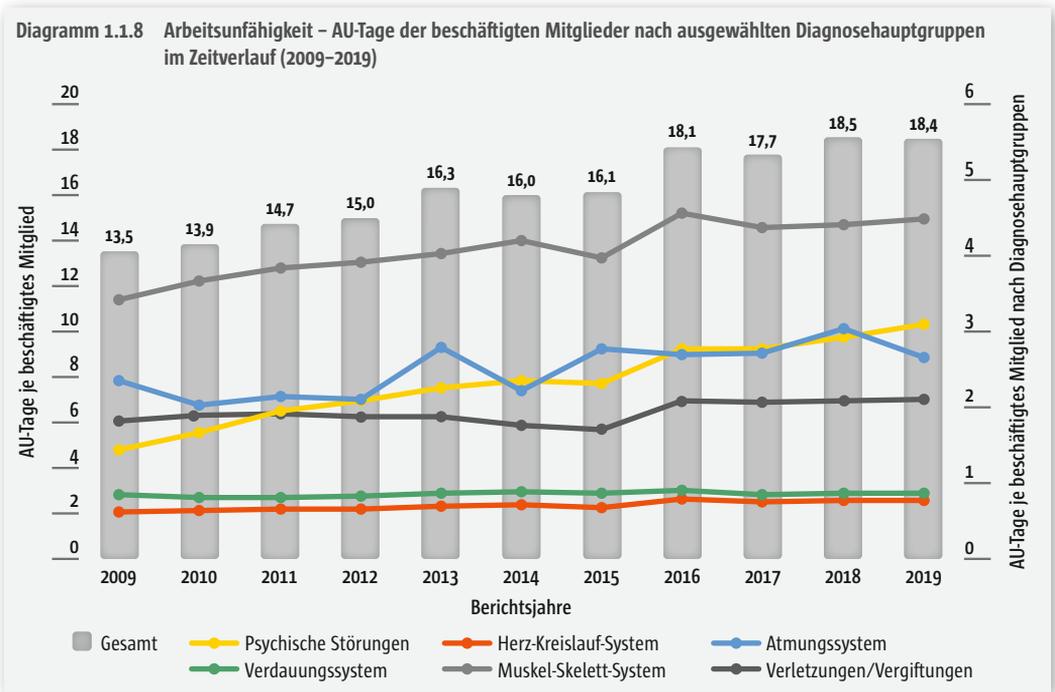
Diagnosehauptgruppen	Berichtsjahr 2019	Berichtsjahr 2018	Veränderungen zum Vorjahr	
			AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder	Anteile in Prozent
Muskel-Skelett-System	449	441	+7,5	+1,7
Psychische Störungen	310	291	+18,3	+6,3
Atmungssystem	265	303	-37,7	-12,5
Verletzungen/Vergiftungen	210	208	+2,0	+1,0
Verdauungssystem	85	85	-0,1	-0,1
Herz-Kreislauf-System	77	76	+1,1	+1,4
Infektionen	83	89	-6,1	-6,8
Neubildungen	75	74	+1,1	+1,5
Sonstige	291	285	+6,1	+2,1
Gesamt	1.845	1.852	-7,8	-0,4

Diagramm 1.1.7 Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2009–2019)



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 zum **III** Diagramm 1.1.1 be-

schriebenen 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 2019 sind bei den AU-Fällen mit $-3,4\%$ und bei den AU-Tagen mit $+1,9\%$ insgesamt kaum Veränderungen zu verzeichnen. Ein differenzierteres Bild zeigt sich bei der Betrachtung der diagnosespezifischen Kennzahlen. Während die AU-Fälle ($-10,1\%$) bzw. AU-Tage ($-5,3\%$) aufgrund von Erkrankungen des Verdauungssystems in den vergangenen vier Jahren am stärksten abgenommen haben, ist bei den krankheitsbedingten Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen im gleichen Zeitraum eine kontinuierliche Zunahme erkennbar (AU-Fälle: $+6,5\%$; AU-Tage: $+11,7\%$). Welche Ursachen der Zunahme der AU-Kennzahlen für diese Krankheitsgruppe bei gleichbleibender Prävalenz psychischer Störungen in der Gesamtbevölkerung zugrunde liegen, wurde u. a. ausführlich im **»»»** BKK Gesundheitsreport 2019 im Rahmen des Schwerpunktthemas *Psychische Gesundheit und Arbeit* betrachtet. Für alle anderen Krankheitsarten ist bei den AU-Fällen ($-4,6\%$ bis $-5,9\%$) eine tendenziell stärkere Abnahme als bei den AU-Tagen ($-1,6\%$ bis $+1,1\%$) zu verzeichnen, was sich unter anderem auf die durchschnittliche Falldauer auswirkt, wie in **»»»** Diagramm 1.1.9 zu sehen ist.

In **»»»** Tabelle 1.1.3 sind ergänzend zu den schon in **»»»** 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 Großteil der Beschäftigten keinen AU-Fall aufgrund dieser Krankheitsart auf (2019: $94,3\%$; 2018: $94,4\%$ ohne AU-Fall), gleiches gilt auch für die Muskel- und Skeletterkrankungen (2019: $85,9\%$; 2018: $85,7\%$ ohne AU-Fall). Erwartungsgemäß deutlich abgenommen hat der Anteil der Beschäftigten mit mindestens einer Atemwegserkrankung. Im Jahr 2018 waren mit $28,2\%$ aufgrund der Grippe- und Erkältungswelle deutlich mehr Beschäftigte mindestens einmal krankgeschrieben, als dies 2019 mit $25,3\%$ der Fall war.

Schaut man sich die Falldauern nach den für das AU-Geschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen an, so zeigt sich eine identische Reihung mit einer ähnlichen Ausprägung im Vergleich zu den Vorjahren (**»»»** Diagramm 1.1.9). Mit einer durchschnittlichen Falldauer von mehr als 5 Kalenderwochen stehen nach wie vor die psychischen Störungen an der Spitze, gefolgt von den Neubildungen mit mehr als 4 Wochen sowie den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, den Verletzungen und Vergiftungen und den Muskel-Skelett-Erkrankungen mit jeweils circa

Tabelle 1.1.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)

Anzahl der AU-Fälle	Muskel-Skelett-System	Atmungssystem	Psychische Störungen
	Anteile in Prozent		
kein AU-Fall	85,9	74,7	94,3
1 AU-Fall	10,1	17,9	4,6
2 AU-Fälle	2,7	5,3	0,8
3 und mehr AU-Fälle	1,3	2,1	0,3

3 Wochen Arbeitsunfähigkeitsdauer pro Fall. Insgesamt bewegt sich die durchschnittliche Falldauer wenig verändert um den Wert von 2 Kalenderwochen. Dass dieser Durchschnittswert sehr unterschiedlich innerhalb der einzelnen Dauerklassen verteilt ist, wurde bereits im »» Diagramm 1.1.2 deutlich.

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 verantwortlich. In der Regel erhält ein Beschäftigter in den ersten sechs Wochen seiner Erkrankung Entgeltfortzahlung durch seinen Arbeitgeber. Dauert die Erkrankung

länger, erhält der Beschäftigte im Anschluss 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 gut zu erkennen ist, sind die Muskel-Skelett-Erkrankungen und die psychischen Störungen zusammen für mehr als die Hälfte aller KG-Fälle (51,2%) bzw. KG-Tage (56,7%) verantwortlich. Darüber hinaus wird mehr als jeder fünfte KG-Fall bzw. KG-Tag (jeweils 22,5%) bei den Beschäftigten durch Verletzungen/Vergiftungen, Neubildungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursacht. Aufschlussreich ist zudem auch ein

Diagramm 1.1.9 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage je Fall der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)

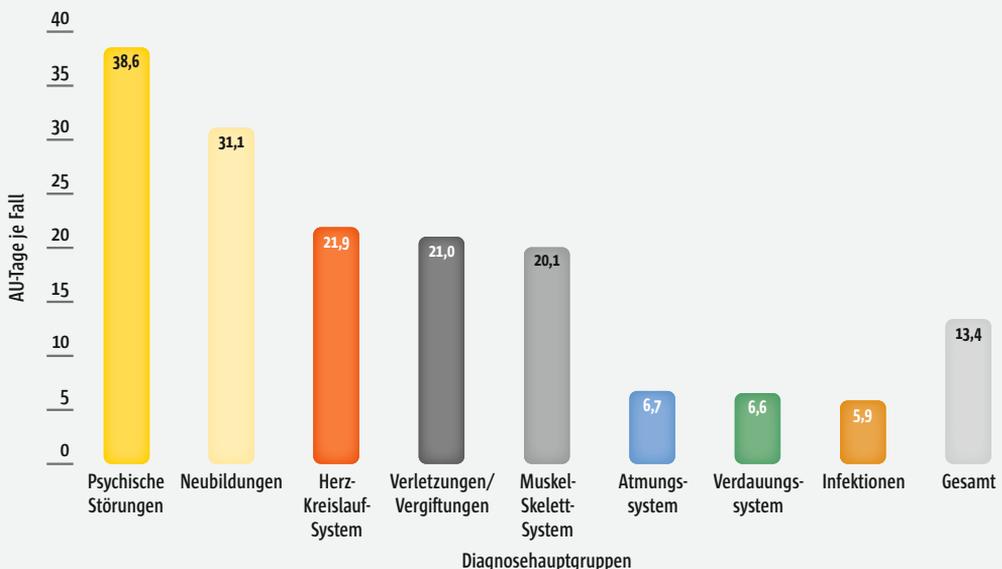
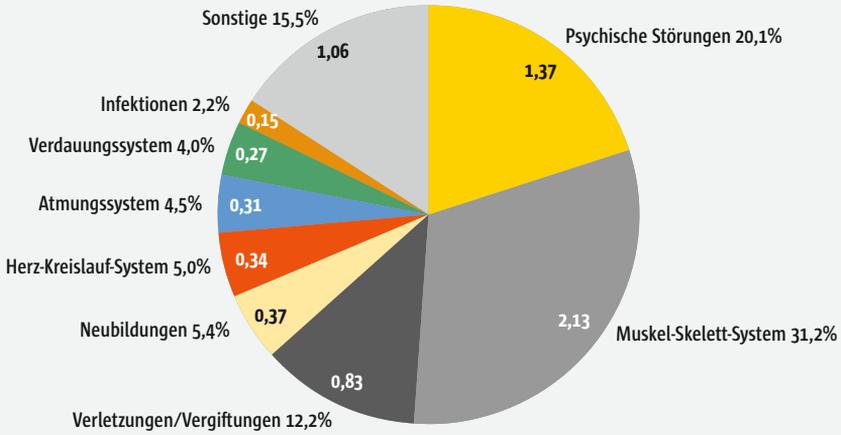
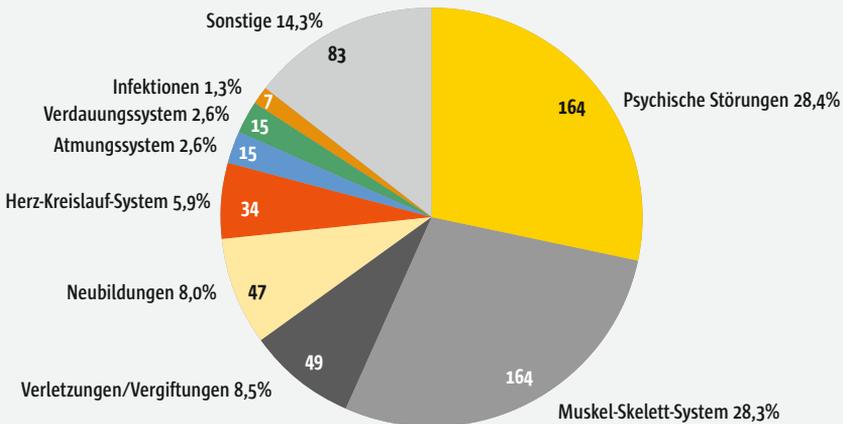


Diagramm 1.1.10 Arbeitsunfähigkeit – KG-Fälle der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)



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 2019)



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

Blick auf die diagnosespezifischen Anteile der KG-Kennzahlen im Verhältnis zu den Gesamt-AU-Kennzahlen. Mit einem Anteil von 17,1% bzw. 15,2% der KG-Fälle an allen AU-Fällen und 53,1% bzw. 61,8% der KG-Tage an allen AU-Tagen ist bei psychischen Störungen bzw. Neubildungen die Wahrscheinlichkeit am höchsten, dass diese bei den Be-

schäftigten relativ selten auftretenden AU-Ursachen in einen Krankengeldbezug münden, da es sich meist um langwierige Erkrankungen handelt. Bei anderen vor allem durch eine kurze AU-Dauer geprägten AU-Ursachen, wie beispielsweise Atemwegserkrankungen (0,8% bzw. 5,8%) sowie Infektionen (1,1% bzw. 8,9%), sind die entsprechenden Anteile wesentlich

geringer ausgeprägt. Weitere Kennzahlen nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht bezogen auf die Krankengeldleistungen finden sich in **»** Tabelle A.2.

Exkurs Kinderkrankengeld

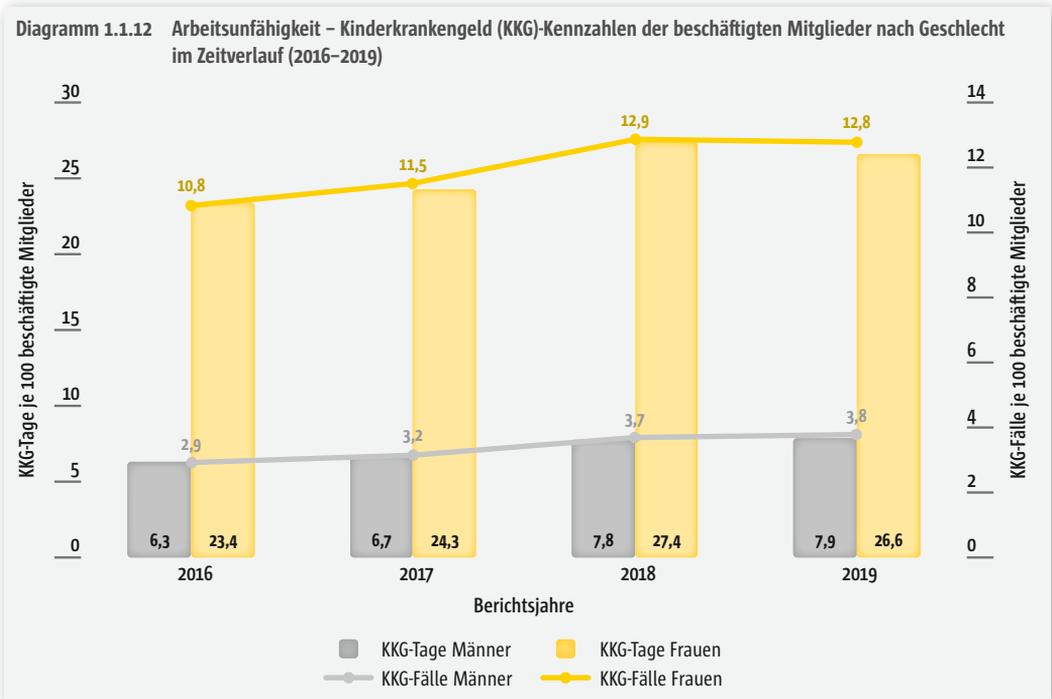
Ist das Kind eines Beschäftigten erkrankt und muss entsprechend betreut bzw. gepflegt werden, so kann ein Elternteil für die Zeit der Pflege unter bestimmten Voraussetzungen „Kinderkrankengeld“ (formal: Krankengeld bei Erkrankung des Kindes gemäß § 45 SGB V) in Anspruch nehmen. Die bzw. der Beschäftigte erhält in der Regel das Kinderkrankengeld als Lohnersatzleistung, wenn sie/er während der Pflege des erkrankten Kindes ihrer/seiner Arbeit nicht nachgehen kann. Da die pflegende 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.

Zunächst ist festzuhalten, dass der Anteil derjenigen Eltern, die überhaupt Kinderkrankengeld in Anspruch nehmen, mit Gesamtwerten zwischen

3,0% bis 3,9% sehr niedrig und deutlich unter den erwarteten Werten liegen. Gemessen am Anteil der Familien mit Kindern⁴ sowie auch an der ambulanten Diagnoserate von weit über 90% im Kindesalter bis ca. 10 Jahre, wären hier wesentlich höhere Anteile zu erwarten. Vermutlich wird der überwiegende Teil solcher krankheitsbedingten Betreuungszeiten mittels Ausgleich durch Überstunden, Urlaub oder mithilfe von Betreuung durch andere Familienmitglieder (Großeltern, Geschwister etc.) realisiert.

Im **»** Diagramm 1.1.12 sind die KKG-Fälle und -Tage aufgeschlüsselt nach dem Geschlecht der Betreuungsperson (in der Regel ein Elternteil) dargestellt. Deutlich zu erkennen ist, dass die Betreuung von erkrankten Kindern zum Großteil immer noch „Frauensache“ ist. Bezogen auf alle KKG-Fälle bzw. KKG-Tage sind es in rund Dreiviertel der Fälle (jeweils 73,3%) die weiblichen Beschäftigten, welche die Betreuung des erkrankten Kindes übernehmen. 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.

4 Statistisches Bundesamt (2018) Haushalt und Familien.



- Rückenschmerzen (M54), akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) und depressive Episoden (F32) sind nach wie vor die drei wichtigsten Einzeldiagnosen für das AU-Geschehen.
- Trotz ihres relativ seltenen Auftretens verursachen insbesondere Depressionen (F32, F33) 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 finden sich ergänzend im »» Kapitel 1.2.

Neun der zehn nach AU-Tagen wichtigsten Diagnosen gehören zu den drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen im AU-Geschehen: Gleich jeweils vier Diagnosen sind der Gruppe der psychischen Störungen bzw. den Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie eine weitere den Atemwegserkrankungen zuzuordnen. Die akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06) waren schon im letzten Jahr aufgrund der ausgeprägten Grippe- und Erkältungswelle auf Platz eins nach AU-Tagen zu finden. In diesem Jahr hat diese Diagnose wiederum die erste Position inne, wenn auch in etwas niedrigerer Ausprägung als im Jahr 2018. Auch für die anderen Diagnosen gilt, dass sich Ausprägung und Reihenfolge im Vergleich zum Vorjahr nur unwesentlich geändert haben. Im Zusammenhang mit den Falldauern wird an dieser Stelle deutlich, dass insbesondere die beiden Depressionsdiagnosen (F32, F33) zwar eher selten auftreten, diese aber pro Fall überdurchschnittlich viele AU-Tage verursachen, was sich in den hohen Falldauern von acht bis neun Kalenderwochen zeigt. Die dagegen sehr häufig auftretenden akuten Infektionen der oberen Atemwege verursachen im Durchschnitt Ausfallzeiten, die ein Vielfaches unter denen der Depressionsdiagnosen liegen (»» Tabelle 1.1.4).

Tabelle 1.1.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2019)

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	209,7	1.291	6,2
M54	Rückenschmerzen	86,5	1.238	14,3
F32	Depressive Episode	16,5	928	56,3
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	27,1	722	26,7
M75	Schulterläsionen	11,3	376	33,3
F33	Rezidivierende depressive Störung	5,3	366	69,7
F48	Andere neurotische Störungen	12,8	352	27,6
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	73,6	352	4,8
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	10,1	339	33,5
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	8,3	268	32,3

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 be-

trachtet, 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.

1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Im folgenden Abschnitt wird das AU-Geschehen der Beschäftigten nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen dargestellt. Die Auswahl der entsprechenden Merkmale erfolgt insbesondere nach ihrem Einfluss auf die AU-Kennzahlen. Neben dem Alter und dem Geschlecht stellt auch der Versicherterstatus, als ein mittelbarer Indikator der sozialen Lage, einen wichtigen Einflussfaktor für das AU-Geschehen dar. Bildungsvariablen, wie der höchste Berufs- bzw. Schulabschluss, 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 dargestellt.

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

1.2.1 AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht

- Beschäftigte Frauen weisen über alle Altersgruppen hinweg im Durchschnitt mehr AU-Fälle bzw. AU-Tage als ihre männlichen Kollegen auf.
- Im Mittel sind ältere Beschäftigte im Vergleich zu den jüngeren seltener krank, die Krankheitsdauer pro Fall liegt hingegen bei den Älteren deutlich über der jüngerer Beschäftigter.

In **»** Diagramm 1.2.1 sind die AU-Fälle und AU-Tage der Beschäftigten nach Altersgruppen und Geschlecht dargestellt. Über alle Altersgruppen hinweg weisen die Frauen durchschnittlich mehr AU-Fälle sowie mehr AU-Tage auf. Der größte Geschlechts-

unterschied – und zwar zuungunsten der Frauen – tritt mit einer Differenz von über drei AU-Tagen in der Altersgruppe der über 65-Jährigen 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 und auch deutlich geringere AU-Tage zu verzeichnen. Vermutlich handelt es sich hier um den sogenannten *healthy worker effect*: Erwerbstätige, die kurz vor dem Renteneintrittsalter stehen bzw. noch weiter arbeiten, sind meist gesünder als Beschäftigte im mittleren Alter, weil die von (chronischen) Erkrankungen Betroffenen häufig (meist vorzeitig) aus dem Erwerbsleben ausscheiden und somit nicht mehr in der AU-Statistik präsent sind. Erweiterte Analysen und Kennzahlen zum AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht sind in der **»** Tabelle A.5 zu finden.

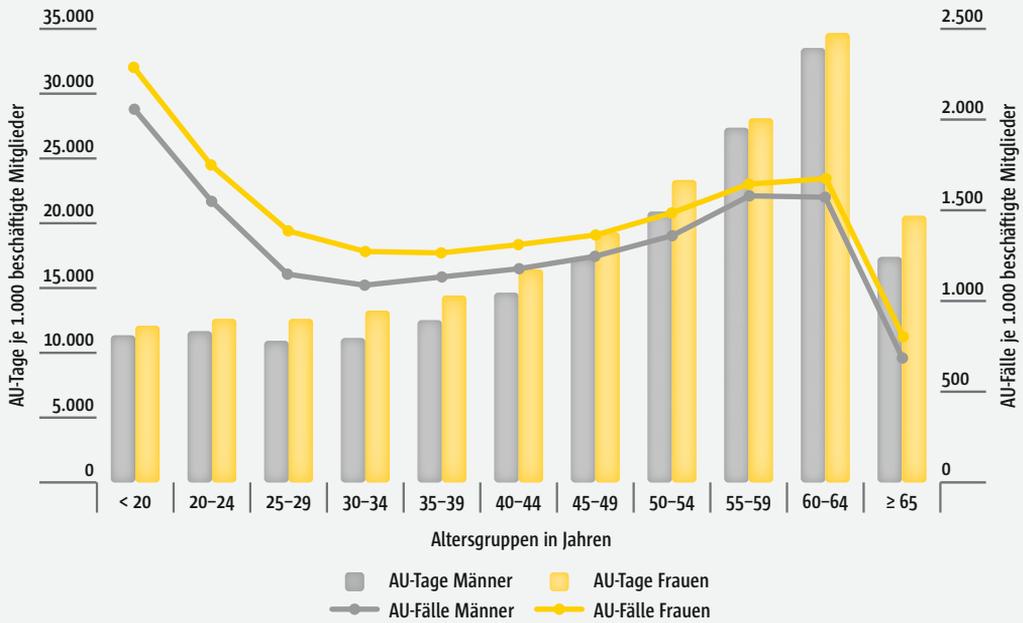
Bezüglich der AU-Quote zeigen sich zwischen beschäftigten Frauen und Männern insgesamt nur geringe Unterschiede (**»** Tabelle 1.2.1). 48,1% der Männer und 44,3% der Frauen weisen in 2019 gar keinen AU-Fall auf, jeweils etwas mehr als ein Fünftel ist maximal einmal im Jahr krankgeschrieben und etwa jeder Dritte 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. 37,9% der Frauen und 41,4% der Männer, die 50 Jahre und älter sind, haben im Jahr gar keinen AU-Fall. Bei den unter 35-Jährigen sind diese Anteile mit 49,0% bei den Frauen und 53,9% 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-

1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 1.2.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



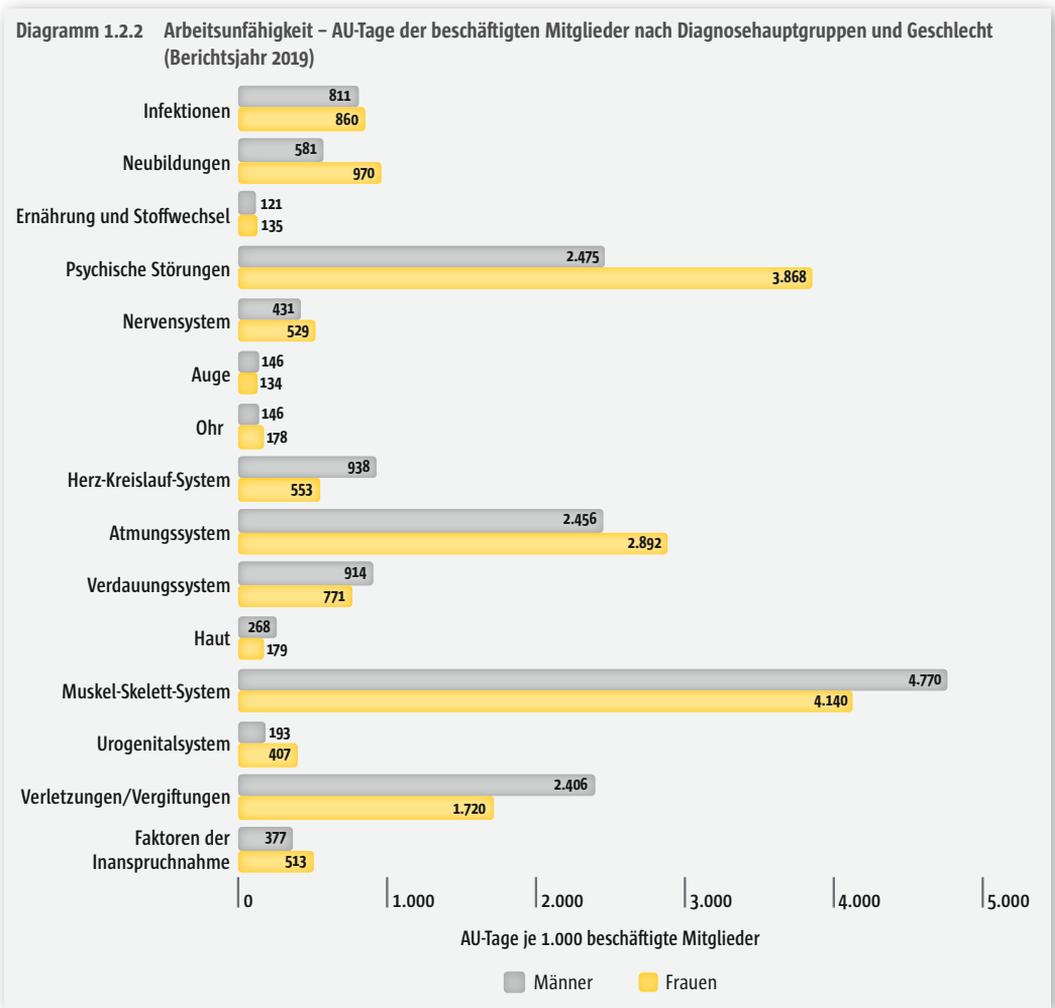
lett-Erkrankungen sowie auch bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen durchschnittlich deutlich mehr AU-Tage als die weiblichen Beschäftigten auf. Dagegen sind bei Frauen im Mittel wesentlich mehr Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen, Atemwegserkrankungen und Neubildungen zu finden. Bei den psychischen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

ren 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 Geschlecht und Alter dargestellt. Zu erkennen ist, dass Frauen altersunabhängig im

Tabelle 1.2.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

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	53,9	49,0	49,7	46,0	41,4	37,9	48,1	44,3
1 AU-Fall	20,0	20,8	22,2	23,1	23,0	24,3	21,8	22,7
2 AU-Fälle	11,2	12,4	12,9	13,7	15,0	16,0	13,1	14,0
3 und mehr AU-Fälle	14,9	17,8	15,3	17,2	20,6	21,8	17,0	18,9

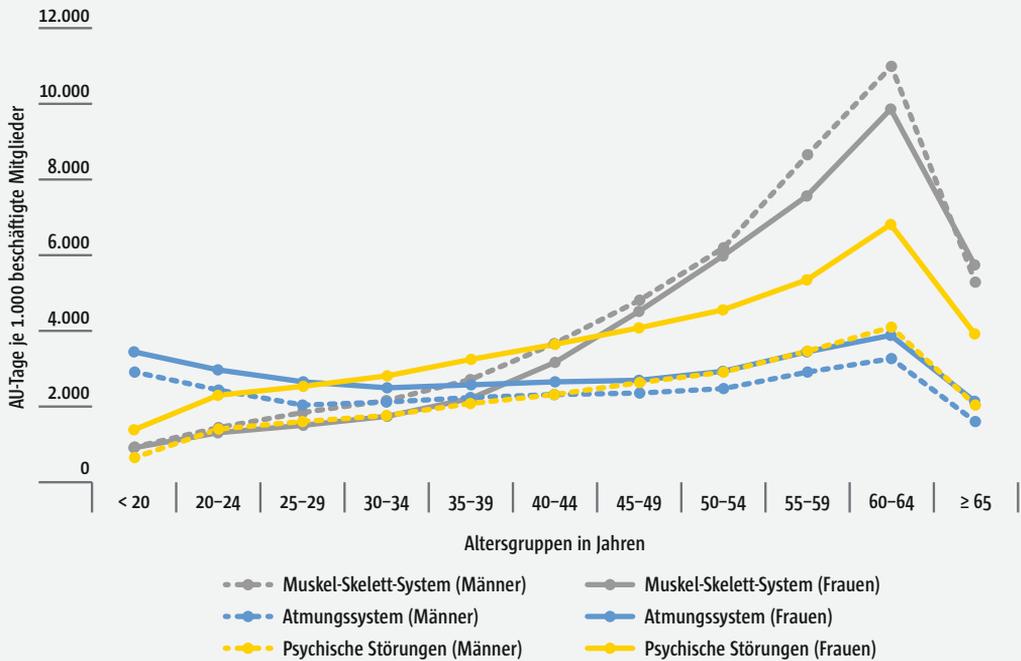


Mittel mehr AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen sowie aufgrund von psychischen Störungen aufweisen als Männer. Dagegen wird für die AU-Tage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen ein Geschlechtsunterschied über fast alle Altersgruppen zuungunsten der Männer sichtbar. Die Fehltagelast aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen sind ebenfalls diejenigen, die altersbedingt den stärksten Anstieg verzeichnen. Auf einem geringeren Niveau erfolgt hingegen diese Zunahme bei den psychischen Störungen, AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen sind weitestgehend altersunabhängig. Auch hier wird 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, dass sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die längste Falldauer jeweils bei den über 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 allerdings pro Fall mit einer längeren Ausfallzeit verbunden.

Diagramm 1.2.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

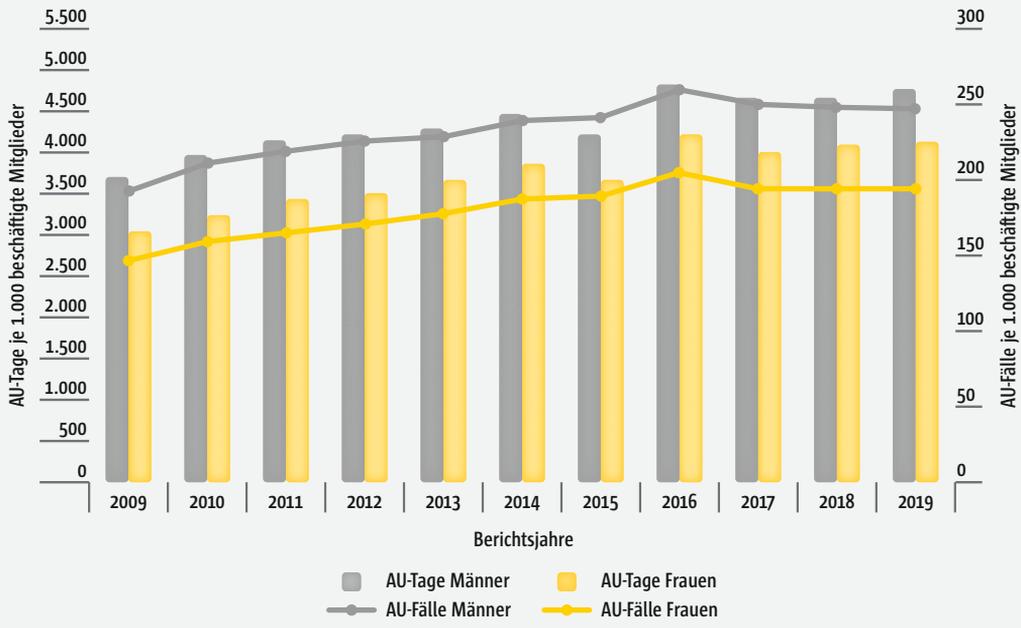
- Die AU-Fälle und AU-Tage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen haben sich in den vergangenen vier Jahren kaum verändert.
- Männer sind im Vergleich zu Frauen deutlich häufiger von Fehlzeiten aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen betroffen.
- Rückenschmerzen (M54) sind sowohl bei Männern als auch Frauen weiterhin die häufigste Ursache von krankheitsbedingten Fehlzeiten in dieser Krankheitsgruppe.

Wie in **III** Diagramm 1.2.4 zu erkennen ist, zeigen sich für beide Geschlechter in 2019 im Vergleich zum Vorjahr wenig veränderte AU-Kennzahlen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen. Während die AU-Fälle nahezu gleichgeblieben sind, sind die AU-Tage für beide Geschlechter 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 Ver-

gleich zum Jahr 2009 haben die AU-Fälle (Männer: +28,3%; Frauen: +32,2%) und die AU-Tage (Männer: +28,7%; Frauen: +36,2%) zugenommen, betrachtet man allerdings nur den Zeitraum für die neue Daten-systematik (2016 bis 2019), so ist eher eine Stabilisierung auf hohem Niveau für die AU-Fälle (Männer: -4,9%; Frauen: -5,1%) bzw. die AU-Tage (Männer: -1,2%; Frauen: -2,0%) erkennbar.

Die **III** Tabelle 1.2.2 zeigt, dass die Diagnose Rückenschmerzen (M54) weiterhin die in dieser Krankheitsgruppe für das Fehlzeitengeschehen der Beschäftigten wichtigste Erkrankung bei beiden Geschlechtern ist. Mehr als jeder dritte AU-Fall (Männer: 39,8%; Frauen: 37,0%) bzw. mehr als jeder vierte AU-Tag (Männer: 28,9%; Frauen: 25,6%) werden in 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 nahezu unverändert. Sowohl die Mehrzahl der AU-Fälle (Männer: 75,8%; Frauen: 73,5%) als auch der AU-Tage (Männer: 74,7%; Frauen: 69,4%) sind innerhalb

Diagramm 1.2.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2009–2019)



dieser Krankheitsgruppe auf die 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.
- Frauen sind deutlich häufiger als Männer von Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen betroffen, die durchschnittliche Falldauer unterscheidet sich hingegen kaum.

Die psychischen Störungen sind mit einem Anteil von 5,8% der AU-Fälle und 16,8% der AU-Tage an allen Fehlzeiten der Beschäftigten eine weitere wichtige Krankheitsgruppe im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. In **III** Diagramm 1.2.5 sind die entsprechenden AU-Fälle und -Tage im Zeitverlauf zwischen 2009 und 2019 für Männer und Frauen dargestellt.

Anders als bei den Muskel- und Skeletterkrankungen wird hier im Vergleich zum Vorjahr ein geringer Anstieg der AU-Fälle (Männer: +2,6%; Frauen: +1,1%) und der AU-Tage (Männer: +6,4%; Frauen: +6,0%) er-

kennbar. Zudem ist, entgegen dem Trend beim Muskel-Skelett-System, innerhalb des Zeitraums nach Umstellung der Methodik (2016 bis 2019) ein Anstieg bei den AU-Kennzahlen zu erkennen. Über den gesamten Beobachtungszeitraum sind sowohl die AU-Fälle (Männer: +113,3%; Frauen: +78,1%) als auch die AU-Tage (Männer: +132,9%; Frauen: +101,3%) deutlich gestiegen. Gleichzeitig hat die durchschnittliche Falldauer im gesamten Zeitraum sowohl bei den Männern (+3,3 Tage je Fall) als auch bei den Frauen (+4,4 Tage je Fall) nur moderat zugenommen. Welche besondere Bedeutung die psychischen Störungen nicht nur für das 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 **III** BKK Gesundheitsreport 2019 ausführlich diskutiert.

Unverändert steht die depressive Episode (F32) nach AU-Tagen für beide Geschlechter auf dem 1. Platz der Ursachen für Fehltag innerhalb der Gruppe der psychischen Störungen (**III** Tabelle 1.2.3), etwa jeder fünfte AU-Fall (Männer: 21,2%; Frauen: 20,0%) sowie fast ein Drittel aller AU-Tage (Männer: 30,8%; Frauen: 29,3%) sind auf diese Diagnose zurückzuführen.

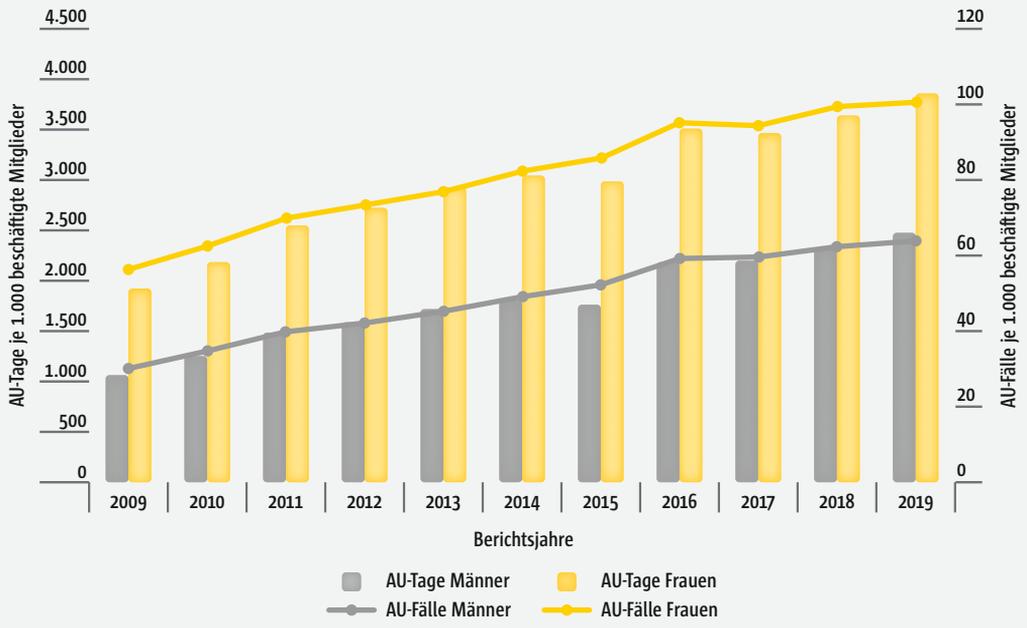
Tabelle 1.2.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		je Fall
Männer				
M54	Rückenschmerzen	98,3	1.380	14,1
M75	Schulterläsionen	12,6	417	33,1
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	11,4	369	32,3
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	10,0	314	31,4
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	16,3	290	17,9
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	5,9	229	39,0
M77	Sonstige Enthesopathien	11,3	197	17,4
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	2,9	126	44,3
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	7,5	124	16,5
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	11,3	118	10,5
Frauen				
M54	Rückenschmerzen	71,8	1.061	14,8
M75	Schulterläsionen	9,7	325	33,7
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	8,5	302	35,5
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	6,1	210	34,3
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	10,5	208	19,7
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	4,3	191	44,9
M77	Sonstige Enthesopathien	8,5	173	20,4
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	8,3	135	16,3
M65	Synovitis und Tenosynovitis	6,5	135	20,6
M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	8,4	133	15,8

ren. Die nach Fehltagen ebenfalls bedeutsame rezidivierende depressive Störung (F33) tritt zwar nur relativ selten als AU-Grund auf, hat aber im Gegensatz dazu mit 65,7 (Männer) bzw. 72,8 (Frauen) Tagen je Fall eine der höchsten durchschnittlichen Falldauern in dieser Auflistung. Bei nahezu allen hier aufgeführten Diagnosen weisen die Frauen mehr AU-Fälle bzw. AU-Tage auf. Eine Ausnahme bilden die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol, bei denen die Männer mehr als doppelt so viele Fälle (3,0 vs. 1,2 AU-Fälle je 1.000 Beschäftigte) bzw. Tage (117 vs.

47 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) im Vergleich zu den Frauen verursachen. Allein durch die zehn hier aufgeführten Diagnosen werden fast alle AU-Fälle (Männer: 94,0%; Frauen: 96,3%) bzw. AU-Tage (Männer: 93,7%; Frauen: 95,7%) innerhalb der Gruppe der psychischen Störungen abgedeckt.

Diagramm 1.2.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Geschlecht im Zeitverlauf (2009–2019)



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 nicht originär zu den psychischen Störungen 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) im Zeitraum zwischen 2014–2019 dargestellt.

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. Im ICD-10 GM stellt die Codierung Z73 eine Zusatzdiagnose dar, die Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung kennzeichnet, aber eigentlich mit mindestens einer weiteren (Haupt-)Diagnose einhergehen sollte. Die Tatsache, dass es sich nicht um ein eigenständiges Krankheitsbild handelt, wird durch den Fakt

verstärkt, dass Burn-out (QD85) auch in der kommenden neuen ICD-11-Klassifikation 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 der heutigen stark leistungsorientierten Gesellschaft ein Burn-out-Syndrom als Folge von Überarbeitung leichter akzeptiert wird, als eine immer noch eher stigmatisierte depressive Störung. 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 des ICD-10-Code R53 (Unwohlsein und Ermüdung).

Tabelle 1.2.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		je Fall
Männer				
F32	Depressive Episode	13,6	762	56,3
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	19,7	524	26,6
F33	Rezidivierende depressive Störung	4,2	274	65,7
F48	Andere neurotische Störungen	9,5	262	27,6
F45	Somatoforme Störungen	5,8	158	27,4
F41	Andere Angststörungen	3,3	152	46,5
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3,0	117	39,2
F20	Schizophrenie	0,4	27	62,2
F31	Bipolare affektive Störung	0,3	25	77,2
F34	Anhaltende affektive Störungen	0,5	18	37,7
Frauen				
F32	Depressive Episode	20,1	1.134	56,4
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	36,2	969	26,8
F33	Rezidivierende depressive Störung	6,6	480	72,8
F48	Andere neurotische Störungen	16,8	463	27,6
F45	Somatoforme Störungen	9,5	272	28,7
F41	Andere Angststörungen	5,0	251	50,8
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,2	47	39,6
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	0,5	33	67,3
F34	Anhaltende affektive Störungen	0,7	27	39,9
F31	Bipolare affektive Störung	0,4	25	67,6

Krankheiten des Atmungssystems

- Fehlzeiten wegen Atemwegserkrankungen treten bei Frauen häufiger als bei Männern auf, wobei sich insbesondere bei akuten Diagnosen die Falldauer nicht unterscheidet.
- Nur allein die akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06) sind für rund die Hälfte alle AU-Fälle bzw. AU-Tage bei Frauen und Männern innerhalb der Gruppe der Atemwegserkrankungen verantwortlich.

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 Corona-Pandemie, nehmen zusätzlich indirekten Einfluss auf die Entwicklung, wie in **III** Kapitel 1.1.2 zu sehen ist.

Der in **III** Diagramm 1.2.9 dargestellte Zeitverlauf für die Atemwegserkrankungen zeigt die Jahre mit einer erhöhten Erkältungs- und Grippeaktivität – mit jeweils höheren Werten für die Frauen – an. Besonders

Diagramm 1.2.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für das Burn-out-Syndrom (Z73) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2014–2019)

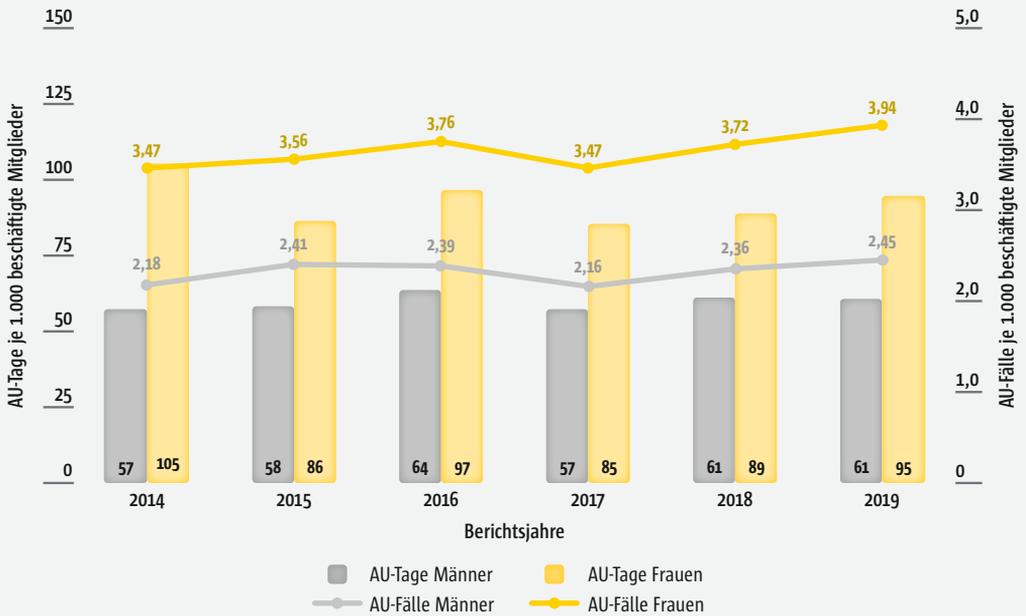
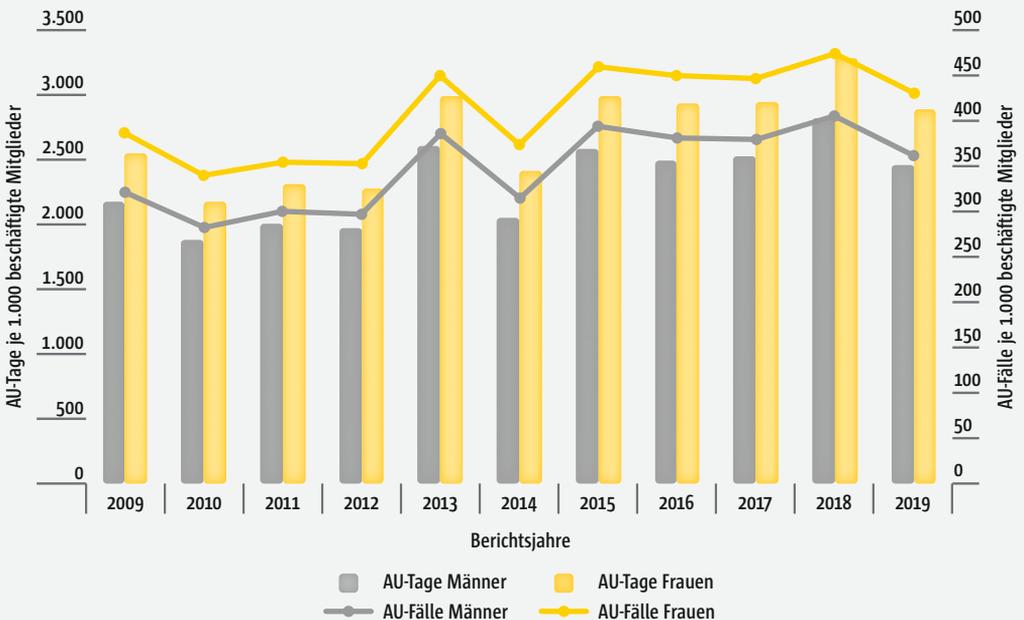


Diagramm 1.2.7 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Atmungssystems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2009–2019)



deutlich ist das an den Jahren 2009, 2013, 2015 und 2018 erkennbar. In den benannten Jahren sind die Fehlzeiten aufgrund von Atemwegserkrankungen besonders ausgeprägt. Die hohen Werte im Jahr 2016 und 2017 sind hingegen der geänderten Auswertungssystematik ab diesem Zeitpunkt geschuldet. Entsprechend sind auch die Höchstwerte für 2018 zu interpretieren, die sich abzüglich insbesondere der mit Atemwegserkrankungen verbundenen Reha-Fälle in etwa auf dem Niveau der Werte von 2013 bewegen. Aller-

dings handelt es sich auch dann noch, zusammen mit dem Berichtsjahr 2013, um die mit am höchsten ausgeprägten AU-Kennzahlen der vergangenen zehn Jahre. Inwieweit diese im kommenden Berichtsjahr 2020 durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie wieder erreicht oder übertroffen werden, wird abschließend erst im Laufe des Jahres 2021 bewertbar sein.

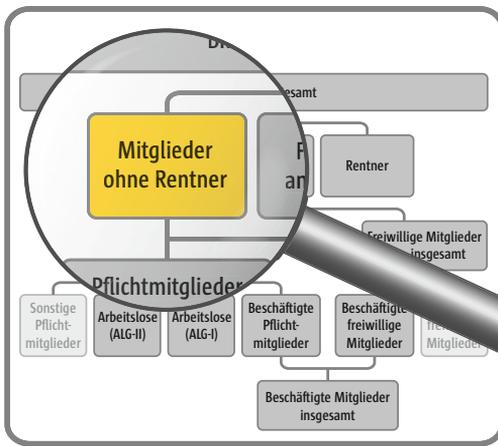
Wie in den vergangenen Jahren sind es die akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06), die auch diesmal bei beiden Geschlechtern die mit Abstand

Tabelle 1.2.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen des Atmungssystems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder	je Fall	je Fall
Männer				
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	197,6	1.200	6,1
J20	Akute Bronchitis	25,7	201	7,8
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	19,7	153	7,7
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	19,0	105	5,6
J32	Chronische Sinusitis	12,2	88	7,2
J03	Akute Tonsillitis	13,3	83	6,3
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	12,1	79	6,5
J01	Akute Sinusitis	12,0	75	6,3
J02	Akute Pharyngitis	12,3	70	5,7
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	3,1	66	21,4
Frauen				
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	224,8	1.403	6,2
J20	Akute Bronchitis	27,9	216	7,7
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	22,2	170	7,7
J32	Chronische Sinusitis	19,4	130	6,7
J01	Akute Sinusitis	19,9	126	6,3
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	21,7	122	5,6
J03	Akute Tonsillitis	18,9	115	6,1
J02	Akute Pharyngitis	17,5	101	5,7
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	14,5	93	6,5
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	9,3	69	7,4

meisten AU-Fälle und AU-Tage innerhalb der Gruppe der Atemwegserkrankungen verursachen (»»» Tabelle 1.2.4). Diese Diagnose ist für jeden zweiten AU-Fall (Männer: 54,5%; Frauen: 52,1%) bzw. rund jeden zweiten AU-Tag (Männer: 48,9%; Frauen: 48,5%) innerhalb der Gruppe der Atemwegserkrankungen verantwortlich. Auch bei den weiteren relevanten Einzeldiagnosen handelt es sich überwiegend um akute Atemwegserkrankungen, was vor allem an der durchschnittlich niedrigen Falldauer von 5 bis 7 Tagen erkennbar wird. Die zehn für das AU-Geschehen wichtigsten Diagnosen sind für die Mehrheit der AU-Fälle (Männer: 90,2%; Frauen: 91,8%) bzw. AU-Tage (Männer: 86,3%; Frauen: 88,0%) innerhalb der Gruppe der Atemwegserkrankungen verantwortlich.

1.2.2 AU-Geschehen nach Versichertenstatus



- Arbeitslose (ALG-I) weisen im Vergleich zu den Beschäftigten eine um mehr als die Hälfte niedrigere AU-Quote auf.
- Dagegen liegt die durchschnittliche Falldauer bei den Arbeitslosen (ALG-I) um das Dreifache über der der Beschäftigten.
- Beschäftigte freiwillige Mitglieder weisen im Zusammenhang mit ihrem hohen Sozialstatus in der Mehrheit der Fälle die geringsten krankheitsbedingten Fehlzeiten auf.

Neben dem Alter und dem Geschlecht der Mitglieder nimmt auch die soziale Lage wesentlichen Einfluss auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Da die soziale Lage über die vorliegenden Routinedaten nur eingeschränkt abbildbar ist, wird an dieser Stelle die Zugehörigkeit zu einer Versichertengruppe als alter-

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

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

Während die beschäftigten freiwilligen Mitglieder im Jahr 2019 durchschnittlich nur 11,3 AU-Tage je Berufstätigen aufweisen, liegt dieser Wert bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern mit 19,8 AU-Tagen schon über eine Kalenderwoche darüber. Mit deutlichem Abstand folgen die Arbeitslosen (ALG-I), die im Durchschnitt 36,1 Kalendertage und damit mehr als 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 6 Kalenderwochen (43,4 Tage je Fall) im Mittel ebenfalls mehr als dreimal so hoch, wie bei den anderen beiden Versichertengruppen. Gleichzeitig haben die Arbeitslosen (ALG-I) mit 18,7% die niedrigste AU-Quote. Das ist ein scheinbarer Widerspruch, der v.a. dadurch begründet ist, dass in dieser Gruppe Kurzerkrankungen (z.B. Infektionen der oberen Atemwege u.ä.) zwar genauso häufig auftreten, betroffene Arbeitslose diese aber wesentlich seltener ärztlich

Tabelle 1.2.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen nach ausgewählten Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

Versichertengruppen*	Geschlecht	Arbeitsunfähigkeit				
		AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall	Krankenstand	AU-Quote
		je 100 Mitglieder			in Prozent	
Beschäftigte Pflichtmitglieder	Männer	143,7	1.983	13,8	5,4	53,4
	Frauen	148,0	1.967	13,3	5,4	56,2
	Gesamt	145,8	1.975	13,5	5,4	54,8
Beschäftigte freiwillige Mitglieder	Männer	93,5	1.103	11,8	3,0	45,0
	Frauen	105,7	1.262	12,0	3,5	46,5
	Gesamt	95,9	1.134	11,8	3,1	45,3
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	78,0	3.434	44,0	9,4	17,5
	Frauen	88,9	3.805	42,8	10,4	20,2
	Gesamt	83,1	3.605	43,4	9,9	18,7

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

behandeln lassen. Belegbar wird dies u. a. durch die Kennzahlen aus der ambulanten Versorgung (**III** Kapitel 2.2).

Im **III** 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 Fehltag im Beobachtungszeitraum angestiegen sind, allerdings in sehr unterschiedlichem Ausmaß. Insbesondere bei den Arbeitslosen (ALG-I) wirkt sich die geänderte Methodik ab dem Jahr 2016 sehr deutlich aus. Dabei sind es v. a. die mit medizinischen Rehabilitationsleistungen verbundenen AU-Tage, die hier großen Einfluss auf die Entwicklung nehmen. Aufgrund der im Verhältnis zu den anderen Versichertengruppen geringen Anzahl der Arbeitslosen (**III** Diagramm 0.1.1), wirken sich in dieser Gruppe schon wenige (Langzeit)Fälle wesentlich stärker auf die durchschnittlichen AU-Kennzahlen aus, was auch eine der Hauptursachen für die größeren Schwankungen im Längsschnitt innerhalb dieser Gruppe ist. Dies wird auch in der weiteren Betrachtung dieser Versichertengruppe in den folgenden Kapiteln deutlich.

Bezogen auf den Berichtszeitraum der methodischen Umstellung ist für alle drei Versichertengruppen zwischen 2016 und 2019 eine tendenzielle Abnahme der AU-Fälle (-3,1% bis -6,3%) bei einer gleichzei-

tig tendenziellen Zunahme der AU-Tage (+0,4% bis +6,2%) feststellbar.

In **III** 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 53,1% (beschäftigte freiwillige Mitglieder) und 68,3% (Arbeitslose ALG-I) aller AU-Tage im Jahr 2019 zurück. Weiterhin weisen die Arbeitslosen (ALG-I) mit Abstand die meisten Fehltag aufgrund von psychischen Störungen auf und zwar im Mittel mehr als siebenmal so viele wie die beschäftigten freiwilligen Mitglieder (1.447 vs. 187 AU-Tage je 100 Mitglieder). Ähnlich stellt sich das Bild auch bei den Muskel- und Skeletterkrankungen dar, wobei hier der Unterschied nur rund das Vierfache beträgt (883 vs. 225 AU-Tage je 100 Mitglieder). Wie erwartet, liegen hingegen die Fehltag 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

Diagramm 1.2.8 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen nach ausgewählten Versichertengruppen im Zeitverlauf (2010–2019)

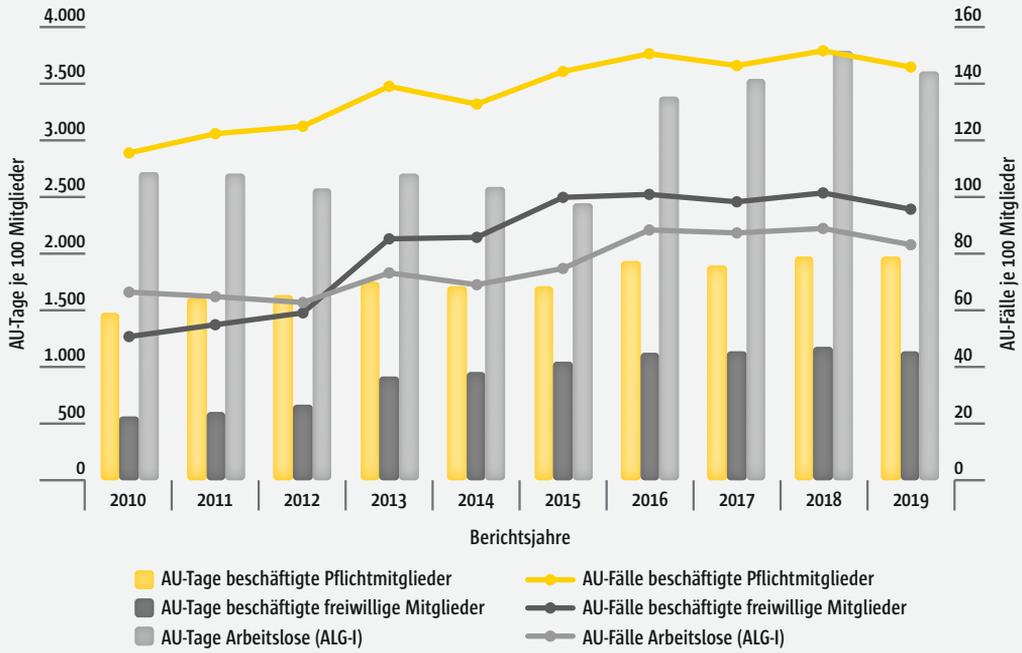
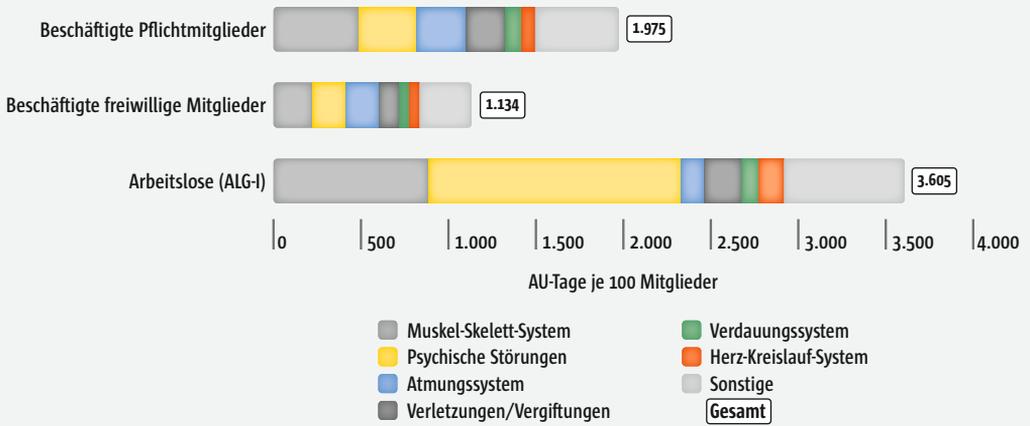


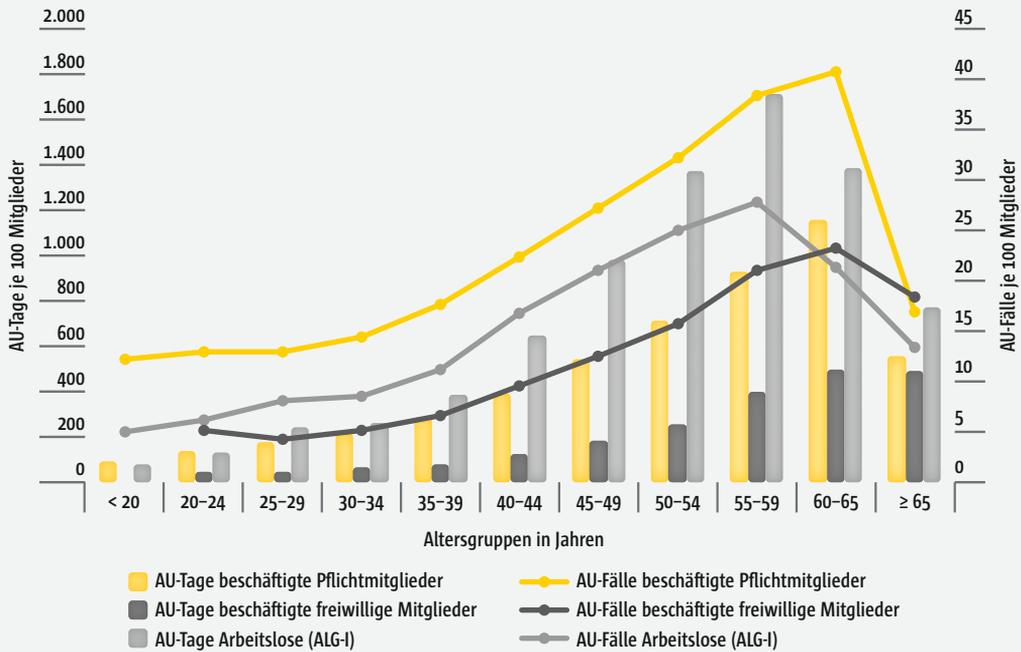
Diagramm 1.2.9 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage nach ausgewählten Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)



Beschäftigtengruppen bei den 60- bis 64-Jährigen zu finden (»»» Diagramm 1.2.10). Auch hier zeigt sich in der Altersgruppe jenseits der 65 Jahre deutlich der *healthy worker effect*. Bei den Arbeitslosen (ALG-I) treten dagegen die Höchstwerte 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 in die Alters- bzw. Erwerbsminderungsrente eintritt. Ins-

Diagramm 1.2.10 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach ausgewählten Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2019)

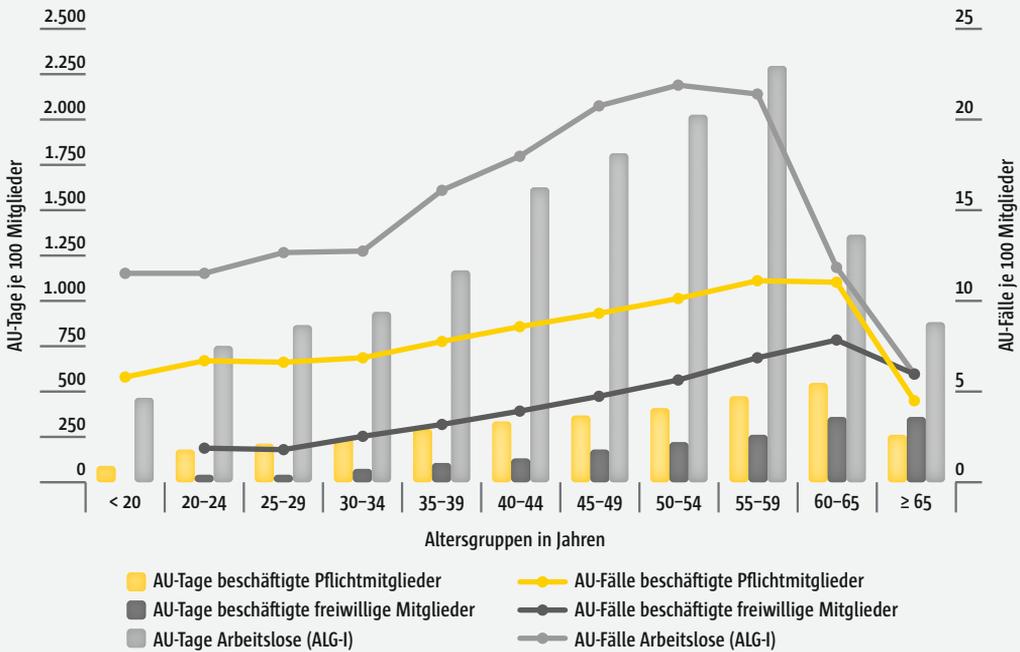


gesamt wird erneut bestätigt, dass sich die hinter dem Versichertenstatus stehende anfangs postulierte Rangfolge nach sozialem Status eindrucksvoll insbesondere bei den AU-Tagen widerspiegelt und sich mit zunehmendem Alter sogar noch verstärkt. Erst ab der Altersgruppe der 65-Jährigen und älteren werden die Differenzen zwischen den Versichertengruppen deutlich kleiner, weil die stark von dieser Krankheitsgruppe Betroffenen in diesem Alter häufig im Ruhestand sind oder ihren regulären Rentenbeginn vorziehen (müssen).

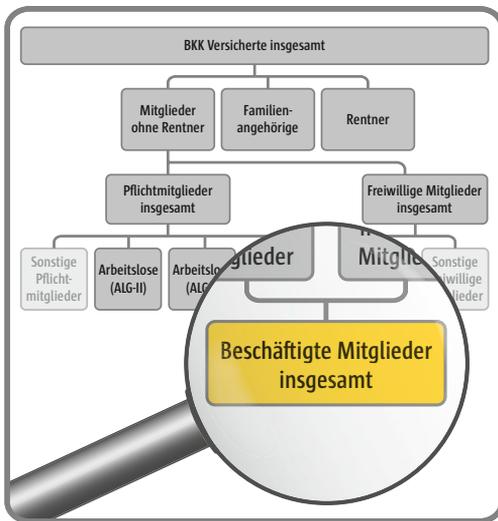
Abweichend davon stellt sich dieses Bild bei den AU-Kennzahlen aufgrund von psychischen Störungen dar (»» Diagramm 1.2.11). Während für die Arbeitslosen zwischen dem 30. und dem 59. Lebensjahr ein starker Anstieg der AU-Fälle und AU-Tage

aufgrund dieser Krankheitsart erkennbar wird, fällt diese Zunahme für die anderen beiden Versichertengruppen wesentlich moderater aus. Zudem zeigt sich, dass die Differenz zwischen den Beschäftigtengruppen geringer ausfällt, als dies bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen zu beobachten war. 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 zusätzlich Ressourcen und Handlungsspielräume bei der Arbeit eine wesentliche Rolle.

Diagramm 1.2.11 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen für Psychische Störungen nach ausgewählten Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2019)



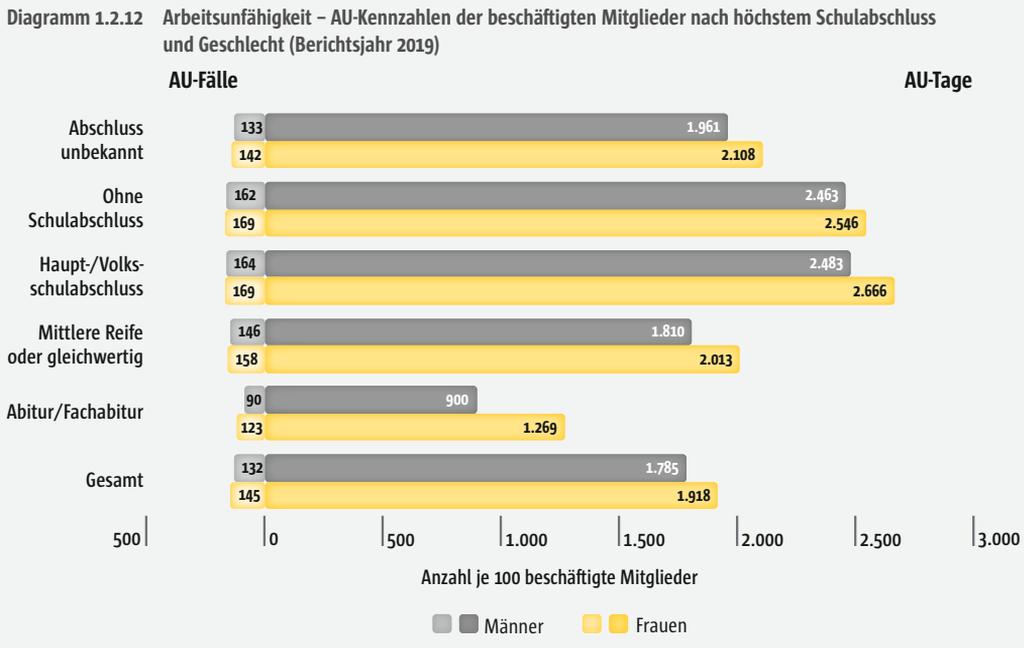
1.2.3 AU-Geschehen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen



- Je höher der Schul- bzw. Berufsabschluss eines Beschäftigten, desto niedriger sind seine krankheitsbedingten Fehlzeiten.
- Beschäftigte mit niedrigeren Schul- bzw. Berufsabschlüssen, die eher körperlich belastende Tätigkeiten ausüben, haben überdurchschnittlich viele Fehltag aufgrund körperlicher Erkrankungen.
- Bei den Beschäftigten mit einem hohen Schulabschluss stehen hingegen Fehlzeiten wegen psychischer Störungen im Vordergrund.

Höchster Schulabschluss

Ein ebenfalls wichtiges soziodemografisches Merkmal für das AU-Geschehen 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 ausgewählten Schulabschlüssen und Krankheitsarten differenziert nach Geschlecht sind in **III** Diagramm 1.2.13 zu sehen. Für alle drei Diagnosehauptgruppen gilt, dass die durchschnittliche Anzahl der krankheitsbedingten Fehlzeiten mit zunehmendem höherem Schulabschluss geringer wird. Die größten Unterschiede werden bei den Muskel- und Skeletterkrankungen sichtbar, gefolgt von den Verletzungen und Vergiftungen und dann erst von 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 nach Fehltagen am stärksten ausgeprägt sind.

Höchster Berufsabschluss

Der bereits beim höchsten Schulabschluss erkennbare Zusammenhang mit den krankheitsbedingten Fehlzeiten lässt sich in gleicher Weise für den höchsten Berufsabschluss zeigen (**III** 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.

Abschließend soll noch ein Blick auf den 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/Master/Magister bzw. Staatsexamen geworfen werden (**III** Diagramm 1.2.15).

Auch hier bestätigt sich das Bild, dass bei den Beschäftigten mit zunehmend höherem Ausbildungsgrad die Werte der AU-Tagen für die drei betrachteten Krankheitsgruppen sukzessive abnehmen. Dies trifft, wie schon beim höchsten Schulabschluss (**III** Diagramm 1.2.13), wiederum insbesondere auf

Diagramm 1.2.13 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

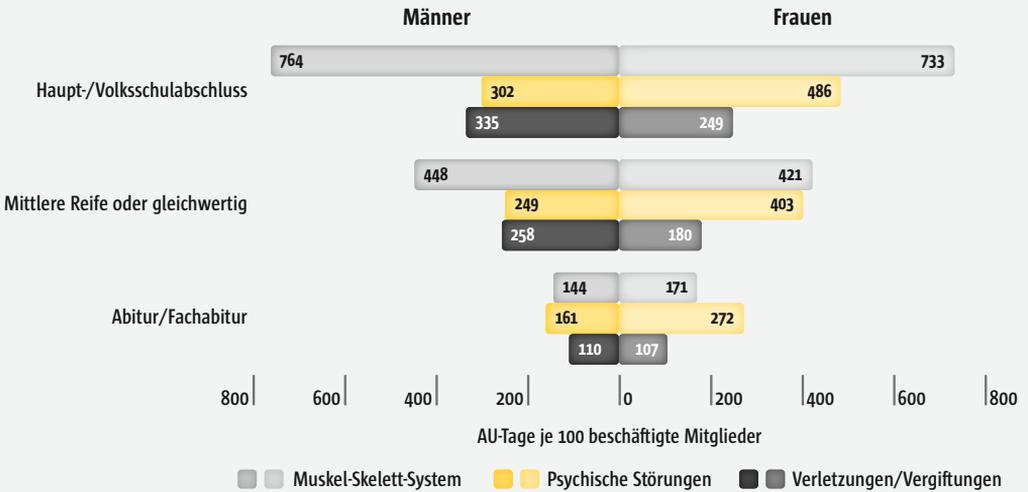
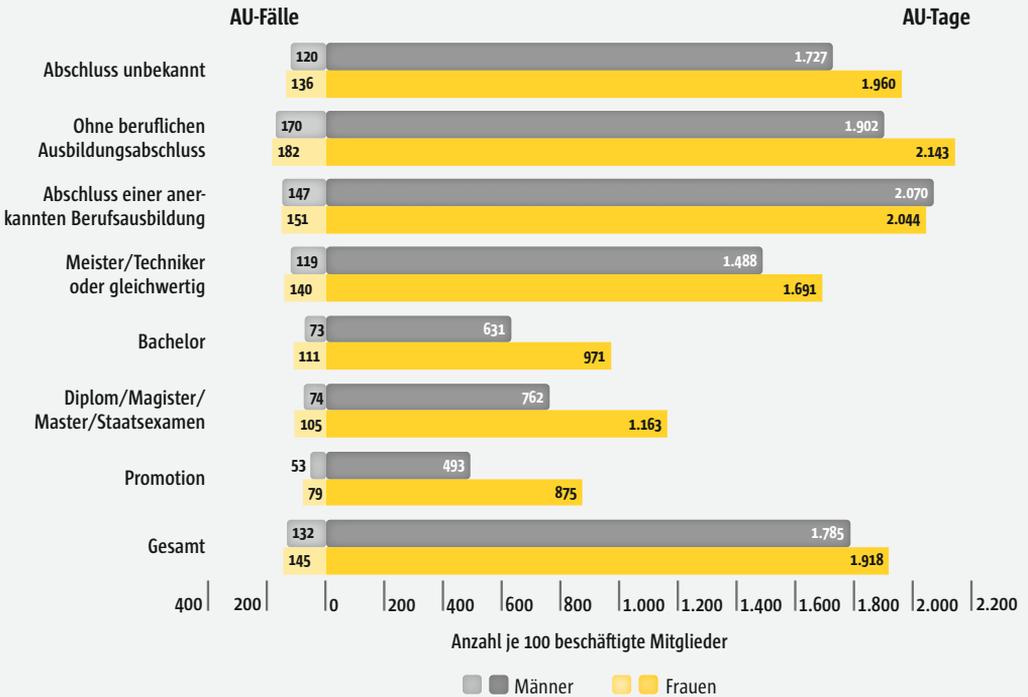
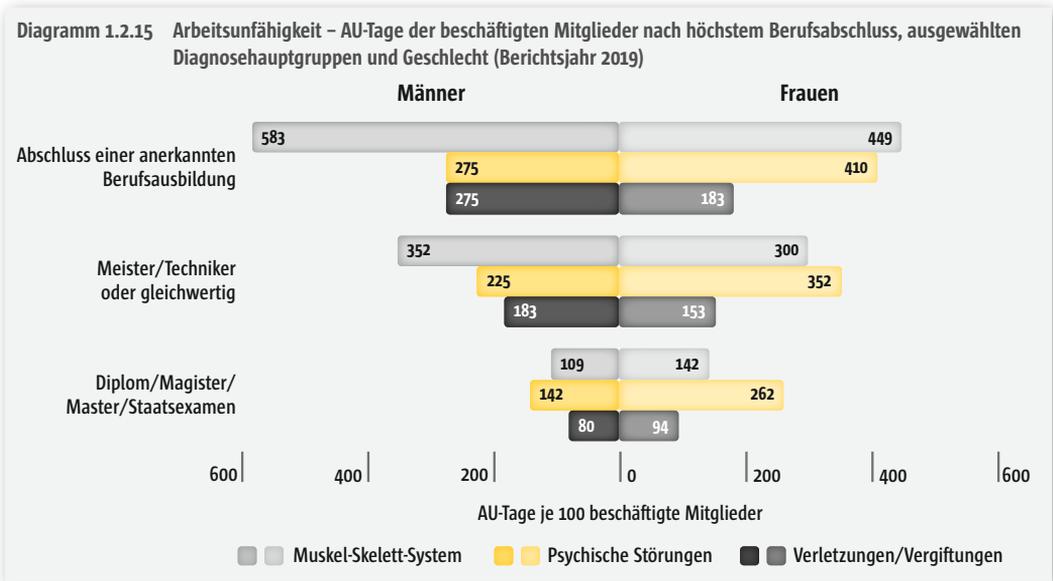


Diagramm 1.2.14 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)





die Muskel- und Skeletterkrankungen zu. Mit zunehmendem Berufsabschluss wird deren Bedeutung immer geringer, während zumindest anteilig die der psychischen Störungen steigt. Hier gilt ebenfalls, dass der Anteil körperlich belastender Tätigkeiten bei höheren Berufsabschlüssen abnimmt, dagegen rücken die psychischen Belastungen und die damit in Verbindung stehenden Fehlzeiten mehr in den Vordergrund.

Es zeigt sich, dass sowohl der schulische als auch der berufliche Ausbildungsgrad als ein weiterer Teil 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 auf⁵. Zudem verfügen Akademiker im arbeitsweltlichen Bezug meist über einen größeren Handlungs- und Gestaltungsspielraum, was mit geringeren motivations- und belastungsbedingten Fehlzeiten einhergeht. Auch im privaten Umfeld stehen den Berufstätigen mit einem akademischen Abschluss durch meist höhere Gehälter andere Ge-

staltungsmöglichkeiten zur Verfügung, so nehmen die dadurch bedingte Auswahl der Wohngegend und der Freizeitaktivitäten ebenfalls Einfluss auf den Gesundheitszustand.

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

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

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 soziokulturellen Bedingungen darauf Einfluss. Des Weiteren spielt aber auch die medizinische Versorgung vor Ort, wie zum Beispiel die Arzt-, Krankenhaus- und Apothekendichte eine wichtige Rolle. Im Folgenden werden die regionalen Unterschiede im AU-Geschehen dargestellt.

1.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise

- Treten in den Ost- im Vergleich zu den Westbundesländern deutlich mehr AU-Tage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen auf, so zeigt sich dagegen für die Fehltagelänge aufgrund psychischer Störungen ein weitaus heterogenes Regionalmuster.
- Bei Beschäftigten, die in Bayern und Baden-Württemberg wohnhaft sind, sind die mit Abstand wenigsten krankheitsbedingten Fehlzeiten im Bundeslandvergleich zu finden.

Wie schon im Methodenteil 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 2019 im Vergleich zum Jahr 2009 dargestellt.

Im Zehnjahresvergleich zeigt sich, dass bei den AU-Tagen in den Ostbundesländern nicht nur der höchste Wert (Sachsen-Anhalt mit 24,3 AU-Tagen je Beschäftigten), sondern auch die größte Steigerung im Beobachtungszeitraum (Sachsen-Anhalt und Thüringen jeweils mit +7,9 AU-Tagen je Beschäftig-

ten) zu verzeichnen ist. Baden-Württemberg weist dagegen mit durchschnittlich 15,3 AU-Tagen je Beschäftigten deutlich weniger Fehltagelänge und eine geringere Steigerung (+3,6 AU-Tagen) im gleichen Zeitraum auf.

Als wesentliche Ursachen des weiterhin bestehenden Ost-West-Unterschiedes (ausgenommen Berlin) sind aber nach wie vor 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 Altbundesländer 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.

Andererseits weisen die AU-Fälle im Beobachtungszeitraum nur eine sehr geringe regionale Variabilität auf. Während also die Fallzahlen relativ stabil bleiben, steigen die zugehörigen Fehltagelängen an, was auf eine Verschiebung des Krankheitsspektrums zu chronischen bzw. Langzeiterkrankungen hinweist.

Welchen Einfluss Alter und 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 entsprechen. Äquivalent gilt dieses Vorgehen auch an den einschlägigen Stellen im Kapitel zur stationären

Tabelle 1.3.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) im Zehnjahresvergleich (2009 und 2019)

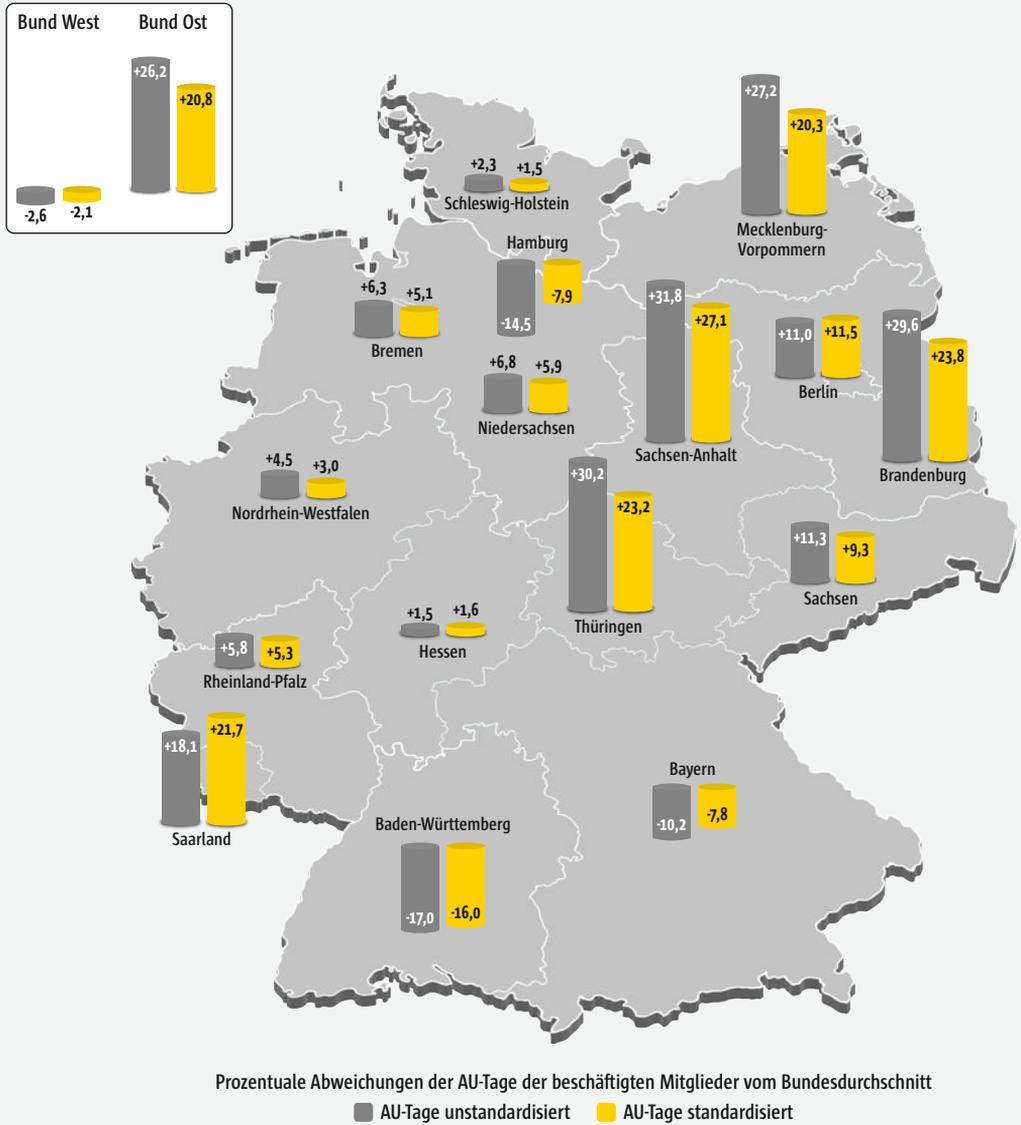
Bundesländer	AU-Fälle	Differenz zu 2009	AU-Tage	Differenz zu 2009	Tage je Fall	Differenz zu 2009
	je beschäftigtes Mitglied					
Baden-Württemberg	1,3	+0,3	15,3	+3,6	12,0	+0,6
Bayern	1,3	+0,4	16,6	+4,5	12,5	+0,7
Berlin	1,4	+0,4	20,5	+4,3	15,0	+0,5
Brandenburg	1,6	+0,6	23,9	+7,3	15,3	+1,1
Bremen	1,4	+0,4	19,6	+6,2	13,5	+1,2
Hamburg	1,2	+0,2	15,8	+2,3	13,4	+0,4
Hessen	1,5	+0,4	18,7	+5,1	12,9	+1,0
Mecklenburg-Vorpommern	1,6	+0,5	23,5	+7,0	14,7	+1,3
Niedersachsen	1,5	+0,4	19,7	+6,8	13,3	+1,3
Nordrhein-Westfalen	1,4	+0,4	19,3	+5,2	14,1	+0,8
Rheinland-Pfalz	1,4	+0,5	19,5	+4,3	13,8	+2,5
Saarland	1,5	+0,5	21,8	+6,1	15,0	+0,4
Sachsen	1,5	+0,6	20,5	+6,0	13,5	+0,2
Sachsen-Anhalt	1,6	+0,6	24,3	+7,9	14,8	+1,0
Schleswig-Holstein	1,4	+0,4	18,9	+5,2	13,9	+1,4
Thüringen	1,6	+0,7	24,0	+7,9	14,6	+1,1
Bund West	1,4	+0,6	18,0	+4,8	13,2	+0,9
Bund Ost	1,6	+0,4	23,3	+7,2	14,7	+1,0
Gesamt	1,4	+0,4	18,4	+4,9	13,4	+0,9

Versorgung. 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 den Berichten bzw. Statistiken anderer Kassenarten möglich.

In **III** Diagramm 1.3.1 zeigt sich der zum Teil deutliche Einfluss der Alters- und Geschlechtsstruktur bei den AU-Tagen auf Ebene der Bundesländer. Dargestellt sind hier die prozentualen Abweichungen der standardisierten bzw. unstandardisierten Fehltag je 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 aufweisen als die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt. 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 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten häufig sogar etwas günstiger. Besonders deutlich wird dies im Stadtstaat Hamburg:

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 2019)

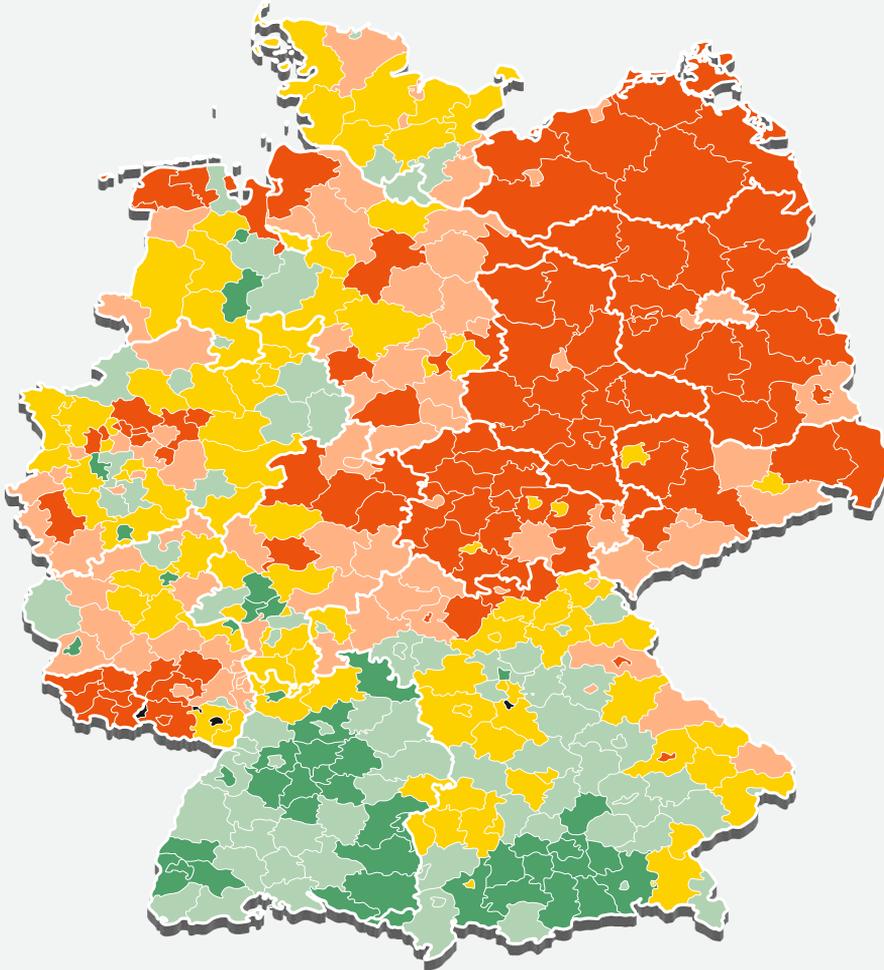


Gesamt: unstandardisiert: 18,4 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied; standardisiert: 18,2 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied

Würden das Alter und das Geschlecht der beschäftigten BKK Mitglieder denen aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten entsprechen, so wäre die Anzahl an Fehltagen immer noch um -7,9% geringer als der Bundesdurchschnittswert ausgeprägt. Da die in

Hamburg wohnhaften beschäftigten BKK Mitglieder aber eine wesentlich günstigere Soziodemografie aufweisen, beträgt der unstandardisierte Unterschied sogar -14,5%. Insgesamt gleichen sich diese regionalen Unterschiede auf Bundesebene aber nahezu aus

Diagramm 1.3.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2019)



Prozentuale Abweichungen der AU-Tage der beschäftigten Mitglieder vom Bundesdurchschnitt (18,2 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.

(unstandardisiert: 18,4 AU-Tage je Beschäftigter; standardisiert: 18,2 AU-Tage je Beschäftigter).

Noch detailreicher lässt sich das AU-Geschehen bei der Betrachtung auf Ebene der Landkreise differenzieren – die Spannweite der AU-Tage innerhalb

eines Bundeslandes ist hier mindestens genau so groß wie zwischen den Bundesländern selbst. Im **»»»** Diagramm 1.3.2 wird deutlich, dass – selbst nach Standardisierung für Alter und Geschlecht – die durchschnittlichen Fehltag der Mitglieder in den

Ostbundesländern fast durchweg über dem standardisierten Bundesdurchschnittswert von 18,2 AU-Tagen je Beschäftigten liegen. Wenig überraschend zeigt sich, dass acht der zehn Kreise mit den meisten Fehltagen in den Ostbundesländern zu finden sind. Spitzenreiter ist dabei mit durchschnittlich 31,8 AU-Tagen je Beschäftigten der Kyffhäuserkreis 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 nach AU-Tagen gesündeste Region ist im Jahr 2019 Freiburg im Breisgau (Baden-Württemberg) mit 11,4 AU-Tagen je Beschäftigten. Auch insgesamt sind vor allem in Bayern und Baden-Württemberg die meisten Kreise mit den im Durchschnitt wenigsten AU-Tagen bei den 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 ebenfalls 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 zudem 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 Mansfeld-Südharz in Sachsen-Anhalt weist in diesem Jahr mit 8,3 AU-Tage je Beschäftigten den höchsten Wert auf. Die zehn Landkreise mit den wenigsten AU-Tagen liegen in dieser Betrachtung hingegen

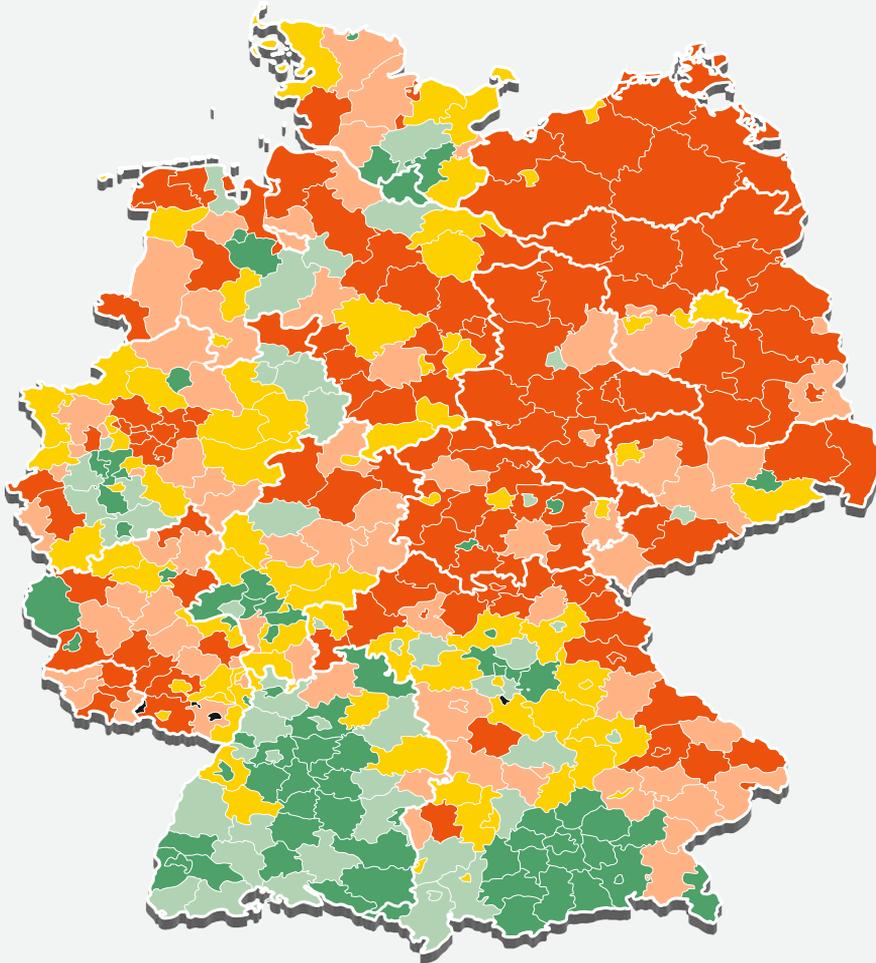
ausschließlich in den Westbundesländern mit regionalem Schwerpunkt in Bayern und Baden-Württemberg. Wiederum ist hier Freiburg im Breisgau (Baden-Württemberg) mit 1,8 AU-Tagen je Beschäftigten derjenige mit den geringsten Fehlzeiten für diese Krankheitsart.

Die AU-Tage aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen zeigen auf Kreisebene ein sehr heterogenes Muster (»» Diagramm 1.3.4). Wie in den vorhergehenden Diagrammen sind in Bayern und Baden-Württemberg, bis auf wenige Ausnahmen, die wenigsten AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen in der Mehrzahl der Kreise zu finden. Die zehn Landkreise mit den meisten AU-Tagen bei den Beschäftigten verteilen sich entsprechend auf insgesamt sechs verschiedene Bundesländer (Thüringen, Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Saarland, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz). Der Spitzenreiter – wiederum der Kyffhäuserkreis in Thüringen – weist mit durchschnittlich 6,1 AU-Tagen je Beschäftigten ein Vielfaches des Wertes der Beschäftigten mit Wohnort im Ostallgäu (Bayern) auf (1,9 AU-Tage je Beschäftigter).

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 an dieser Stelle 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, Verdauungssystem und Herz-Kreislauf-System), in Thüringen (Verletzungen und Vergiftungen sowie sonstige Erkrankungen) und in Brandenburg (Atmungssystem). Lediglich bei den Fehltagen aufgrund psychischer Störungen liegt mit dem Saarland ein einziges Mal ein Westbundesland auf dem ersten Platz. Andererseits treten bei insgesamt fünf Krankheitsarten (Muskel-Skelett-System, Atmungssystem, Verletzungen und Vergiftungen, Verdauungssystem, Herz-Kreislauf-System) bei Beschäftigten in Hamburg die jeweils geringsten Fehltagetage auf. Die jeweils niedrigsten AU-Tage bei psychischen Störungen und sonstigen Erkrankungen sind 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 2019)

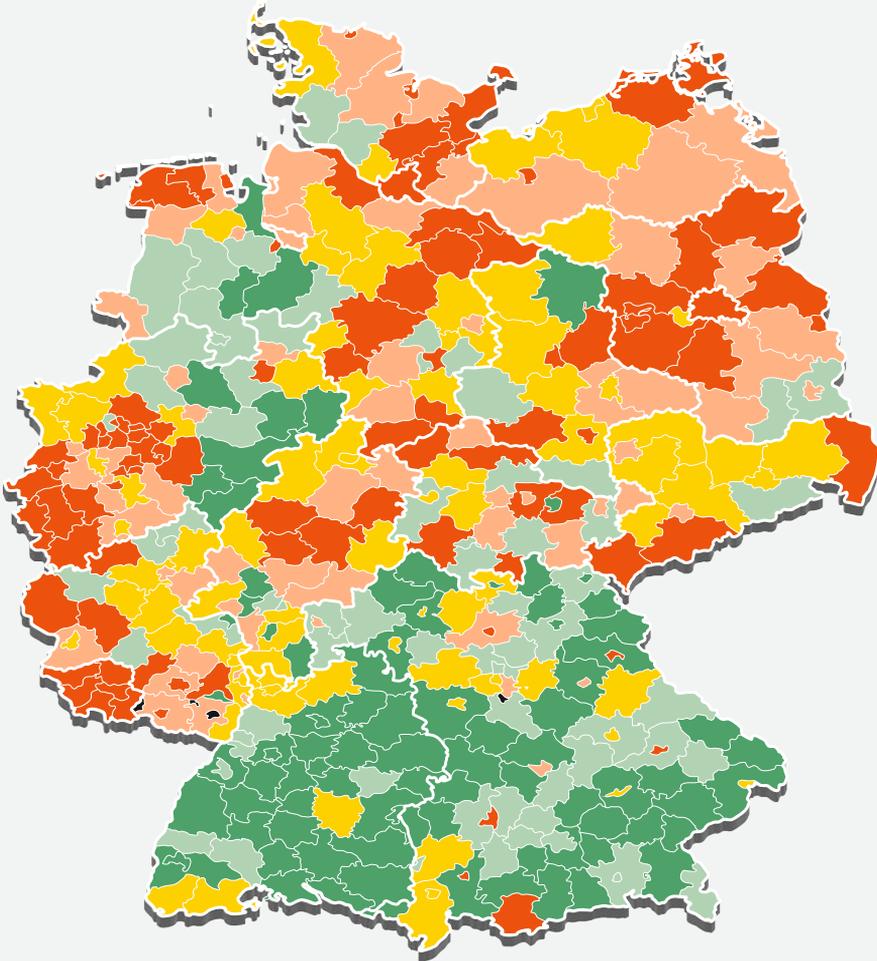


Prozentuale Abweichungen der AU-Tage der beschäftigten Mitglieder vom Bundesdurchschnitt (4,4 AU-Tage)

- | | |
|--|--|
| ■ 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 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 2019)

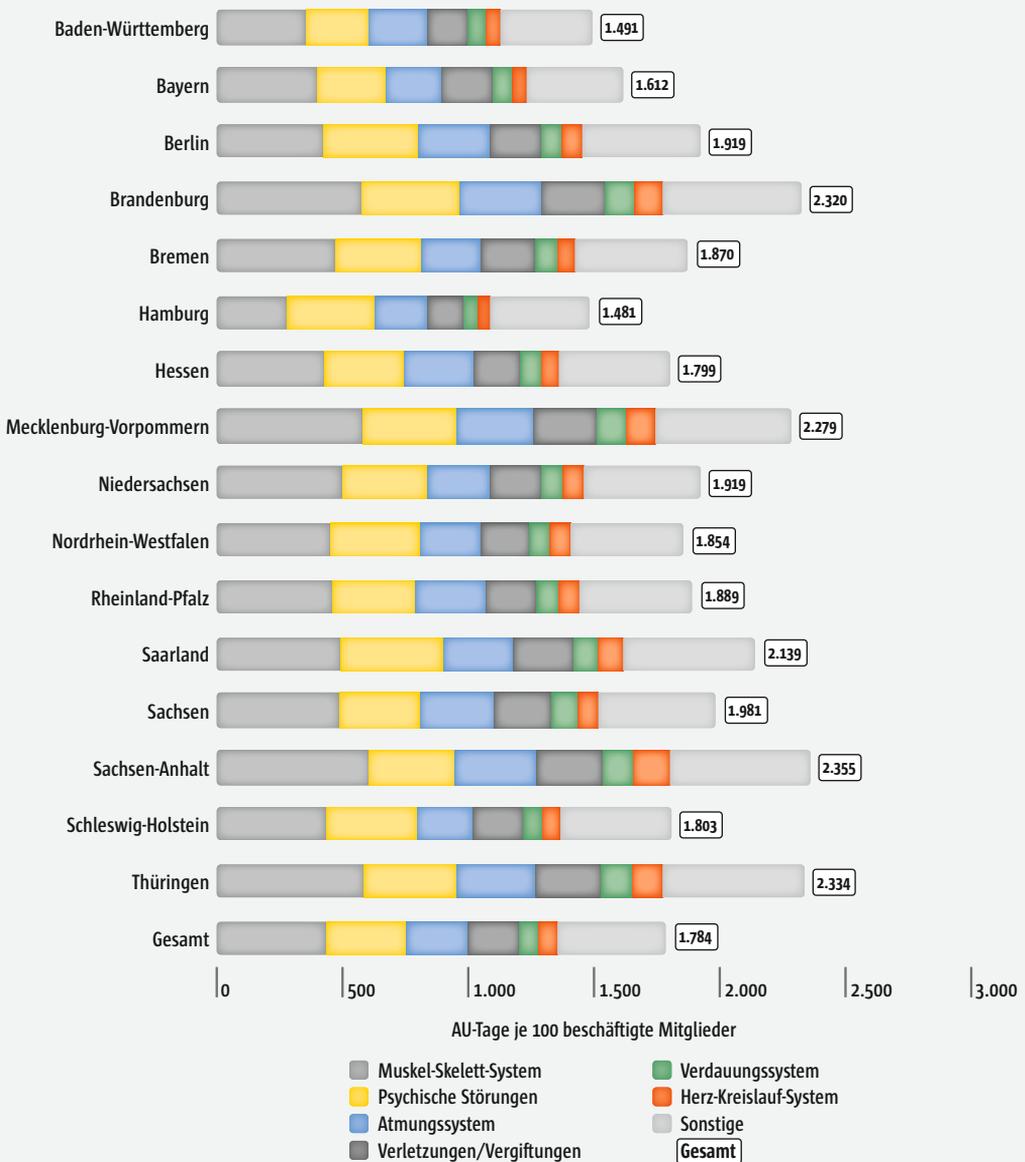


Prozentuale Abweichungen der AU-Tage der beschäftigten Mitglieder vom Bundesdurchschnitt (3,1 AU-Tage)

- 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 2019)



1.4 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Der folgende Abschnitt widmet sich dem 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 Betriebsgröße, der Wirtschaftsgruppe, der Berufsgruppe sowie weiteren Merkmalen der beruflichen Tätigkeit darstellen. Die Deskription 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 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.

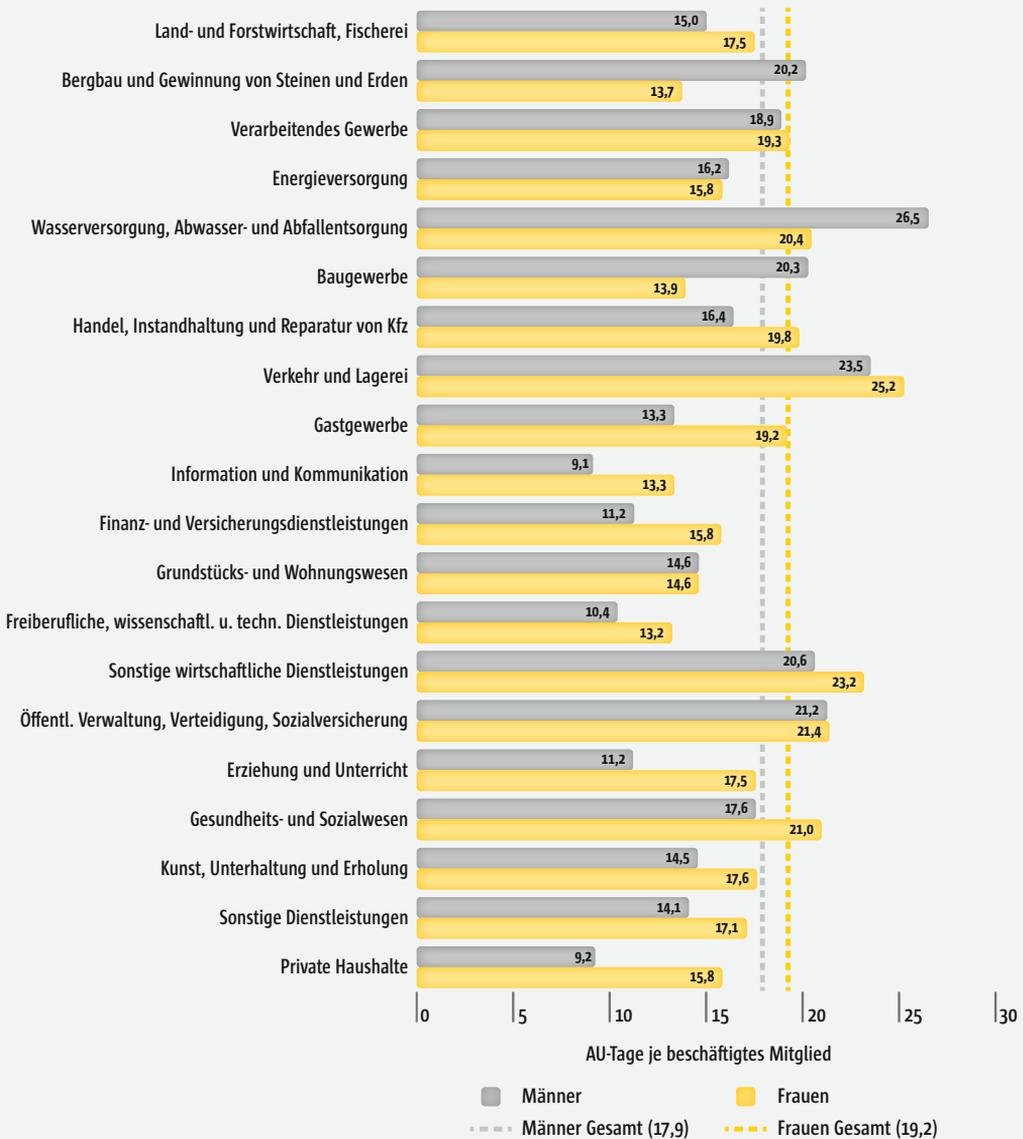
- Beschäftigte in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sowie in Verkehr und Lagerei weisen insgesamt die meisten Fehltagere im Wirtschaftsgruppenvergleich auf.
- Dagegen treten nicht einmal halb so viele Fehltagere bei den im Bereich Information und Kommunikation bzw. in den Finanzdienstleistungen Beschäftigten auf.
- AU-Tage wegen Muskel- und Skeletterkrankungen sind in Wirtschaftsgruppen mit großem körperlichem Arbeitsanteil (z.B. Baugewerbe oder Abfallbeseitigung) besonders hoch.

- Dagegen sind Fehltagere wegen psychischer Störungen in Wirtschaftsgruppen mit einem hohen Anteil zwischenmenschlicher Interaktion (z.B. Gesundheits- und Sozialwesen oder Erziehung und Unterricht) deutlich erhöht.

Wie bereits in den vergangenen Jahren sind die Beschäftigten in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung (25,2 AU-Tage je Beschäftigten) sowie Verkehr und Lagerei (24,0 AU-Tage je Beschäftigten) und sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen (21,7 AU-Tage je Beschäftigten) am stärksten von Fehlzeiten betroffen. Im Durchschnitt etwa halb so viele bzw. noch weniger AU-Tage finden sich bei den Erwerbstätigen in den Wirtschaftsabschnitten Finanz- und Versicherungsdienstleistungen (13,9 AU-Tage je Beschäftigten), den freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen (11,9 AU-Tage je Beschäftigten) sowie im Bereich Information und Kommunikation (10,6 AU-Tage je Beschäftigten). Geschlechtsunterschiede treten immer dann besonders deutlich zu Tage, wenn Männer und Frauen innerhalb einer Wirtschaftsgruppe grundverschiedene Tätigkeiten ausüben, die meist auch mit unterschiedlich hohen 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. Bürotätigkeit betraut. Die in größeren Anteilen vorrangig körperlich arbeitenden Männer haben hier im Durchschnitt eine Kalenderwoche mehr Fehltagere pro Jahr als Frauen. Umgekehrt sind die im Gastgewerbe und in Erziehung und Unterricht beschäftigten Frauen im Mittel länger krankheitsbedingt arbeitsunfähig als ihre männlichen Kollegen (**»** Diagramm 1.4.1).

Insgesamt weicht der Gesamtwert der standardisierten AU-Tage (18,2) nur minimal von dem der unstandardisierten AU-Tage (18,4) je Beschäftigten ab. Die beschäftigten BKK Mitgliedern unterscheiden

Diagramm 1.4.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



sich also – bezogen auf das Fehlzeitengeschehen allgemein – nicht bedeutsam von allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland. Betrachtet man dagegen die jeweiligen Werte bezogen auf die einzelnen Wirtschaftsgruppen, so zeigen sich zum Teil deutliche Differenzen (»» Diagramm 1.4.2). So reduzieren sich die Fehltag bei der Abfallentsor-

gung vom 26,3 AU-Tagen (unstandardisiert) auf 22,3 AU-Tagen je Beschäftigten (standardisiert). Das bedeutet, dass die BKK Beschäftigten in dieser Wirtschaftsgruppe eine ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur aufweisen als alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt. Gleiches gilt zum Beispiel auch für Beschäftigte im Bereich

Diagramm 1.4.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabteilungen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2019)

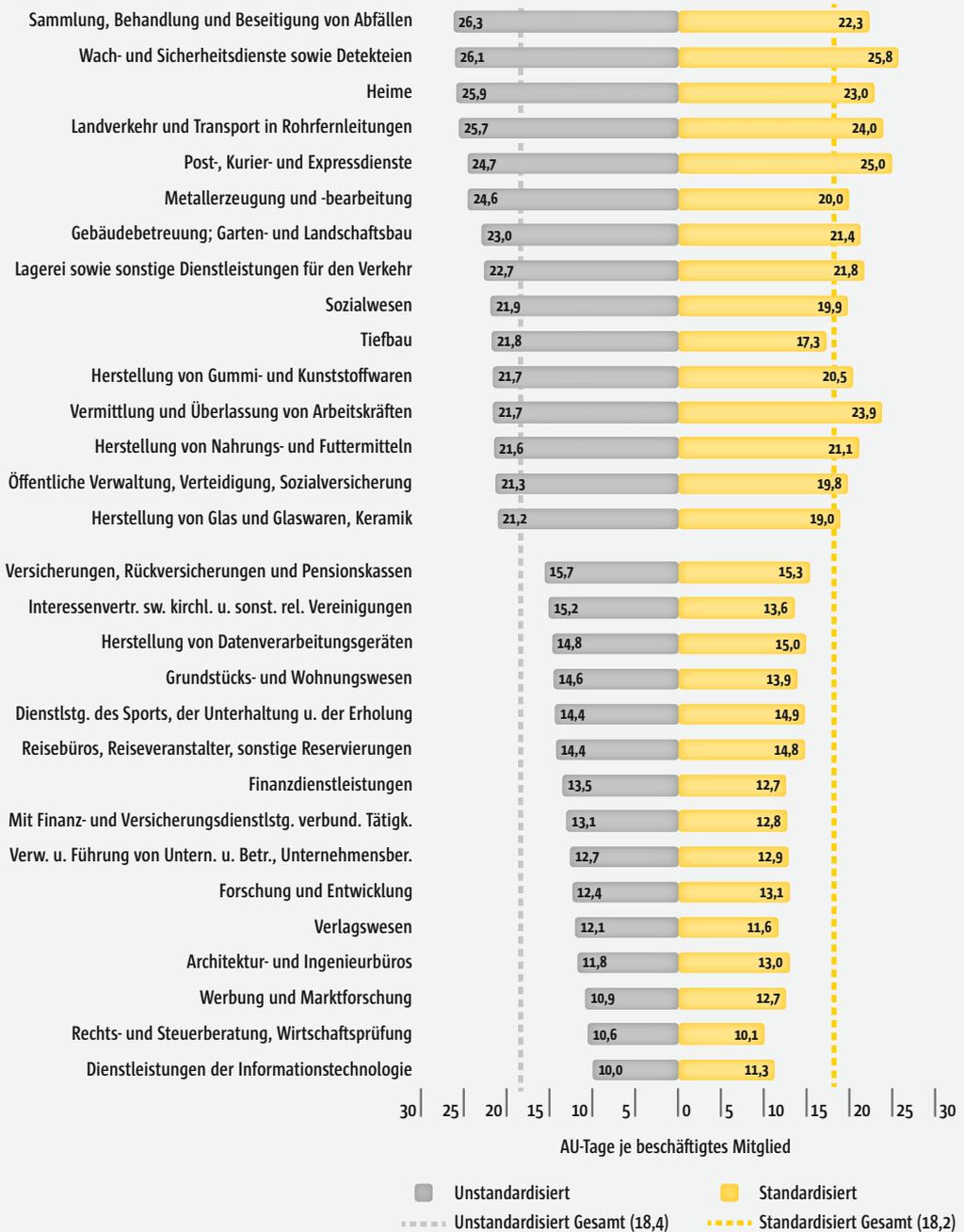
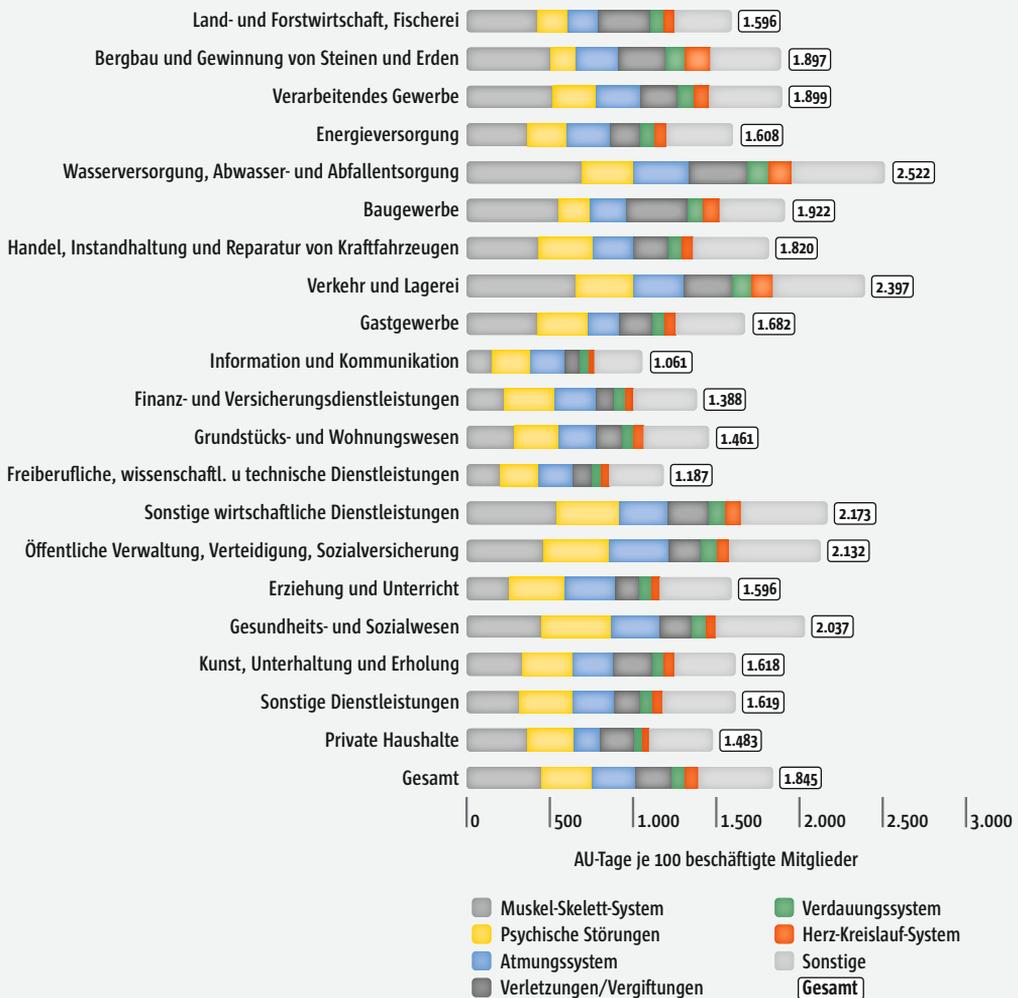


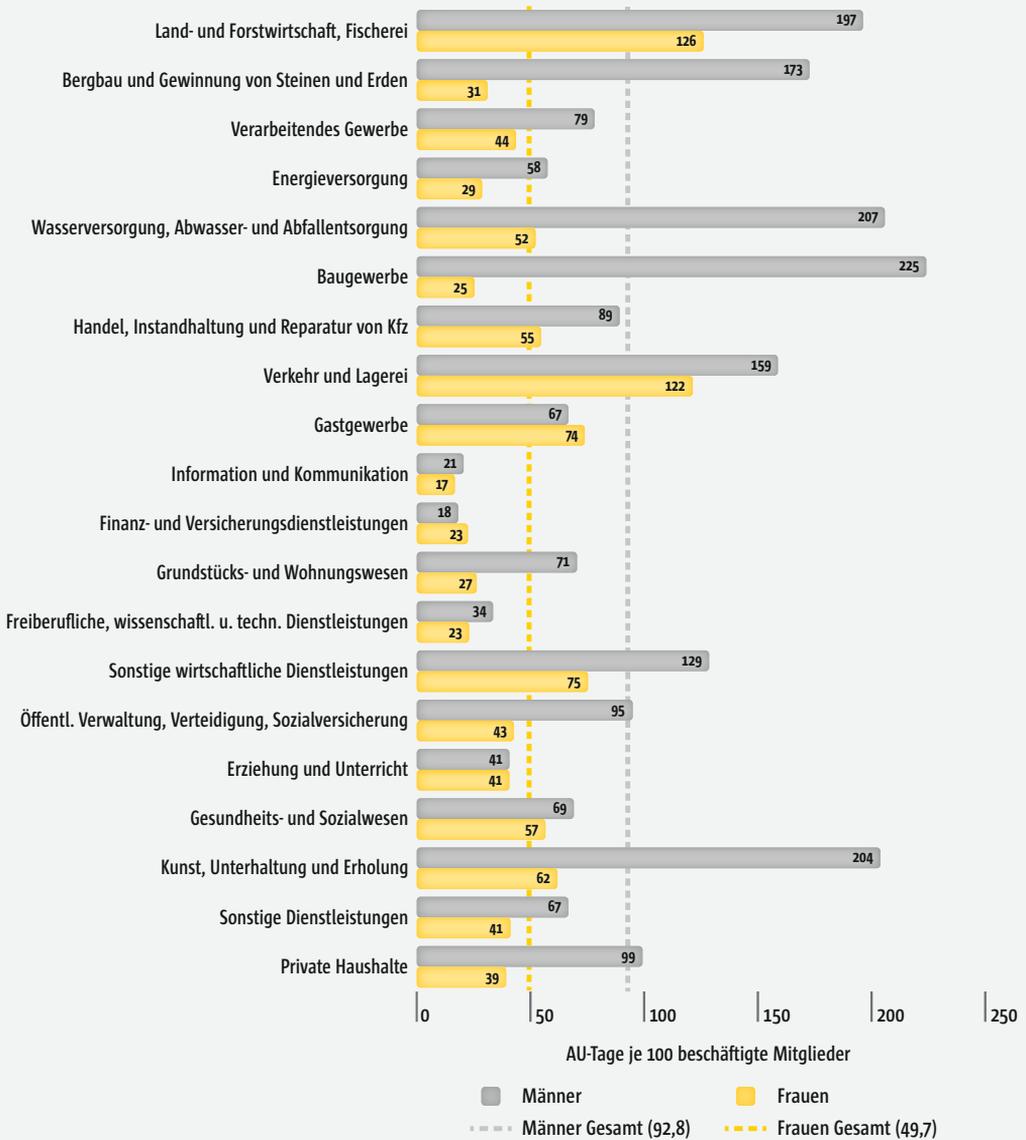
Diagramm 1.4.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)



Tiefbau sowie Metallerzeugung und -bearbeitung. 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 der Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften der Fall. Hier liegen 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 auch aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen sind bei den Beschäftigten in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung (701 AU-Tage je 100 Beschäftigte) zu finden. Im Vergleich hierzu weisen Beschäftigte der Wirtschaftsgruppe Information und Kommunikation nicht einmal ein Viertel dieses Wertes auf (159 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Diese Differenzen sind insbesondere

Diagramm 1.4.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



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 stark körperlich beanspruchender Arbeit (z.B. Abfallbeseitigung) auffällig viele Fehltag.

Ein anderes Muster zeigt sich bei den psychischen Störungen: Mit 427 AU-Tagen je 100 Beschäftigten steht hier das Gesundheits- und Sozialwesen an der Spitze mit den meisten Fehltagen. Dagegen haben Beschäftigte im Baugewerbe nicht einmal halb so viele Fehltag (191 AU-Tage je 100 Beschäftigte) aufgrund dieser Krankheitsart. Auch andere Branchen, deren Tätigkeit vorrangig durch die Inter-

aktion mit anderen 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 vor allem solche Wirtschaftsgruppen (z.B. Baugewerbe, Abfallbeseitigung, Verkehr und Lagerei) stärker betroffen, deren Tätigkeit durch körperliche Belastungen bzw. ein generell höheres Unfallrisiko (z.B. durch Tätigkeitschwerpunkt im Straßenverkehr bzw. an Maschinen) geprägt sind. An der Spitze steht bei diesem Krankheitsgrund das Baugewerbe mit 374 AU-Tagen je 100 Beschäftigten. Das ist mehr als das Vierfache der Fehltagelate der im Bereich Information und Kommunikation Tätigen (90 AU-Tage je 100 Beschäftigte).

- AU-Fälle bzw. AU-Tage, die durch Arbeitsunfälle verursacht werden, haben in den letzten Jahren tendenziell abgenommen.
- Wirtschaftsgruppen, in denen v.a. Tätigkeiten mit hoher körperlicher Belastung (z.B. Baugewerbe) ausgeübt werden, weisen die höchsten Werte auf.
- Dass in solchen Wirtschaftsgruppen die Männer überproportional höhere Werte als die Frauen aufweisen, liegt vor allem am Unfallrisiko der jeweils ausgeübten Tätigkeit innerhalb einer Wirtschaftsgruppe.

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 von 2016 bis 2019 insgesamt eine abnehmende Tendenz auf. Etwa 4% aller Fehltagelate der Beschäftigten werden im Jahr 2019 durch Arbeitsunfälle verursacht. Insbesondere wird in **»»** Diagramm 1.4.4 der Zusammenhang zwischen den mit Arbeitsunfällen verbundenen Fehlzeiten und der Wirtschaftsgruppe sowie dem Geschlecht sichtbar: Wiederum sind Beschäftigte in Bereichen mit hoher körperlicher Belastung (z.B. Landwirtschaft oder Baugewerbe) bzw. mit einer potenziell weitaus höheren Unfallgefahr zum Beispiel im Straßenverkehr (z.B. Verkehr und Lagerei, Abfallbeseitigung) deutlich stärker von Fehltagelaten aufgrund von Arbeitsunfällen betroffen als Beschäftigte in Wirtschaftsgruppen mit geringer körperlicher Belastung und/oder vorwiegender Bürotätigkeit (z.B. Finanz- und Versicherungsdienstleistungen). Insbesondere bei

den Wirtschaftsgruppen mit 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 meist völlig unterschiedliche Tätigkeiten ausüben, die mit einer geringeren oder höheren körperlichen Belastung und somit auch einem geringeren bzw. höheren Unfallrisiko verbunden sind. In Branchen mit geringen bzw. keinen Geschlechtsunterschieden ist davon auszugehen, dass Männer und Frauen hier Tätigkeiten mit einem ähnlichen Unfallrisiko ausüben. Um welche Tätigkeiten es sich dabei konkret handelt und in welchem Zusammenhang diese mit der Gesundheit von Beschäftigten stehen, wird im nun folgenden **»»** Kapitel 1.4.2 näher betrachtet.

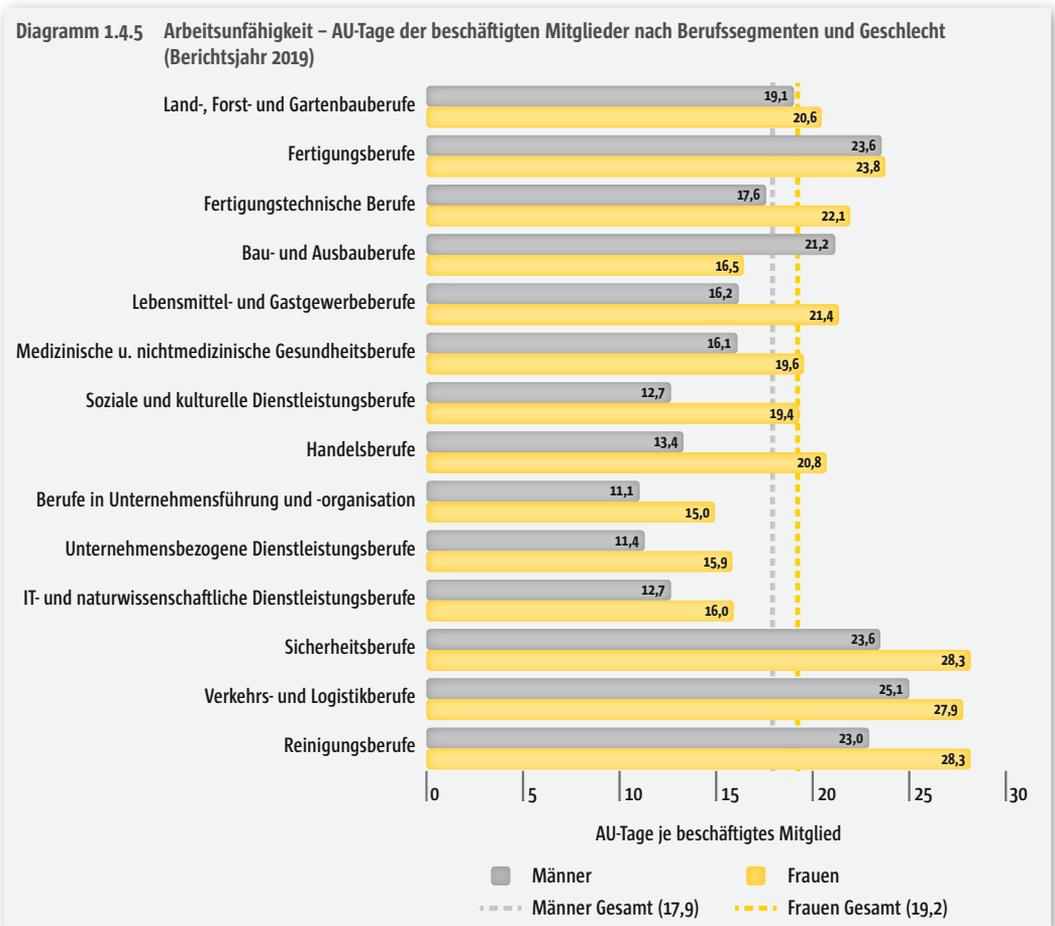
1.4.2 Auswertungen nach Berufsgruppen

Neben der Betrachtung des Fehlzeitengeschehens 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. Basis bildet hierbei der Tätigkeitsschlüssel nach 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 **»»** Kapitel 1.4.3 widmet sich weiteren, für den Zusammenhang zwischen Arbeitswelt und Gesundheit relevanten Indikatoren. In **»»** Tabelle A.10 sind zusätzlich 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 Fehltagelate unterscheiden sich zwischen den verschiedenen Berufsfeldern zum Teil um das Dreifache.
- Unterschiede zwischen Männern und Frauen innerhalb einer Berufsgruppe sind vor allem auf die ungleiche Verteilung weiterer Tätigkeitsmerkmale (Anforderungsniveau, Vertragsverhältnis, Stellung im Beruf) zurückzuführen.

In **»»** Diagramm 1.4.5 sind die AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht dargestellt. Mit insgesamt 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 25,7 AU-Tagen je Beschäftigten. Bei den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen treten mit 13,5 AU-Tage je Beschäftigten nur halb so viele Fehltagetage wie bei den in Reinigungsberufen Beschäftigten auf. Aus den Geschlechtsunterschieden lässt sich ablesen, 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 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 denen der Männer liegt. Männliche Beschäftigte in diesem Berufssegment sind hingegen häufiger bei komplexen bzw. hochkomplexen 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 Berufszuordnung weitere Tätigkeitsmerkmale (z.B. Vertragsform, Stellung im Beruf, Anforderungsniveau der Tätigkeit), die zwischen Frauen und Männern teils sehr unter-



schiedlich 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, bietet sich auf Basis einer Standardisierung für diese 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 je Berufsgruppe einander gegenübergestellt. Liegen die standardisierten Fehlzeiten 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 4,3 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 2,5 AU-Tagen). 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 3,2 AU-Tagen) und die IT- und Kommunikationsberufe (Abweichung 1,8 AU-Tagen).

Aber auch nach Standardisierung für Alter und Geschlecht gibt es weiterhin bedeutsame Unterschiede bei den Fehlzeiten zwischen den einzelnen Berufshauptgruppen. Das ist ein 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 krankheitsspezifischen 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 auf.

- Berufstätige, die v.a. mit Menschen arbeiten, sind besonders häufig von Fehlzeiten wegen psychischer Störungen betroffen (z.B. Erziehungs- und Gesundheitsberufe).

In **III** Diagramm 1.4.7 sind die AU-Tage nach den wichtigsten Diagnosehauptgruppen für die einzelnen Berufssegmente dargestellt. Nicht nur insgesamt, sondern auch bei den AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen, liegen wiederum die Reinigungsberufe mit durchschnittlich 903 AU-Tagen je 100 Beschäftigten an der Spitze. Dagegen wird nicht einmal ein Drittel dieses Wertes bei Beschäftigten in der Unternehmensführung und -organisation erreicht (225 AU-Tagen je 100 Beschäftigte). Fehlzeiten wegen Muskel- und Skeletterkrankungen sind vor allem bei Berufen mit einer relativ hohen körperlichen Beanspruchung bzw. Belastung (z.B. Fertigungsberufe, Bau- und Ausbauberufe etc.) zu finden.

Ein anderes Muster wird bei den Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen sichtbar – hier sind die Beschäftigten in den Sicherheitsberufen mit 438 AU-Tagen je 100 Beschäftigten am stärksten betroffen, gefolgt von den medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen sowie den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen (je 384 AU-Tagen je 100 Beschäftigte). Insbesondere solche Tätigkeiten, die auf die Interaktion mit Menschen abzielen und somit auch potenziell häufiger (zwischenmenschliche) Stresssituationen beinhalten, sind überdurchschnittlich von Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart betroffen. Zusätzlich spielt hier auch der wesentlich höhere Anteil beschäftigter Frauen in den besonders stark betroffenen Berufssegmenten eine Rolle (**III** Diagramm o.2.2).

Bei den AU-Tagen wegen 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 (373 AU-Tagen je 100 Beschäftigte), die Land-, Forst- und Gartenbauberufe (354 AU-Tagen je 100 Beschäftigte) sowie die Verkehrs- und Logistikberufe (326 AU-Tagen je 100 Beschäftigte).

Eine detaillierte Darstellung des AU-Geschehens auf Ebene einzelner Berufe zeigt die **III** Tabelle 1.4.1. Darin aufgeführt sind jeweils die zehn Berufsgruppen, die im Jahr 2019 die meisten bzw. wenigsten Fehlzeiten bezogen auf die AU-Tage insgesamt aufweisen. Mit durchschnittlich 29,8 AU-Tagen je Beschäftigten stehen die in der Bau- und Transportgeräteführung Tätigen an der Spitze der Rangliste.

Diagramm 1.4.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufshauptgruppen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2019)

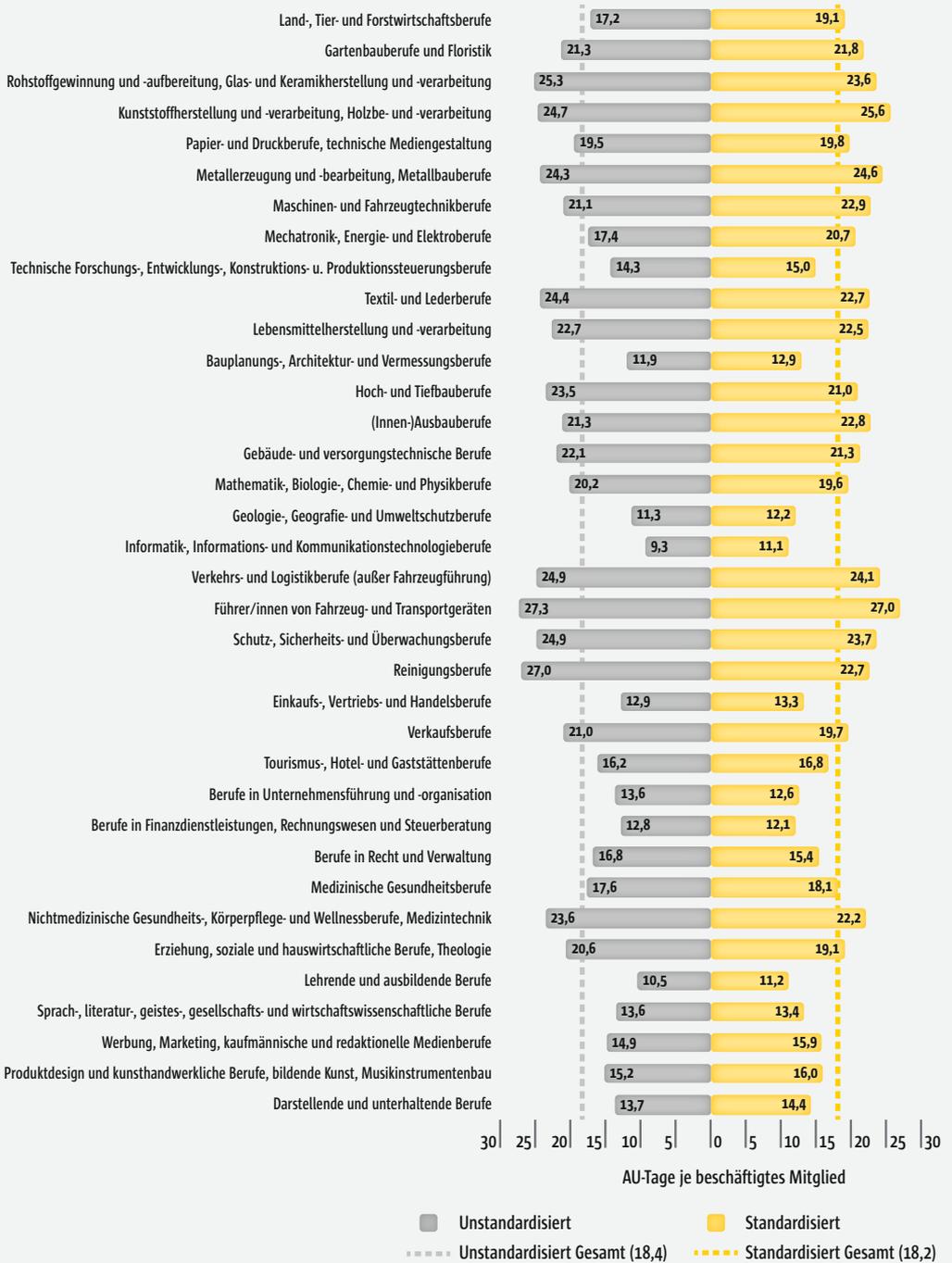
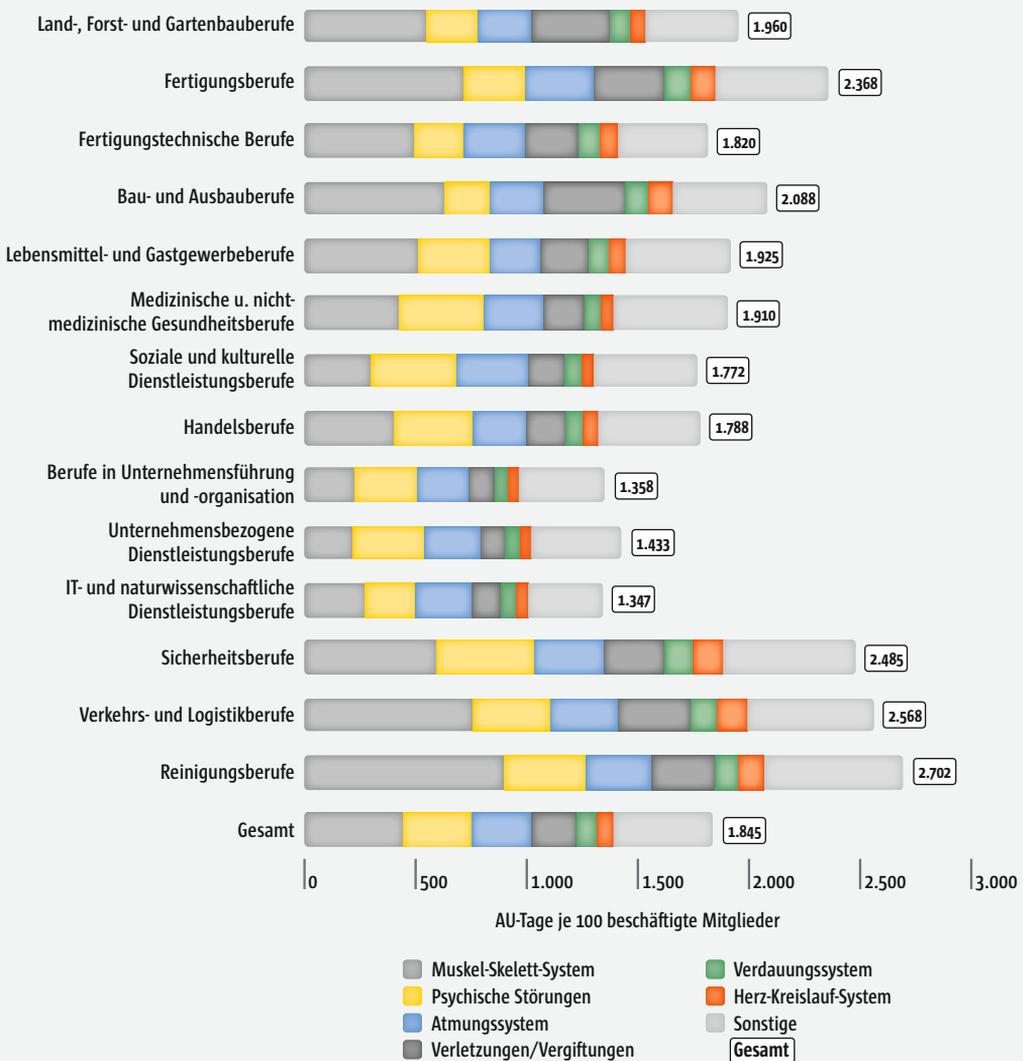


Diagramm 1.4.7 Arbeitsfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)



Weitere dieser zehn Berufe mit den meisten Fehltagen kommen aus der Gruppe der Fertigungsberufe und der Verkehrs- und Logistikberufe. Auch die in der Altenpflege 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 4,9 AU-Tagen ha-

ben wie im Vorjahr Beschäftigte mit Lehr- und Forschungstätigkeiten an Hochschulen die wenigsten Fehltagen – 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.

Nicht nur bei den AU-Tagen, sondern auch bei den AU-Fällen zeigen sich deutliche Differenzen – so unterscheidet sich die Berufsgruppe mit der

Tabelle 1.4.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2019)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		je Fall
525	Bau- und Transportgeräteführung	1.677	29.777	17,8
241	Metallerzeugung	1.880	29.463	15,7
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	1.788	29.264	16,4
821	Altenpflege	1.569	28.958	18,5
281	Textiltechnik und -produktion	1.761	28.481	16,2
512	Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur	2.004	28.377	14,2
514	Servicekräfte im Personenverkehr	1.867	28.111	15,1
213	Industrielle Glasherstellung und -verarbeitung	1.807	27.627	15,3
521	Fahrzeugführung im Straßenverkehr	1.338	27.206	20,3
243	Metalloberflächenbehandlung	1.788	27.136	15,2
	Gesamt	1.381	18.447	13,4
922	Öffentlichkeitsarbeit	861	8.610	10,0
271	Technische Forschung und Entwicklung	933	8.591	9,2
411	Mathematik und Statistik	873	8.539	9,8
814	Human- und Zahnmedizin	726	8.379	11,6
711	Geschäftsführung und Vorstand	556	7.931	14,3
434	Softwareentwicklung und Programmierung	905	7.886	8,7
914	Wirtschaftswissenschaften	744	7.870	10,6
944	Theater-, Film- und Fernsehproduktion	675	7.837	11,6
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	815	7.625	9,4
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	511	4.861	9,5

geringsten Fallzahl (Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen: 0,5 AU-Fälle je Beschäftigten) um fast das Vierfache von derjenigen mit der höchsten Fallzahl (Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur: 2,0 AU-Fälle je Beschäftigten). Gleiches gilt für die durchschnittliche Falldauer: Dauert ein Krankheitsfall von Beschäftigten im Bereich Softwareentwicklung und Programmierung im Schnitt 8,7 Tage je Fall, so ist die Falldauer bei der Fahrzeugführung im Straßenverkehr im Mittel mehr als doppelt so lang (20,3 Tage je Fall). Neben dem Alter und dem Geschlecht spielen für die beobachteten Differenzen vor allem berufsspezifische

Arbeitsbelastungen und -beanspruchungen eine wesentliche Rolle, die sich in den folgenden krankheitsspezifischen Auswertungen widerspiegeln.

In »»» Tabelle 1.4.2 sind jeweils die zehn Berufsgruppen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen dargestellt. Hier sind wiederum die Beschäftigten der Bau- und Transportgeräteführung mit durchschnittlich 10,2 AU-Tagen je Beschäftigten auf Platz 1 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 Be-

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 2019)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		je Fall
525	Bau- und Transportgeräteführung	431	10.172	23,6
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	442	9.618	21,8
241	Metallerzeugung	467	9.542	20,4
213	Industrielle Glasherstellung und -verarbeitung	431	9.484	22,0
243	Metalloberflächenbehandlung	453	9.362	20,7
281	Textiltechnik und -produktion	436	9.343	21,4
512	Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur	491	9.214	18,8
541	Reinigung	350	9.028	25,8
214	Industrielle Keramikherstellung und -verarbeitung	447	8.772	19,7
221	Kunststoff- und Kautschukherstellung und -verarbeitung	434	8.730	20,1
	Gesamt	223	4.489	20,1
432	IT-Systemanalyse, IT-Anwendungsberatung und IT-Vertrieb	87	1.190	13,8
731	Rechtsberatung, -sprechung und -ordnung	89	1.129	12,6
924	Redaktion und Journalismus	77	1.018	13,3
814	Human- und Zahnmedizin	52	980	18,9
944	Theater-, Film- und Fernsehproduktion	69	912	13,2
434	Softwareentwicklung und Programmierung	79	894	11,3
816	Psychologie und nicht ärztliche Psychotherapie	57	889	15,5
922	Öffentlichkeitsarbeit	64	819	12,9
914	Wirtschaftswissenschaften	65	722	11,2
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	37	437	11,7

rufe gilt dabei gleichermaßen ein hoher Anteil an körperlich beanspruchender Tätigkeit und der daraus resultierenden Krankheitslast in Form der berichteten Fehltagel. Umgekehrt zeigt sich, dass vor allem Berufe aus den Bereichen Dienstleistungen und Geisteswissenschaften mit einer meist nur geringen körperlichen Beanspruchung in der Tätigkeit die Liste der Berufe mit den wenigsten AU-Tagen aufgrund 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 Fehltagel im Vergleich zu den Be-

rufen mit den meisten AU-Tagen aufweisen. Ähnlich wie bei den AU-Tagen insgesamt zeigen sich hier ebenfalls deutliche Unterschiede in der Krankheitsdauer mit Ausprägungen zwischen 11,2 und 25,8 Tagen je Fall über alle betrachteten Berufe hinweg.

Die Auflistung der Berufe mit den meisten bzw. wenigsten Fehltagel aufgrund psychischer Störungen ist in **III** 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) und die Verkehrs- und Logistikberufe (Servicekräfte im Personenverkehr, Fahrzeugführung im Eisenbahnverkehr),

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 2019)

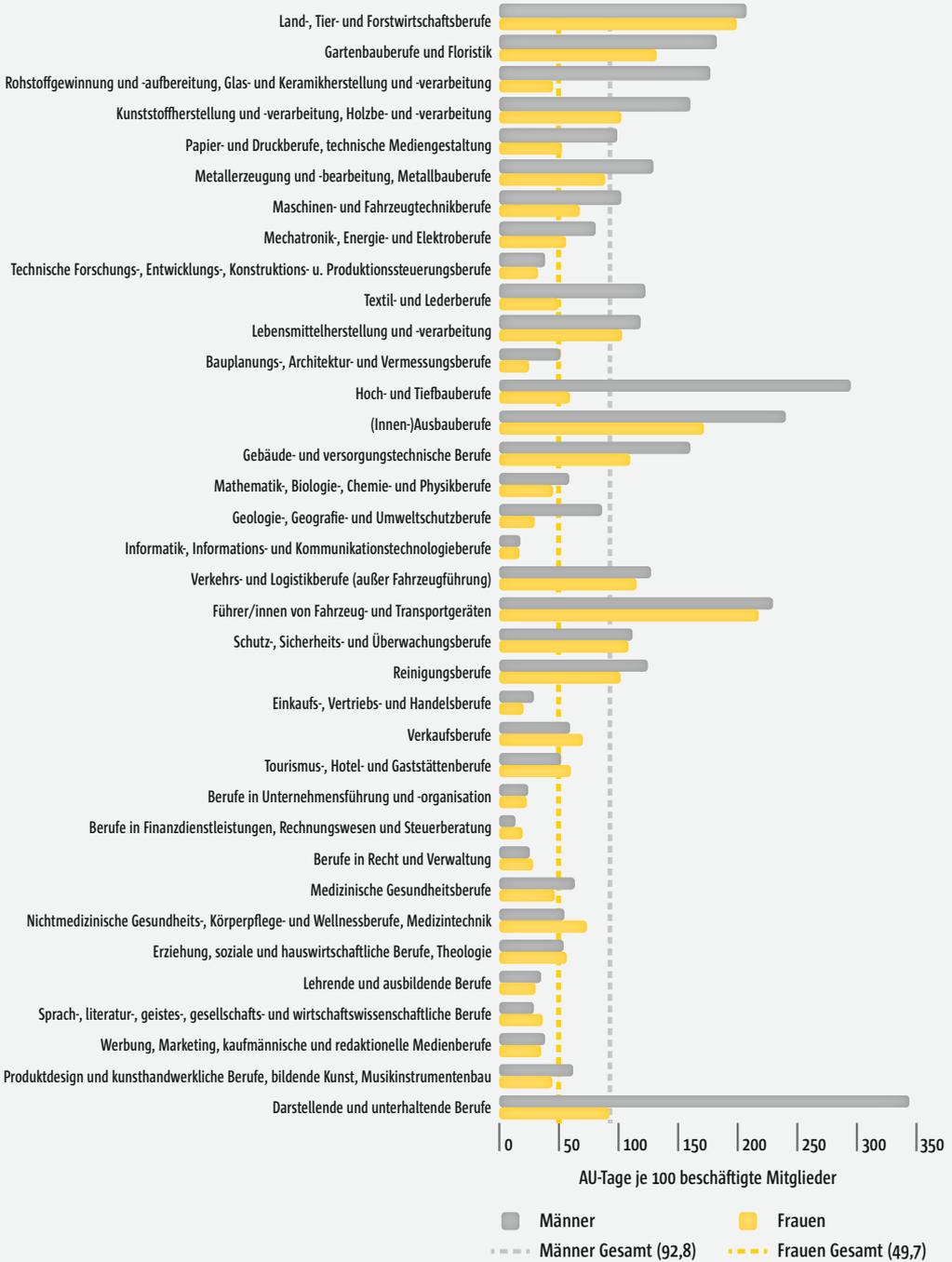
KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		je Fall
821	Altenpflege	142	6.149	43,4
514	Servicekräfte im Personenverkehr	167	5.604	33,5
115	Tierpflege	114	5.274	46,3
831	Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	122	4.556	37,3
522	Fahrzeugführung im Eisenbahnverkehr	150	4.488	30,0
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	111	4.478	40,3
531	Objekt-, Personen-, Brandschutz, Arbeitssicherheit	109	4.405	40,2
621	Verkauf (ohne Produktspezialisierung)	95	4.284	45,2
832	Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	98	4.248	43,3
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	102	4.213	41,2
	Gesamt	80	3.097	38,6
941	Musik-, Gesangs- und Dirigententätigkeiten	67	1.476	21,9
814	Human- und Zahnmedizin	37	1.457	38,9
331	Bodenverlegung	40	1.425	35,3
333	Aus- und Trockenbau, Isolierung, Zimmerei, Glaserei, Rollladen- und Jalousiebau	38	1.416	37,1
291	Getränkeherstellung	60	1.350	22,6
261	Mechatronik und Automatisierungstechnik	47	1.335	28,7
271	Technische Forschung und Entwicklung	38	1.236	32,3
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	30	972	31,9
523	Fahrzeugführung im Flugverkehr	26	525	19,9
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	15	437	28,8

die besonders häufig Fehlzeiten 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 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.

Wie bereits bei den Wirtschaftsgruppen werden in **III** 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

Diagramm 1.4.8 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Arbeitsunfälle nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



Berufen mit einem höheren Arbeitsunfallrisiko sind v.a. bei den männlichen Beschäftigten deutlich überdurchschnittliche Werte zu finden. 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 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 Arbeitsbedingungen und die damit verbundene körperliche und psychische Beanspruchung und Belastung Einfluss 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, einzubeziehen. 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

- Betriebe mit weniger als 10 Beschäftigten weisen die durchschnittlich niedrigsten krankheitsbedingten Ausfallzeiten (17,1 AU-Tage je Beschäftigten) auf.
- Gleichzeitig ist in solchen Kleinstunternehmen Betriebliche Gesundheitsförderung besonders wichtig, da hier der Ausfall einzelner Beschäftigter meist schlechter als in größeren Betrieben kompensiert werden kann.

Neben der Betrachtung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Wirtschafts- und Berufsgruppen stehen noch weitere arbeitsweltliche Indikatoren für

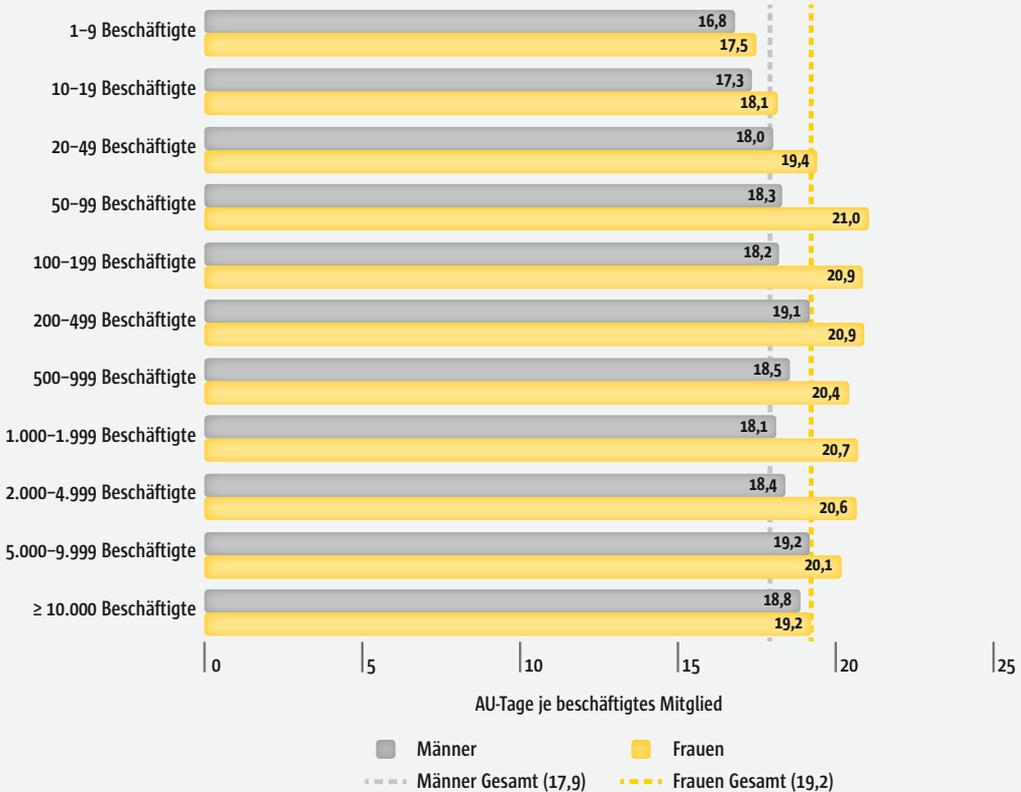
eine differenzierte Betrachtung zur Verfügung. Eines dieser Merkmale ist die Betriebsgröße eines Unternehmens, gemessen an der Anzahl der dort Beschäftigten. Daneben erschließen sich über den Tätigkeitsschlüssel des Beschäftigten noch weitere Auswertungsmöglichkeiten. So kann z.B. zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigten mit und ohne befristetem Arbeitsvertrag, nach dem Anforderungsniveau der Tätigkeit, der Wahrnehmung einer Aufsichts- bzw. Führungsfunktion sowie der Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) unterschieden werden.

Betriebsgröße

In **»»** Diagramm 1.4.9 sind die AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht zu sehen. Mit zunehmender Betriebsgröße nehmen auch die durchschnittlichen Fehlzeiten kontinuierlich zu. Der Maximalwert von insgesamt 19,9 AU-Tagen je Beschäftigten (Männer: 19,1 AU-Tage; Frauen: 20,9 AU-Tage) ist bei einer Betriebsgröße von 200–499 Berufstätigen zu finden und geht dann mit zunehmender Mitarbeiteranzahl wieder leicht zurück. Insbesondere bei der kleinsten sowie der größten Klasse zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen Männern und Frauen, während diese Geschlechtsdifferenz in mittelgroßen Betrieben wesentlich ausgeprägter ist. In Betrieben mit weniger als 10 Beschäftigten sind insgesamt die mit Abstand geringsten Fehlzeiten zu finden (17,1 AU-Tage je Beschäftigten), gefolgt von der Klasse mit 10–19 Beschäftigten (17,8 AU-Tage je Beschäftigten). In solchen Kleinstunternehmen sind es die kürzeren und direkten Kommunikationswege sowie ein engerer Zusammenhalt, die sich vermutlich positiv auf die Fehlzeiten auswirken. Andererseits gibt es bei wenigen Beschäftigten im Unternehmen meist keine oder nur wenige Angebote zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, wie auch der **»»** BKK Gesundheitsatlas 2019⁶ zeigen konnte. Nur 20,6% der Betriebe mit weniger als 10 Beschäftigten bieten BGF-Maßnahmen an, während dieser Anteil in großen Unternehmen bei 65,5% liegt. Insbesondere in den Kleinstbetrieben kann aber ein langandauernder Krankheitsfall personell meist nur schlecht kompensiert werden. Deshalb ist BGF gerade für kleine und mittlere Betriebe ein wichtiger Baustein, um konkurrenz- und arbeitsfähig zu bleiben.

6 a.a.O., Diagramm 2.1.7; S.57

Diagramm 1.4.9 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

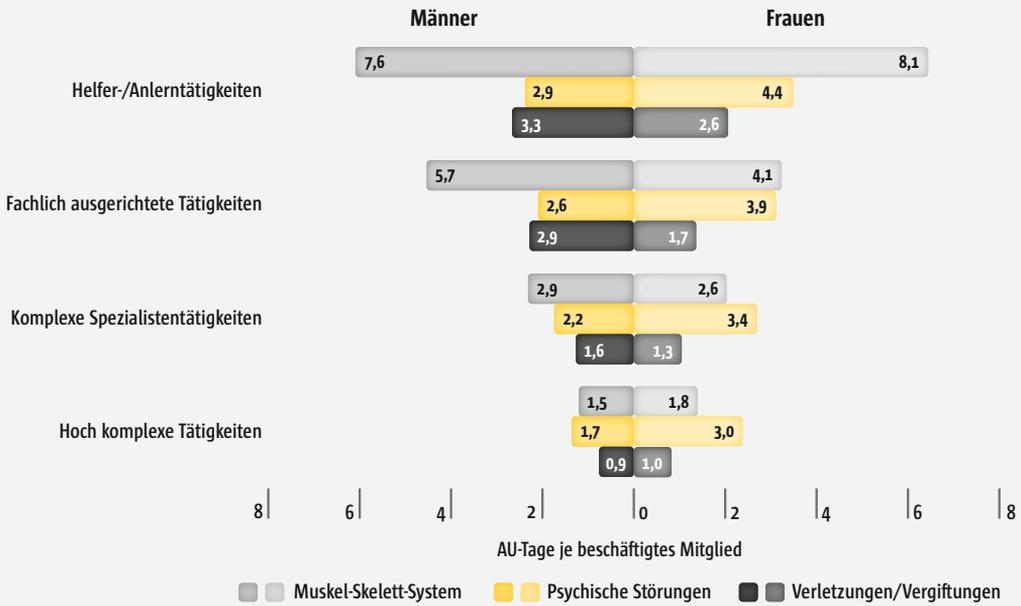
- Beschäftigte mit fachlich anspruchsvollen bzw. komplexen Tätigkeiten haben im Vergleich zu Erwerbstätigen mit Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten vor allem weniger Fehlzeiten aufgrund von körperlichen Erkrankungen.

Mit dem Anforderungsniveau sind in der Regel bestimmte schulische und berufliche Bildungsabschlüsse verbunden. So stehen zum Beispiel fachlich ausgerichtete Tätigkeiten meist mit einem Berufsabschluss in Verbindung, hoch komplexe Tätigkeiten werden dagegen in der Regel von Hochschulabsolventen ausgeführt. Insofern sind hier gewisse Überschneidungen zur Betrachtung des AU-Geschehens nach dem höchsten Berufsabschluss (»»» Diagramm 1.2.14) erkennbar.

Entsprechend wird in »»» Diagramm 1.4.10 ein ähnliches Muster sichtbar – die AU-Tage nehmen ins-

gesamt 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 Männern fast das Fünffache der Fehlzeiten auf, wie die Beschäftigten mit einer hoch komplexen Tätigkeit. Eine Ursache hierfür ist, dass mit steigendem Komplexitätsgrad der Tätigkeit die körperlich beanspruchenden und belastenden Arbeitsanteile abnehmen. Auch für die Fehlzeiten aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen lässt sich ein ähnlicher Zusammenhang aufzeigen. Bei den AU-Tagen aufgrund psychischer Erkrankungen ist zwar ebenfalls eine tendenzielle Abnahme 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

Diagramm 1.4.10 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



kein entsprechender Zuwachs bei den AU-Tagen zu beobachten ist, liegt wahrscheinlich vor allem daran, dass Beschäftigte in hochkomplexen Tätigkeiten meist über mehr Ressourcen, wie z.B. einen höheren Handlungs- und Entscheidungsspielraum, freiere Zeit- und Arbeitsgestaltung, bessere Bezahlung usw. zum Ausgleich solcher Belastungen verfügen.

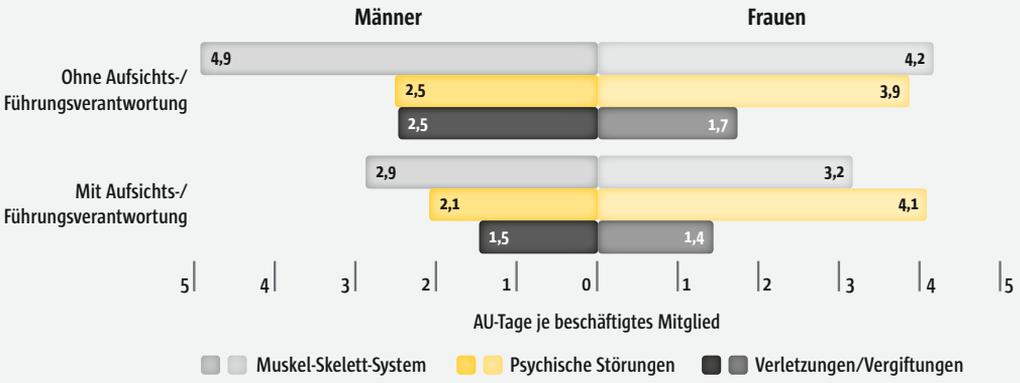
Aufsichts- und Führungsverantwortung

- Beschäftigte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung weisen insgesamt weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten als andere Fachkräfte auf.
- Die geringsten Unterschiede zeigen sich zwischen beiden Beschäftigtengruppen bei den AU-Tagen aufgrund von psychischen Störungen.

Etwas mehr als jedes zwanzigste beschäftigte BKK Mitglied (5,7%) übt eine Tätigkeit mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung aus, wobei Männer mehr als doppelt so häufig wie Frauen eine solche berufliche Position innehaben (7,9% vs. 3,1%). In **III** Diagramm 1.4.11 sind die AU-Tage für die drei wichtigsten Krankheitsarten der Beschäftigten mit und ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung gegenüber-

gestellt. Über alle Diagnosen hinweg zeigt sich sowohl bei den Männern (12,7 vs. 18,3 AU-Tage je Beschäftigten) als auch bei den Frauen (16,9 vs. 19,3 AU-Tage je Beschäftigten), dass Beschäftigte mit Führungsverantwortung weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten aufweisen, als solche ohne Führungsverantwortung. Am größten ist dieser Unterschied für beide Geschlechter bei den Muskel- und Skeletterkrankungen, wobei die Differenz bei den Männern deutlich höher ausfällt als bei den Frauen. Zu vermuten ist, dass der Anteil der körperlich beanspruchenden und belastenden Tätigkeiten bei den sonstigen Fachkräften deutlich höher ist und dadurch auch mehr Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart anfallen. Ebenfalls in gleicher Richtung, wenn auch nicht so stark ausgeprägt, zeigt sich dieser Effekt bei den Verletzungen und Vergiftungen. Eine Ausnahme bilden auch hier die psychischen Störungen: Der Unterschied zwischen Beschäftigten mit bzw. ohne Führungsverantwortung ist nur sehr gering ausgeprägt bzw. tritt bei den beschäftigten Frauen sogar mit umgekehrtem Vorzeichen auf. Das Ergebnis überrascht dennoch wenig, sind doch (auch) Führungskräfte besonderen psychosozialen Beanspruchungen und Belastungen ausgesetzt.

Diagramm 1.4.11 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

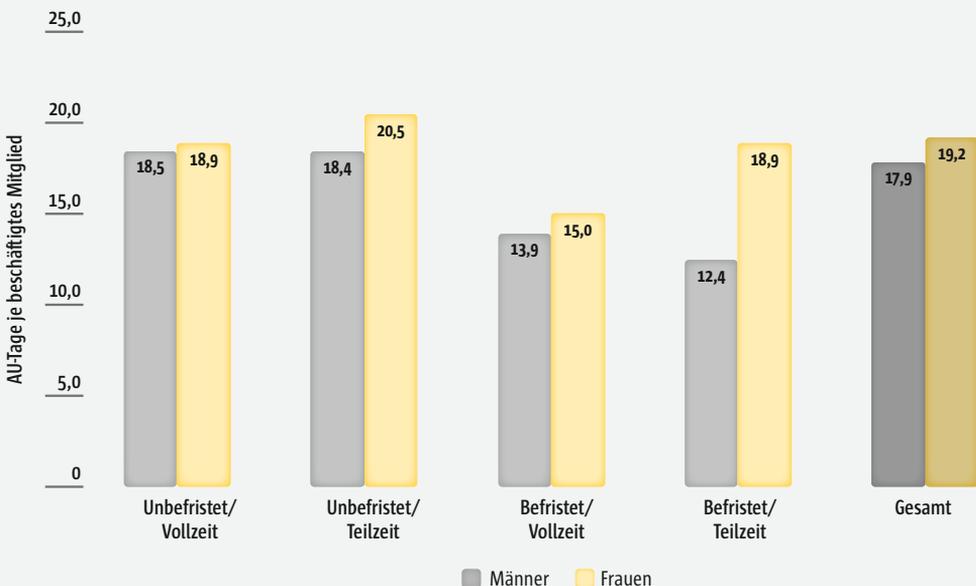


Vertragsform

Auch die Vertragsform hat einen nicht unerheblichen Einfluss auf das AU-Geschehen der Beschäftigten, wie in **III** Diagramm 1.4.12 zu sehen ist. Insgesamt haben die unbefristet angestellten Beschäftigten mehr Fehltagetage als diejenigen mit einem befristeten Arbeitsverhältnis (19,0 vs. 15,3 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 Übernahmekancen im Sinne einer Entfristung erhoffen. Als ein weiterer Grund ist deren wesentlich niedrigeres Durchschnittsalter (30,9 Jahre)

Diagramm 1.4.12 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



im Vergleich zu den anderen hier dargestellten Gruppen (40,7 bis 46,4 Jahre) anzuführen, das mit niedrigeren Fehlzeiten einhergeht (»» Diagramm 1.2.1).

Nach wie vor bilden Frauen die überwiegende Mehrheit der befristet bzw. unbefristet Teilzeitbeschäftigten (77,6% bzw. 84,7%). 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 vorherrschenden Rollenaufteilung und Doppelbelastung zusammen, da sich meist die Frauen um die Erziehung der Kinder oder die Betreuung von (erkrankten) Angehörigen kümmern und entsprechend verkürzt arbeiten gehen.

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 dieses Kapitels widmen wir uns der Frage, inwieweit die Anstellung über eine Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) im Zusammenhang mit dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der Beschäftigten steht. Zunächst sei angemerkt, dass lediglich 1,7% 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 Mehrzahl Männer, wobei diese etwas jünger als Beschäftigte mit einer regulären Anstellung sind.

Wie in »» Diagramm 1.4.13 zu erkennen ist, weisen sowohl die Männer als auch die Frauen, die über eine Arbeitnehmerüberlassung beschäftigt sind, mehr Fehlzeiten auf als solche mit einer regulären Anstellung. Leiharbeiter sind häufiger von Fehltagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen und von Verletzungen und Vergiftungen betroffen. Auch Fehlitage aufgrund psychischer Störungen treten vermehrt bei Leiharbeitenden im Vergleich zu regulären Beschäftigten auf. Es ist zu vermuten, dass Leiharbeiter trotz gleicher Tätigkeit einer höheren Arbeitsbelastung insbesondere aufgrund wechselnder Arbeitsstätten ausgesetzt sind. Zudem wirkt sich vermutlich 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, ist in »» Diagramm 1.4.14 zu sehen. Während bei einigen Berufsgruppen die regulär Angestellten mehr krankheitsbedingte Fehlzeiten als solche mit einer Arbeitnehmerüberlassung aufweisen (z.B. Verkehrs- und Logistikberufe oder Reinigungsberufe), ist es bei anderen Berufen genau umgekehrt (z.B. Bau- und Ausbauberufe sowie medizinische und nichtmedizinische Gesundheitsberufe). Neben den unterschiedlichen Arbeitsbedingungen und Belastungen in den einzelnen Berufsgruppen spielt sicherlich auch der 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.

Diagramm 1.4.13 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

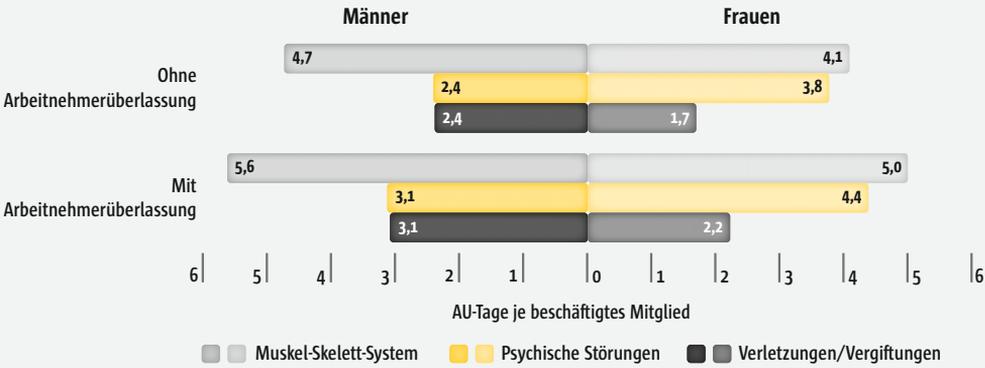
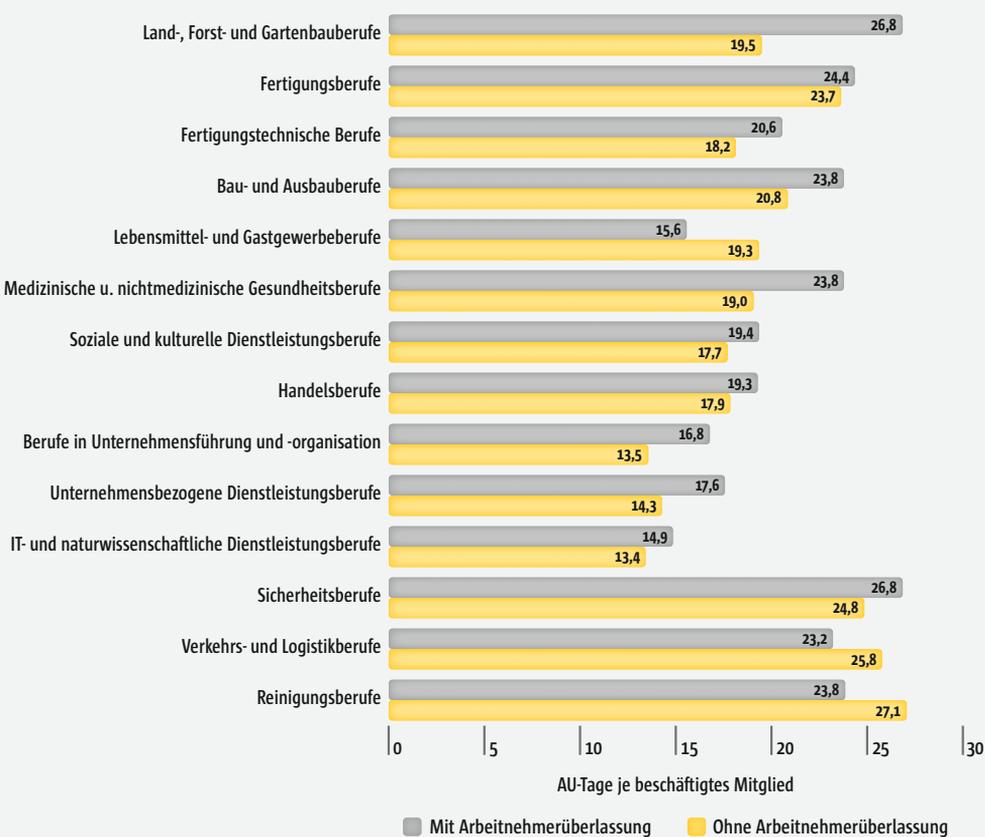
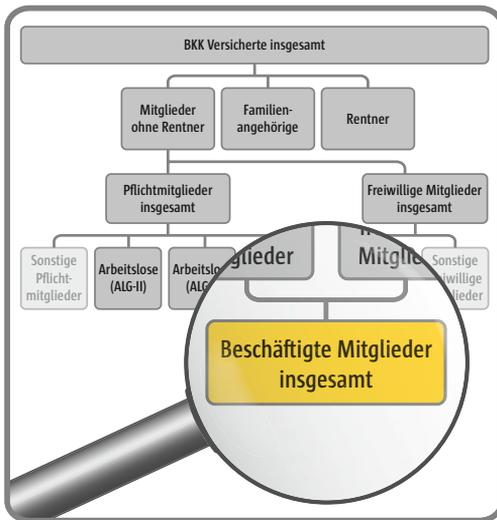


Diagramm 1.4.14 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2019)



1.5 Schwerpunktthema Mobilität – Arbeit – Gesundheit



1.5.1 Einleitung

Bevor im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas auf die Zusammenhänge zwischen den Pendlermerkmalen und dem AU-Geschehen eingegangen wird, werden zunächst die methodischen Grundlagen der zugrundeliegenden Berechnungen sowie Zusammenhänge mit ausgewählten soziodemografischen Merkmalen der Beschäftigten dargestellt. Diese bilden dabei nicht nur die Grundlage für die Einordnungen der Zusammenhänge von Mobilität und Gesundheit im Kontext des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens, sondern auch für alle weiteren betrachteten Leistungsbereiche bezogen auf die beschäftigten Mitglieder.

Methodische Grundlagen

Zur Darstellung der geografischen Mobilität⁷ finden für die folgenden Analysen im Wesentlichen zwei Merkmale Anwendung. Zum einen handelt es sich hierbei um den **Pendlerstatus der Beschäftigten**. Dabei wird ein Beschäftigter der Gruppe der **Pendler** zugeordnet, wenn Wohn- und Arbeitsort nicht im selben Kreis liegen, im umgekehrten Fall wird der Beschäftigte der Gruppe der **Nichtpendler** zugeordnet. Zur Ermittlung dieser Zuordnung wird der sogenannte **Kreisschlüssel**⁸ verwendet, der eine Differenzierung bis auf die Ebene der Landkreise bzw. kreisfreien Städte ermöglicht.

Ein zweites Merkmal, das vorrangig zur Beschreibung des Pendlergeschehens Verwendung findet, ist die **mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Arbeitsort**, deren Berechnung auf Basis der jeweiligen fünfstelligen Postleitzahl erfolgt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass rund 1% der beschäftigten Mitglieder aufgrund fehlender Angaben zur Berechnung der Mobilität nicht in die Analysen einbezogen werden können. Hierzu zählt auch eine kleine Gruppe Beschäftigter, deren Wohnort oder Arbeitsort außerhalb Deutschlands liegt.

Bezieht sich die Betrachtung der Wegstrecke auf **alle Beschäftigten**, unabhängig vom Pendlerstatus, so findet der Begriff **mittlere Entfernung** Anwendung. Beziehen sich die berichteten Kennzahlen hingegen ausschließlich auf die Gruppe der **Pendler**, so wird der Begriff **Pendlerentfernung** verwendet.

7 Weitere Aspekte, wie z.B. die soziale bzw. berufliche Mobilität (sozioökonomische Veränderungen i.S. von Auf- bzw. -abstieg bzgl. Stellung im Beruf, Berufswechsel etc.) oder auch geografische Mobilität i.S. von Wohnortwechsel werden im Rahmen dieser Analysen nicht betrachtet.

8 Der fünfstellige Kreisschlüssel basiert auf dem amtlichen Gemeindecodeschlüssel: https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/_inhalt.html

Mobilitätsmerkmale der Beschäftigten

- 44,0% der beschäftigten Mitglieder sind im Jahr 2019 der Gruppe der Pendler zuzuordnen, wobei dieser Anteil bei den Männern mit 48,0% höher als bei den Frauen (39,0%) ausfällt.
- Die mittlere Entfernung zwischen Wohn- und Arbeitsort für alle Beschäftigten beträgt im Jahr 2019 25,9 Kilometer, für die Gruppe der Pendler ist die Pendlerentfernung mit durchschnittlich 50,6 Kilometern fast doppelt so groß.
- Die Pendleranteile nehmen bis ins mittlere Erwachsenenalter stetig zu und bis zum Renteneintrittsalter kontinuierlich ab, während die Pendlerentfernung bis auf die jüngste und die älteste Altersgruppe nahezu unverändert bleibt.
- Mit zunehmenden Alter werden die Geschlechtsunterschiede größer: Beschäftigte Männer pendeln häufiger und legen gleichzeitig größere Pendlerentfernungen zurück als Frauen.

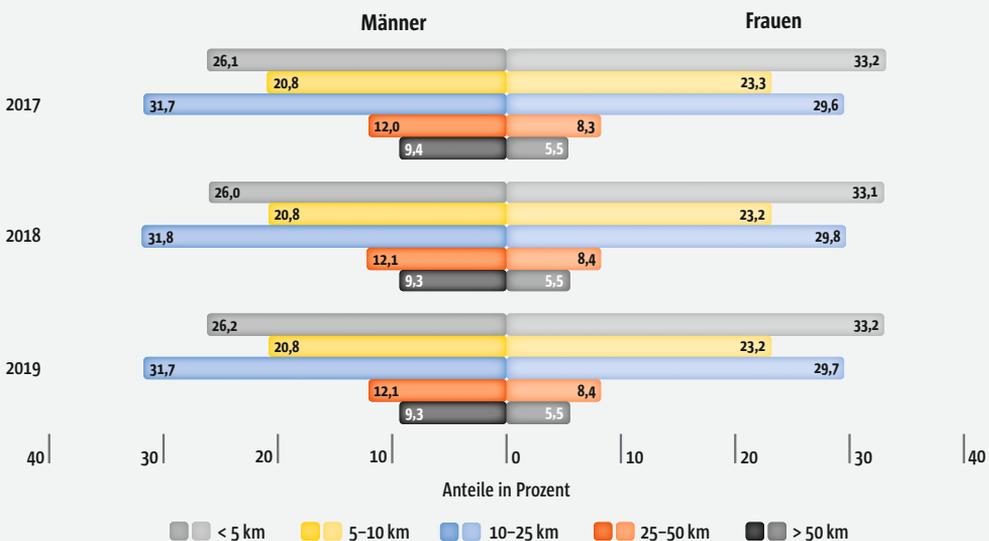
In **III** Diagramm 1.5.1 sind zunächst die Anteile aller Beschäftigten (Pendler und Nichtpendler) nach Entfernungskategorien zwischen Wohn- und Arbeitsort⁹ und Geschlecht für die Jahre 2017 bis 2019 dargestellt.

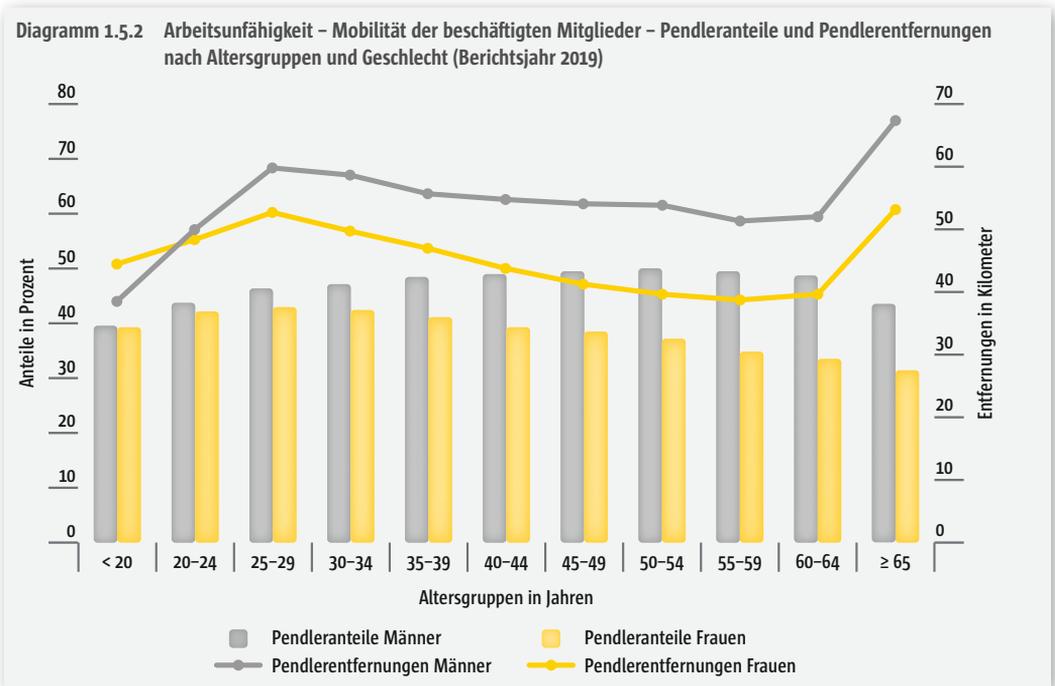
9 Die Kategorien entsprechen denen der Auswertungen des Statistischen Bundesamtes auf Basis des Mikrozensus 2016. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/pendler1.html>

Es ist zu erkennen, dass die Anteile in den Jahren 2017 bis 2019 relativ stabil geblieben sind. Bezogen auf die letzten drei Jahre liegt die Entfernung zwischen Wohn- und Arbeitsort bei mehr als der Hälfte (51,0% bis 51,2%) aller beschäftigten Mitglieder unterhalb von 10 Kilometern, wobei die Frauen (56,3% bis 56,6%) häufiger als die Männer (46,7% bis 47,0%) in dieser Entfernungskategorie vertreten sind. Bei etwas mehr als vier von zehn beschäftigten Mitgliedern (41,1% bis 41,4%) liegt die Entfernung zwischen Wohn- und Arbeitsort bei einer Strecke zwischen 10 bis unter 50 Kilometer. Hier sind es hingegen die Männer (43,7% bis 43,9%), die einen deutlich höheren Anteil als die Frauen (29,6% bis 29,8%) aufweisen. Nur ein geringer Teil der beschäftigten Mitglieder (7,6% bis 7,7%) pendelt mehr als 50 Kilometer zwischen Wohn- und Arbeitsort, Männer (9,3% bis 9,4%) deutlich häufiger als Frauen (5,5%).

Insgesamt 44,0% aller beschäftigten BKK Mitglieder zählen im Jahr 2019 zur Gruppe der Pendler, d. h. Wohn- und Arbeitsort liegen nicht im gleichen Landkreis. Dabei ist der Anteil der Pendler bei den Männern mit 48,0% größer als bei den Frauen (39,0%) ausgeprägt. Die Pendler unter den beschäftigten Mitgliedern legen dabei im Jahr 2019 durchschnittlich 50,6 Kilometer zwischen Wohn- und Arbeitsort zurück, wobei die Männer hier ebenfalls höhere Werte als die Frauen aufweisen (54,2 vs. 45,1 Kilometer).

Diagramm 1.5.1 Arbeitsunfähigkeit – Mobilität der beschäftigten Mitglieder – mittlere Entfernungen zwischen Wohn- und Arbeitsort nach Geschlecht (2017–2019)





In **III** Diagramm 1.5.2 sind die Pendleranteile sowie die Pendlerentfernungen der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht dargestellt.

Wie sich schon bei der vorhergehenden Betrachtung angedeutet hat, liegen bei fast allen Altersgruppen sowohl die Pendleranteile als auch die Pendlerentfernungen bei den Männern über den entsprechenden Werten der Frauen, wobei die Unterschiede zwischen den Geschlechtern mit zunehmendem Alter sogar noch anwachsen. So liegen die Pendleranteile der Männer in der Altersgruppe der 60- bis 64-jährigen mit 48,7% mehr als 15 Prozentpunkte über dem Anteil der Frauen in der gleichen Altersgruppe (33,4%). Ein ähnliches Muster ist auch für die Pendlerentfernungen zu erkennen. Auf zwei interessante Phänomene soll an dieser Stelle noch hingewiesen werden: In der jüngsten Alterskohorte (< 20 Jahre) sind sowohl die Pendleranteile als auch die Pendlerentfernungen mit am niedrigsten ausgeprägt. Vermutlich spielt hier die Gruppe der Auszubildenden eine große Rolle, deren Ausbildungsstätte meist noch in der mittelbaren Nähe der elterlichen Wohnung liegt. In den beiden folgenden Alterskohorten steigt sowohl der Anteil der Pendler als auch insbesondere die Pendlerentfernung deutlich an. Hier dürfte bei vielen der Berufseinstieg und das damit verbundene

verstärkte Pendelverhalten eine Rolle spielen. Das zweite Phänomen betrifft die Gruppe der über 65-jährigen. Während der Anteil der Pendler in dieser Gruppe mit 38,8% seinen niedrigsten Wert erreicht, ist gleichzeitig innerhalb dieser Gruppe mit einer Pendlerentfernung von 62,9 Kilometern der Höchstwert im Altersgruppenvergleich erreicht. Die Minderheit in dieser Gruppe, die noch pendelt, legt also eine vergleichsweise große Entfernung zurück, während sich bei der Mehrheit der über 65-jährigen (61,2%) der Arbeitsplatz in Wohnortnähe befindet.

- Allgemein gilt: Je höher der Schul- bzw. Berufsabschluss eines Beschäftigten, desto größer sind der Pendleranteil und die Pendlerentfernung.
- Beschäftigte freiwillige Mitglieder pendeln häufiger und legen dafür längere Entfernungen zurück als beschäftigte Pflichtmitglieder. Das Pendelverhalten und der Sozialstatus von Beschäftigten zeigen somit einen deutlichen Zusammenhang.

Die **III** Tabelle 1.5.1 ergänzt die Auswertungen nach soziodemografischen Merkmalen um weitere für die arbeitsweltliche Betrachtung relevante Indikatoren. Sowohl für den Schul- als auch den Berufsabschluss lässt sich zeigen, dass mit zunehmender Qualifika-

Tabelle 1.5.1 Arbeitsunfähigkeit – Mobilität der beschäftigten Mitglieder – Pendleranteile und Pendlerentfernungen nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen (Berichtsjahr 2019)

Merkmale	Ausprägungen	Pendleranteile			Pendlerentfernungen*		
		Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
		Anteile in Prozent			Entfernungen in Kilometer		
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	40,2	33,6	38,4	43,0	48,1	44,3
	Haupt-/Volksschulabschluss	45,1	33,9	41,5	39,9	34,4	38,4
	Mittlere Reife oder gleichwertig	47,2	37,4	42,3	50,8	36,5	44,4
	Abitur/Fachabitur	54,8	45,2	50,1	63,1	50,7	57,5
	Abschluss unbekannt	25,5	14,0	22,1	69,0	84,9	72,3
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	40,4	35,9	38,5	43,9	42,4	43,3
	Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	47,5	37,9	43,0	47,1	36,2	42,5
	Meister/Techniker oder gleichwertig	53,8	42,3	50,8	48,0	38,3	45,9
	Bachelor	55,7	48,8	52,4	71,3	61,5	66,7
	Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	57,7	47,2	53,2	66,0	56,2	62,1
	Promotion	58,2	50,8	55,2	77,4	70,5	74,7
	Ausbildung unbekannt	46,2	37,8	42,3	73,8	64,8	70,0
Versichertenstatus	Beschäftigte Pflichtmitglieder	45,0	38,1	41,6	53,0	44,3	49,0
	Beschäftigte freiwillige Mitglieder	58,4	50,8	56,9	58,2	54,4	57,5
Gesamt		48,0	39,0	44,0	54,3	45,1	50,6

* Die Berechnung bezieht sich ausschließlich auf die Gruppe der Pendler.

tion sowohl der Anteil der Pendler als auch die damit in Verbindung stehende Pendlerentfernung zunimmt, wobei der bereits beobachtete Geschlechtseffekt – Männer pendeln häufiger und legen dabei längere Strecken zurück – für nahezu alle Abschlusstypen gilt. So liegt der Anteil der Pendler unter den Beschäftigten mit einem (Fach-)Abitur nicht nur insgesamt +8,7 Prozentpunkte über dem der Beschäftigten mit Haupt-/Volksschulabschluss, Erstgenannte pendeln im Durchschnitt zwischen Wohn- und Arbeitsort auch eine um +19,1 Kilometer längere Strecke. Ein ähnliches Bild zeigt sich beim beruflichen Abschluss, wobei der Unterschied zwischen Beschäftigten mit Promotion und solchen mit einer beruflichen Ausbildung sogar noch etwas ausgeprägter ist (+12,2 Prozentpunkte bzw. +32,2 Kilometer).

Ob und in welchem Maße Beschäftigte bereit sind, große Entfernungen zwischen ihrem Wohnort und ihrem Arbeitsort in Kauf zu nehmen, hängt auch maßgeblich mit dem damit verbundenen Verdienst zusammen. In den für die Analysen zur Verfügung stehenden Daten liegen zwar keine Gehaltsangaben vor, allerdings lässt sich zumindest vereinfacht über die Zuordnung zu einer Versichertengruppe ein Bezug zum Einkommen herstellen. Die Unterscheidung nach beschäftigten freiwilligen Mitgliedern bzw. Pflichtmitgliedern erfolgt anhand der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 6 SGB V), die im Jahr 2019 bei einem Bruttojahreseinkommen von 60.750 Euro liegt. Beschäftigte, deren Gehalt oberhalb dieser Grenze liegt, sind freiwillig in der GKV versichert, da sie grundsätzlich die Option haben, in die PKV zu wechseln. In diesem Kontext sind die Unterschiede

der Pendleranteile (41,6% vs. 56,9%) und der Pendlerentfernungen (49,0 km vs. 57,5 km) zwischen beschäftigten Pflichtmitglieder und beschäftigten freiwilligen Mitgliedern einzuordnen. Dass hier auch ein deutlicher Zusammenhang mit dem Schul- und Berufsabschluss besteht, zeigt sich unter anderem daran, dass die beschäftigten freiwilligen Mitglieder insgesamt über einen höheren Bildungsgrad als die beschäftigten Pflichtmitglieder verfügen.

- In Landkreisen, die sich im direkten Umfeld von Großstädten bzw. industriellen Ballungszentren befinden, ist die Pendlerquote der Beschäftigten am größten.
- Für die Pendlerentfernungen zeigt sich ein klassisches Ost-West-Muster, wobei gleichzeitig auch die grenznahen Regionen in Westdeutschland und die Großstädte überdurchschnittliche Werte aufweisen.

Abschließend für diese einleitende Betrachtung des Pendlergeschehens der beschäftigten Mitglieder soll noch ein Blick auf die regionalen Unterschiede geworfen werden.

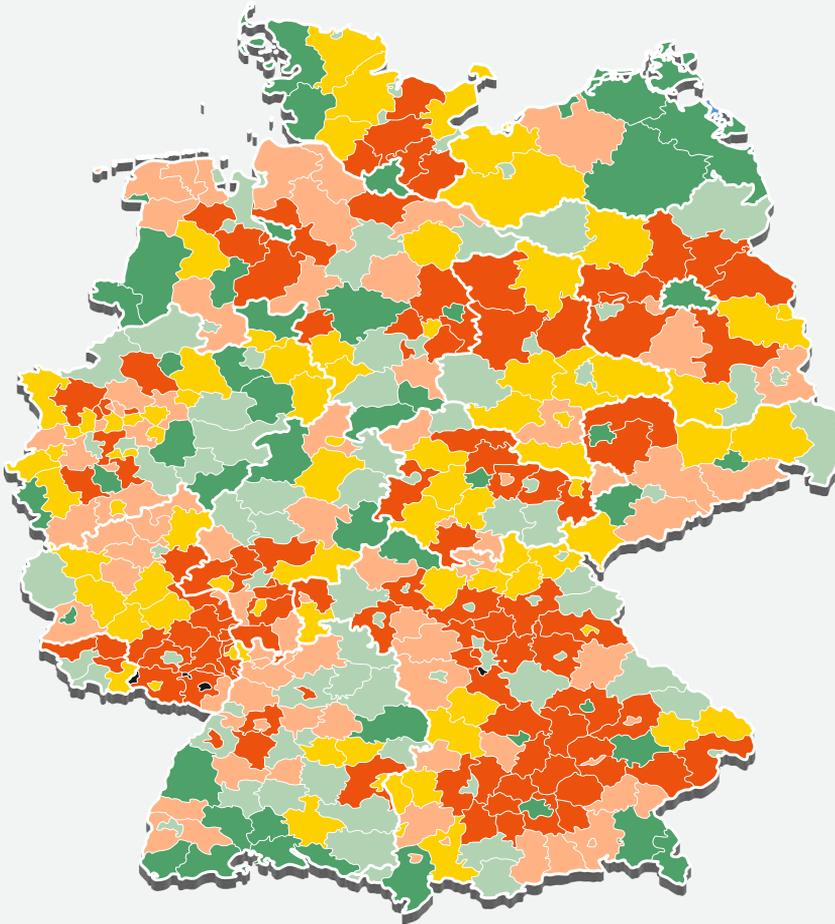
Das **III** Diagramm 1.5.3 stellt die Pendleranteile der Beschäftigten auf Landkreisebene dar. Auf den ersten Blick ist kein eindeutiges Muster erkennbar, bei genauerer Betrachtung wird jedoch deutlich, dass sich die Landkreise mit überdurchschnittlichen Pendleranteilen meist in direkter Nachbarschaft zu den großen Städten bzw. industriellen Ballungszentren finden. Gut zu erkennen ist dies beispielsweise im Umfeld von München, Berlin und Hamburg, wo ein Großteil der Beschäftigten aus den umliegenden Landkreisen einpendelt. Gleichzeitig zeigt sich in Regionen, die an keine solche Ballungsgebiete grenzen, eine meist (unter-)durchschnittliche Pendlerquote, wie z.B. in Mecklenburg-Vorpommern, Teilen von Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen sowie im südlichen Baden-Württemberg. Allerdings ist insbesondere in großflächigen Landkreisen nicht auszuschließen, dass Beschäftigte innerhalb dieser Kreise durchaus größere Entfernungen zur Arbeit zurücklegen, diese aber aufgrund der Berechnungsmethodik nicht als Pendler gezählt werden. Die zehn Landkreise mit den höchsten Pendlerquoten sind ausnahmslos in den Westbundesländern Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Bayern zu finden. Dabei hat der Rhein-Pfalz-Kreis mit einem Anteil von 85,0% den Spitzenplatz inne. Die geringsten Pendleranteile finden sich hingegen vor allem in städtisch geprägten Regionen, wobei in Berlin wohnhafte Be-

schäftigte mit einem Pendleranteil von 12,3% den niedrigsten Wert aufweisen.

Ergänzend zeigt das **III** Diagramm 1.5.4 die durchschnittlichen Pendlerentfernungen in Kilometer pro Landkreis, die die im **III** Diagramm 1.5.3 aufgezeigten Pendler zwischen Wohn- und Arbeitsort zurücklegen. Im Gegensatz zur vorhergehenden Abbildung lässt sich hier ein deutliches Muster erkennen. Zum einen legen die in Ostdeutschland wohnhaften Beschäftigten durchweg überdurchschnittliche Entfernungen zwischen Wohn- und Arbeitsort zurück. Gleiches gilt auch für die (wenigen) Pendler, die in Großstädten wie Hamburg, Berlin, München oder Köln wohnhaft sind sowie auch für eine Mehrheit der grenznahen Landkreise zu den europäischen Nachbarn. Berlin hat zwar den geringsten Anteil an Berufspendlern, gleichzeitig legen diese im Mittel aber mit 194 Kilometern den längsten Weg zwischen Wohn- und Arbeitsort zurück. Ein ähnlich hoher Wert zeigt sich auch in Hamburg (171,2 km). Dagegen liegt die mittlere Pendlerentfernung in Frankenthal (Rheinland-Pfalz) mit 22,1 Kilometern um ein Vielfaches niedriger. Diese überdurchschnittlich großen Pendlerentfernungen kommen vermutlich auch dadurch zustande, dass hier ein nicht unerheblicher Teil an Pendlern vertreten ist, die nicht täglich zwischen Wohn- und Arbeitsort (z.B. Wochenendpendler) wechseln.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Männer anteilmäßig nicht nur mehr pendeln, sondern zudem auch größeren Entfernungen zurücklegen. Dieser Unterschied zeigt sich nahezu durchgängig für alle Altersgruppen, wobei die Pendleranteile am Anfang und am Ende des Berufslebens jeweils am geringsten ausgeprägt sind. Einen positiven Zusammenhang gibt es ebenfalls mit der Höhe des Schul- und Berufsabschlusses und den Pendleranteilen bzw. -entfernungen. Je höher das Gehalt des Beschäftigten am Arbeitsort ist, desto höher ist auch die Mobilität, was sich an den Verhältnissen zwischen beschäftigten Pflichtmitgliedern und beschäftigten freiwilligen Mitgliedern zeigt. Letztere haben sowohl höhere Pendleranteile und legen gleichzeitig größere Strecken zwischen Wohn- und Arbeitsort zurück. Regional variieren die Pendleranteile zwar nach keinem eindeutigen Muster, allerdings wird erkennbar, dass in den an Großstädte oder Ballungszentren angrenzenden Landkreisen der Pendleranteil besonders hoch ist. Bezogen auf die Entfernungen, die die Pendler zurücklegen, gibt es hingegen einen eindeutigen Ost-West-Effekt sowie überdurchschnittliche Werte in den grenznahen Regionen.

Diagramm 1.5.3 Arbeitsunfähigkeit – Mobilität der beschäftigten Mitglieder – Pendleranteile nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2019)

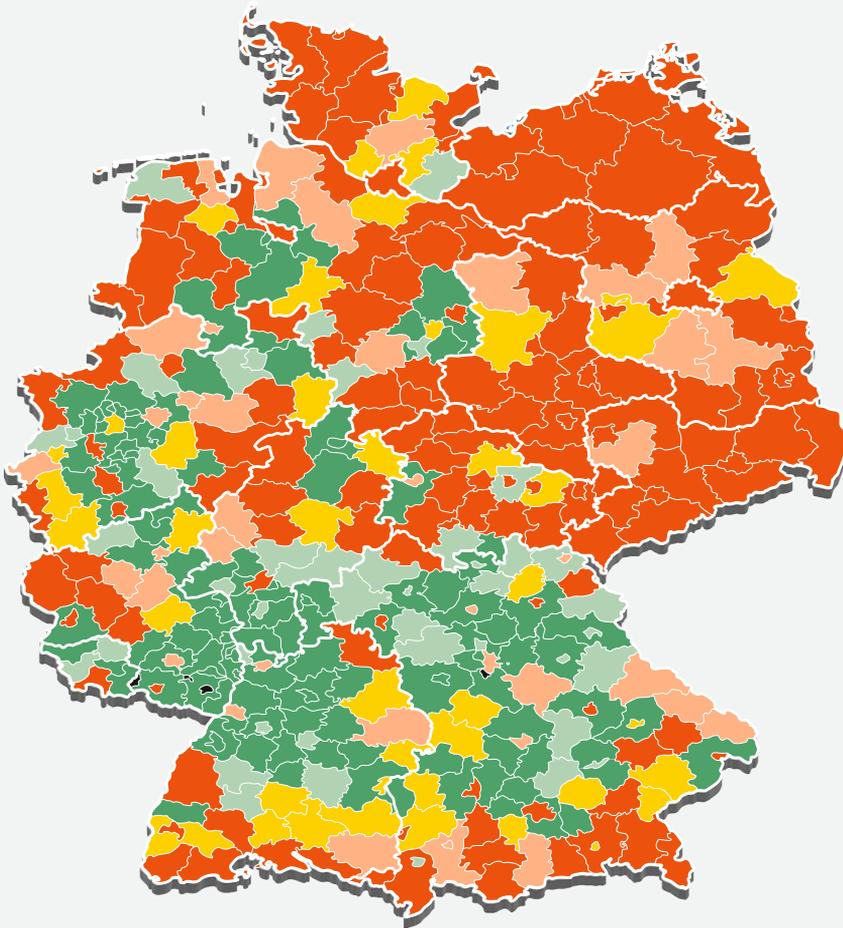


Prozentuale Abweichungen der Pendleranteile der beschäftigten Mitglieder vom Bundesdurchschnitt (44,0%)

- | | |
|--|--|
| ■ 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 zu geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

Diagramm 1.5.4 Arbeitsunfähigkeit – Mobilität der beschäftigten Mitglieder – Pendlerentfernungen nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2019)



Prozentuale Abweichungen der Pendlerentfernungen der beschäftigten Mitglieder vom Bundesdurchschnitt (50,6 Kilometer je Pendler)

- | | |
|--|--|
| ■ 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 zu geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

Allgemeine Zusammenhänge zwischen Pendlerstatus und AU-Geschehen

- Über nahezu alle Altersgruppen hinweg zeigt sich, dass Pendler tendenziell weniger AU-Tage als die Nichtpendler aufweisen. Ein ähnliches Muster wird auch bei der Betrachtung nach den wichtigsten Krankheitsarten sichtbar.
- Die Pendler unter den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern weisen im Mittel mehr AU-Tage als ihre nichtpendelnden Kollegen auf, bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern stellt sich hingegen das umgekehrte Bild dar.
- Pendler mit Wohnort in ostdeutschen bzw. ländlich geprägten Kreisen weisen im Mittel mehr Fehlzeiten als die Nichtpendler im gleichen Landkreis auf.

Einleitend sollen an dieser Stelle die wichtigsten allgemeinen Zusammenhänge zwischen dem AU-Geschehen und dem Pendlerstatus der Beschäftigten dargestellt werden.

In **III** Diagramm 1.5.5 wird der Zusammenhang zwischen dem Pendlerstatus und dem AU-Geschehen im Kontext des Alters der Beschäftigten sichtbar. Während für die AU-Fälle in keiner der betrachteten Altersgruppen ein substantieller Unterschied zwi-

schen Pendlern und Nichtpendlern feststellbar ist, zeigt sich für die AU-Tage ein anderes Bild. Über nahezu alle Altersgruppen hinweg liegen die durchschnittlichen AU-Tage je Beschäftigten in der Gruppe der Pendler unter denen der Nichtpendler. Besonders auffällig sind hier zwei Altersgruppen: In der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen wird mit einer Differenz von -1,9 AU-Tagen je Beschäftigten der größte Unterscheid zugunsten der Pendler erreicht, wohingegen einzig in der Gruppe der über 65-Jährigen ein Unterschied von +1,0 AU-Tagen zuungunsten der Pendler auftritt. Berücksichtigt man die für diese Altersgruppe überdurchschnittlich hohen Entfernungen mit gleichzeitig geringen Pendleranteilen (**III** Diagramm 1.5.2) so wirkt sich vermutlich trotz des *healthy worker effects* die zusätzliche Belastung durch das Pendeln in Kombination mit dem Alter hier stärker als in den jüngeren Kohorten aus.

In **III** Diagramm 1.5.6 sind die AU-Fälle und -Tage für die wichtigsten Krankheitsarten im Vergleich zwischen Pendlern und Nichtpendlern dargestellt. Auch hier zeigen sich größtenteils nur geringe Unterschiede im Zusammenhang mit dem Pendlerstatus der Beschäftigten, tendenziell weisen die Pendler wiederum weniger AU-Fälle bzw. AU-Tage als die Nichtpendler auf. Eine mögliche Ursache wurde bereits bei der Betrachtung der Pendleranteile nach

Diagramm 1.5.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus und Altersgruppen (Berichtsjahr 2019)

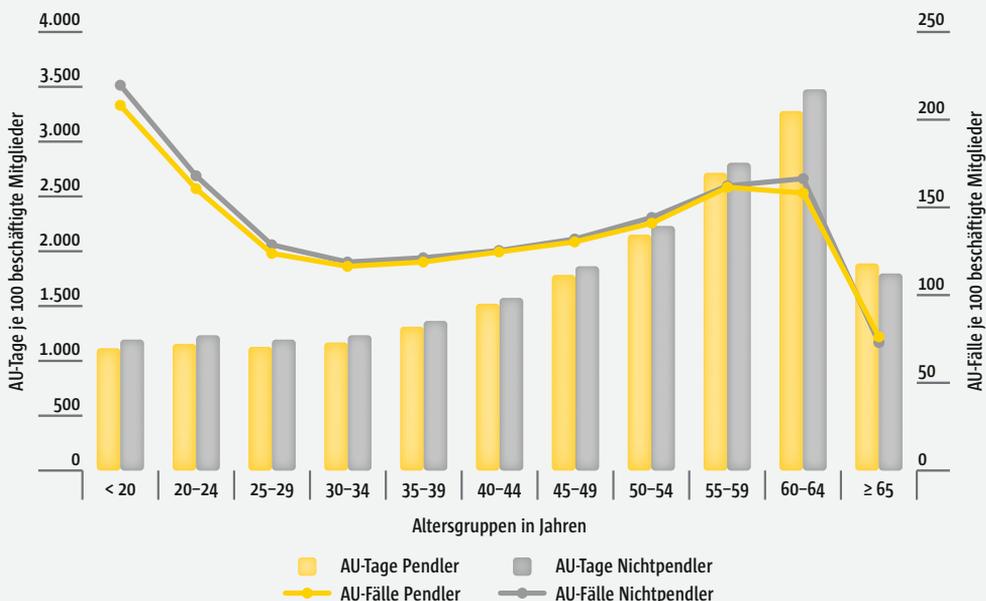
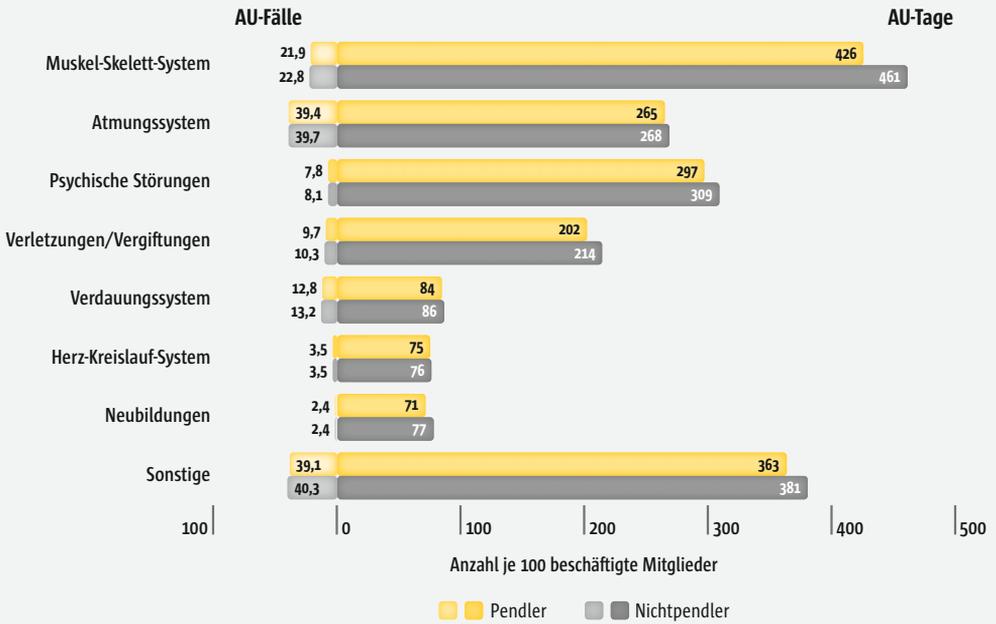


Diagramm 1.5.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)



soziodemografischen Merkmalen (»» Tabelle 1.5.1) deutlich: Pendler verfügen meist über einen besseren Schul- und Berufsabschluss als Nichtpendler. Des Weiteren ist der Anteil derjenigen mit einem überdurchschnittlichen Gehalt unter den Pendlern höher als unter den Nichtpendlern. Wie in »» Kapitel 1.2 zu sehen ist, handelt es sich bei diesen Gruppen um die mit den jeweils niedrigsten AU-Kennzahlen im Vergleich. So wird der vermeintlich negative Einfluss des Pendelns durch die positiv selektierte Subgruppe der Beschäftigten (hoher Schul-/Berufsabschluss, höheres Gehalt) vermutlich teilweise kompensiert.

In der Tendenz zeigt sich dieser Effekt im Vergleich zwischen beiden Versichertengruppen in »» Diagramm 1.5.7. Während bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern die Pendler bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen und den psychischen Störungen tendenziell weniger AU-Tage aufweisen, ist dieser Effekt bei den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern zuungunsten der Pendler für alle drei Krankheitsarten beobachtbar. Da der Anteil der beschäftigten freiwilligen Mitglieder an allen Beschäftigten eher gering (15,5%) ist, ist deren Einfluss auf die Gesamt-AU-Kennzahlen nur gering ausgeprägt. Dies ist bei der Interpretation der folgenden Auswertun-

gen, die meist für die Gruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt erfolgt, zu berücksichtigen.

Bei der Betrachtung der Krankheitsdauer im Zusammenhang mit dem Pendlerstatus zeigt sich, dass in der Gruppe der Nichtpendler tendenziell etwas mehr AU-Fälle und AU-Tage in die Kategorie der Langzeiterkrankungen mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen fallen (»» Diagramm 1.5.8). Dafür liegt der Anteil der AU-Fälle und -Tage mit einer Dauer von bis zu einer Kalenderwoche bei den Pendlern tendenziell höher als bei den Nichtpendlern.

Am Ende dieses Abschnittes soll noch ein Blick auf die regionalen Unterschiede im Zusammenhang zwischen AU-Tagen und Pendlerstatus geworfen werden (»» Diagramm 1.5.9).

Betrachtet werden hier die Differenzen der AU-Tage zwischen Pendlern und Nichtpendlern auf Ebene der Landkreise (Wohnort) der Beschäftigten. Es zeigt sich, dass die Mehrheit der Fälle, in der das Pendeln im negativen Zusammenhang mit den Fehlzeiten steht, in den ostdeutschen Bundesländern bzw. Landkreisen in ländlich geprägten Regionen auftritt. So steht der Landkreis Wittmund (Niedersachsen) mit einer Differenz von mehr als 7 AU-Tagen zwischen den Pendlern (25,9 AU-Tage je Beschäftigten) und den Nichtpendlern (18,6 AU-

Diagramm 1.5.7 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)

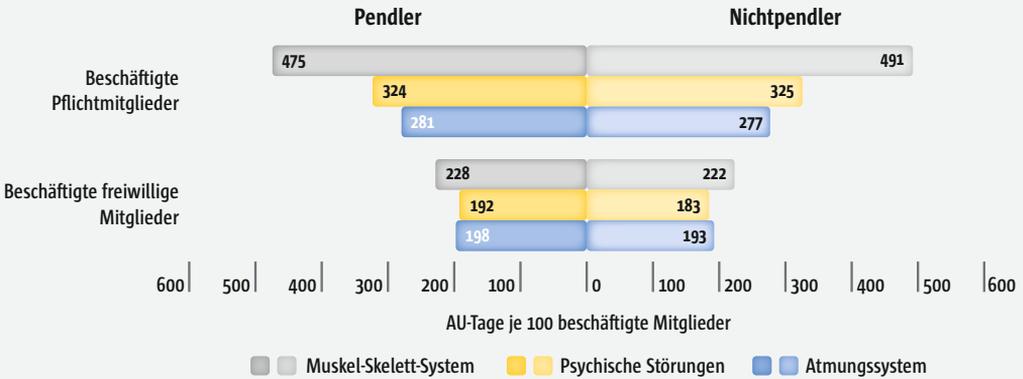
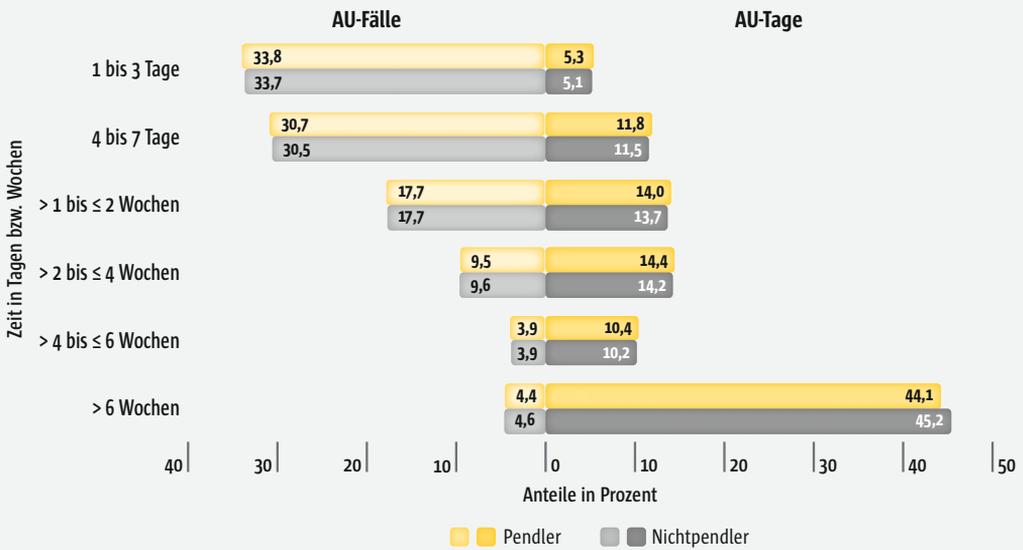


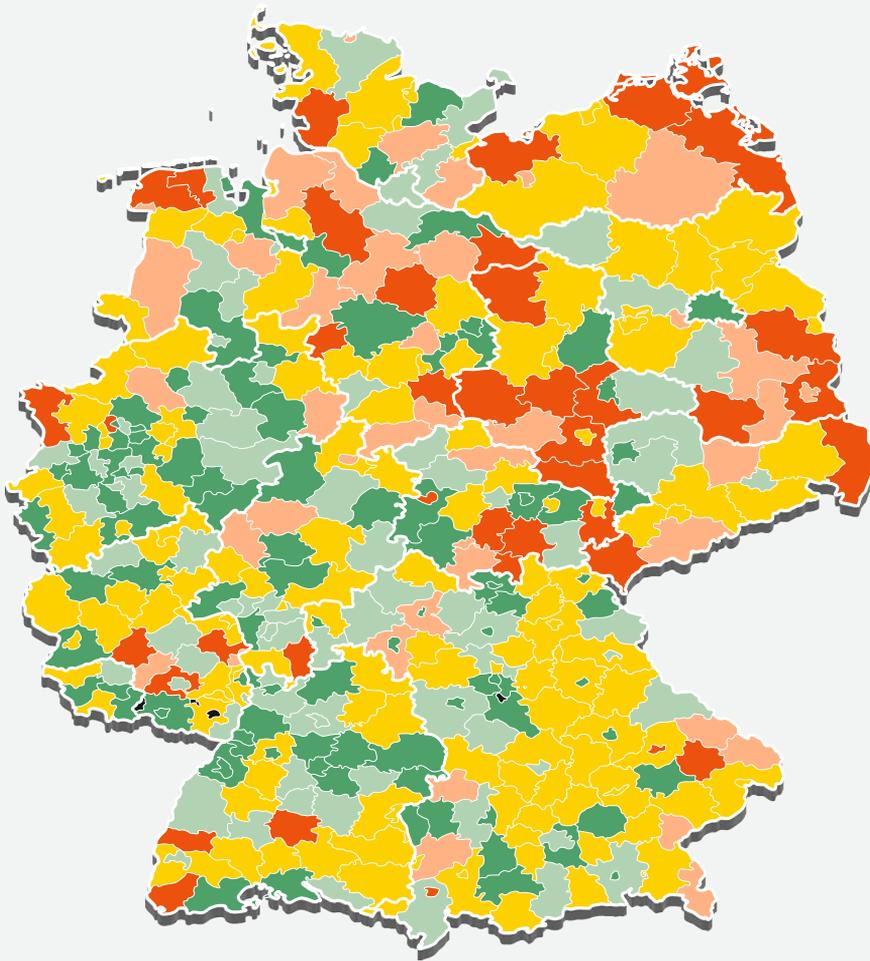
Diagramm 1.5.8 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus und Dauerklassen (Berichtsjahr 2019)



Tage je Beschäftigten) an der Spitze dieses Vergleichs. Beispielhaft für die ostdeutschen Bundesländer sei der Landkreis Anhalt-Bitterfeld (Sachsen-Anhalt) mit einer Differenz von 4,9 AU-Tagen je Beschäftigten zuungunsten der Pendler genannt.

Mit umgekehrten Vorzeichen und mehr als 8 AU-Tagen Unterschied stellt sich hingegen das Bild im Landkreis Trier-Saarburg (Rheinland-Pfalz) dar (Pendler: 15,8 vs. Nichtpendler: 23,9 AU-Tage je Beschäftigten).

Diagramm 1.5.9 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Differenzen der AU-Tage zwischen Pendlern und Nichtpendlern nach Landkreisen (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)



Differenzen der AU-Tage zwischen Pendlern und Nichtpendlern nach Landkreisen (Wohnort)

- über 2 AU-Tage weniger als Nichtpendler
- 2 AU-Tage weniger als Nichtpendler
- 1 AU-Tag mehr bzw. weniger als Nichtpendler
- 1 bis 2 AU-Tage mehr als Nichtpendler
- über 2 AU-Tage mehr als Nichtpendler
- keine Angaben*

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

Den nun folgenden Auswertungen nach den wichtigsten arbeitsweltlichen Merkmalen sind die jeweils zugehörigen Pendlermerkmale (Pendleranteile und Pendlerentfernungen) beschreibend vorangestellt. Damit lassen sich die dargestellten Zusammenhänge zwischen dem Pendler-

und dem AU-Geschehen bezogen auf die Mobilität der Beschäftigten besser einordnen und bewerten. Zudem dient die Charakterisierung der Gruppe der Pendler auch für die Schwerpunkteile der noch folgenden Kapitel zur zielgenaueren Interpretation der Ergebnisse.

1.5.2 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Mehr als die Hälfte aller Beschäftigten in den Wirtschaftsgruppen Information und Kommunikation sowie freiberufliche wissenschaftliche und technische Dienstleistungen sind Pendler. Dagegen liegt deren Anteil im Gastgewerbe nur bei etwas mehr als einem Viertel der dort Tätigen.
- Während Pendler im verarbeitenden Gewerbe oder in Erziehung und Unterricht weniger AU-Tage als die Nichtpendler aufweisen, zeigt sich im Bau- und im Gastgewerbe ein umgekehrtes Bild.
- Ähnliche Muster finden sich auch beim Vergleich der Fehlzeiten zwischen Pendlern und Nichtpendlern für Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen.
- Teilweise zeigen sich innerhalb einer Branche im Zusammenhang mit dem Wohnort des Beschäftigten regionale Unterschiede in den Fehlzeiten sowohl zugunsten als auch zuungunsten der Pendler.

Die folgenden arbeitsweltlichen Betrachtungen nehmen die Wirtschaftsgruppe des Unternehmens, in dem der Beschäftigte tätig ist, in den Fokus. Einleitend werden zunächst die Pendleranteile und die dazugehörigen Entfernungen zwischen Wohn- und Arbeitsort nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht dargestellt (»» Diagramm 1.5.10).

Die Pendleranteile zwischen den einzelnen Wirtschaftsgruppen schwanken zwischen 28,9% im Gastgewerbe und 57,1% im Bereich Information und Kommunikation. Gleiches gilt auch für die Pendlerentfernung, die sich zwischen durchschnittlich 32,6 Kilometer im Gesundheits- und Sozialwesen und 84,3 Kilometer im Bereich Information und Kommunikation bewegt. Für beide Merkmale wird der bereits mehrfach aufgezeigte Geschlechtsunterschied im Pendlerverhalten sichtbar. Mit mehr als 12,3 Prozentpunkten Unterschied stehen dabei die Beschäftigten im Bereich Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen an der Spitze (Männer: 48,5%; Frauen: 36,3%), mit nur 0,2 Prozentpunkten ist dieser Unterschied im Bereich Land- und Forstwirtschaft am geringsten (Männer: 29,1%; Frauen: 29,4%) ausgeprägt. Bezogen auf die durchschnittliche Pendlerentfernung sind es mit einer Differenz von 27,3 Kilometern die Beschäftigten in Kunst, Kultur und Unterhaltung, während der mit 4,3 Kilometern Differenz kleinste Geschlechtsunterschied in der Gruppe der sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen zu finden ist.

Wie sich das AU-Geschehen im Zusammenhang mit dem Pendlerstatus und dem Geschlecht in den

jeweiligen Wirtschaftsgruppen darstellt, zeigt das »» Diagramm 1.5.11. Insgesamt zeigt sich ein sehr heterogenes Bild. Zum einen gibt es Wirtschaftsgruppen, wie beispielsweise die Land- und Forstwirtschaft, das verarbeitende Gewerbe oder Erziehung und Unterricht, in denen die Pendler deutlich weniger AU-Tage als die Nichtpendler aufweisen. Auf der anderen Seite gibt es den umgekehrten Effekt, wie er unter anderem bei den Beschäftigten im Baugewerbe, im Gastgewerbe oder auch bei den privaten Haushalten sichtbar wird. Dabei zeigen sich auch innerhalb der einzelnen Wirtschaftsgruppen deutliche Geschlechtsunterschiede. Während Pendlerinnen im Bereich der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung durchschnittlich 3,5 AU-Tage je Beschäftigten weniger aufweisen als ihre nichtpendelnden Kolleginnen, beträgt der Unterschied bei den dort beschäftigten Männern gerade einmal 0,4 AU-Tage zugunsten der Pendler. Ein umgekehrter Effekt zeigt sich zum Beispiel im Gastgewerbe. Die dort beschäftigten männlichen Pendler weisen im Schnitt 3,0 AU-Tage mehr als ihre nichtpendelnden Kollegen auf, während dieser Unterschied bei den Frauen weniger als die Hälfte (1,4 AU-Tage je Beschäftigten) zuungunsten der Pendler beträgt.

Die Tätigkeit in verschiedenen Branchen geht häufig mit unterschiedlichen Beanspruchungen und Belastungen einher, wie im »» Kapitel 1.4 zur diagnosespezifischen Betrachtung des AU-Geschehens nach Wirtschaftsgruppen deutlich wurde. Im Zusammenhang mit dem Pendlerstatus werden in »» Diagramm 1.5.12 die AU-Tage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht betrachtet.

Ähnlich wie in der vorhergehenden Betrachtung gibt es auch hier Wirtschaftsgruppen, in denen die Pendler weniger AU-Tage im Vergleich zu den Nichtpendlern aufweisen. Dies ist beispielsweise in der Gruppe Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden mit einem durchschnittlichen Unterschied von einem AU-Tag je Beschäftigten zugunsten der Pendler der Fall. Umgekehrt verhält es sich hingegen im Baugewerbe: Hier weisen die Pendler im Vergleich zu den Nichtpendlern im Mittel 0,9 AU-Tage mehr aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen auf. Die Differenzen der Fehlzeiten zwischen Pendlern und Nichtpendlern innerhalb einer Wirtschaftsgruppe unterscheiden sich zudem zwischen Männern und Frauen mit teilweise wechselnden Vorzeichen. So weisen beispielsweise die pendelnden männlichen Beschäftigten in den sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen im Vergleich zu ihren nichtpendelnden Kollegen durchschnittlich +0,5 AU-Tage mehr aufgrund von

Diagramm 1.5.10 Arbeitsunfähigkeit – Mobilität der beschäftigten Mitglieder – Pendleranteile und Pendlerentfernungen nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

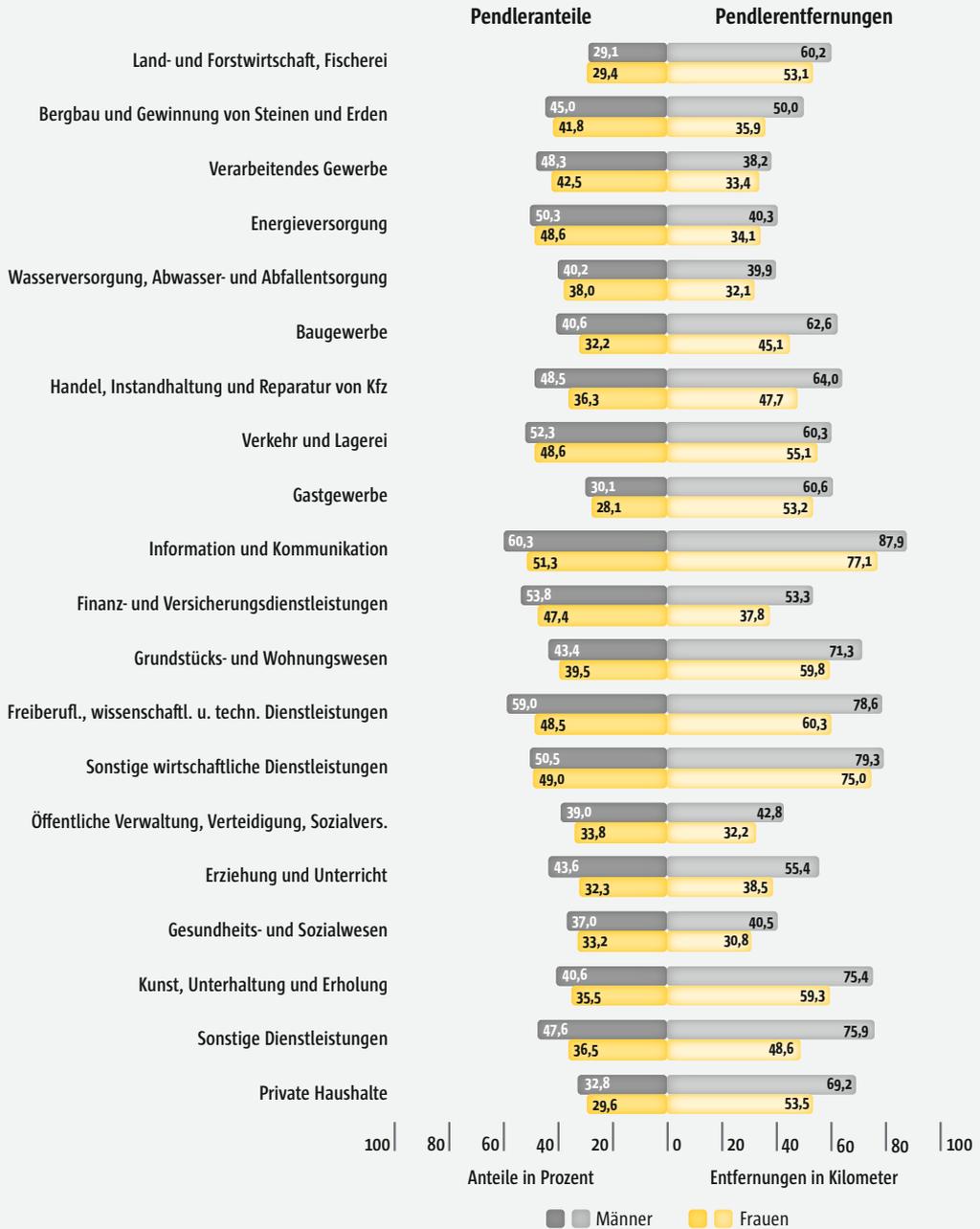


Diagramm 1.5.11 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

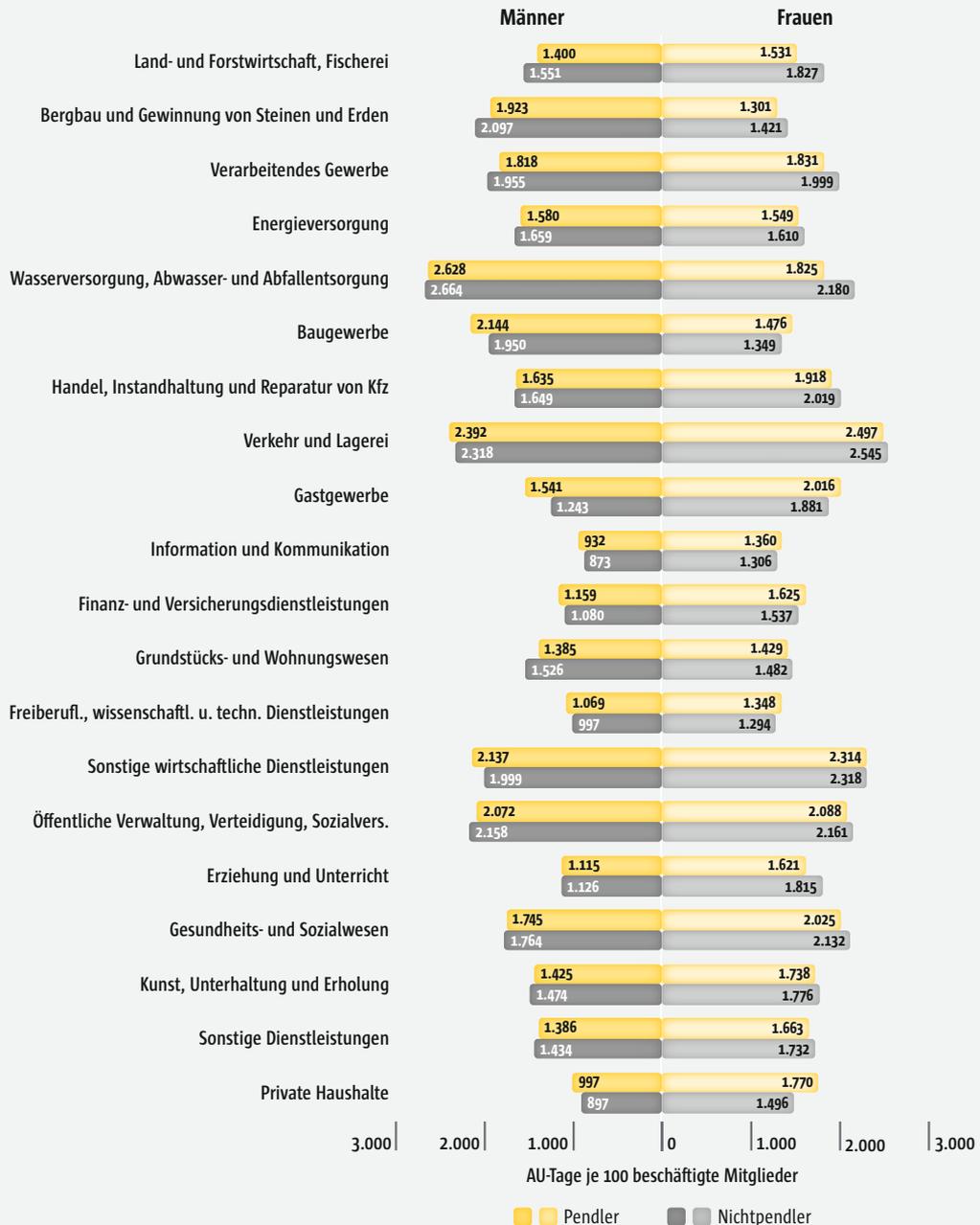


Diagramm 1.5.12 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Pendlerstatus, Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

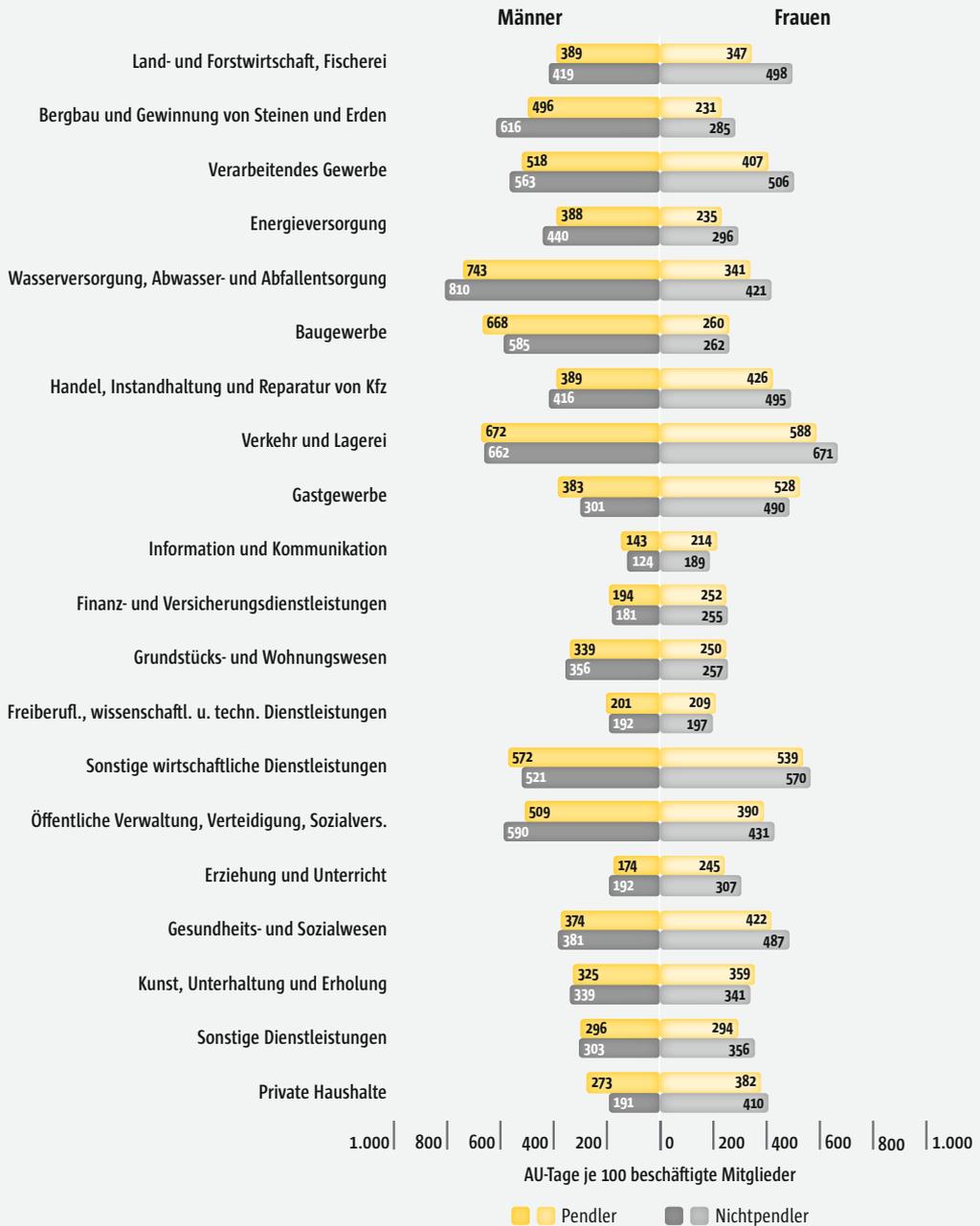


Diagramm 1.5.13 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Pendlerstatus, Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

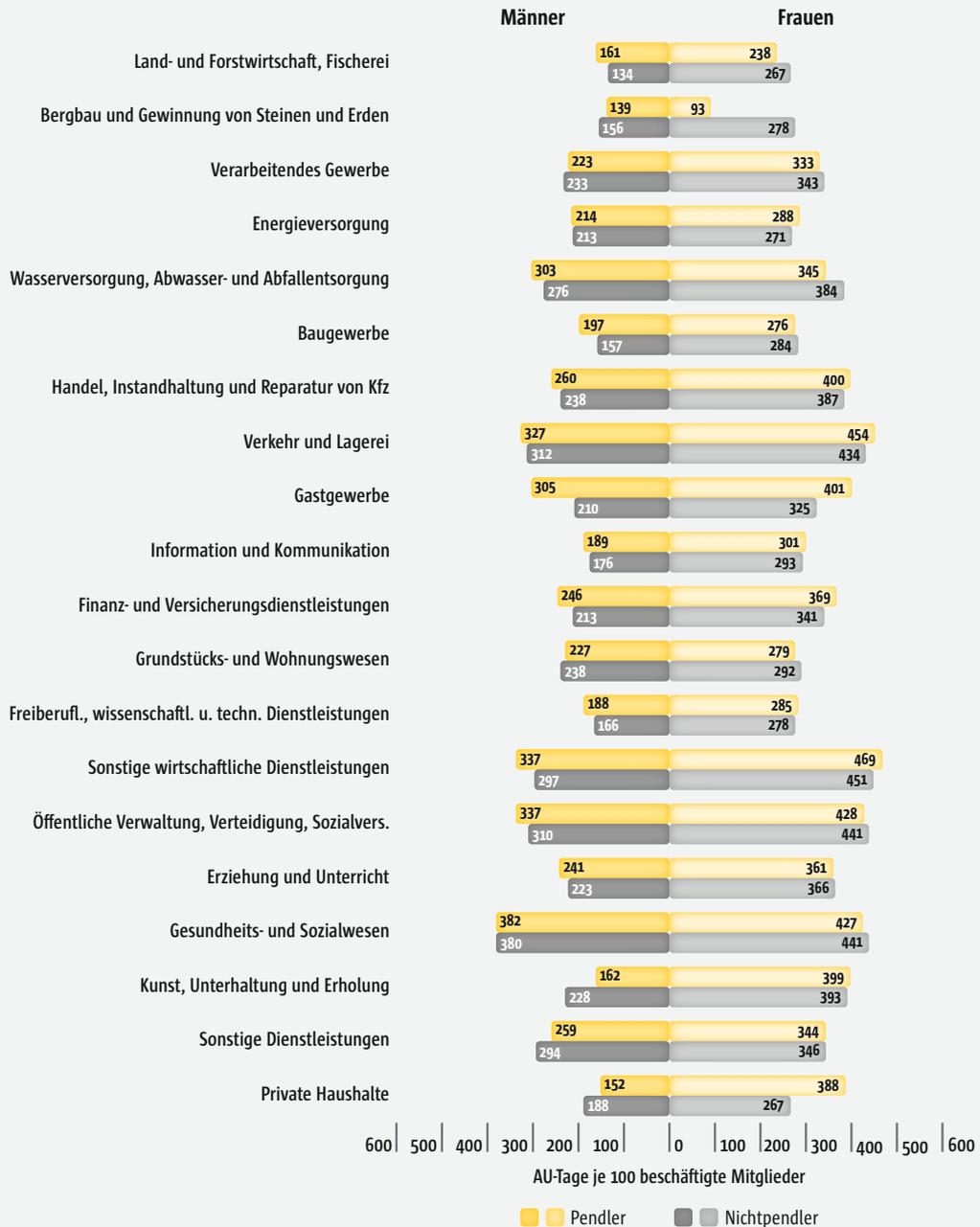
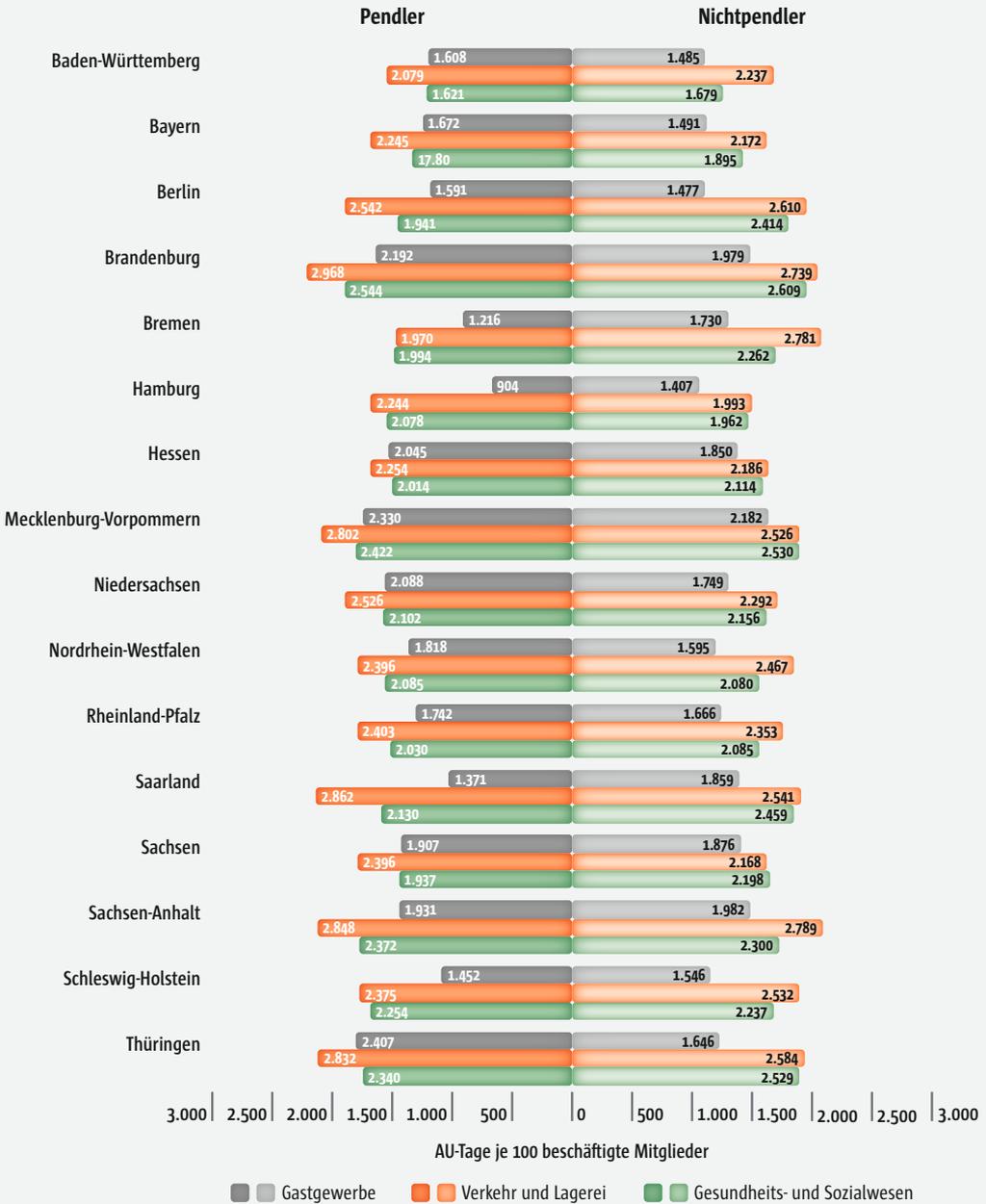


Diagramm 1.5.14 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Wirtschaftsabschnitten und Bundesländern (Berichtsjahr 2019)



Muskel-Skelett-Erkrankungen auf, während der Unterschied bei den Frauen mit $-0,3$ AU-Tagen umgekehrt zugunsten der Pendler ausfällt.

Ähnlich heterogen fällt das Bild bei der Betrachtung der Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen im Zusammenhang mit dem Pendlerstatus aus (»» Diagramm 1.5.13). Über alle Gruppen hinweg ist der Unterschied zwischen Pendlern und Nichtpendlern mit $-0,1$ AU-Tagen je Beschäftigten zugunsten der Pendler nahezu ausgeglichen. Aber auch hier gibt es branchenspezifische Unterschiede. Wiederum sind es die Beschäftigten im Gastgewerbe und in privaten Haushalten, wo die Pendler im Schnitt $+0,8$ bzw. $+0,9$ AU-Tage mehr als Nichtpendler aufweisen. In die umgekehrte Richtung zeigt sich der Effekt im Bereich Kunst, Kultur und Unterhaltung: Dort sind Pendler im Schnitt $-0,4$ AU-Tage weniger aufgrund psychischer Störungen als die Nichtpendler krankgeschrieben.

Wie bereits in »» Diagramm 1.5.9 deutlich wurde, gibt es durchaus beachtliche regionale Unterschiede zwischen den AU-Tagen von Pendlern bzw. Nichtpendlern. Das folgende »» Diagramm 1.5.14 nimmt abschließend die regionalen Variationen nach Pendlerstatus und ausgewählten Wirtschaftsgruppen in den Fokus.

Im Gastgewerbe sowie in Verkehr und Lagerei zeigt sich in der Mehrheit der Bundesländer (11 von 16), dass die AU-Tage der Pendler über denen der Nichtpendler liegen. Die Maximaldifferenz wird dabei für Beschäftigte im Gastgewerbe mit Wohnort in Thüringen erreicht. Über eine Kalenderwoche ($+7,6$ AU-Tage je Beschäftigten) sind die hier beschäftigten Pendler im Schnitt pro Jahr länger als ihre nichtpendelnden Kollegen krankgeschrieben. In der gleichen Branche lässt sich dagegen zum Beispiel für Hamburg ein Unterschied von $-5,0$ AU-Tagen zugunsten der Pendler feststellen. Ein anderes Muster zeigt sich für das Gesundheits- und Sozialwesen. Hier liegen in der Mehrheit der Bundesländer (12 von 16) die AU-Tage der Pendler unter denen der Nichtpendler. Mit $-4,7$ AU-Tagen je Beschäftigten ist der Unterschied zugunsten der Pendler in dieser Beschäftigtengruppe in Berlin am größten.

1.5.3 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Während mehr als die Hälfte (55,5%) der in IT- und naturwissenschaftlichen Berufen Beschäftigten pendelt, sind es in den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen nur ein knappes Drittel (33,0%).
- Weisen die Pendler in den Sicherheitsberufen mehr AU-Tage aufgrund Muskel-Skelett-Erkrankungen als die Nichtpendler auf, so zeigt sich bei den Handelsberufen ein umgekehrtes Bild.
- Bei den psychischen Störungen sind es u.a. die Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe, bei denen die Pendler mehr Fehltag als die Nichtpendler aufweisen.
- Während in einem Bundesland Pendler deutlich weniger AU-Tage als Nichtpendler aufweisen, verhält es sich in der gleichen Berufsgruppe in einem anderen Bundesland genau umgekehrt..

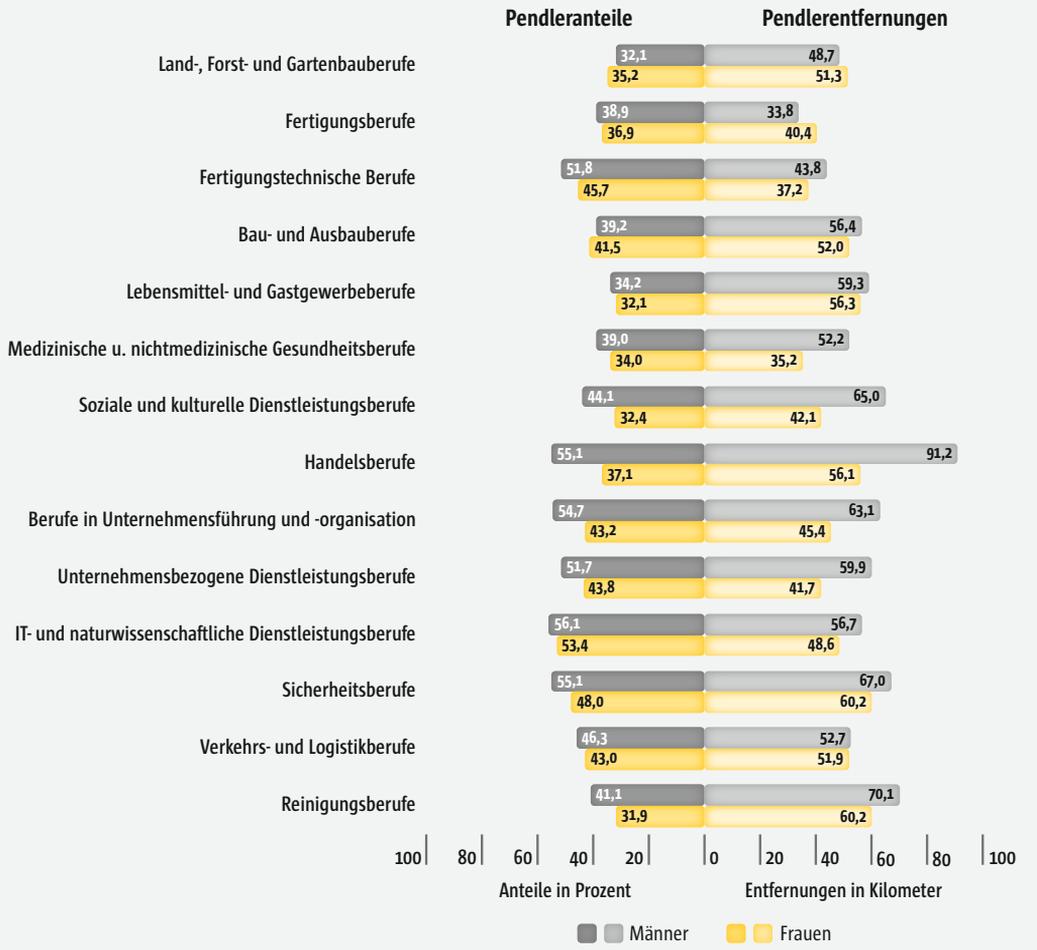
Die konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit bestimmt die Arbeitsbelastungen und die daraus resultierenden Folgen für die Gesundheit der Beschäftigten in einem stärkeren Maße als die Zugehörigkeit zu einer Wirtschaftsgruppe. Wie sich die Pendleranteile und die zugehörigen Entfernungen im Zusammenhang mit dem ausgeübten Beruf darstellen, zeigt sich in »» Diagramm 1.5.15.

Erwartungsgemäß schwanken die Pendleranteile zwischen den verschiedenen Berufen erheblich. Sind insgesamt lediglich ein knappes Drittel (33,0%) der Beschäftigten in den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen den Pendlern zuzuordnen, so liegt deren Anteil mit 55,5% bei den IT- und naturwissenschaftlichen Berufen deutlich höher. Gleiches lässt sich für die durchschnittliche Pendlerentfernung zwischen Wohn- und Arbeitsort feststellen, die sich zwischen 34,9 km (Fertigungsberufe) und 72,9 km (Handelsberufe) bewegt. Zudem lassen sich in der letztgenannten Gruppe auch die größten Geschlechtsunterschiede feststellen. Der Anteil (37,1%) und die Pendlerentfernung (56,1 km) der in diesem Berufsfeld tätigen Frauen liegen deutlich unter den Werten der männlichen Kollegen (55,1% bzw. 91,2 km).

Das »» Diagramm 1.5.16 zeigt die AU-Tage in den einzelnen Berufsfeldern in Abhängigkeit vom Pendlerstatus und dem Geschlecht.

Insgesamt überwiegt wiederum die Tendenz, dass Pendler in der Mehrheit der betrachteten Berufe weniger Fehltag als die Nichtpendler aufweisen. Bei den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen ist dieser Unterschied mit $-2,1$ AU-Tagen je Beschäftigten am stärksten ausgeprägt. Der größte

Diagramm 1.5.15 Arbeitsunfähigkeit – Mobilität der beschäftigten Mitglieder – Pendleranteile und Pendlerentfernungen nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

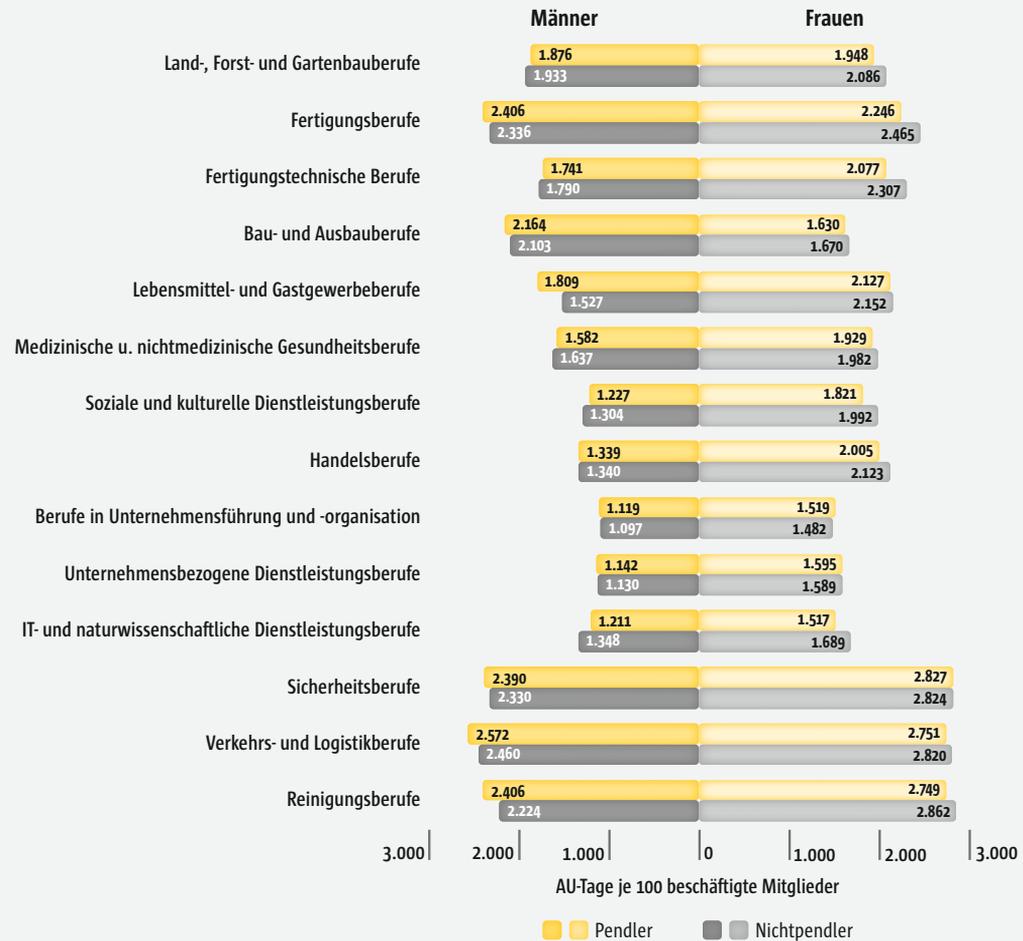


Unterschied mit umgekehrtem Vorzeichen findet sich mit +0,9 AU-Tagen je Beschäftigten in den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen. Hier sind es vor allem die männlichen Pendler, die im Mittel +2,8 AU-Tage je Beschäftigten mehr als die Nichtpendler aufweisen, während bei den Frauen in der gleichen Berufsgruppe nahezu kein Unterschied zu finden ist (-0,2 AU-Tage je Beschäftigte). Diese Geschlechtsunterschiede treten auch innerhalb anderer Berufsgruppen mit gleichen Vorzeichen zutage (u.a. Verkehrs- und Logistikberufe, Reinigungsberufe und Fertigungsberufe).

Welches Bild sich mit Fokussierung auf die Muskel-Skelett-Erkrankungen bei den Berufsgruppen

zeigt, wird in **»»»** Diagramm 1.5.17 sichtbar. Der Unterschied zwischen den AU-Tagen von Pendlern und Nichtpendlern schwankt hier ebenfalls mit wechselndem Vorzeichen zwischen +0,3 AU-Tagen je Beschäftigten in den Sicherheitsberufen zuungunsten der Pendler und -0,8 AU-Tagen je Beschäftigten in den Handelsberufen zugunsten der Pendler. Auch hier zeigt sich ein deutlicher Geschlechtsunterschied dahingehend, dass bei den Männern in der Mehrheit der Berufsgruppen die Pendler mehr AU-Tage für Muskel-Skelett-Erkrankungen als die Nichtpendler aufweisen. Mit durchschnittlich +1,2 AU-Tagen je Beschäftigten wird der größte Unterschied bei den Männern in Reinigungsberufen erreicht. Für die

Diagramm 1.5.16 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



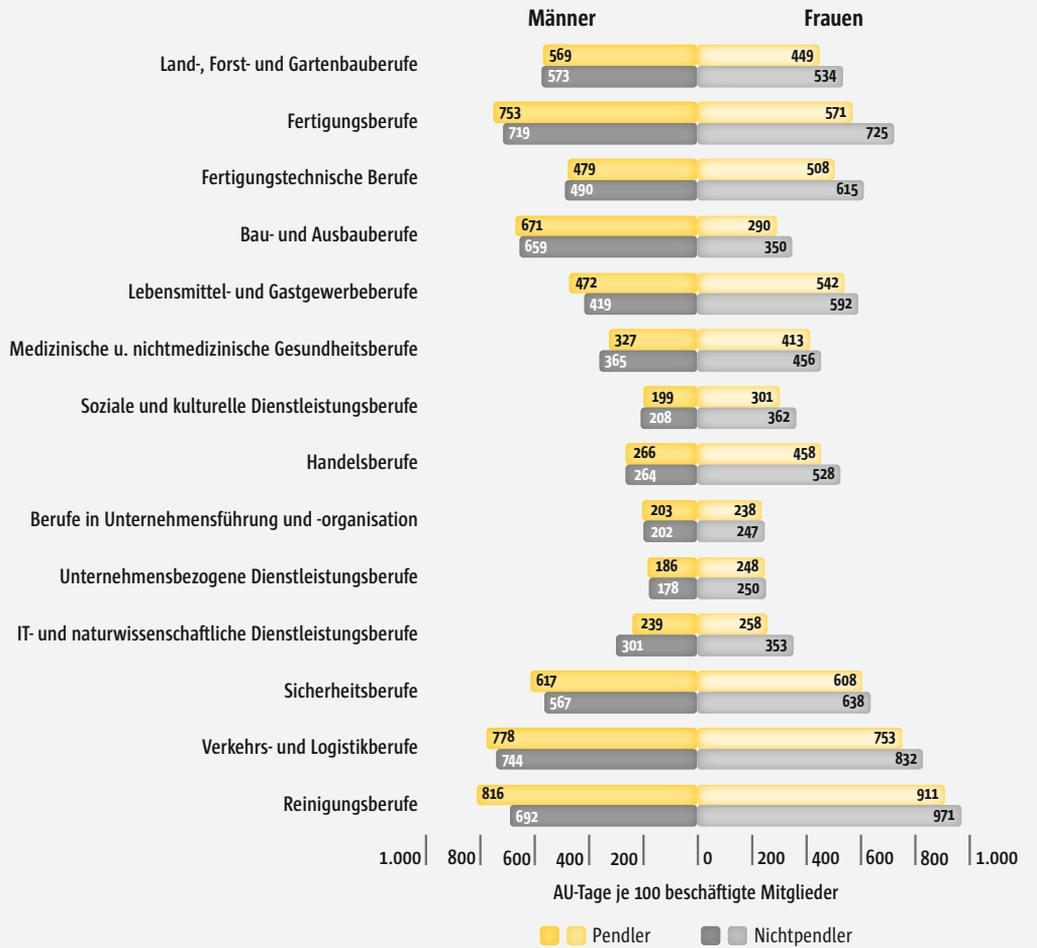
weiblichen Beschäftigten gilt durchgehend der umgekehrte Effekt. Mit durchschnittlich $-1,5$ AU-Tagen je Beschäftigte ist der Unterschied bei den weiblichen Beschäftigten in den Fertigungsberufen am größten.

Ob sich dieses Muster in gleicher Weise für die psychischen Störungen zeigt, wird in **»»** Diagramm 1.5.18 erkennbar. Zunächst wird auch hier eine deutliche Spannbreite bei den Differenzen der AU-Tage zwischen Pendlern und Nichtpendlern sichtbar. Weisen beispielsweise pendelnde Beschäftigte in den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen etwa $+0,6$ AU-Tage mehr als ihre nichtpendelnden Kollegen auf, zeigt sich bei den sozialen und kultu-

rellen Dienstleistungsberufen mit umgekehrten Vorzeichen ein Unterschied zwischen Pendlern und Nichtpendler von $-0,3$ AU-Tagen für diese Krankheitsart. Anders als bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen gibt es bei den Fehltagen für psychische Störungen nur geringe Geschlechtsunterschiede. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen weisen in der Mehrheit der betrachteten Berufsgruppen die Pendler mehr Fehltag aufgrund psychischer Störungen als die Nichtpendler auf.

Abschließend soll im Kontext der Berufsgruppen noch der Aspekt der regionalen Variabilität im Zusammenhang mit dem Pendlerstatus betrachtet werden (**»»** Diagramm 1.5.19). In den Bau- und Ausbau-

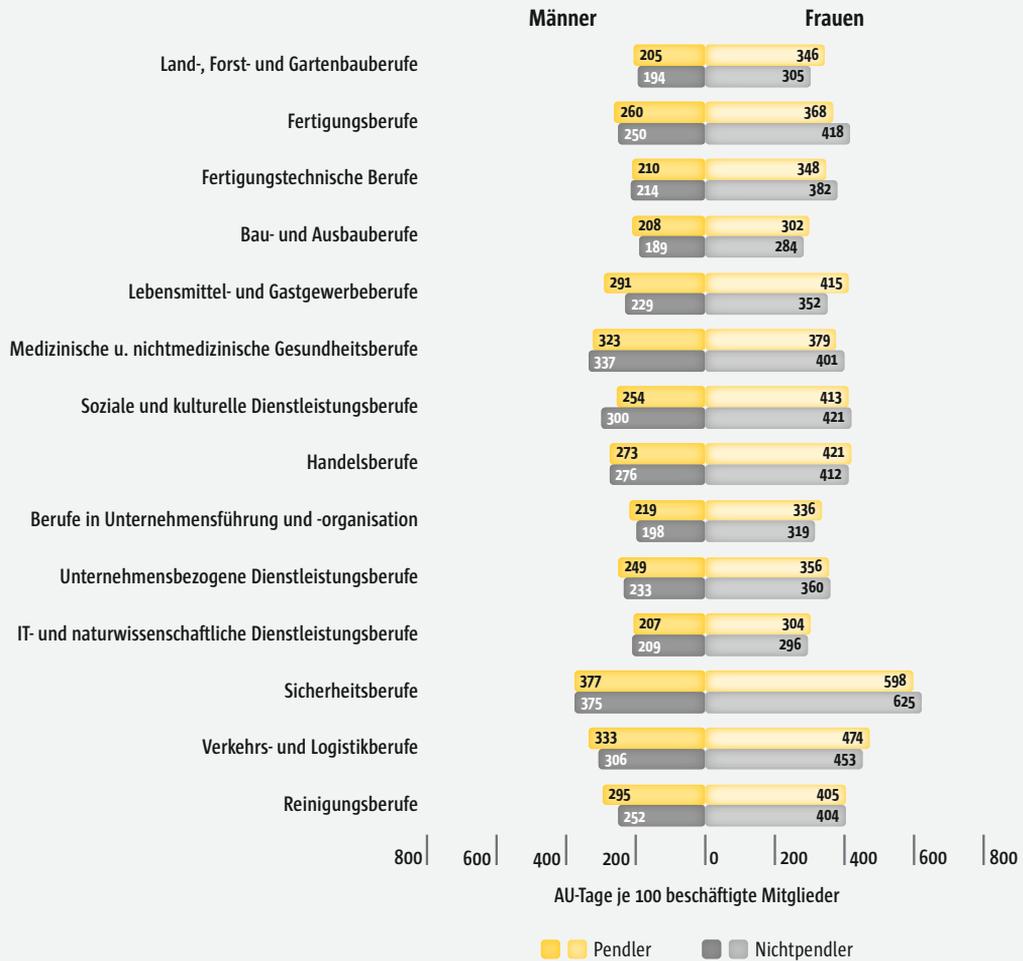
Diagramm 1.5.17 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Pendlerstatus, Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



berufen gibt es zwischen den einzelnen Bundesländern die mit Abstand größten Schwankungen der AU-Tage bezogen auf den Pendlerstatus. Während in Mecklenburg-Vorpommern wohnhafte Beschäftigte, die zur Arbeit ihren Wohnkreis verlassen, durchschnittlich +5,4 AU-Tage mehr als diejenigen aufweisen, deren Wohn- und Arbeitskreis identisch sind, stellt sich das Bild mit umgekehrten Vorzeichen (-3,9 AU-Tage Unterschied zwischen Pendlern und Nichtpendler) bei in Brandenburg wohnhaften Beschäftigten dieser Berufsgruppe dar. Ähnlich große Unterschiede zwischen Pendlern und Nichtpendlern lassen sich auch für die Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe (+5,9 AU-Tage in Thüringen vs.

-3,6 AU-Tage in Hamburg) finden. In den IT- und naturwissenschaftlichen Berufen ist die Spannweite der regionalen Unterschiede nach dem Pendlerstatus der Beschäftigten weniger stark und meist zugunsten der Pendler ausgeprägt. Nur in drei Bundesländern (Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen) weisen die Pendler höhere Fehlzeiten als die Nichtpendler auf, während sich in allen anderen Bundesländern ein umgekehrtes Muster zeigt. Den Spitzenplatz hat dabei das Saarland mit einer Differenz von -4,3 AU-Tagen zugunsten der Pendler inne.

Diagramm 1.5.18 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Pendlerstatus, Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



1.5.4 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen

- Am häufigsten bzw. weitesten pendeln Beschäftigte, die hoch komplexe Tätigkeiten ausüben, die eine Aufsichts- bzw. Führungsrolle im Beruf innehaben oder die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind.

Neben der Zugehörigkeit eines Beschäftigten zu einer bestimmten Wirtschafts- bzw. Berufsgruppe, gibt es noch weitere Merkmale, durch die eine Tätigkeit charakterisiert wird. Diese sollen im Folgenden

ergänzend im Kontext des Zusammenhangs zwischen dem Fehlzeitengeschehen und dem Pendlerstatus betrachtet werden. Einleitend werden zunächst wieder die Pendleranteile und zugehörigen Entfernungen für diese Arbeitsweltmerkmale zur besseren Einordnung der nachfolgenden Analysen dargestellt (»»» Tabelle 1.5.2).

Zunächst wird deutlich, dass bei allen hier dargestellten Merkmalen der Unterschied im Pendlerverhalten von Männern und Frauen (Männer pendeln deutlich häufiger und legen dabei größere Entfernungen zwischen Wohn- und Arbeitsort zurück) erkennbar wird. Bezogen auf die Anforderung der beruflichen Tätigkeit zeigt sich, dass parallel mit deren

Diagramm 1.5.19 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Berufssegmenten und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)

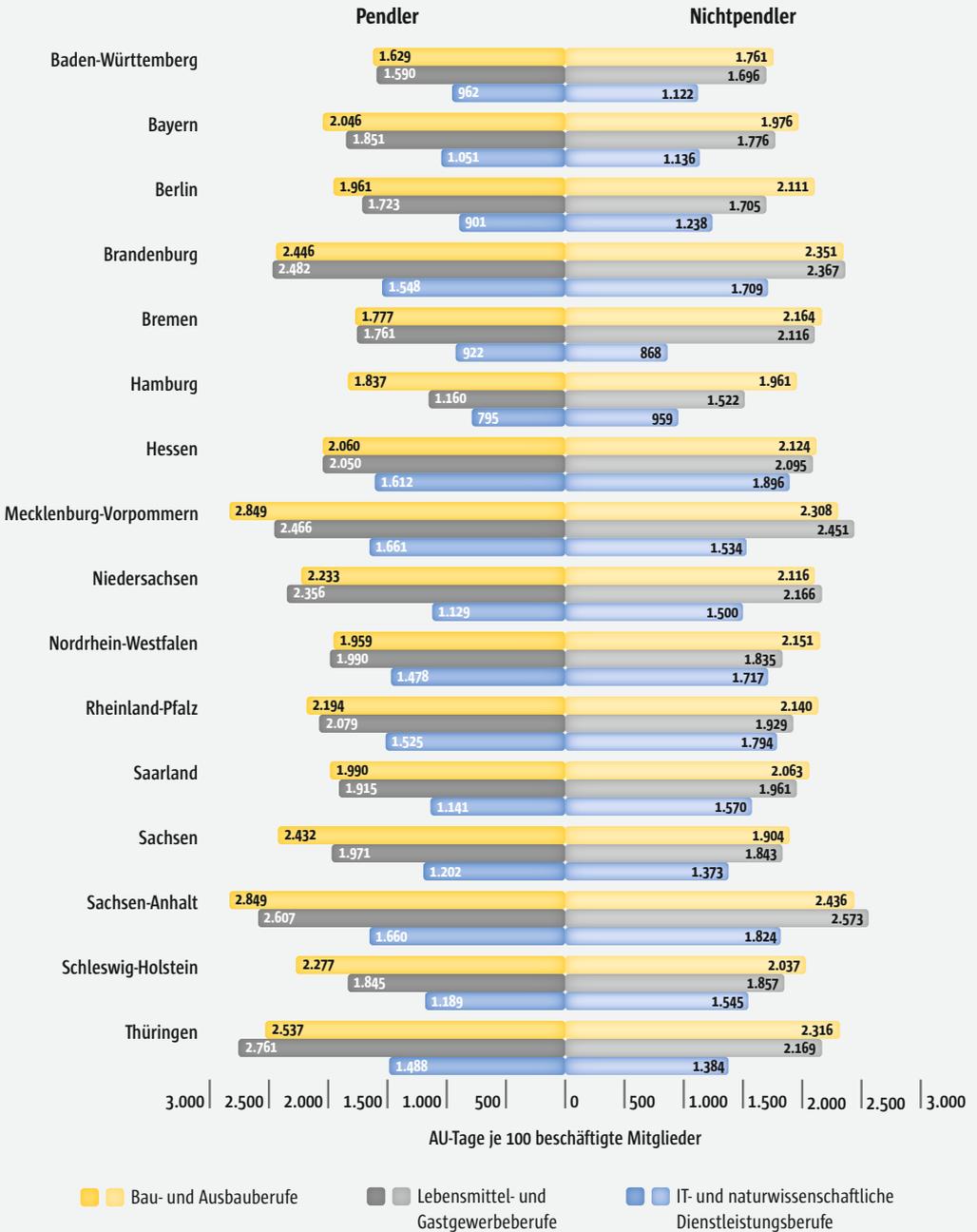


Tabelle 1.5.2 Arbeitsunfähigkeit – Mobilität der beschäftigten Mitglieder – Pendleranteile und Pendlerentfernungen nach ausgewählten arbeitsweltlichen Merkmalen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

Merkmale	Ausprägungen	Pendleranteile			Pendlerentfernungen*		
		Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
		Anteile in Prozent			Entfernungen in Kilometer		
Anforderungs- niveau der Berufstätigkeit	Helfer-/Anlernertätigkeiten	37,3	30,0	33,7	50,0	49,5	49,8
	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	45,4	37,8	41,8	45,8	38,7	42,7
	Komplexe Spezialistentätigkeiten	55,8	47,3	52,5	66,3	55,0	62,3
	Hoch komplexe Tätigkeiten	58,1	47,7	54,2	69,0	58,8	65,5
Vertragsform	Vollzeit	49,0	42,9	47,0	53,5	48,4	52,0
	Teilzeit	40,2	34,9	35,8	63,1	40,2	44,8
	Unbefristet	49,0	39,1	44,7	52,5	41,7	48,3
	Befristet	44,2	39,1	41,6	63,3	56,7	60,0
Aufsichts- und Führungs- verantwortung	Ohne Aufsichts-/Führungs- verantwortung	47,3	38,7	43,4	53,6	44,5	49,8
	Mit Aufsichts-/Führungs- verantwortung	56,9	48,5	54,8	61,6	61,8	61,6
Arbeitnehmer- überlassung	Ohne Arbeitnehmerüberlassung	48,2	39,0	44,1	53,2	44,4	49,6
	Mit Arbeitnehmerüberlassung	50,9	50,1	50,6	85,8	77,6	83,3
Gesamt		48,0	39,0	44,0	54,3	45,1	50,6

* Die Berechnung bezieht sich ausschließlich auf die Gruppe der Pendler.

Zunahme auch der Anteil der Pendler sowie die zugehörige Pendlerentfernung ansteigen. Zwischen Beschäftigten in Helfer-/Anlernertätigkeiten und solchen mit hoch komplexen Tätigkeiten differiert der Pendleranteil um 20,6 Prozentpunkte. Letztgenannte Pendlergruppe legt zudem im Mittel 15,7 Kilometer mehr zwischen Wohn- und Arbeitsort zurück. Im Zusammenhang mit der Vertragsform sind die höchsten Pendleranteile bei den in Vollzeit bzw. unbefristet Beschäftigten zu finden. Dagegen weisen die Teilzeitbeschäftigten sowohl die niedrigste Pendlerquote als auch die geringste Pendlerentfernung auf. Bei den befristet Beschäftigten ist der Pendleranteil mit 41,6% relativ niedrig, die Pendlerentfernung zwischen Wohn- und Arbeitsort mit 60 km dagegen überdurchschnittlich hoch. In dieser Gruppe gibt es zum einen Auszubildende, die vorrangig in der Nähe ihrer elterlichen Wohnung einen Ausbildungsbetrieb besuchen und somit vorrangig zur Gruppe der Nichtpendler gehören. Zum anderen gibt es hier aber auch viele Be-

rufsanfänger, die zum Berufseinstieg meist in einem Arbeitsverhältnis mit Befristung beginnen, das aber häufig in größerer Entfernung zu Wohnort liegt. In der Gruppe der Teilzeitbeschäftigten zeigen sich im Vergleich sowohl die niedrigsten Pendleranteile als auch geringsten Pendlerentfernungen. Hier, wie auch bei den anderen Vertragsverhältnissen, wird sicherlich die Abwägung zwischen dem Aufwand (Zeit und Kosten) und dem Nutzen (Verdienst, berufliche Entwicklung) des Pendelns sowie auch weitere familiäre Verpflichtungen (Kinder oder Pflege von Angehörigen) einen maßgeblichen Einfluss ausüben. In diesem Kontext ist auch der Zusammenhang zwischen den Pendlermerkmalen und der Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung von Beschäftigten zu interpretieren: Berufstätige, die eine solche Position ausüben, pendeln häufiger und legen entsprechend auch weitere Strecken zurück. Ein anderes Bild zeigt sich beim Merkmal Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit). Hier weisen diejenigen in einer

solchen Anstellungsform im Vergleich zu den regulär angestellten Beschäftigten höhere Pendleranteile und Pendlerentfernungen auf. Dabei dürften hier weniger die Höhe des Verdienstes oder die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten denn eher ökonomische Notwendigkeiten bzw. Vermeidung von Arbeitslosigkeit Antriebsfeder für die hohe Mobilität in dieser Gruppe sein. Beachtenswert ist, dass sich für kein anderes der betrachteten Arbeitsweltmerkmale eine höhere Pendlerentfernung zeigt. Ausgehend von der Beschreibung des Pendlergeschehens soll im Folgenden der Zusammenhang zwischen den genannten Merkmalen, dem Pendlerstatus und dem Fehlzeitengeschehen dargestellt werden.

- Die größten Unterschiede bei den Fehlzeiten zeigen sich zuungunsten der Pendler bei den Beschäftigten mit Arbeitnehmerüberlassung und bei solchen mit einem niedrigen Anforderungsniveau der Tätigkeit.
- Umgekehrt profitieren die Pendler im Sinne von niedrigeren Fehltagen vor allem im Zusammenhang mit anspruchsvollen Tätigkeiten, in unbefristeter bzw. Vollzeit-Anstellung sowie in der Rolle einer Aufsichts- bzw. Führungskraft.

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

In **III** Diagramm 1.5.20 sind die AU-Tage nach Pendlerstatus für die drei im Fehlzeitengeschehen wichtigsten Krankheitsarten dargestellt. In der Tendenz zeigt sich, dass mit zunehmendem Anforderungsniveau insbesondere bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen und den Atemwegserkrankungen die AU-Tage der Pendler im Vergleich zu den Nichtpendlern niedriger sind. Dieses Bild zeigt sich ebenfalls bei der Betrachtung der AU-Tage insgesamt. Beträgt der Unterschied bei den Helfer- und Anlerntätigkeiten +0,3 AU-Tage zuungunsten der Pendler, ist dieser bei den Beschäftigten mit hochkomplexen Tätigkeiten mit umgekehrten Vorzeichen zu finden (-0,3 AU-Tage zugunsten der Pendler). Bei den Fehltagen für psychische Störungen zeigt sich dieses Muster nicht so eindeutig, lediglich bei hoch komplexen Tätigkeiten ist hier ein Unterschied von -0,2 AU-Tagen zugunsten der Pendler feststellbar.

Vertragsform

Das **III** Diagramm 1.5.21 zeigt den Zusammenhang zwischen dem Pendlerstatus und den verschiedenen

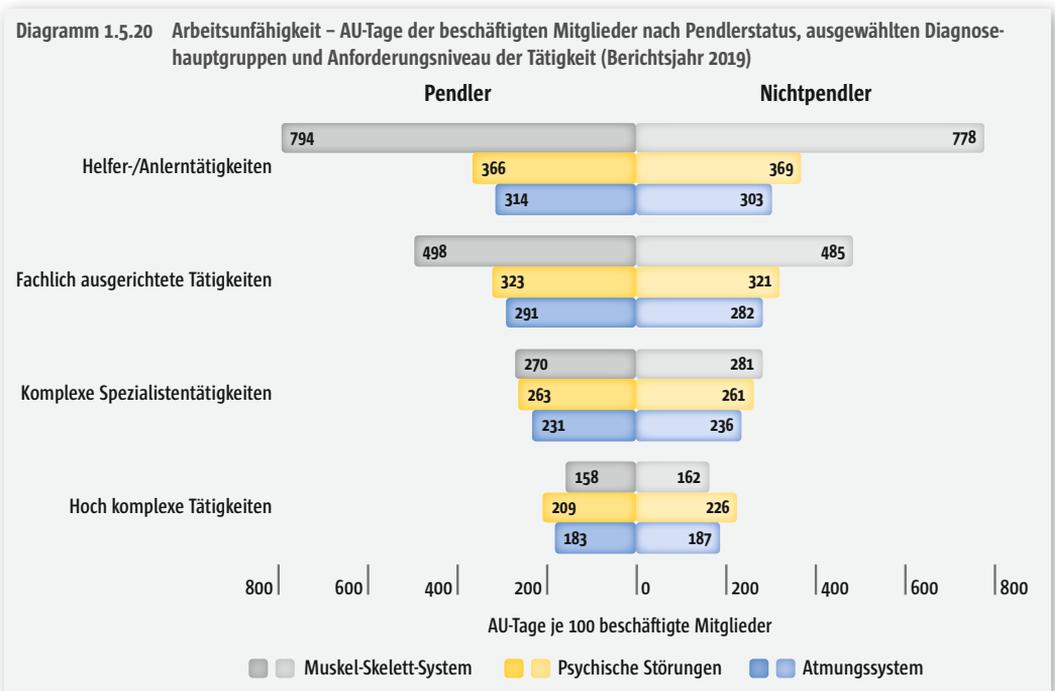
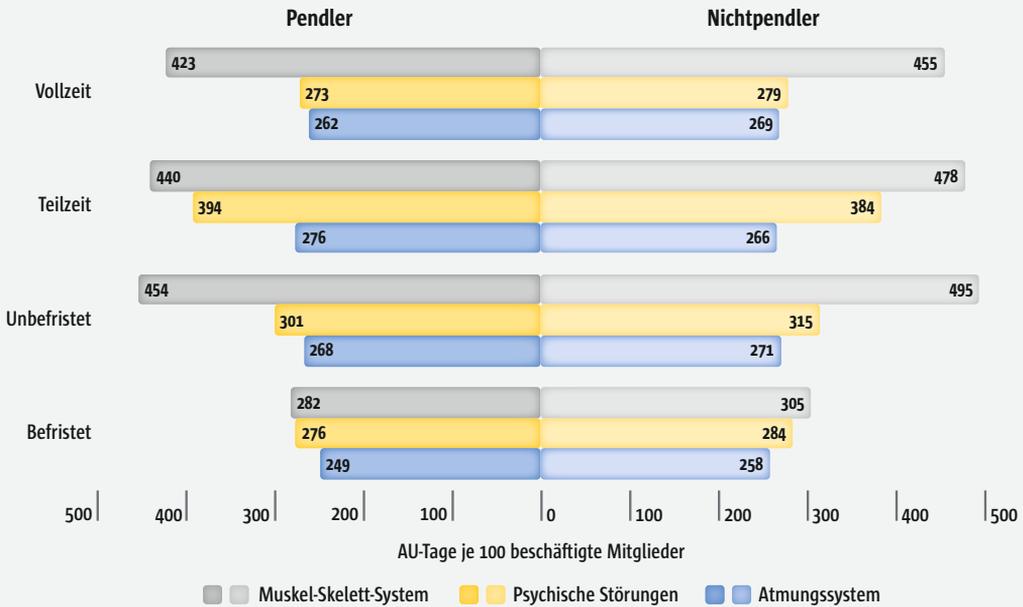


Diagramm 1.5.21 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Vertragsformen (Berichtsjahr 2019)



Vertragsformen für die Fehlzeiten aufgrund ausgewählter Diagnosehauptgruppen der Beschäftigten auf. Die größten Unterschiede bezogen auf den Pendlerstatus finden sich bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen. Für alle Vertragsformen gilt, dass die AU-Tage zugunsten der Pendler zwischen $-0,2$ und $-0,4$ AU-Tagen je Beschäftigten niedriger als bei den Nichtpendlern ausfallen. Für die psychischen Störungen und die Atemwegserkrankungen zeigen sich wesentlich geringere Unterschiede. Auffällig ist, dass einzig bei den in Teilzeit Beschäftigten Unterschiede mit jeweils $+0,1$ AU-Tagen bei beiden Krankheitsarten zuungunsten der Pendler ausfallen. Vermutlich wirkt sich hier das ungünstige Verhältnis von Aufwand (Pendeln) und Nutzen (Arbeitszeit bzw. Gehalt) negativ auf die Gesundheit der Pendler aus.

Aufsichts- und Führungsverantwortung

Sowohl bei Beschäftigten mit als auch bei solchen ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung lässt

sich für alle betrachteten Diagnosehauptgruppen feststellen, dass die AU-Tage unisono zugunsten der Pendler tendenziell niedriger ausfallen. Am stärksten ist diese Differenz mit $-0,3$ bzw. $-0,4$ Tagen je Beschäftigten für die Muskel-Skelett-Erkrankungen ausgeprägt, wie in **»»»** Diagramm 1.5.22 zu sehen ist.

Arbeitnehmerüberlassung

Ob eine Arbeitnehmerüberlassung im Zusammenhang mit dem Pendlerstatus einen Einfluss auf das AU-Geschehen ausübt, wird in **»»»** Diagramm 1.5.23 ersichtlich. Während bei den Beschäftigten, die in einem Anstellungsverhältnis ohne Arbeitnehmerüberlassung tätig sind, für alle drei betrachteten Krankheitsgruppen die AU-Tage der Pendler niedriger sind als die der Nichtpendler, zeigt sich bei den Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung das gegenteilige Bild. Besonders ausgeprägt ist dieser Unterschied mit $+0,6$ AU-Tagen zuungunsten der Pendler bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen.

Diagramm 1.5.22 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung (Berichtsjahr 2019)

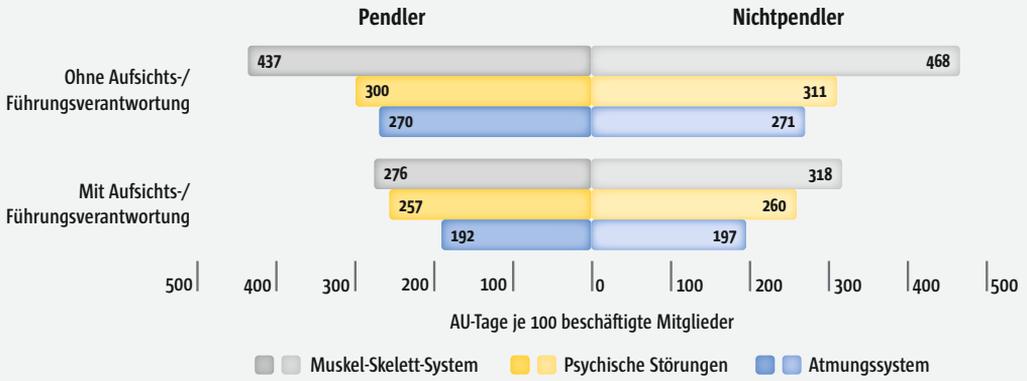
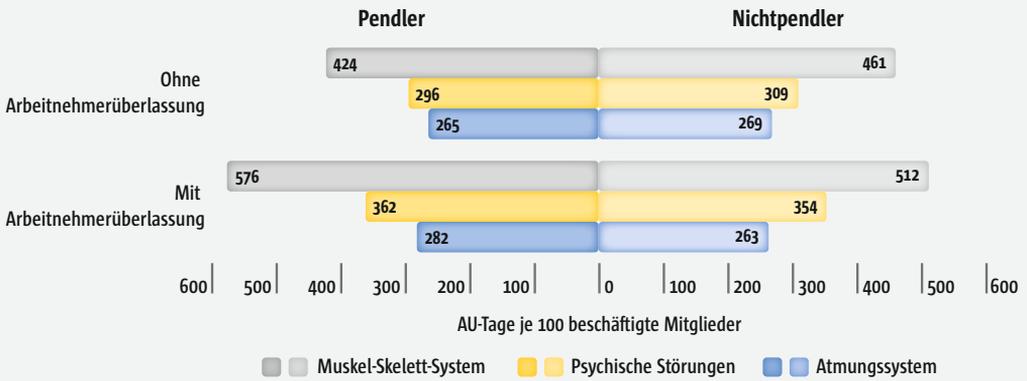


Diagramm 1.5.23 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Arbeitnehmerüberlassung (Berichtsjahr 2019)



1.6 Zusammenfassung und Ausblick

Bezogen auf das AU-Geschehen insgesamt, gibt es im Vergleich zum Vorjahr kaum Veränderungen. Bei der diagnosespezifischen Betrachtung zeigt sich allerdings eine deutliche Verschiebung: Haben die AU-Kennzahlen, die mit Atemwegserkrankungen und Infektionen in Verbindung stehen, im Vergleich zu 2018 wegen der nur schwach ausgeprägten Grippe- und Erkältungswelle in 2019 deutlich abgenommen, sind parallel dazu die Fehltage aufgrund psychischer Störungen augenscheinlich sprunghaft angestiegen. Hierbei spielen verschiedene Aspekte bei der Interpretation eine Rolle: Zum einen führen durch die meist sehr langen Falldauern bei Diagnosen aus dieser Krankheitsgruppe schon wenige Fälle zu einer überproportional hohen Zunahme der AU-Tage. Zum anderen lässt sich daraus nicht schlussfolgern, dass die Prävalenz psychischer Störungen ansteigt, vielmehr ist anzunehmen, dass durch eine zunehmende Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen sowie der Verbesserung der Versorgungsangebote Betroffene heute weitaus häufiger als früher eine professionelle Behandlung in Anspruch nehmen können und wollen. Eine ausführliche Betrachtung dieser Thematik findet sich im Schwerpunkt des **»** BKK Gesundheitsreport 2019.

Konstant stellt sich auch die Mehrzahl der Ergebnismuster im Zusammenhang mit soziodemografischen, regionalen und arbeitsweltlichen Merkmalen dar. Für letztere lässt sich zusammenfassend sagen, dass Merkmale die mit ungünstigen Arbeitsbedingungen, wie beispielsweise hoher körperlicher und/oder psychischer Belastung oder Arbeitsplatzunsicherheit einhergehen, meist mit überdurchschnittlichen Fehlzeiten verbunden sind. Insbesondere aus den arbeitsweltlichen Analysen lassen sich für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen zum Aufbau und zum Erhalt von Gesundheit im betrieblichen Kontext zahlreiche wertvolle Hinweise für zielführende Ansätze ableiten.

Auch wenn der vorliegende BKK Gesundheitsreport vor allem die Daten aus dem Jahr 2019 in den

Blick nimmt, wird in den bereits für das erste Halbjahr 2020 vorliegenden AU-Kennzahlen der Einfluss der Corona-Pandemie deutlich sichtbar. Es bedarf keiner hellseherischen Kräfte, um zu prognostizieren, dass diese besondere Situation den nächsten BKK Gesundheitsreport maßgeblich prägen wird. Im Rahmen des Monatsverfahrens der Betriebskrankenkassen können hier schon frühzeitig Entwicklungstendenzen aufgezeigt werden. Zudem sind diese und weitere Informationen für alle Interessenten auf der Internetseite des BKK Dachverbandes frei zugänglich verfügbar.

Mit dem diesjährigen Schwerpunktthema wurde der Fokus auf einen Aspekt der Arbeitswelt gelenkt, der fast jeden Beschäftigten betrifft – dem meist täglichen Pendeln zwischen Wohn- und Arbeitsort. Viele Beschäftigte legen dabei teils lange Strecken zu ihrer Arbeit zurück. In welchem Ausmaß gependelt wird, hängt von vielen verschiedenen Faktoren wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, Schul- und Berufsabschluss oder der Wirtschaftsgruppe bzw. dem Beruf, in dem jemand tätig ist, ab. Bei den Analysen hat sich gezeigt, dass das Pendeln sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die Fehlzeiten haben kann. Insbesondere solche arbeitsweltlichen Merkmale (z.B. Arbeitnehmerüberlassung, Teilzeitbeschäftigung, geringes Anforderungsniveau), die bereits in der allgemeinen Betrachtung des AU-Geschehens mit überdurchschnittlichen Fehlzeiten in Verbindung stehen, führen bei Pendlern im Vergleich zu Nichtpendlern zu höheren Fehlzeiten. Deutlich heterogener stellt sich das Bild in der Betrachtung nach Wirtschafts- und Berufsgruppen dar. Hier stehen meist einzelne Branchen (z.B. Baugewerbe oder Gastgewerbe) bzw. Berufe (z.B. Bauberufe oder Verkehrs- und Logistikberufe) aufgrund ihrer besonders hohen Arbeitsbelastung in Kombination mit meist eher unterdurchschnittlicher Bezahlung hervor. Zu vermuten ist, dass zusätzlich zu den hier dargestellten Merkmalen auch noch eine Rolle spielt, welche persönlichen

und beruflichen Vor- und Nachteile das Pendeln mit sich bringt bzw. ob es sich um eine selbst gewählte oder um eine aus ökonomischen oder anderen Zwängen resultierende Entscheidung handelt. Diese Merkmale stehen im Rahmen der vorliegenden Routedaten leider nicht zur Verfügung, werden aber im Rahmen des vorhergehenden Kapitels **»»** Mobilität – Arbeit – Gesundheit: Ergebnisse der Beschäf-

tigtenbefragung betrachtet. Trotz der heterogenen Befundlage trägt der diesjährige BKK Gesundheitsreport zu neuen Impulsen für die zukünftige wissenschaftliche Forschung im Bereich der Mobilität bei, denn nicht zuletzt durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Arbeitswelt ist dieses Thema noch stärker in den Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit gerückt.

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 ALC-I-Empfänger – beziehen (» Kapitel 1), sind in den Ergebnissen für die ambulante Versorgung im Allgemeinen alle BKK Versicherten, und damit unter anderem auch Kinder und Rentner, die im Kontext des AU-Geschehens nicht einbezogen sind, enthalten. 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 Erkran-

kungen vergeben, sondern es werden beispielsweise auch Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen in Diagnoseschlüssel kodiert. So sind gerade Vorsorgemaßnahmen für einen nicht unerheblichen 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

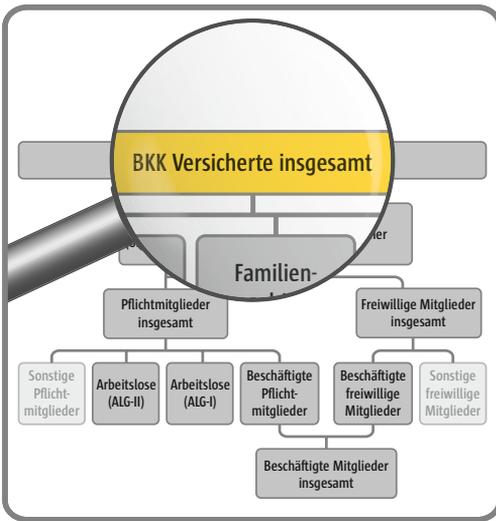


Tabelle 2.1.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2019)

Versichertengruppen	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	88,5
Arbeitslose (ALG-I)	63,5
Arbeitslose (ALG-II)	80,1
Familienangehörige	88,5
Rentner	94,6
BKK Versicherte insgesamt	90,8

2.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2019

- 90,8% der BKK Versicherten waren im Jahr 2019 mindestens einmal ambulant in Behandlung. Damit ist die Inanspruchnahmequote geringfügig niedriger als im Vorjahr.
- Der Anteil der Frauen, die mindestens einmal in ambulanter Behandlung waren (93,9%), ist dabei größer als der Anteil der Männer (87,9%).

Im aktuellen Berichtsjahr haben 90,8% 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 93,9% etwas höher als bei den Männern mit 87,9%.

Differenziert nach Versichertengruppen sind es wie zu erwarten die Rentner, bei denen mit 94,6% der größte Anteil mindestens eine Diagnose im Rahmen einer ambulanten Behandlung erhalten hat (»»» Tabel-

le 2.1.1). Deutlich seltener als der Durchschnitt hingegen sind Arbeitslose in der ambulanten Versorgung in Erscheinung getreten, insbesondere hat bei den ALG-I-Empfängern mit 63,5% 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 Langzeitrends

- Die Inanspruchnahmequote in der ambulanten Versorgung 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 Versorgungsektor liegen im Rahmen des Gesundheitsreports Versichertenstatistiken ab 2012 vor (»»» Tabelle 2.1.2), dabei sind für diesen

Tabelle 2.1.2 Ambulante Versorgung – Behandlungsfälle und Inanspruchnahmequoten der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2012–2019)

Berichts-jahre	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	0,7	90,8	–0,2

Zeitraum die Anteile der Versicherten mit einer Diagnose recht stabil zwischen 90 und 91% schwankend. 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 2019 betragen diese 8,3 Behandlungsfälle je Versicherten.

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 die 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 wider, 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.

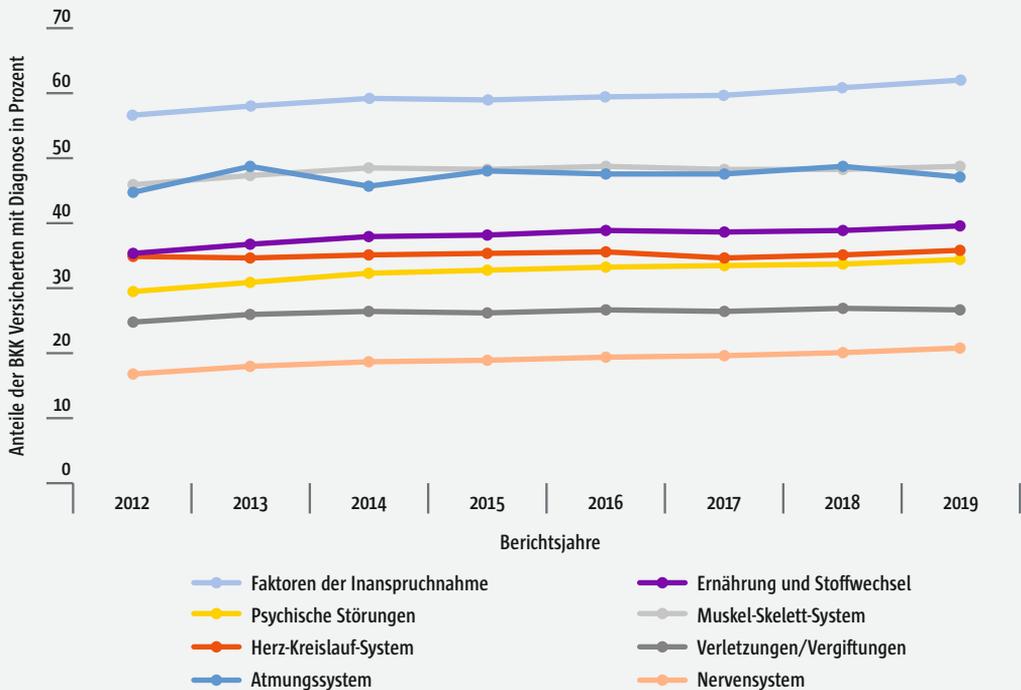
Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Anzahl der Behandlungsfälle seit Wegfall der Praxisgebühr zwischen 2013 und 2018 konstant zwischen 8,1 und 8,4 Fällen je BKK Versicherten liegt.

2.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen

- Üblicherweise werden die meisten Diagnosen in der ambulanten Versorgung vergeben, um Informationen über Faktoren, die zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen, zu dokumentieren zu denen u.a. auch Vorsorgemaßnahmen wie die Untersuchung auf Neubildungen (Z12) zählen.
- Ebenfalls häufig Konsultationsgrund sind Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie Krankheiten des Atmungssystems: Fast jeder zweite Versicherte war deshalb 2018 mindestens einmal beim Arzt.
- Gegenüber dem Vorjahr am stärksten abgenommen haben die Atemwegsinfektionen (J06), zugenommen hingegen die Impfungen gegen Viruskrankheiten (Z25).

Die im vorherigen Abschnitt berichtete, nur relativ geringe Schwankungsbereite des Anteilswertes von Versicherten mit mindestens einer ambulanten gestellten Diagnose setzt sich auch bei Differenzierung nach den zugrundeliegenden Krankheitsarten fort (» Diagramm 2.1.1). So sind wie schon in den Vorjahren auch im aktuellen Berichtsjahr 2019 am häufigsten Diagnosen aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme (Zoo-Z99) vergeben worden:

Diagramm 2.1.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2019)



Bei 62,0% der BKK Versicherten wurde mindestens eine Diagnose aus dieser Hauptgruppe dokumentiert – mit einem Plus von +1,2 Prozentpunkten ist hierbei auch die größte Steigerung gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Bei dieser Codierung handelt es sich um Zusatzinformationen (z.B. von Lebensumständen) bzw. um nicht von einer Erkrankung verursachte Leistungen (z.B. Vorsorgeleistungen, Empfängnisverhütung). Eine deutliche Abnahme gegenüber dem Vorjahr zeigt sich hingegen bei den Krankheiten des Atmungssystems: Mit 47,0% der Versicherten mit einer solchen Diagnose sind dies –1,7 Prozentpunkte weniger als noch 2018. Somit ist in diesem Jahr der zweithöchste Anteilswert bei denjenigen Versicherten zu finden, für die eine Muskel-Skelett-Erkrankung Grund für die Arztkonsultation war (48,6%), mit Abstand folgen nach diesen drei Diagnosegruppen die Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (39,8%). Stärkere Veränderungen werden hingegen erst über größere Zeitspannen sichtbar, wobei auch die typischen Schwankungen für die Krankheiten des Atmungssystems deutlich zu erkennen sind, wie sie auch im Fehlzeitengesche-

hen sichtbar werden (III Kapitel 1.1.3). Die größte Steigerung seit 2012 ist ebenfalls für die Faktoren der Inanspruchnahme mit +5,6 Prozentpunkten zu verzeichnen. Eine kleinere Rolle im ambulanten Sektor spielen die Krankheiten des Nervensystems mit aktuell 20,7% der Versicherten, die deshalb in Behandlung waren. Allerdings ist hier relativ zum Anteilswert im Jahr 2012 ein deutlicher Zuwachs (+3,9 Prozentpunkte) zu verzeichnen.

Die Betrachtung der 10 häufigsten Einzeldiagnosen in der ambulanten Versorgung (III Tabelle 2.1.3) lässt erkennen, dass viele von diesen keine der in der Regel AU-begründenden Diagnosen sind. Ein Grund dafür liegt zum einen darin, dass jeweils verschiedene Versichertenpopulationen betrachtet werden, zum anderen sind die deutlichen Unterschiede ebenso durch die Diagnosen selbst begründet: So werden als ambulante Diagnosen auch im hohem Maße Vorsorgeuntersuchungen und -maßnahmen (z.B. Impfungen) dokumentiert genauso wie weitere Diagnosen, die nicht oder nur in geringem Maße zu Arbeitsunfähigkeit führen (Fehlsichtigkeit, Adipositas, Hypertonie, u.a.).

Tabelle 2.1.3 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die zehn häufigsten Diagnosen im Zeitverlauf (2012–2019)

ICD-10-Code	Diagnosen	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent							
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	22,9	24,0	24,6	24,7	25,0	24,2	24,7	25,4
M54	Rückenschmerzen	23,1	23,8	24,5	24,2	24,5	24,0	23,9	24,1
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	22,6	20,8	21,4	21,2	21,5	21,8	22,2	22,3
J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege	16,1	19,9	17,1	20,3	20,0	20,6	22,3	20,6
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	18,6	19,1	19,6	19,3	19,2	19,0	19,0	19,3
E78	Störungen des Lipoprotein-stoffwechsels	16,2	16,9	17,3	17,3	17,6	17,1	17,2	17,6
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung	15,9	16,2	16,7	16,7	17,0	17,1	17,5	17,3
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	15,7	15,8	15,8	15,5	15,3	15,5	15,3	14,9
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	12,2	12,5	12,6	12,5	12,5	12,8	12,7	12,7
Z25	Notwendigkeit der Impfung gegen Viruskrankheiten	9,3	10,5	10,5	10,4	10,2	10,1	11,6	12,5
	Gesamt	89,8	90,9	91,2	90,5	90,7	90,7	91,0	90,8

Wie im vergangenen Jahr wird diese Liste im aktuellen Berichtsjahr von der essentiellen (primären) Hypertonie (I10) – auch als Bluthochdruck bezeichnet – angeführt: 25,4% aller Versicherten erhielten eine entsprechende Diagnose. Bei einem etwas geringeren Anteil wurden Rückenschmerzen (M54) diagnostiziert (24,1%). 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. Der größte Rückgang gegenüber dem Vorjahr ist bei den akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06) zu verzeichnen, sodass im Jahr 2019 diese Diagnose nur auf dem vierten Rang platziert ist: Ein Fünftel aller Versicherten hat eine solche Diagnose ambulant gestellt bekommen. Die Atemwegsinfektionen sind wiederum auch häufiger Grund für eine Arbeitsunfähigkeit bei den Beschäftigten (» Kapitel 1.1). Im Gegensatz dazu hat die häufig dokumentierte ambulante Einzeldiagnose Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler

(H52) – hier an fünfter Stelle der Rangliste – wie zu erwarten keinerlei nennenswerte Arbeitsunfähigkeitsrelevanz. Auch die häufig aufgelisteten Z-Diagnosen, bei denen es sich im Wesentlichen um Vorsorgeuntersuchungen und -maßnahmen handelt, spielen im AU-Geschehen keine Rolle, da diese explizit durch die AU-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als Arbeitsunfähigkeitsgrund ausgeschlossen werden (§ 3 Abs. 2 Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie). Mit 22,3% aller Versicherten wurden innerhalb der Z-Diagnosen am häufigsten die speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12) durchgeführt. Hierbei handelt es sich vielfach um Teilnahmen am Hautkrebscreening, dazu gehören aber auch beispielsweise die Darmkrebsfrüherkennung und die Untersuchungen auf Prostatakrebs. Ein hohes Maß an Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen geht zudem aus weiteren entsprechenden ICD-Codes hervor:

- 17,3% der BKK Versicherten nahmen eine Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnosen

- (Z00) in Anspruch. Hierbei handelt es sich um eine Vielzahl von Untersuchungen für verschiedene Altersgruppen, unter anderem die U- und J-Untersuchungen für Kinder und Jugendliche sowie der Gesundheits-Check-up ab dem 35. Lebensjahr.
- In diesem Jahr nahmen mit 12,5% um einiges mehr Versicherte eine Impfung (Immunisierung) gegen andere einzelne Viruskrankheiten (Z25) in Anspruch, worunter Gripeschutzimpfungen, aber auch die Immunisierung gegen Mumps und Windpocken fallen.
 - Unter sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden (Z01), die bei 10,3% der BKK Versicherten dokumentiert wurde, werden unter anderem Früherkennungsuntersuchungen auf Gebärmutterhals- und Brustkrebs, aber auch Untersuchungen der Zähne, der Ohren und der Augen gefasst (damit im aktuellen Berichtsjahr an 12. Stelle der häufigsten Einzeldiagnosen und nicht in der Tabelle enthalten).

2.2 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

2.2.1 Ambulante Versorgung nach Alter und Geschlecht

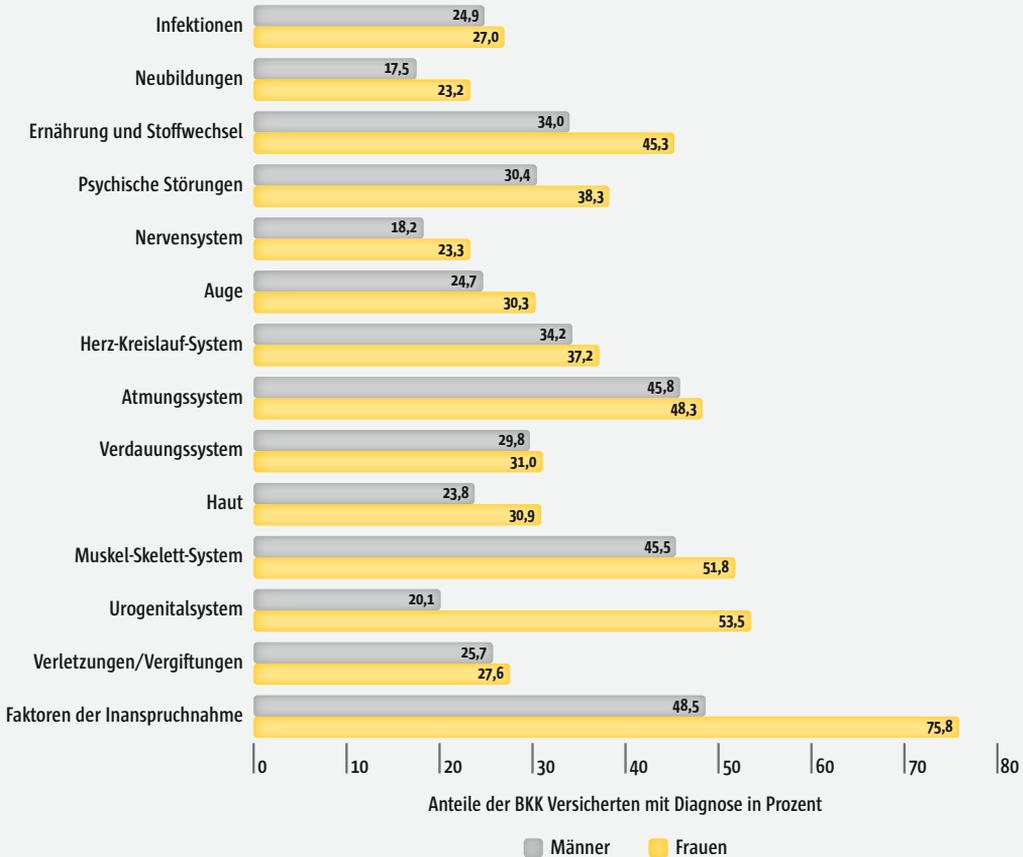
- Nicht nur allgemein, sondern auch bezogen auf einzelne Erkrankungsarten sind mehr Frauen als Männer in ambulanter Behandlung. Außerdem werden die meisten Erkrankungen mit zunehmendem Alter häufiger diagnostiziert.
- Gegenteilige Altersverteilung hingegen bei Erkrankungen des Atmungssystems und Infektionen: Die meisten Diagnosen aus dem Spektrum dieser Erkrankungsarten werden bei Kinder- und Jugendlichen gestellt.
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Z12) sind vor allem bei Frauen zwischen 20 und 64 Jahren verbreitet: Von diesen nimmt fast jede Zweite diese in Anspruch. Männer lassen sich hingegen deutlich seltener und dann meist erst im hohen Alter prophylaktisch auf Neubildungen untersuchen (jeder Vierte zwischen 65 und 79 Jahren).
- 7 von 10 Versicherten über 65 Jahren waren wegen Bluthochdrucks in ambulanter Behandlung.

Wie bereits erwähnt sind mehr Frauen als Männer im aktuellen Berichtsjahr 2019 in ambulanter Behandlung gewesen, die Differenz beträgt 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 (»» 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 (53,5%) war dies Grund für eine ambulante Behandlung, hingegen wurde bei nur jedem fünften Mann (20,1%) eine solche Diagnose gestellt. Ebenfalls

besteht ein großer Unterschied bei den Zusatzdiagnosen aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme: Rund drei Viertel der Frauen, aber weniger als die Hälfte der Männer haben im Jahr 2019 mindestens einmal eine solche Diagnose erhalten. Auch bei den Neubildungen sowie den Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten ist der Diagnoseanteil bei den Frauen mehr als +11 Prozentpunkte größer als bei den Männern.

Zwischen den Geschlechtern bestehen auch teils deutliche altersabhängige Unterschiede in der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung, wie das »» 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 (jeweils rund 93% bei den unter 5-Jährigen sowie den 5- bis 9-Jährigen) 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 an ambulanten Konsultationen aufweisen: Lediglich in der Altersgruppe der 10-14-jährigen Mädchen haben von diesen knapp weniger als 90% innerhalb eines Jahres ambulante Versorgung in Anspruch genommen, danach waren es 92% und mehr. Dies ist auch zum großen Teil durch geschlechtsspezifische Vorsorgemaßnahmen und – in den jüngeren Alterskohorten – der regelmäßigen Verordnung von Kontrazeptiva begründet, dadurch befinden sich Frauen kontinuierlicher in ärztlicher Betreuung. Bei den männlichen Versicherten sinkt hingegen der Anteil derer mit einer ambulanten Diagnose ab dem Jugendalter. Wie auch schon in den Vorjahren weist die Altersklasse der 25- bis 29-Jährigen mit 79,6% den geringsten Anteilswert auf. Mit höheren Altersgruppen steigen die Anteile auch bei den Männern wieder deutlich an, aber erst jenseits

Diagramm 2.2.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

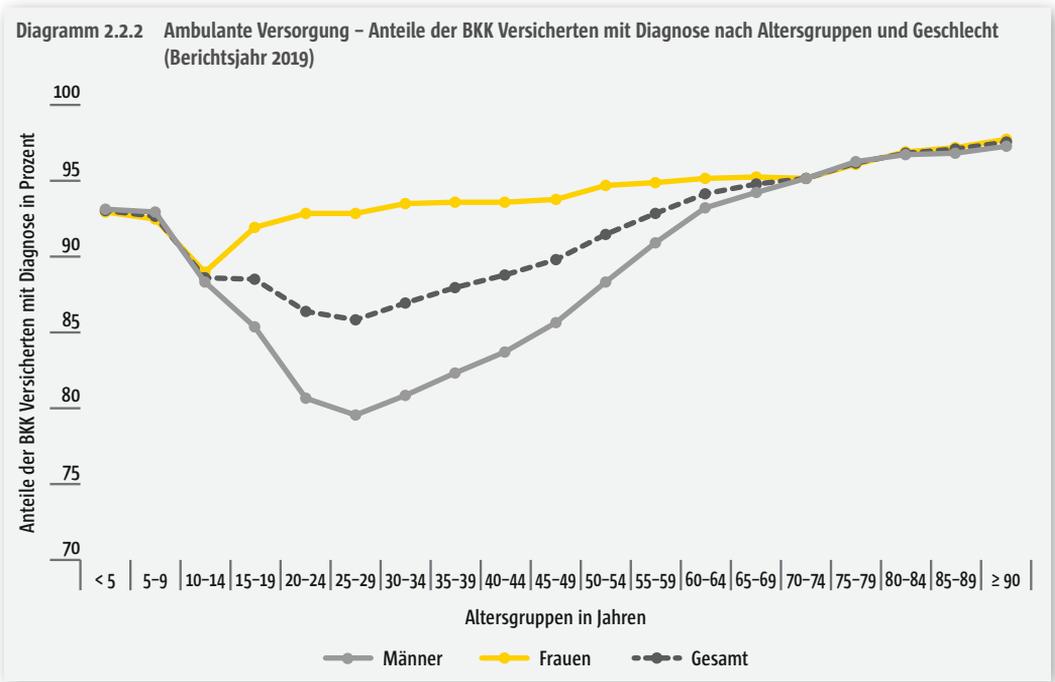


des Renteneintrittsalters sind beide Geschlechter wieder auf gleich hohem Niveau.

Wie sich schon zuvor angedeutet hat, ergeben sich markante Erkenntnisse zur Inanspruchnahme in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht für verschiedene Erkrankungsarten. Um dem weiter nachzugehen, stellt das **»»»** Diagramm 2.2.3 die Anteile von Versicherten für die ambulante Versorgung entsprechend dieser drei Variablen differenziert dar. Die folgenden, schon angesprochenen Trends sind daran gut ablesbar:

- 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, den Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie 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 durch die bekannten „Alterskrankheiten“ Bluthochdruck, krankhaft erhöhte Cholesterin- bzw. Blutfettwerte sowie Typ-2-Diabetes 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 (42,5% vs. 35,6% 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 und häufiger erst im Rentenalter diagnostiziert.

Weiterhin auffällig ist das häufige Auftreten von Urogenital-Erkrankungen bei Frauen zwischen 20 und 65 Jahren (63,1% haben im Jahr 2019 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 ein Vielfaches: Männer und Frauen dieser Altersgruppe weisen (wie auch schon im Vorjahr) beide einen Anteil von über 55% auf.

Geringere Diagnoseraten mit zunehmendem Alter sind hingegen bei den Krankheiten des Atmungs-

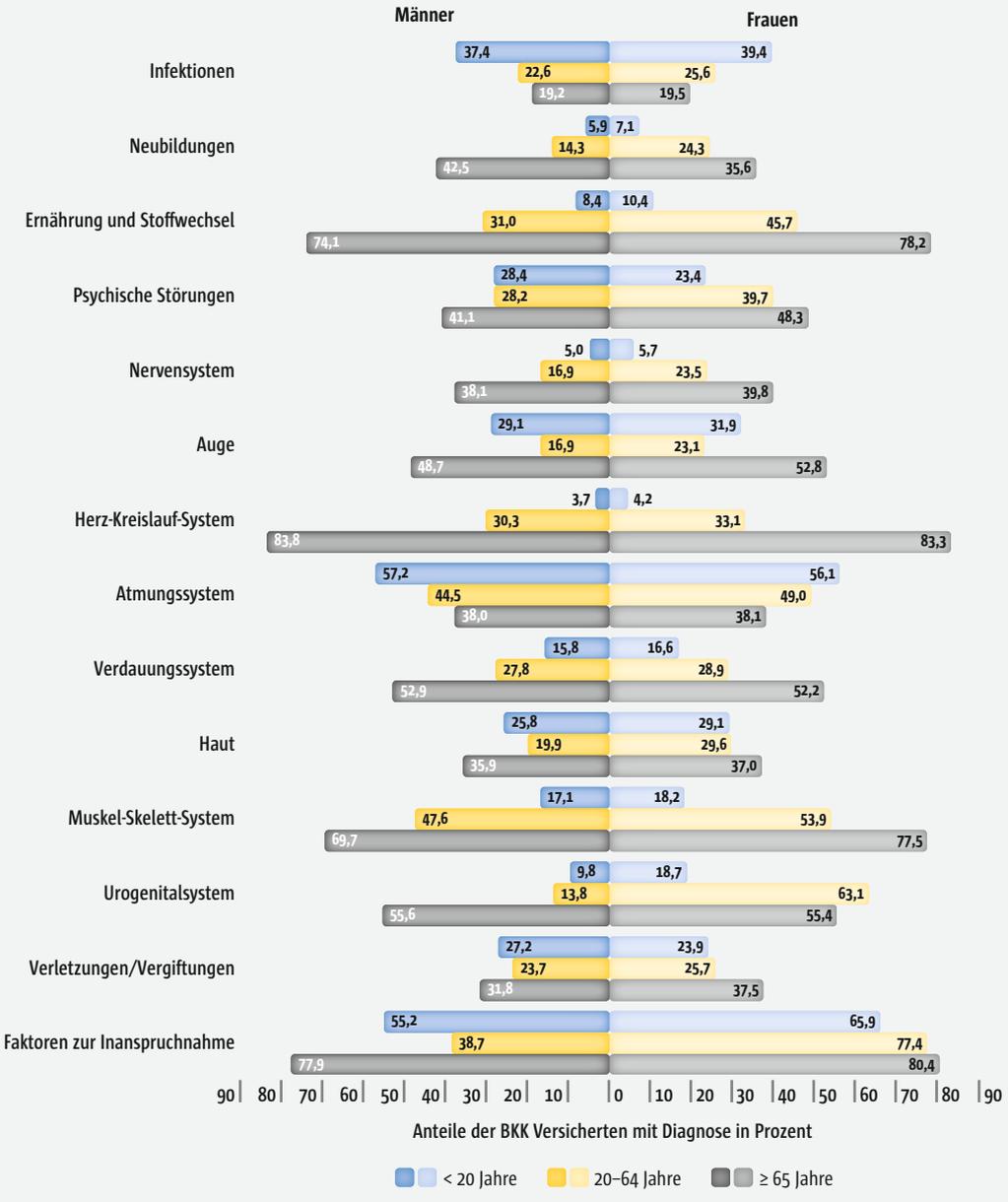
systems und den Infektionen zu verzeichnen: Bei den unter 20-Jährigen wird insgesamt bei 56,7% eine Atemwegserkrankung sowie bei 38,4% eine Infektion diagnostiziert. Demgegenüber sind in der höchsten Altersgruppe die Anteile um rund -19 Prozentpunkte geringer, was einer Reduktion um ein Drittel bzw. die Hälfte entspricht. Allerdings sind für diese Erkrankungsarten die Fallzahlen und damit verbundene Behandlungstage in der stationären Versorgung für die über 64-Jährigen deutlich höher als bei den Jüngeren: Bei den Älteren sind schwerwiegendere Erkrankungen vorzufinden (z.B. COPD), aber auch „einfachere“ Erkrankungen (z.B. Darminfektionen) nehmen im höheren Lebensalter einen schwereren Verlauf und machen daher öfter eine stationäre Behandlung notwendig.

Nachfolgend sind für die drei Altersgruppen separat die häufigsten Einzeldiagnosen und deren Anteile nach Geschlecht dargestellt.

Altersgruppe jünger als 20 Jahre

Bei den unter 20-Jährigen sind sowohl bei den weiblichen (mit einem Anteil von 32,2%) als auch bei den männlichen Versicherten (mit einem Anteil von 32,0%) die akuten Infektionen der oberen Atemwege

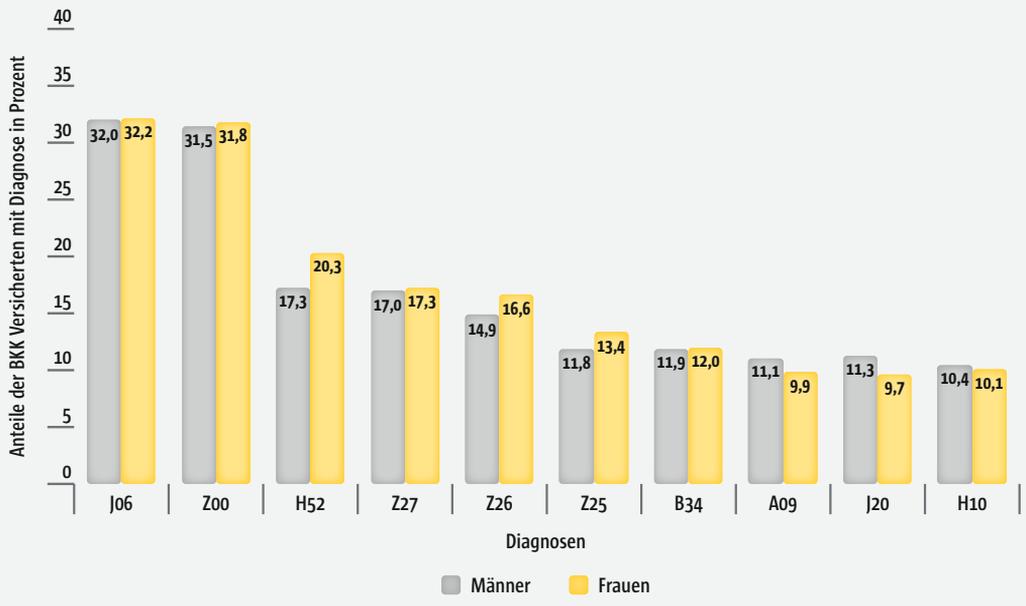
Diagramm 2.2.3 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



(J06) die häufigste Diagnose (»» Diagramm 2.2.4). Danach und ebenfalls für beide Geschlechter wird mit jeweils mehr als 31% fast gleich häufig die Diagnose für eine Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder

angegebene Diagnose (Zoo) vergeben. Recht große Geschlechtsunterschiede finden sich hingegen bei den Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern (H52) von denen weibliche häufiger als männliche Versicherte betroffen sind. Ebenfalls häufiger

Diagramm 2.2.4 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten unter 20 Jahre mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



wurden die weiblichen Versicherten gegen andere einzelne Infektionskrankheiten (Z26) bzw. Viruskrankheiten (Z25) geimpft. Hingegen waren im Berichtsjahr 2019 die männlichen Versicherten dieser Altersgruppe häufiger aufgrund von akuter Bronchitis (J20) in ambulanter Behandlung als die weiblichen Versicherten.

Altersgruppe 20–64 Jahre

In der Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen fallen besonders einige geschlechtsspezifische Einzeldiagnosen (»» Diagramm 2.2.5) auf: Hierunter fallen vor allem die kontrazeptiven Maßnahmen (Z30) sowie die sonstigen nichtentzündlichen Krankheiten der Vagina (N89), aber auch die speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12) sowie die speziellen Untersuchungen (Z01) werden um ein vielfaches häufiger bei Frauen diagnostiziert. Nur viert-häufigste Diagnose bei den Frauen, aber häufigste bei den Männern sind Rückenschmerzen (M54) – bei beiden Geschlechtern war deshalb jeder vierte Versicherte dieser Altersgruppe mindestens einmal in ambulanter Behandlung gewesen. Hingegen häufiger bei Männern als bei Frauen wurden aus dieser Liste der 10 wichtigsten Einzeldiagnosen die essen-

tielle (primäre) Hypertonie (I10) sowie Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien (E78) diagnostiziert.

Altersgruppe ab 65 Jahre

Sind die männlichen Versicherten zwischen 20 und 64 Jahren um mehrere Prozentpunkte häufiger wegen Hypertonie (I10) und Störungen des Lipoproteinstoffwechsel (E78) in ambulanter Behandlung, so sind in der Altersgruppe ab 65 Jahren beide Geschlechter etwa gleich häufig betroffen (»» Diagramm 2.2.6). In dieser Altersgruppe haben diese beiden Diagnosen die größte Verbreitung, was sich auch in den Arzneimittelverordnungsmengen (»» Kapitel 4.2) wiederfindet, da besonders bei den Älteren Blutdrucksenker sowie Lipidstoffwechsel-Medikamente sehr häufig verschrieben werden. Die dritt- und vierthäufigste Einzeldiagnose in der Altersgruppe ab 65 Jahren sind Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (H52) sowie Rückenschmerzen (M54): Mehr als ein Drittel der Versicherten waren davon betroffen. Ein besonders starker Geschlechtsunterschied ist wiederum bei der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25) zu verzeichnen: Mehr als jeder vierte Mann, aber weniger als

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 2019)

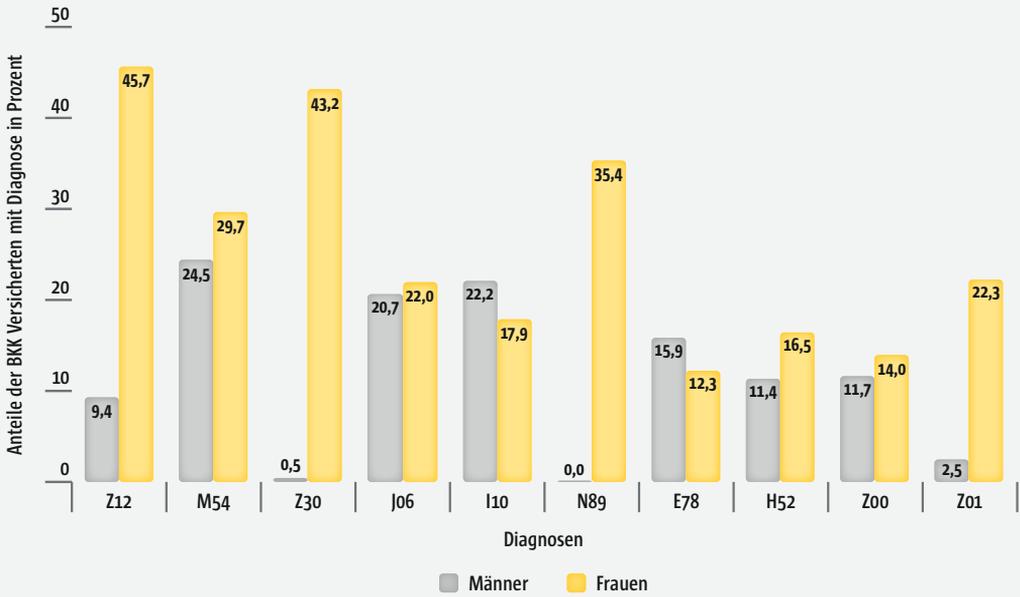


Diagramm 2.2.6 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten ab 65 Jahren mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

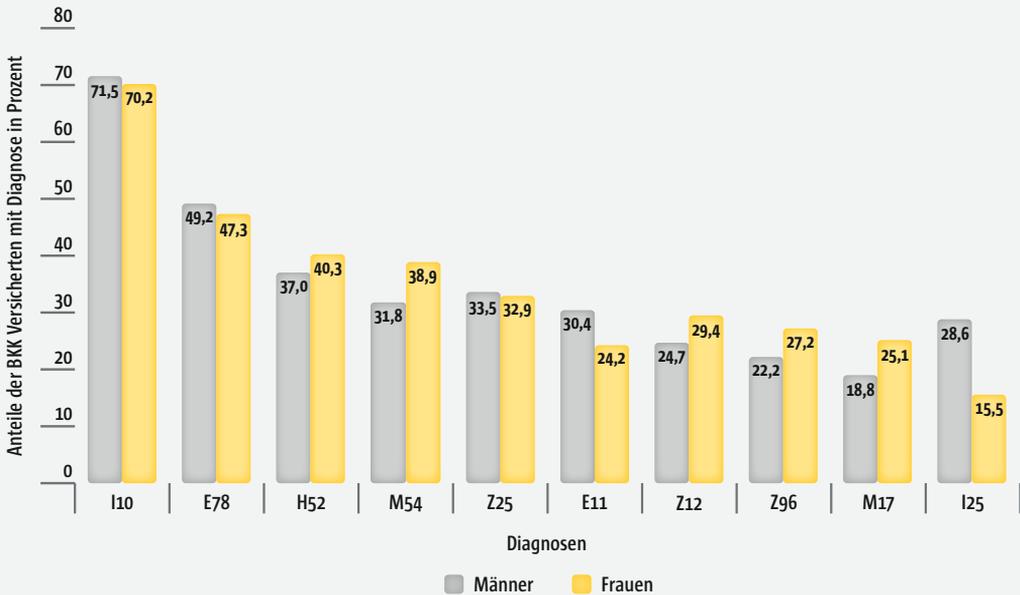
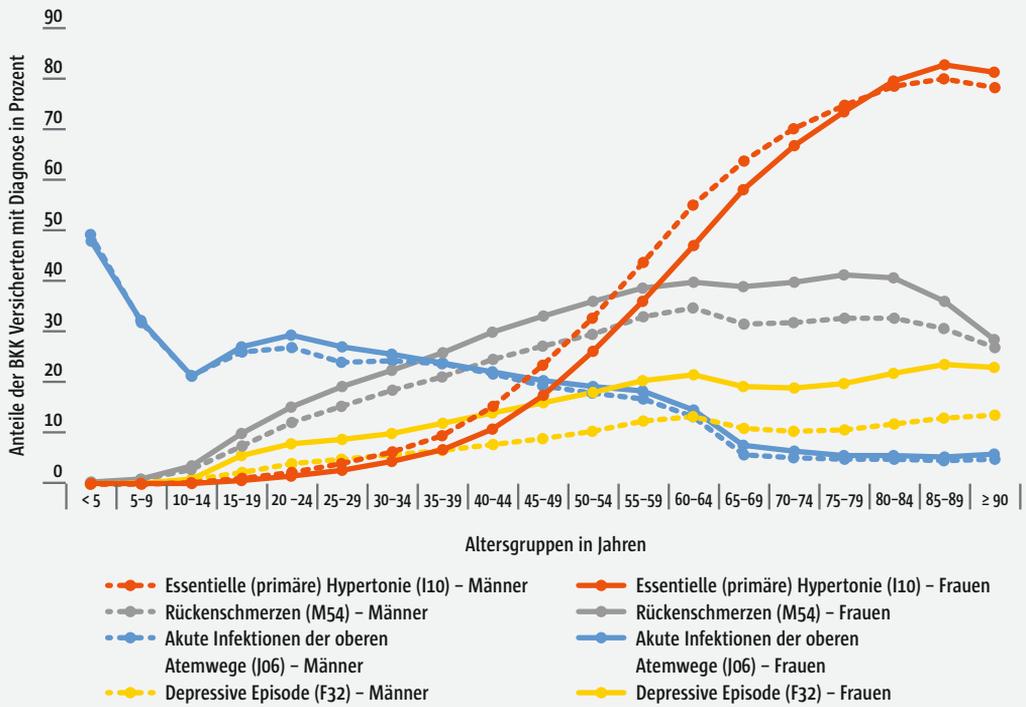


Diagramm 2.2.7 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Diagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

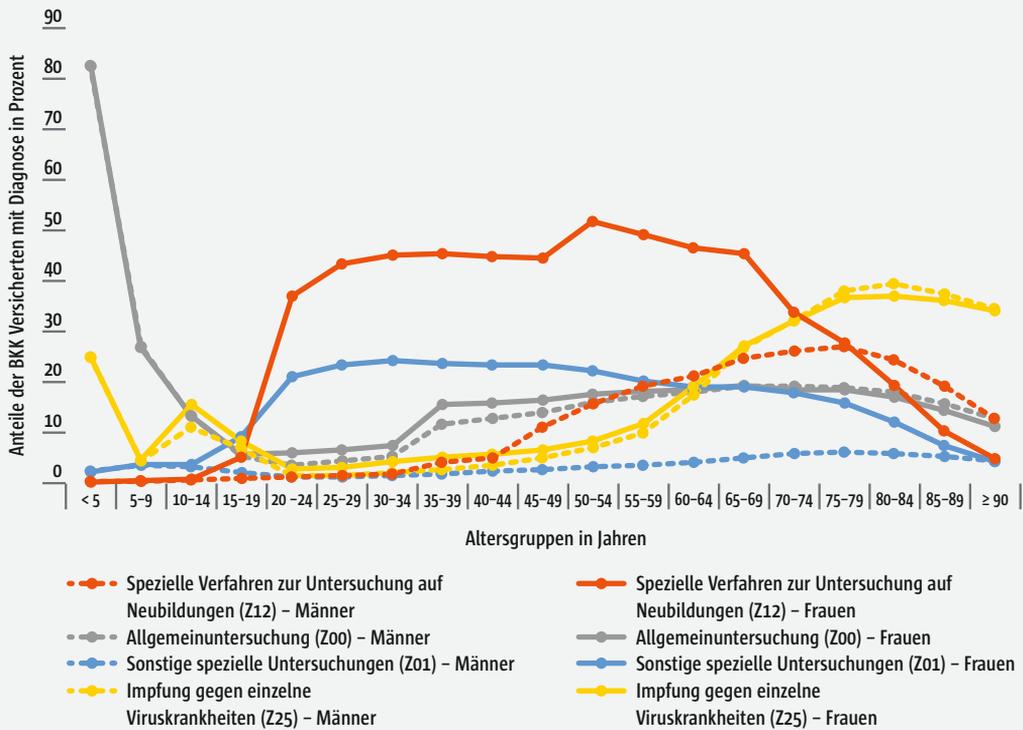


jede sechste Frau ab 65 Jahren hat eine solche Diagnose gestellt bekommen. Diese Diagnose kann auch als typische „Seniorenkrankheit“ bezeichnet werden, sind doch jüngere Versicherte nur sehr selten davon betroffen: Gegenüber den 20- bis 64-jährigen beträgt der Anteil der Versicherten ab 65 Jahren mit einer solchen Diagnose fast das Zehnfache. Ebenfalls eine deutliche Steigerung bei den vergebenen Diagnosen ist 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.

Wenig überraschend ist Bluthochdruck (I10) auch insgesamt im Durchschnitt über alle Altersgruppen hinweg genommen die häufigste Diagnose im ambulanten Bereich – 25,4% aller BKK Versicherten haben in 2019 eine solche Diagnose in ambulanter Behandlung bekommen. Der zweitgrößte Anteil von Versicherten mit Diagnose entfällt auf Rückenschmerzen (M54: 24,1%) die akuten Atemwegsinfektionen (J06: 22,3%) weisen in diesem Jahr nach den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Z12) den viertgrößten Anteil bei den Einzeldiagnosen auf.

Für diese drei Einzeldiagnosen, sowie exemplarisch für die depressive Episode (F32) aus dem Spektrum der psychischen Störungen, wird im Diagramm 2.2.7 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 jede(r) Zweite im Alter unter 5 Jahren ist deshalb 2019 in Behandlung gewesen. Bei den 5- bis 9-jährigen ist es immerhin noch rund jede(r) Dritte, während danach in den Altersgruppen die Anteile mit einer solchen 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 schwerwie-

Diagramm 2.2.8 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Faktoren der Inanspruchnahme nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



gende Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall ist¹ – diese treten dann allerdings in höherem Alter auf und müssen vorrangig stationär behandelt werden (III Kapitel 3.2.1). Ebenfalls interessant ist der Abgleich der Kennwerte aus der ambulanten und stationären Versorgung hinsichtlich des Auftretens einer depressiven Episode (F32): 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 wiederum 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 15,3% (Frauen) bzw. 12,3% (Männer) gestellt. Ab dem 50. Lebensjahr ist sogar etwa jede(r) Dritte deshalb in ambulanter Behandlung. Interessant ist weiterhin bei den hier exemplarisch dargestellten Diagnosen, dass ein „Rentenknic“ bei drei der vier Krankheiten zu erkennen ist: Die Anteile derer, die wegen Rückenschmerzen, depressiver Episoden und Atemwegsinfektionen einen Arzt oder Therapeuten aufsuchen, gehen bei der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen leicht zurück.

Abschließend sei außerdem ein Blick auf häufige ambulante Diagnosen geworfen, die wesentlich Vorsorgeuntersuchungen und -maßnahmen beinhalten (III Diagramm 2.2.8). So sind mit 22,3% beim größten Anteil BKK Versicherter spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12) durchgeführt worden. Wie die Altersverteilung zu dieser Diagnose verdeutlicht, 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

1 Falaschetti E, Mindell J, Knott C, Poulter N (2014). Hypertension management in England: a serial cross-sectional study from 1994 to 2011. *Lancet*, 383, 1899–1911.

vorgesehen ist. Entsprechend ist für das Jahr 2019 die Z12-Diagnose bei 34,6% der Frauen, aber nur bei 10,3% der Männer dokumentiert. Weiterhin deutet der leichte Anstieg bei der Altersgruppe der 50- bis 54-jährigen Frauen auf die Inanspruchnahme des empfohlenen Mammografiescreening 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 11,0% eine solche Diagnose bekommen, auch bei nachfolgenden Altersgruppen steigt der Anteil nicht über 30%. Unter die Z01-Diagnose („Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose“) werden neben Untersuchungen für Augen, Ohren, Zähnen, Allergietests usw. ebenfalls Kontrolluntersuchungen gefasst, die auch zur Krebsprävention zählen. Auch hier sind es die Frauen, die in deutlich höheren Anteilen solche Untersuchungen in Anspruch nehmen: 15 bis 20% der Frauen zwischen dem 20. und 79. Lebensjahr sind mindestens einmal im Jahr deshalb in der ambulanten Versorgung vorstellig geworden, während bei den Männern der Anteil nicht höher als 6,3% ist. Die zweithäufigste Diagnose aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme ist die Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose (Z00), darunter fallen auch die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, was sich in den sehr hohen Anteilen (82,4%) mit einer solchen Diagnose bei den unter 5-jährigen widerspiegelt. Auch die „Check Up 35“-Untersuchung wird mit dieser Diagnose dokumentiert, bei der sich ebenfalls ein entsprechender Anstieg der Anteilswerte ab dem 35. Lebensjahr zeigt. Zu den Z-Diagnosen werden des Weiteren auch Impfungen gezählt: Am häufigsten wird dabei einzeln gegen Grippe, Mumps oder Windpocken geimpft (Z25) (andere Viruskrankheiten wie Masern, Röteln bzw. Kombinationsimpfungen sind unter Z24 bzw. Z27 codiert).

2.2.2 Ambulante Versorgung nach Versichertenstatus

- 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 44% dieser Versichertengruppe wurde mindestens eine solche Diagnose dokumentiert.

Wie **III** 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 Versichertengruppen wiederzufinden, allerdings in unterschiedlicher Ausprägung. Bei der Gruppe der ALG-II-Empfänger ist die Wertedifferenz zwischen den Geschlechtern am größten, sodass nur 74,5% der männlichen, aber 85,8% der weiblichen Versicherten dieser Gruppe im aktuellen Berichtsjahr in ambulanter Behandlung waren. Ebenfalls einen Geschlechtsunterschied von

Tabelle 2.2.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versicherten- gruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

Versicherten- gruppen	Geschlecht	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Männer	84,5
	Frauen	93,3
	Gesamt	88,5
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	58,8
	Frauen	69,0
	Gesamt	63,5
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	74,5
	Frauen	85,8
	Gesamt	80,1
Familien- angehörige	Männer	86,7
	Frauen	89,7
	Gesamt	88,5
Rentner	Männer	94,1
	Frauen	95,1
	Gesamt	94,6
BKK Versicherte insgesamt	Männer	87,9
	Frauen	93,9
	Gesamt	90,8

Tabelle 2.2.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)

Diagnosehauptgruppen	Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familienangehörige	Rentner	BKK Versicherte insgesamt
	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent					
Infektionen	24,5	11,8	21,3	31,6	19,1	25,9
Neubildungen	18,1	10,4	9,7	10,1	37,1	20,3
Ernährung und Stoffwechsel	35,6	27,5	32,9	18,4	73,6	39,6
Psychische Störungen	30,7	31,2	44,0	27,0	46,9	34,3
Nervensystem	18,2	16,1	20,7	8,9	39,2	20,7
Auge	18,6	10,3	14,0	27,8	47,8	27,5
Herz-Kreislauf-System	29,6	23,3	26,0	11,8	79,6	35,7
Atmungssystem	47,9	24,3	38,0	49,2	37,9	47,0
Verdauungssystem	26,9	19,2	26,9	18,6	51,0	30,4
Haut	23,3	13,9	20,2	26,4	35,4	27,3
Muskel-Skelett-System	49,3	34,1	42,1	24,7	71,9	48,6
Urogenitalsystem	35,2	20,5	27,5	23,2	53,4	36,6
Verletzungen/ Vergiftungen	23,7	14,3	21,2	23,8	34,0	26,6
Faktoren zur Inanspruchnahme	54,8	33,0	43,4	60,8	76,9	62,0
Gesamt	88,5	63,5	80,1	88,5	94,6	90,8

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 63,5% eine Diagnose dokumentiert, immerhin –25 Prozentpunkte weniger als bei den Beschäftigten. Wie entsprechend der Altersanalysen zu erwarten ist, ist wiederum sowohl der höchste Anteil als auch der geringste geschlechtsspezifische Unterschied bei den Rentnern vorzufinden.

Die hier für den ambulanten Sektor beschriebene Rangfolge der Versichertengruppen ist auch bei den Arzneimittelverordnungen (III Kapitel 4.2.2) zu finden, hingegen sind in der stationären Versorgung die beiden Arbeitslosengruppen deutlich häufiger und länger in Behandlung (III Kapitel 3.2.2) – was insbesondere auf den hohen Anteil psychischer Erkrankungen zurückzuführen ist.

Auch in der detaillierten Betrachtung differenziert nach Diagnosehauptgruppen (III Tabelle 2.2.2) weisen die ALG-I-Empfänger durchweg geringere Anteilswerte im Vergleich zu allen Versicherten auf: So waren nur 24,3% aufgrund von Atmungssystem-Erkrankungen in ambulanter Behandlung gewesen – ein 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 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. Es sind aber auch die Inanspruchnahme-Faktoren,

zu denen auch Vorsorgemaßnahmen gehören, bei ALG-I-Beziehern mit 33,0% erheblich seltener vermerkt worden.

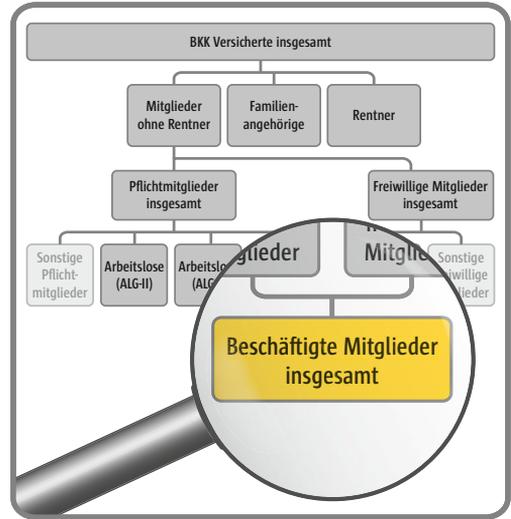
Auch bei den ALG-II-Empfängern sind die Anteile mit Diagnose fast durchweg geringer als bei allen Versicherten – mit Ausnahme der psychischen Störungen: Bei den ALG-II-Empfängern sind sie mit 44,0% die am häufigsten diagnostizierte Erkrankungsart, deren Anteil liegt somit fast 10 Prozentpunkte über dem Durchschnitt aller Versicherten (34,3%).

Bei den Familienangehörigen fallen hingegen – wie aufgrund des hohen Kinder- und Jugendlichenteils zu erwarten – vor allem die Anteile der Infektionsdiagnosen (31,6%) sowie die der Krankheiten des Atmungssystems (49,2%) überdurchschnittlich aus. Allerdings lässt die vermehrte Diagnostik dieser Erkrankungen gerade in dieser Versichertengruppe nicht zwangsläufig auf eine höhere Erkrankungsrate schließen: Kinder und Jugendliche werden mit den genannten Beschwerden vermutlich häufiger als Erwachsene bei einem Arzt vorstellig, wobei neben der Sorge durch die Eltern auch Formalia wie die Erstattungsfähigkeit von Erkältungsmitteln sowie die Beantragung von Kinderkrankengeld eine Rolle spielen (» Kapitel 4).

Die beschäftigten Mitglieder, als die mit Abstand größte Versichertengruppe in diesem Vergleich, sind naturgemäß aufgrund ihres hohen Anteils an den Versicherten insgesamt in der Regel relativ nah am Gesamtdurchschnitt. Leicht über dem Durchschnitt und (abgesehen von den Zusatzkodierungen der Faktoren der Inanspruchnahme) für diese Gruppe am häufigsten Grund einer ambulanten Behandlung sind die Atemwegserkrankungen (47,9%) sowie die Muskel-Skelett-Krankheiten (49,3%).

In der Gruppe der Rentner wiederum sind muskuloskelettale Erkrankungen mit einem Anteil von 71,9% noch deutlich verbreiteter, allerdings sind noch größere Anteile der berenteten Versicherten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (79,6%) sowie Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (73,6%) betroffen. Wie schon die altersspezifische Darstellung der häufigsten Einzeldiagnosen (» 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. Gerade diese Diagnosen sind aber wiederum als Risikofaktoren für schwere Vorfälle wie Herzinfarkt und Schlaganfall bekannt.

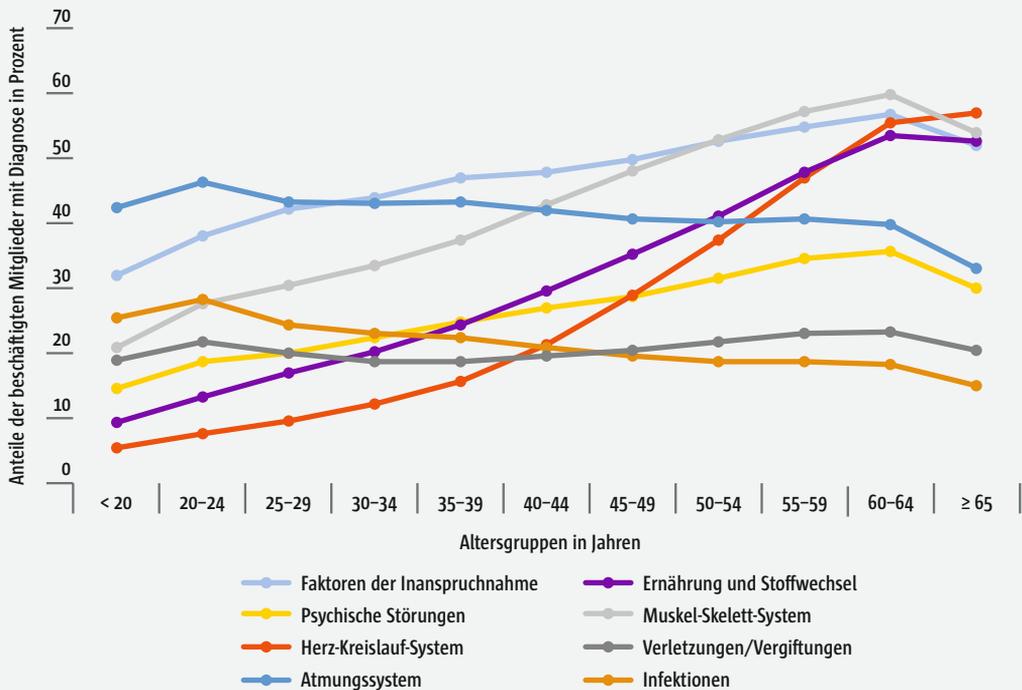
Fokus Beschäftigte Mitglieder



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 geringere 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, sodass 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 Kennwerte zu verzeichnen, am stärksten ausgeprägt ist dieser noch bei den Krankheiten des Atmungssystems mit -7,7 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

Diagramm 2.2.9 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2019)



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 zehnfachen 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.

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 2.2.5), allerdings insbesondere bei den Frauen in unterschiedlicher Ausprägung. So bezieht sich bei diesen die häufigste Diagnose auf kontrazeptive Maßnahmen, mit einem um +2,5 Prozentpunkten höheren Anteilswert als bei allen Versicherten (45,7% vs. 43,2%) ist diese Einzeldiagnose bei den weiblichen Beschäftigten am häufigsten dokumentiert. Akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) ist mit 25,0% so-

gar um +3 Prozentpunkte häufiger bei den Beschäftigten Grund für eine ambulante medizinische Konsultation im Vergleich zu allen Versicherten (22,0%). Die Bluthochdruck-Diagnose (I10) kommt hingegen bei den Beschäftigten seltener vor (-2,3 Prozentpunkte im Vergleich zu allen Versicherten). Bei den männlichen Beschäftigten sind 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.

Tabelle 2.2.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

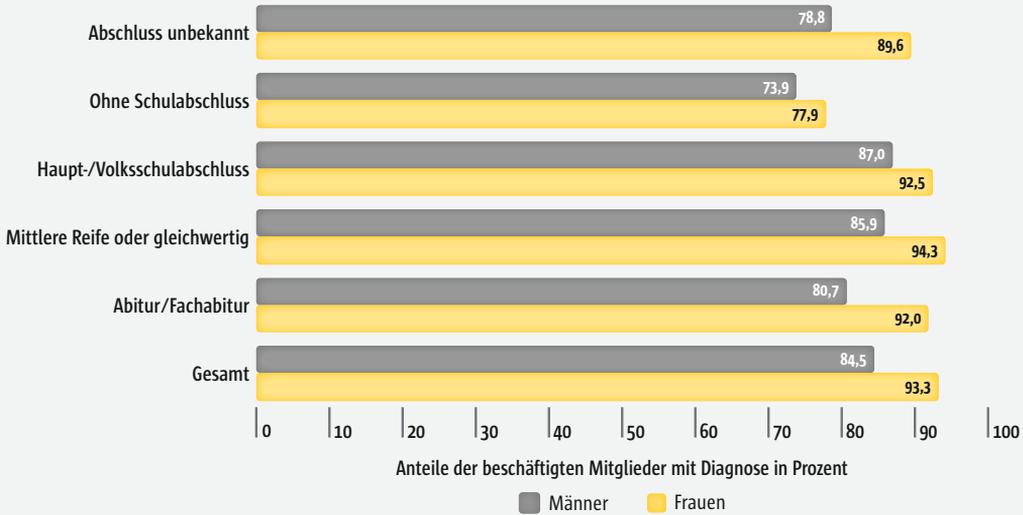
ICD-10-Code	Diagnosen	Anteile beschäftigte Mitglieder mit Diagnose in Prozent
		Männer
M54	Rückenschmerzen	24,0
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	22,1
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	21,2
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	15,2
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	11,3
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	10,9
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	9,6
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	9,2
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	9,1
E66	Adipositas	8,3
		Frauen
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	45,7
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	44,3
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	35,7
M54	Rückenschmerzen	28,6
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	25,0
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	21,9
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	15,7
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	15,7
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	15,2
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	13,2

- Im Vergleich zu Versicherten mit anderen Schulabschlüssen sind diejenigen ohne einen Schulabschluss am seltensten in ambulanter Behandlung.
- Hochschulabsolventen sind im Vergleich zu anderen Versicherten 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 (»» Diagramm 2.2.10) ist auffällig, dass im Gegensatz zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (»» Kapitel 1.2.3) oder in der stationären Versorgung (»» Kapitel 3.2.3)

Diagramm 2.2.10 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



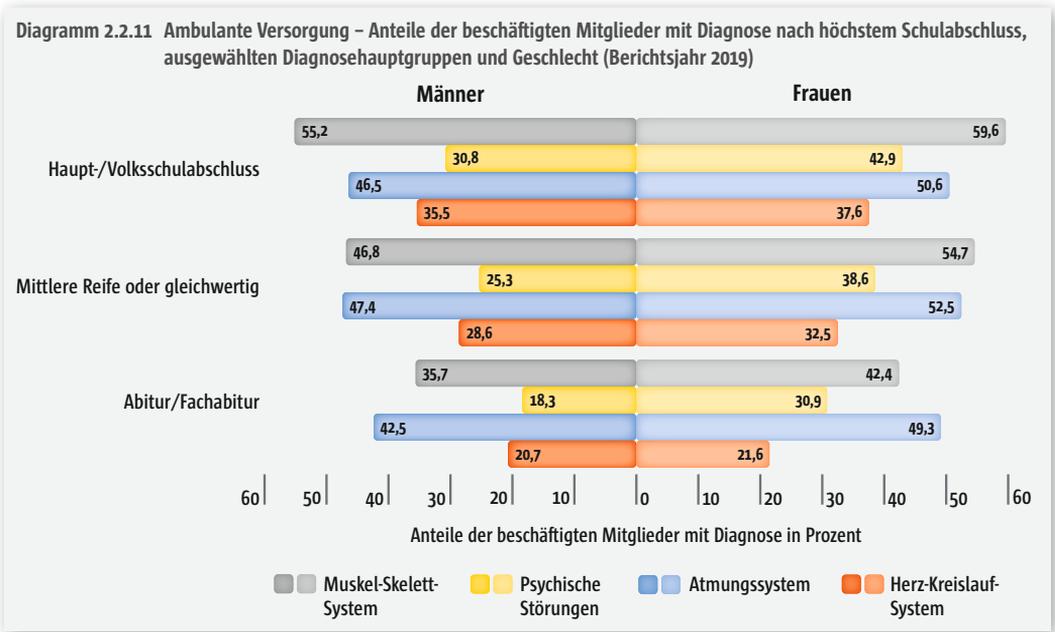
bei denjenigen ohne einen Schulabschluss nicht die höchsten, sondern die niedrigsten Kennwerte zu finden sind. Dies deutet darauf hin, dass diese Beschäftigtengruppe zumindest teilweise eine größere Ferne zum Gesundheitssystem aufweist, ohne dass dies altersbedingt wäre (Beschäftigte ohne Schulabschluss sind rund 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 4 Prozentpunkten im Vergleich zu den anderen Versichertengruppen noch am geringsten. Den größten Geschlechtsunterschied weisen hingegen die Beschäftigten mit (Fach-)Abitur auf (92,0% vs. 80,7%).

Für eine genauere Betrachtung des Zusammenhangs von Bildungsabschlüssen mit der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung sind in **III** Diagramm 2.2.11 drei ausgewählte Schulabschlussgruppen hinsichtlich ihrer Diagnoseanteile für ausgewählte Diagnosehauptgruppen geschlechtsspezifisch gegenübergestellt. Zwischen den Schulabschlussformen bestehen dabei teils deutliche Unterschiede, am größten bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen: Die weiblichen Haupt- bzw. Volksschulabsolventinnen

weisen gegenüber Frauen mit einem (Fach-)Abiturabschluss um +17,3 Prozentpunkte höhere Anteile auf, bei den Männern beträgt die Differenz sogar +19,5 Prozentpunkte. Ein ähnlich großer Unterschied zwischen den besagten Schulabschlussgruppen ist hinsichtlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verzeichnen mit +16,0 (Frauen) bzw. +14,8 Prozentpunkten (Männer) Differenz bei den Anteilen mit Diagnose zwischen Beschäftigten mit Haupt-/Volksschulabschluss und (Fach-)Abitur. Etwas geringer, aber immer noch relativ deutlich sind die Unterschiede bei den Anteilswerten für psychische Störungen, vergleichsweise geringe Unterschiede zwischen den Schulabschlussgruppen zeigen sich dagegen bei den Krankheiten des Atmungssystems.

Höchster Berufsabschluss

Die beschäftigten Mitglieder mit einem unbekanntem Abschluss weisen im aktuellen Berichtsjahr insgesamt die geringsten Inanspruchnahmequoten auf (**III** Diagramm 2.2.12). Besonders bei den Männern dieser Berufsabschlussgruppe ist ein sehr geringer Anteilswert zu finden. Dies gilt allerdings auch für die Beschäftigten mit Bachelor-Abschluss, für die jeweils nur leicht höhere Anteilswerte zu verzeichnen sind. Bei letztgenannter Personengruppe muss aber berücksichtigt werden, dass sie deutlich jünger als der Durchschnitt der Beschäftigten ist (33,6 Jahre vs.



42,9 Jahre). Wie demnach zu erwarten ist, besteht bei den Bachelor-Absolventen mit mehr als 14 Prozentpunkten Differenz auch der größte Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Inanspruchnahmequote. Immerhin im Schnitt fast ein Jahr älter sind diejenigen ohne einen beruflichen Ausbildungsabschluss – zu diesen zählen aber u.a. auch Auszubildende. Auch von dieser Beschäftigtengruppe war nur ein unterdurchschnittlicher Anteil in ambulanter Behandlung gewesen. Dies steht im Kontrast zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (III Kapitel 1.2.3) und der stationären Versorgung (III Kapitel 3.2.3), wo diejenigen ohne Abschluss überdurchschnittliche Kennwerte aufweisen.

Äquivalent zur Analyse der gestellten Diagnosen differenziert nach Schulabschluss stellt das III Diagramm 2.2.13 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 ergeben sich

die relativ geringsten Unterschiede zwischen den Berufsabschlussgruppen bei den Atmungssystem-Erkrankungen. Ebenso sind es die Muskel-Skelett-Erkrankungen, bei denen andererseits die größte Differenz besteht: Von denjenigen mit einer abgeschlossenen anerkannten Berufsausbildung war der Anteil mit einer solchen ambulant gestellten 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 deutlich häufiger mit „Kopfarbeit“ befasst – fallen indes die Anteile mit einer diagnostizierten Muskel-Skelett-Erkrankung gegenüber den beiden anderen Abschlussgruppen um etwa ein Viertel geringer aus. Aber auch die Anteile mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind bei den Hochschulabsolventen in ähnlicher Relation geringer im Vergleich zu den anderen beiden Berufsabschlüssen ausgeprägt.

Diagramm 2.2.12 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

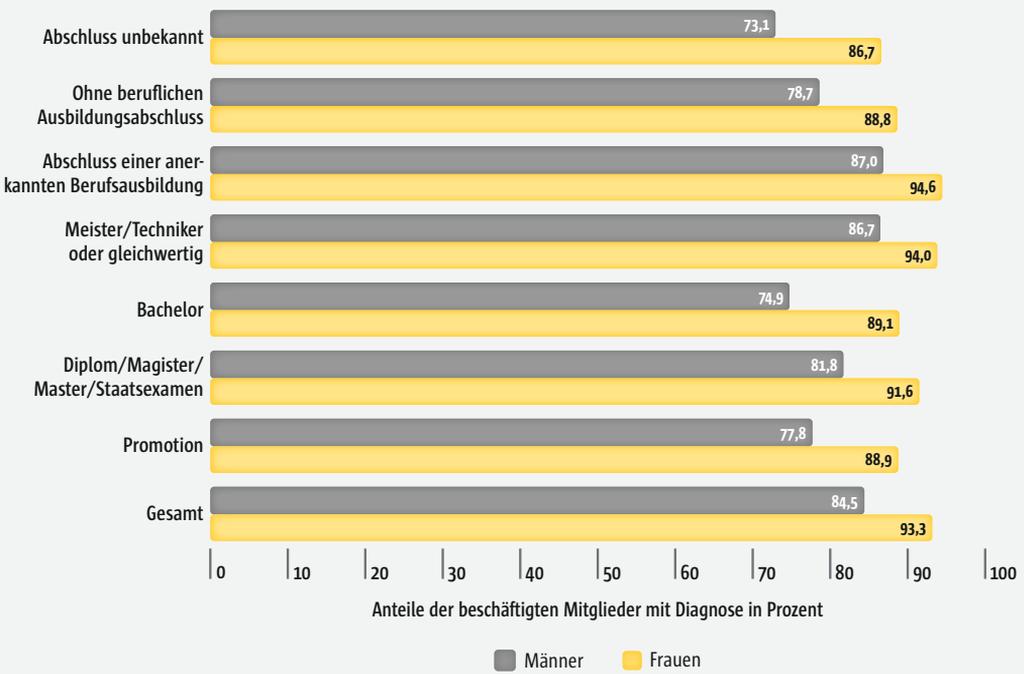
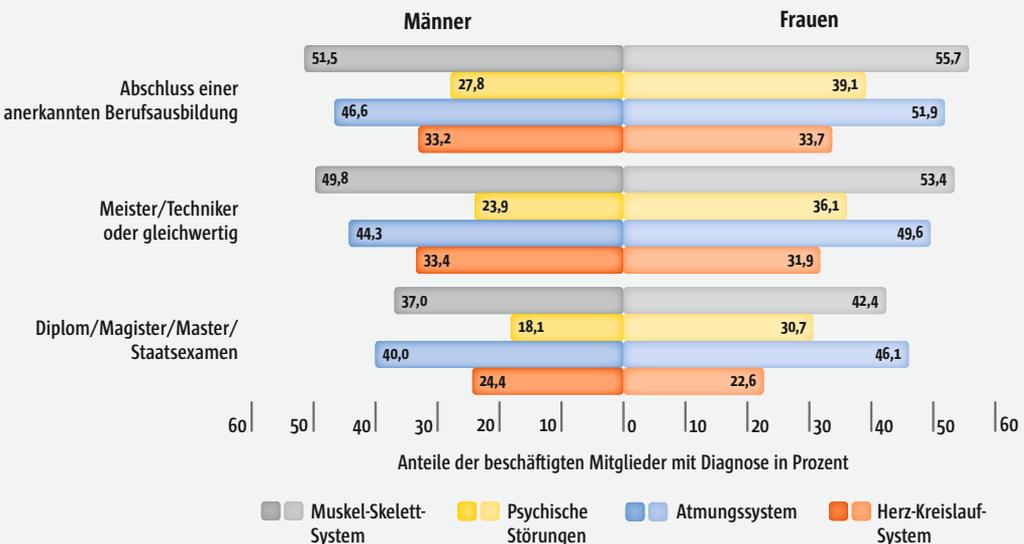
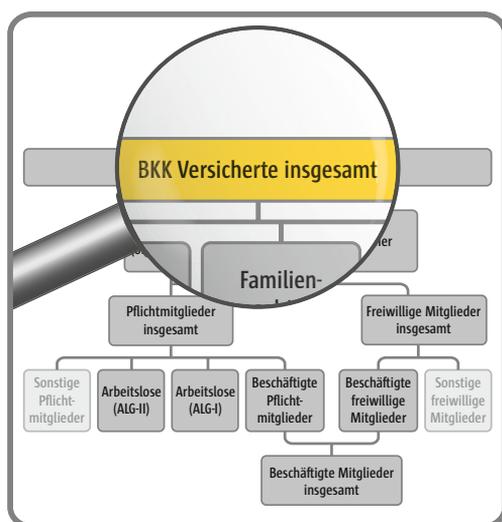


Diagramm 2.2.13 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



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 29%.
- Sachsen-Anhalt hat auch bei Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten den Spitzenplatz inne, die meisten ambulanten Diagnosen psychischer Störungen wurden hingegen in Mecklenburg-Vorpommern gestellt.
- Auch innerhalb der Bundesländer sind die Kennwerte regional verschieden: Auf Kreisebene schwanken die Werte am stärksten in Rheinland-Pfalz.

Auch der jeweilige Wohnort der Versicherten selbst hat einen Einfluss auf deren Gesundheit, vermittelt wird dies durch die regionalen Lebens- und Arbeitsbedingungen (z.B. Wirtschaftskraft, die Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote sowie die soziokultu-

rellen Bedingungen), aber auch durch die medizinische Versorgung vor Ort (z.B. Arzt-, Krankenhaus- und Apothekendichte). Nachfolgend werden deshalb die Kennwerte der ambulanten Versorgung regional differenziert betrachtet.

2.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise

Bei den Versicherten insgesamt zeigen sich hinsichtlich der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung nur recht geringe Unterschiede zwischen den Bundesländern, dabei ist wie schon im Vorjahr das Saarland dasjenige Bundesland mit dem höchsten Anteil Versicherter mit einer Diagnose: 91,8% der dort wohnhaften Versicherten haben mindestens eine Diagnose im Rahmen einer ambulanten Behandlung gestellt bekommen (»»» Tabelle 2.3.1). In Hamburg ist wiederum die niedrigste Diagnosehäufigkeit festzustellen, hier wurde insgesamt nur für 87,9% der Versicherten eine Diagnose dokumentiert. Der zweitgeringste Anteilswert ist in Berlin mit 88,6% zu verzeichnen. Darin zeigen sich auch Parallelen zu den Arzneimittelverordnungen (»»» Kapitel 4.3), wo Berlin und Hamburg die wenigsten, das Saarland aber die zweitmeisten Verordnungsanteile bei den Versicherten im aktuellen Berichtsjahr aufweist.

Betrachtet man zusätzlich den Versichertenstatus, so zeigt sich auch auf Bundeslandebene fast durchgehend die im »»» Kapitel 2.2.2 beschriebene Rangfolge der Versichertengruppen 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 auch die größte regionale Diffe-

Tabelle 2.3.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)

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	87,1	60,4	78,2	87,7	94,3	89,8
Bayern	88,8	61,5	80,0	89,0	94,8	91,0
Berlin	85,2	61,5	80,6	86,3	95,0	88,6
Brandenburg	88,0	61,4	75,3	87,3	95,6	90,2
Bremen	87,0	63,9	78,9	87,1	94,5	90,0
Hamburg	84,5	61,0	79,5	86,2	94,6	87,9
Hessen	88,9	64,8	80,9	88,5	95,3	91,1
Mecklenburg-Vorpommern	89,2	61,5	76,2	88,9	95,6	91,5
Niedersachsen	89,1	62,7	78,9	88,6	95,7	91,4
Nordrhein-Westfalen	88,7	65,3	80,3	89,1	95,5	91,5
Rheinland-Pfalz	88,6	64,7	78,6	88,6	95,7	91,2
Saarland	89,2	64,5	79,1	89,9	95,2	91,8
Sachsen	86,5	60,2	74,5	85,6	96,1	89,8
Sachsen-Anhalt	87,9	62,7	76,8	87,6	96,0	91,0
Schleswig-Holstein	87,6	62,2	80,0	88,0	95,2	90,3
Thüringen	88,3	62,8	74,9	87,4	95,8	90,7
Gesamt	88,5	63,5	80,1	88,5	94,6	90,8

renz: Spitzenreiter ist auch hier Hessen (80,9%) während die wenigsten Diagnosen hingegen in Sachsen gestellt worden sind (74,5%).

Auch bei Differenzierung auf Kreisebene zeigen sich nur moderate Unterschiede zwischen den Anteilen der Versicherten mit einer ambulant gestellten Diagnose: Die höchsten Anteilswerte sind dabei in den niedersächsischen Kreisen Northeim und Grafschaft Bentheim, gefolgt vom Schwalm-Eder-Kreis in Hessen (jeweils 93,1%) zu finden. Die geringste Inanspruchnahmequote weist hingegen Heidelberg in Baden-Württemberg auf, wo nur 83,3% der Versicherten in 2019 ambulant eine Diagnose gestellt bekommen haben, Bayreuth in Bayern (83,6%) und Trier in Rheinland-Pfalz (84,2%) folgen knapp danach. In Rheinland-Pfalz zeigt sich auch der größte Unterschied innerhalb eines Bundeslandes, so liegt der Kreis Kusel mit einem Diagnoseanteil von 92,9%

bei den Versicherten auch nur knapp unter dem Spitzenwert. Ebenfalls eine große Differenz ist in Hessen zu finden, wo die Stadt Frankfurt am Main (85,2%) einen um fast +8 Prozentpunkte niedrigeren Anteilswert für Versicherte mit einer Diagnose aufweist als der Schwalm-Eder-Kreis.

2.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen

Bei der detaillierteren Analyse des regionalen Krankheitsgeschehens bezüglich der im ambulanten Bereich häufigsten Diagnosehauptgruppen (III) Tabelle 2.3.2) zeigen sich besonders zwischen den ost- und westdeutschen Bundesländern bei bestimmten Erkrankungsarten wiederkehrende Unterschiede. Begründet sind diese in hohem Maße durch das

Tabelle 2.3.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)

Bundesländer	Infektionen	Neu- bildungen	Ernährung und Stoff- wechsel	Psychi- sche Störungen	Herz- Kreislauf- System	Atmungs- system	Muskel- Skelett- System	Uro- genital- system	Verletzun- gen/Ver- giftungen
	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent								
Baden- Württemberg	24,2	19,9	34,7	32,3	29,9	43,4	44,4	35,0	24,4
Bayern	25,7	21,1	38,1	33,3	32,2	46,7	47,7	35,9	27,5
Berlin	26,7	16,7	36,9	37,5	32,5	47,0	44,9	34,3	23,7
Brandenburg	23,9	18,7	40,8	35,3	40,3	45,0	50,3	37,8	24,5
Bremen	27,1	18,3	39,1	36,2	35,1	45,6	46,9	34,9	24,4
Hamburg	26,8	18,6	33,6	35,3	28,7	46,2	40,9	33,0	23,5
Hessen	26,0	18,8	38,4	33,4	34,3	49,6	47,9	35,5	26,6
Mecklenburg- Vorpommern	25,4	21,6	43,5	38,6	43,6	45,4	53,1	39,0	26,0
Niedersachsen	26,9	20,8	40,0	35,6	37,8	47,6	50,6	37,3	27,6
Nordrhein- Westfalen	26,7	20,9	42,9	34,4	38,7	48,6	50,0	37,7	27,3
Rheinland- Pfalz	26,4	20,7	43,5	34,8	39,5	49,4	51,4	39,3	28,5
Saarland	26,1	19,4	42,4	35,3	38,4	49,6	52,1	35,3	28,6
Sachsen	22,8	20,6	42,2	35,3	43,6	41,9	51,5	37,7	25,2
Sachsen- Anhalt	24,2	21,2	45,0	36,0	48,2	44,3	54,1	39,1	27,0
Schleswig- Holstein	26,1	19,2	35,2	33,7	34,0	45,2	47,1	34,2	26,2
Thüringen	23,5	20,1	42,4	34,8	44,9	45,7	53,5	37,8	26,8
Gesamt	25,9	20,3	39,6	34,3	35,7	47,0	48,6	36,6	26,6

höhere Durchschnittsalter (» Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten) sowie die höhere Arbeitslosenquote in den ostdeutschen Bundesländern.

So hat in der Regel in den Ostbundesländern ein deutlich geringerer Versichertenanteil die Diagnose einer Infektion oder einer Atemwegserkrankung erhalten – also solchen Erkrankungsarten, die im Rahmen der ambulanten Versorgung bei den höheren Altersgruppen seltener diagnostiziert werden. Bei diesen Erkrankungsarten ist zudem ein weiterer Einflussfaktor, dass in den Ostbundesländern die Impf-

bereitschaft (wesentlich sozialisiert durch die staatlich organisierte Impfprävention in der ehemaligen DDR) weiterhin höher ist als in den Westbundesländern². So sind die wenigsten Infektionsdiagnosen in Sachsen (22,8%), Thüringen und Brandenburg gestellt worden. Die meisten Infektionsdiagnosen sind hingegen in Bremen (27,1%), Niedersachsen und Hamburg zu verzeichnen. Bei den Erkrankungen des

2 Robert Koch-Institut (Hrsg.). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, 2014.

Atmungssystemen variieren die Anteile Versicherter mit Diagnose zwischen dem Spitzenwert im Saarland und in Hessen (jeweils 49,6%) sowie dem niedrigsten Wert in Sachsen (41,9%). Bei den „Seniorenkrankheiten“ Herz-Kreislauf-Erkrankungen verhält es sich genau andersherum: Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind mit Abstand am häufigsten in Sachsen-Anhalt bei 48,2% der dort wohnhaften BKK Versicherten festgestellt worden – die nachfolgend höchsten Anteilswerte sind ebenfalls wie in den Vorjahren allesamt bei den Ostbundesländern zu finden. Die geringsten Anteile von Versicherten mit einer kardiovaskulären Diagnose weisen Hamburg (28,7%) und Baden-Württemberg (29,9%) auf. Weiterhin liegen auch bei den Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten (45,0%) sowie den Muskel-Skelett-Erkrankungen (54,1%) die höchsten Anteilswerte in Sachsen-Anhalt. Aufschlussreich sind zudem die Diagnoseraten für Neubildungen: In der stationären Versorgung sind für diese Erkrankungsart sehr viele Fälle und Behandlungstage in Bremen zu verzeichnen (III Kapitel 3.3) – in der ambulanten Versorgung ist hier hingegen der Anteil Versicherter mit einer Neubildungsdiagnose unterdurchschnittlich (18,3% vs. 20,3%). Am häufigsten wurden diese wiederum in Mecklenburg-Vorpommern (21,6%) festgestellt.

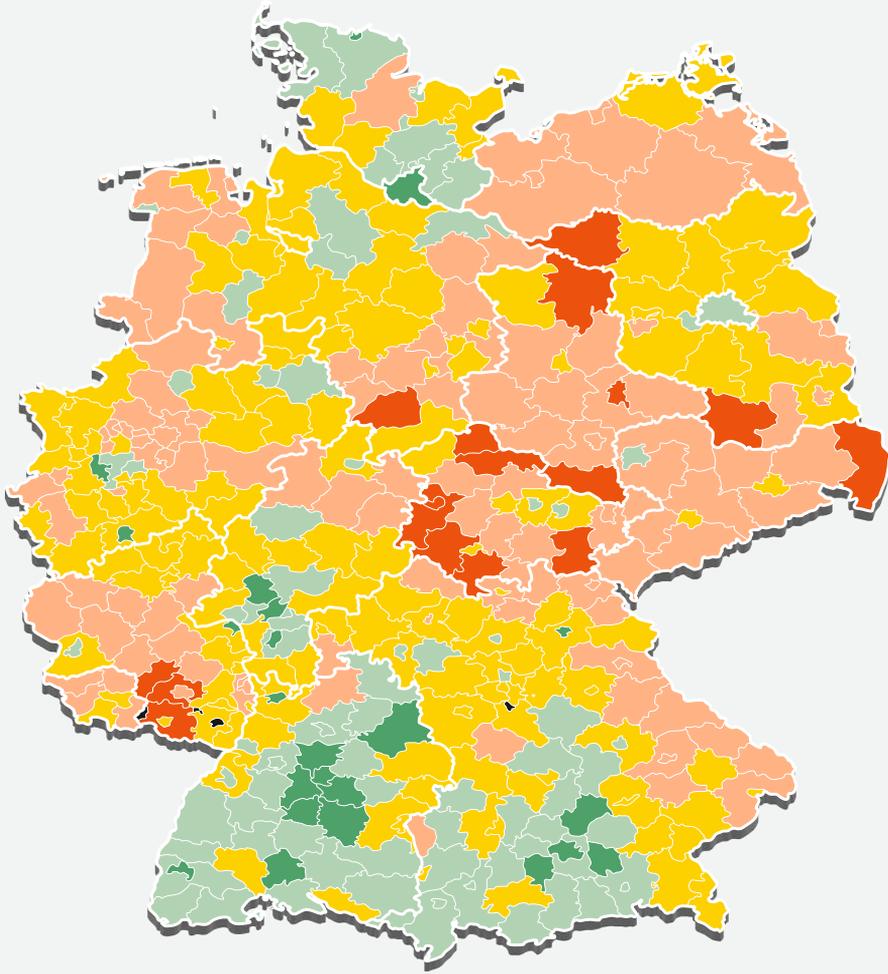
Wie schon bei den Gesamtinanspruchnahmekosten erhöht sich auch bei Betrachtung einzelner Erkrankungsarten die Varianz, wenn man die Anteile auf Kreisebene statt für Bundesländer betrachtet. Exemplarisch werden dazu nachfolgend die landkreisbezogenen Kennwerte für Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie den psychischen Störungen betrachtet.

Waren im Bundesländervergleich die Versicherten am häufigsten in Sachsen-Anhalt und Thüringen den Diagnoseanteilen zufolge häufiger von Muskel-Skelett-Erkrankungen betroffen, so zeigt sich in diesen mitteldeutschen Bundesländern auch auf Kreisebene eine deutliche Häufung überdurchschnittlicher Anteilswerte (III Diagramm 2.3.1). Der

mit 61,6% höchste Anteil Versicherter mit einer solchen Diagnose ist hingegen wie schon im Vorjahr im brandenburgischen Kreis Prignitz zu finden, gefolgt vom thüringischen Kreis Hildburghausen (58,4%). Aber auch in den rheinland-pfälzischen Landkreisen in der Nähe zur französischen Grenze sind deutlich überdurchschnittliche Inanspruchnahmekosten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen zu verzeichnen: Im Kreis Kusel haben immerhin 56,6% und im Kreis Kaiserslautern 56,2% der Versicherten eine solche Diagnose gestellt bekommen. In Rheinland-Pfalz ist hingegen ein deutlich unterdurchschnittlicher Anteilswert zu finden und zwar in der Stadt Mainz, wo nur 40,6% aufgrund Muskel-Skeletterkrankungen in ambulanter Behandlung waren. Am größten fällt die Differenz zwischen höchster und niedrigster Inanspruchnahmekosten hingegen in Hessen aus (Werra-Meißner-Kreis: 55,6% vs. Frankfurt am Main: 37,6%). Die wenigsten Versicherten mit einer solchen Diagnose sind hingegen – wie schon im Vorjahr – in Baden-Württemberg in Heidelberg (33,5%) und Reutlingen (35,8%) zu finden.

In der landkreisbezogenen Auswertung der Anteile Versicherter mit einer psychischen Störung, die in der ambulanten Versorgung diagnostiziert wurden (III Diagramm 2.3.2), 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 im Vorjahr in Rostock in Mecklenburg-Vorpommern zu finden, gefolgt vom niedersächsischen Wilhelmshaven (41,8%). Wie die Landkartendarstellung außerdem erkennen lässt, sind diejenigen Regionen mit besonders hohen Anteilswerten (>15% über dem Bundesdurchschnitt) meist kleine Kreise bzw. Kreisstädte. Deutlich unterdurchschnittliche Anteile sind hingegen eher im süddeutschen Raum vorzufinden, wie etwa in der bayrischen Stadt Bayreuth oder im Kreis Schwäbisch Hall, wo mit jeweils 25,3% die wenigsten psychischen Diagnosen gestellt worden sind.

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 2019)

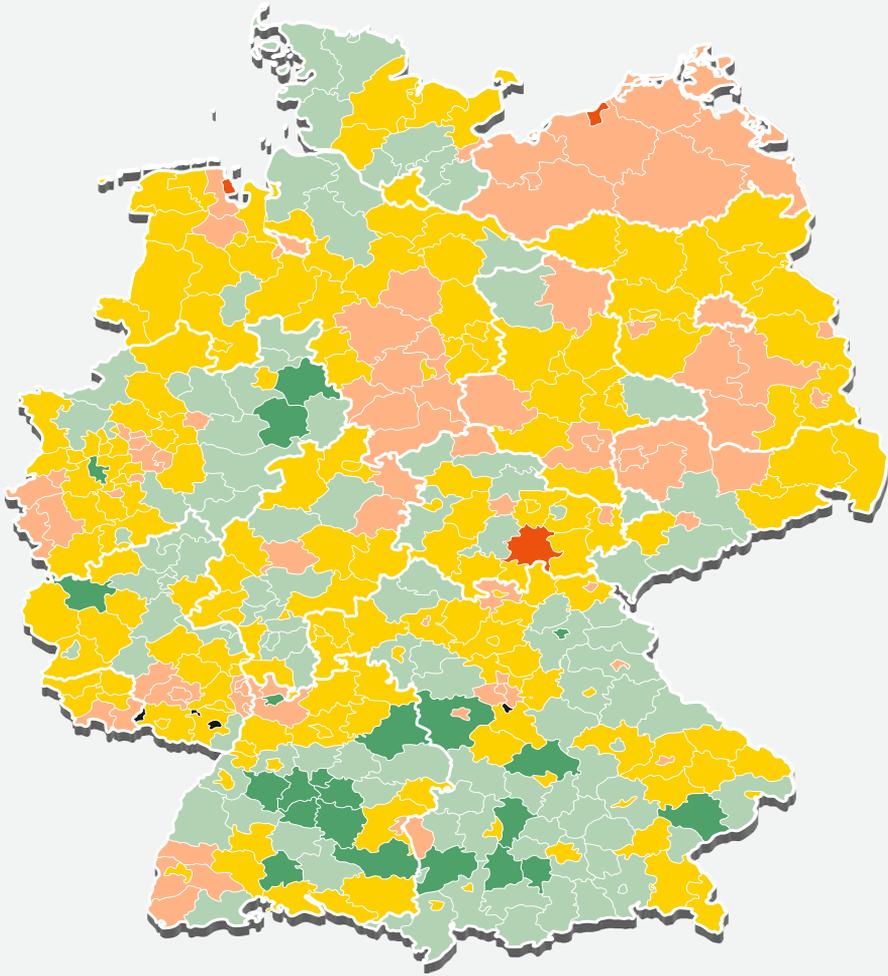


Prozentuale Abweichungen der Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose vom Bundesdurchschnitt (48,6%)

- | | |
|---|--|
| 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 geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

Diagramm 2.3.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für Psychische Störungen nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2019)

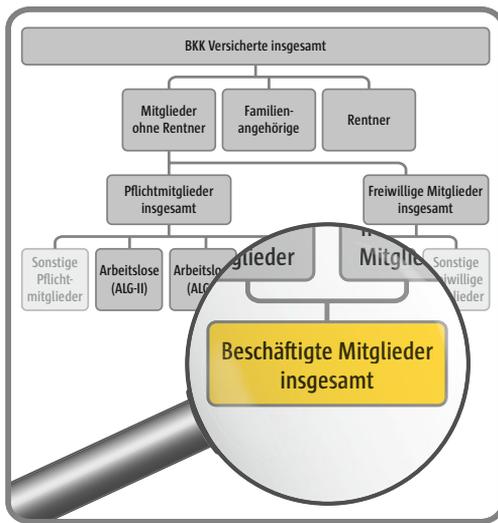


Prozentuale Abweichungen der Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose vom Bundesdurchschnitt (34,3%)

- 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 geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

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).

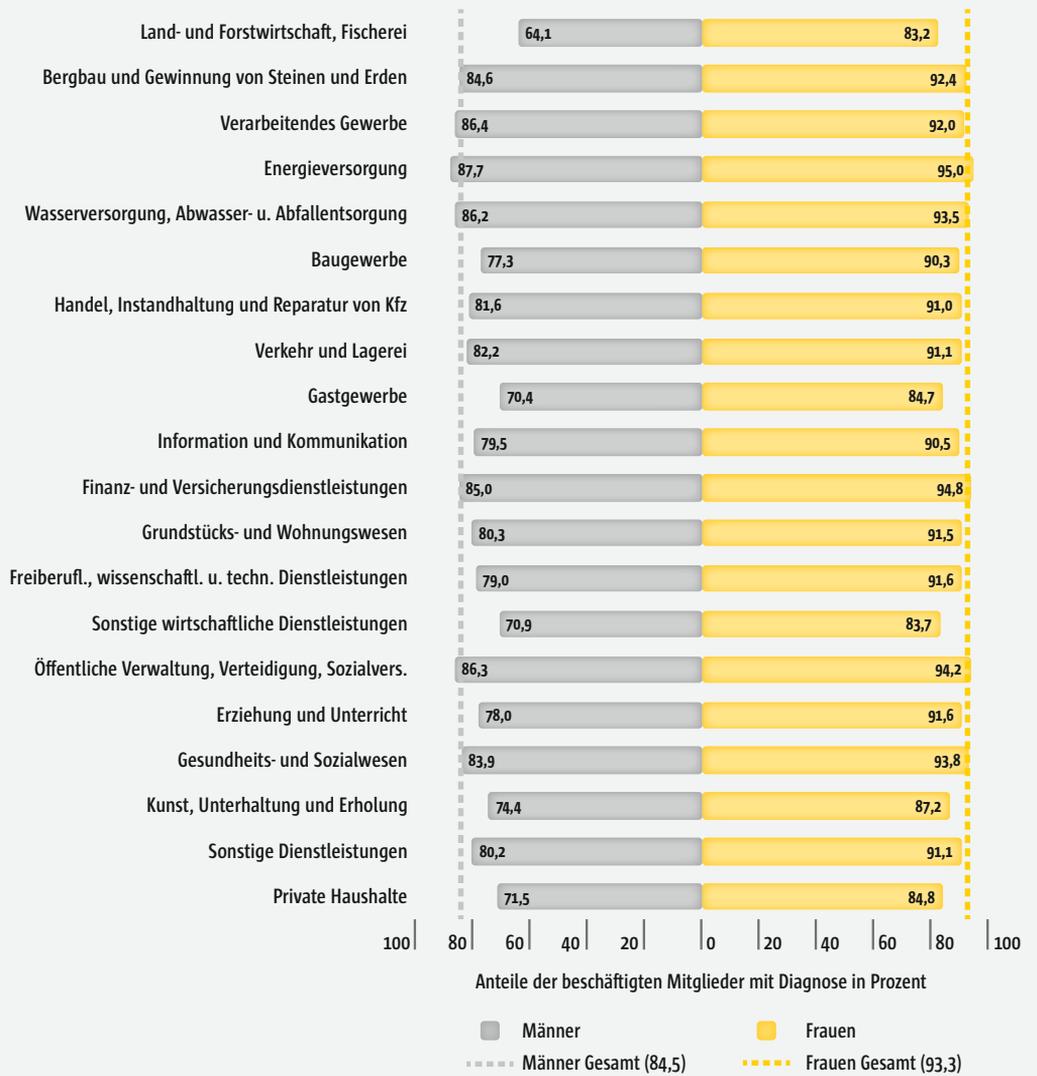
2.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Die höchsten Anteile Beschäftigter in ambulanter Behandlung sind für beide Geschlechter in der Energieversorgung zu finden. Die diesbezüglich geringsten Anteile weist hingegen die Land- und Forstwirtschaft auf.

- Ost-West-Gefälle im Gesundheitswesen: Die Anteile der dort Beschäftigten, die wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen bzw. psychischen Störungen in ambulanter Behandlung waren, sind in den ost-deutschen Bundesländern durchweg höher als im Westen.

Wie das [III](#) Diagramm 2.4.1 eindrücklich verdeutlicht, 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 83,2% der dort tätigen Frauen und 64,1% der dort tätigen Männer sind in 2019 in ambulanter Behandlung gewesen. Dabei ist 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 mit ambulant gestellter Diagnose bei den Beschäftigten in privaten Haushalten. Diese sind allerdings im Schnitt deutlich älter als die Beschäftigten in anderen Wirtschaftsgruppen und weisen in der stationären Versorgung überdurchschnittlich viele Behandlungstage auf ([III](#) Kapitel 3.4.1). Wiederum die höchsten Anteilswerte sind für beide Geschlechter bei den Beschäftigten in der Energieversorgung zu verzeichnen (Männer: 87,7%; Frauen: 95,0%), wobei zu berücksichtigen ist, dass die dort beschäftigten Männer im Mittel rund drei Jahre älter sind als der Durchschnitt aller Beschäftigten. Den zweithöchsten Wert bei den Männern in diesem Vergleich weisen die Beschäftigten im Bereich verarbeitendes Gewerbe auf, gefolgt

Diagramm 2.4.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

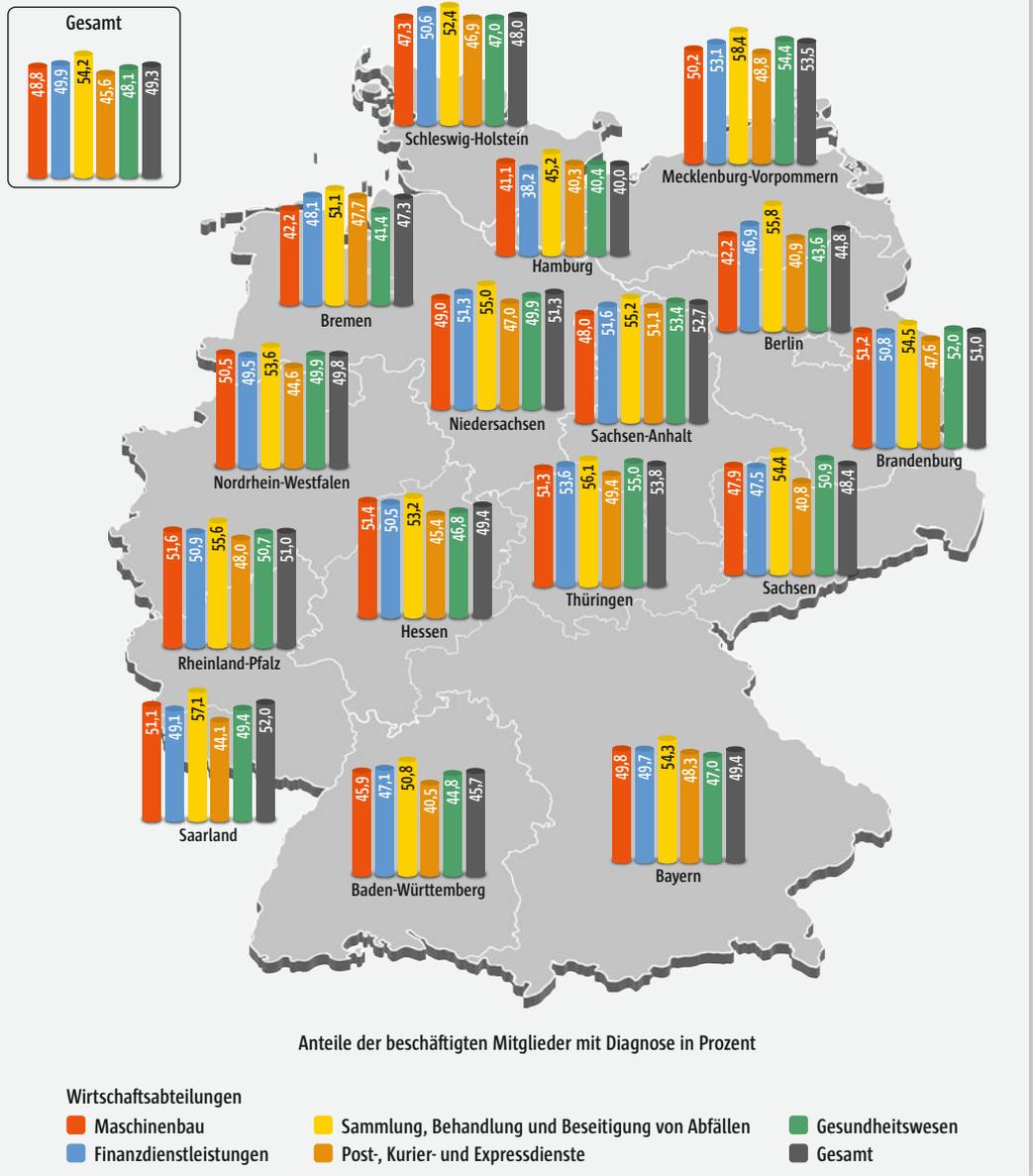


von der öffentlichen Verwaltung und der Verteidigung bzw. Sozialversicherung. Bei den Frauen ist die zweithöchste Inanspruchnahmequote hingegen bei denjenigen, die Finanz- und Versicherungsdienstleistungen erbringen, zu finden. Letztere sind allerdings weniger Tage arbeitsunfähig (» Kapitel 1.4.1), seltener in stationärer Behandlung als der Durchschnitt (» Kapitel 3.4.1) und bekommen ebenso unterdurchschnittliche Medikamentenmengen verordnet (» Kapitel 4.4.1). Anders hingegen bei den

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 Leistungsbereichen 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

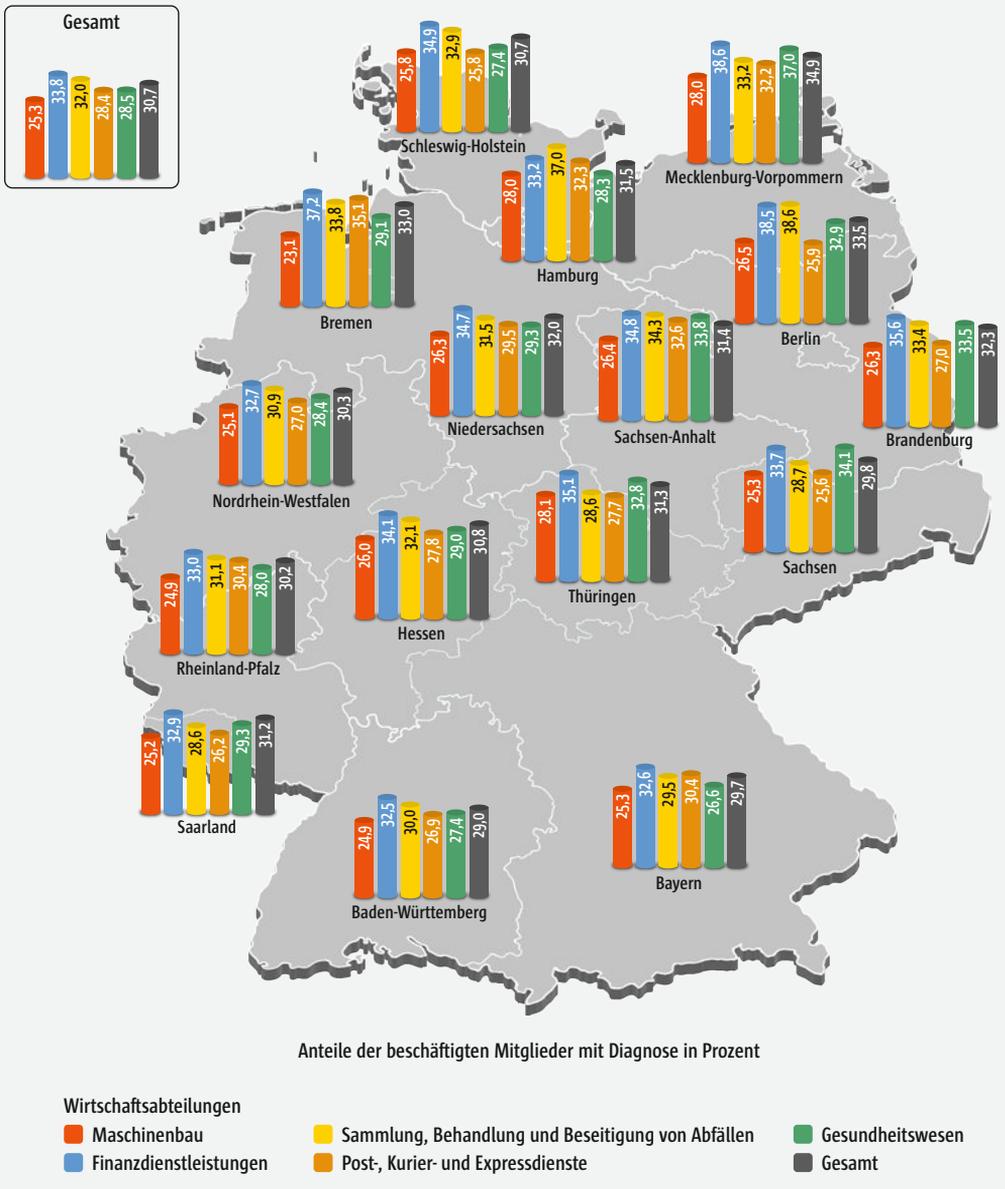
Diagramm 2.4.2 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2019)



Analysen in den verschiedenen Kapiteln verdeutlichen, ist dabei aber ebenso die Belastung durch die Arbeit an sich ein Einflussfaktor, zudem spielen wahrscheinlich „Hemmschwellen“ (z.B. Konsequenzen am Arbeitsplatz, aber auch Motivationsmangel 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.

Diagramm 2.4.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2019)



Hinsichtlich der Muskel-Skelett-Erkrankungen weist die Abfallwirtschaft im Bundesdurchschnitt wie auch in fast allen Bundesländern den höchsten Anteil an Versicherten mit einer solchen Diagnose auf (»» Diagramm 2.4.2). Fast alle Bundesländer weisen für diese Wirtschaftsgruppe eine Inanspruch-

nahmequote wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen von mindestens 50% auf – einzig in Hamburg liegt diese mit 45,2% deutlich unter dieser Marke. Auf der anderen Seite sind die Beschäftigten in der Abfallwirtschaft in Mecklenburg-Vorpommern mit 58,4% häufiger als in den anderen Bundesländern

aufgrund dieser Krankheitsart in Behandlung gewesen. Größer ist die Varianz der Anteilswerte sogar noch im Bereich der Finanzdienstleistungen: Auch hier markiert Hamburg den niedrigsten Wert (38,2%), während die Inanspruchnahmequote in Thüringen um mehr als 15 Prozentpunkte höher liegt (53,6%). Eine annähernd so 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 55,0% der Beschäftigten mit einer Muskel-Skelett-Diagnose. Ebenso sind in ostdeutschen Bundesländern die höchsten Anteilswerte bei Beschäftigten der Post-, Kurier- und Expressdienste zu verzeichnen – Spitzenreiter ist Sachsen-Anhalt (51,1%) vor Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern. Im Bereich Maschinenbau weisen hingegen die Beschäftigten in Rheinland-Pfalz den höchsten Anteilswert auf (51,6%).

Bei den psychischen Erkrankungen ist die Verteilung der Anteilswerte im Bundesländervergleich (III Diagramm 2.4.3) weniger von einem Ost-West-Gefälle geprägt als es 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 (37,0%) in Behandlung gewesen, gefolgt von Sachsen und Sachsen-Anhalt. In Bayern (26,6%) ist hingegen die geringste Inanspruchnahmequote zu finden. Eine ähnlich große Kennwertdifferenz zwischen den Bundesländern besteht auch bei den Beschäftigten im Bereich Abfallbeseitigung: Von diesen haben in Berlin 38,6% eine psychische Störung diagnostiziert bekommen, in Thüringen waren es hingegen genau 10 Prozentpunkte weniger (28,6%). Wiederum in Mecklenburg-Vorpommern weisen die Beschäftigten in der Wirtschaftsgruppe Finanzdienstleistungen den höchsten Anteilswert mit einer solchen Diagnose auf (38,6%), bei den Post-, Kurier- und Expressdiensten ist dagegen der Spitzenwert in Bremen (35,1%) 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 in Thüringen zu finden (28,1%), gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern und Hamburg.

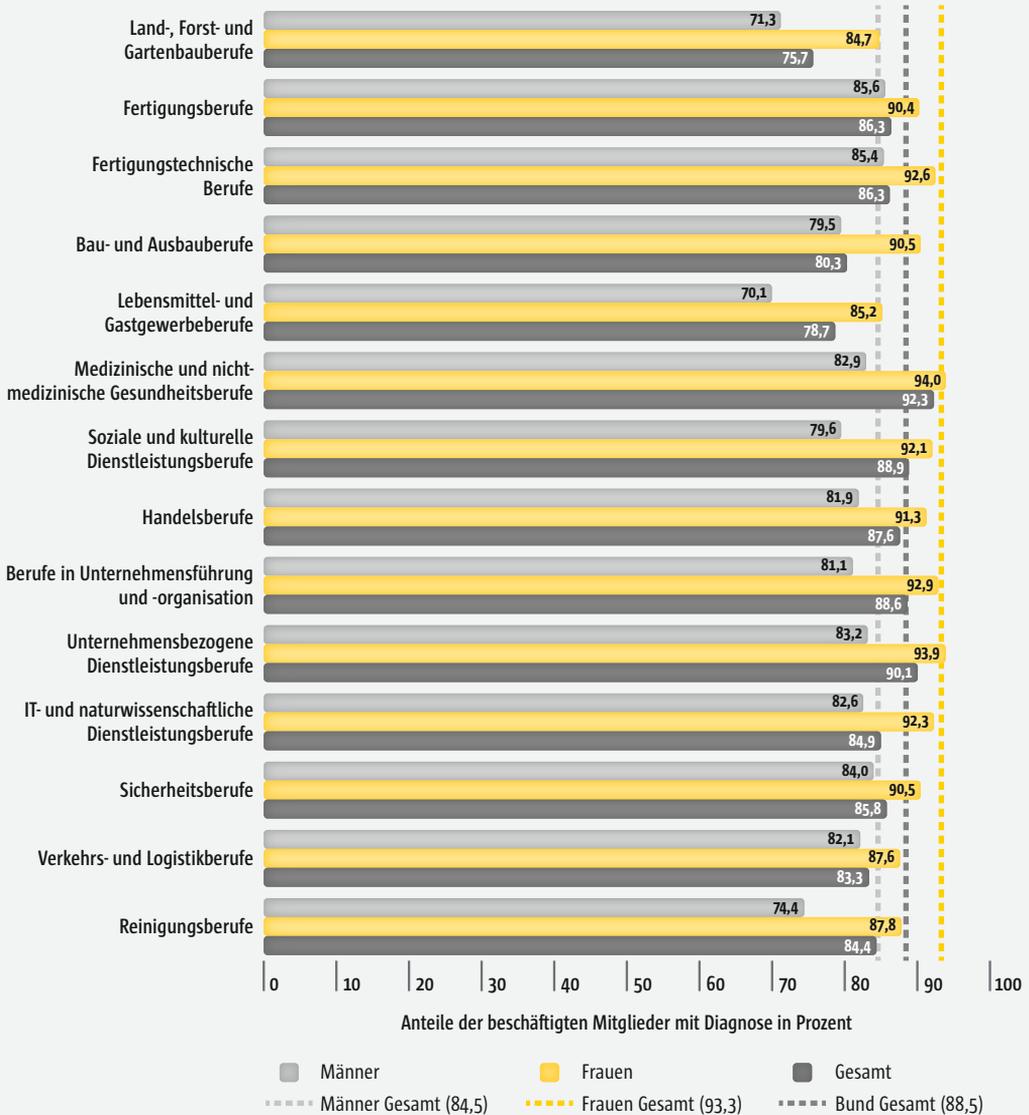
2.4.2 Auswertungen nach Berufen

- Beschäftigte in Gesundheitsberufen sind am häufigsten in ambulanter Behandlung. Sie sind häufiger als andere Berufsgruppen wegen Krankheiten des Atmungssystems sowie psychischen Störungen in Behandlung, aber auch Vorsorgemaßnahmen werden von diesen stärker wahrgenommen.
- Allgemein betrachtet sind Reinigungskräfte weniger häufig in ambulanter Behandlung als andere Berufe. 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 selbst den größten Anteil derer auf, die ambulante Leistungen in Anspruch nehmen: Bei 92,3% der Beschäftigten in Gesundheitsberufen wurde in 2019 mindestens eine Diagnose dokumentiert (III Diagramm 2.4.4). Dabei ist insbesondere bei den Frauen der Anteil sehr hoch, während der Kennwert bei den Männern hingegen sogar leicht unter dem Gesamtdurchschnitt liegt. Von allen männlichen Beschäftigten in diesem Vergleich sind dagegen diejenigen in den Fertigungsberufen (85,6%), gefolgt von den fertigungstechnischen Berufen (85,4%), mit den größten Anteilen in ambulanter Behandlung gewesen. Vergleichsweise wenig Versicherte mit einer gestellten Diagnose sind bei den in Land-, Forst- und Gartenbauberufen Tätigen zu finden. Bei den Frauen sind in dieser Berufsgruppe die geringsten geschlechtsspezifischen Anteilswerte zu finden; bei den Männern die zweitgeringsten, jeweils im Wechsel mit den weiblichen bzw. männlichen Beschäftigten in Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen. Interessant ist weiterhin, dass bei den Reinigungsberufen nur unterdurchschnittlich hohe Anteile der Beschäftigten in ambulanter Behandlung waren – weist diese Berufsgruppe im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen doch die meisten arbeitsunfähigkeitsbedingten Fehltagel (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.

Im III Diagramm 2.4.5 sind die Anteile der Beschäftigten mit einer Diagnose aus den Diagnosehauptgruppen psychische Störungen, Muskel-Skelett-, Herz-Kreislauf- sowie Atmungssystem-Erkrankungen nach Berufssegment im Vergleich dargestellt.

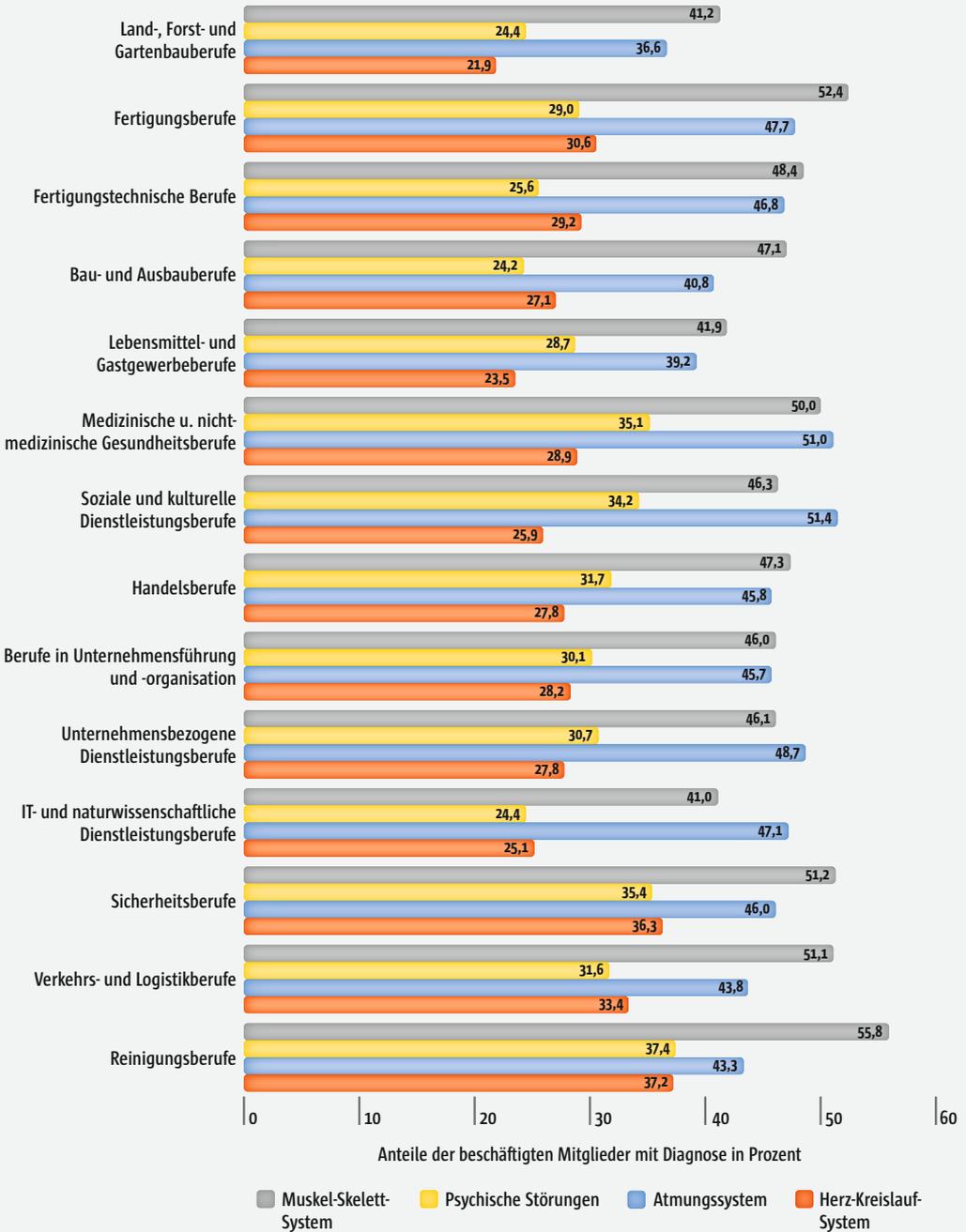
Diagramm 2.4.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



Ersichtlich wird, dass sehr viele Beschäftigte in sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen (51,4%) sowie in (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen (51,0%) von Atmungssystem-Erkrankungen betroffen sind und diese behandeln lassen – das sind über 14 Prozentpunkte mehr als bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen (36,6%). Bei diesen beiden Berufsgruppen ist sicher ausschlaggebend, dass diese häu-

fig mit Kindern/Jugendlichen (im Erziehungsbereich) bzw. mit Erkrankten (in Gesundheitsberufen) Kontakt haben. Für Gesundheitsberufe gelten aufgrund der Ansteckungsgefahr gegenüber Kranken und Pflegebedürftigen zudem strengere Auflagen bezüglich ihrer eigenen Gesundheit als in anderen Berufen. Bei den in Gesundheitsberufen Tätigen ist außerdem der Anteil, die eine psychische Störung diagnostiziert be-

Diagramm 2.4.5 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)



kommen haben, mit 35,1% deutlich überdurchschnittlich. Nur die Sicherheitsberufe (35,4%) und die Reinigungsberufe (37,4%) weisen einen höheren Anteil auf. 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 ambulant behandelt wurden. Ferner sind bei den in Gesundheitsberufen Tätigen besonders viele Zusatzdiagnosen - insbesondere Vorsorgemaßnahmen - gestellt worden (im Diagramm nicht enthalten), was vermutlich ebenfalls mit den bereits beschriebenen Besonderheiten dieser Berufsgruppe zusammenhängt.

Die ►► 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. Dabei zeigt sich, dass - wie schon in den Vorjahren - mit Abstand die höchste Inanspruchnahmequote bei den Arzt- und Praxishilfen vorzufinden ist. Des Weiteren fällt auf, dass 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 (43,2%), bei Beschäftigten in Hauswirtschaft und Verbraucherberatung (40,4%) sowie bei Servicekräften im Personenverkehr (40,2%) 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 (60,7%), in der industriellen Keramikherstellung und -verarbeitung (59,5%) sowie der Hauswirtschaft und Verbraucherberatung (58,0%) in Behandlung. Auch auf den nachfolgenden Rangplätzen zeigt sich eine Tendenz zu höheren Diagnoseanteilen gerade in den Fertigungsberufen, die vielfach eine höhere körperliche und oftmals einseitige Arbeitsbelastung als andere Berufe mit sich bringen.
- Die höchsten Anteile Beschäftigter mit **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** sind bei den Angehörigen gesetz-

Tabelle 2.4.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn Berufsgruppen mit den größten/geringsten Anteilen (Berichtsjahr 2019)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
811	Arzt- und Praxishilfe	95,7
831	Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	92,7
812	Medizinisches Laboratorium	92,4
732	Verwaltung	92,1
817	Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde	91,8
624	Verkauf von drogerie- und apothekenüblichen Waren, Sanitäts- und Medizinbedarf	91,8
514	Servicekräfte im Personenverkehr	91,7
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	91,4
733	Medien-, Dokumentations- und Informationsdienste	91,2
122	Floristik	91,0
	Gesamt	88,5
113	Pferdewirtschaft	75,0
633	Gastronomie	74,9
331	Bodenverlegung	74,5
944	Theater, Film- und Fernsehproduktion	74,4
943	Moderation und Unterhaltung	67,9
321	Hochbau	67,4
112	Tierwirtschaft	64,8
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	61,0
111	Landwirtschaft	58,4
634	Veranstaltungsservice und -management	58,1

gebender Körperschaften und leitenden Bediensteten von Interessenorganisationen (45,4%) zu verzeichnen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass diese das höchste Durchschnittsalter aller Berufsgruppen aufweisen. Ebenfalls überdurchschnittlich alt sind die Beschäftigten in Berufen der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung (45,2%) sowie die in der Überwachung und Steuerung des Verkehrsbetriebs Tätigen (43,5%), die nachfolgend die höchsten Anteilswerte aufweisen.

- Die Beschäftigten in Erziehung, Sozialarbeit und Heilerziehungspflege (57,1%) waren am häufigsten wegen **Krankheiten des Atmungssystems** in Behandlung, danach folgen in Rangreihe die Servicekräfte im Personenverkehr (56,5%) sowie Arzt- und Praxishilfen (55,8%).
- 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 kontrazeptiver Maßnahmen (Z30) zurückzuführen, aber auch Vorsorgemaßnahmen sind bei diesen Berufsgruppen sehr verbreitet: So waren etwa 45,2% der Arzt- und Praxishilfen bei Untersuchungen zur Krebsvorsorge (Z12), die Inanspruchnahme ist bei Beschäftigten in Medizinischen Laboren nur unwesentlich geringer (42,5%).

Am unteren Ende der Rangreihe sind im Berichtsjahr 2019 die Beschäftigten in Veranstaltungsservice und -management zu finden, von denen im aktuellen Berichtsjahr nur 58,1% in ambulanter Behandlung waren. Nur wenig höhere Anteile mit einer ambulant gestellten Diagnose sind bei den Landwirtschaftsberufen (58,4%) sowie bei den Schauspielern, Tänzern und Bewegungskünstlern (61,0%) zu finden. Gerade letztere Berufsgruppe ist aber mit einem Durchschnittsalter unter 30 Jahren deutlich jünger als das Mittel aller Beschäftigten. So verwundert es nicht, dass diese bei vielen Erkrankungsarten genauso wie bei Einzeldiagnosen unter den Berufsgruppen mit den 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 noch geringe Anteile aufweisen: Der niedrigste Wert für Krebsvorsorge (Z12) ist entsprechend bei Berufen in der Fischwirtschaft (4,3%) gefolgt von Beschäftigten im Hochbau (5,4%) sowie der Bodenverlegung (5,5%) zu verzeichnen.

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 Aufsichts-/Führungskräfte wegen Atmungssystem-Erkrankungen und wegen psychischer Störungen seltener in Behandlung.
- Befristet Beschäftigte sind seltener bei Ärzten oder Therapeuten als unbefristet Tätige. Außerdem begeben sich die unbefristet in Teilzeit tätigen Männer ebenfalls nur selten in ambulante Behandlung – wobei diese gleichzeitig in der stationären Versorgung die meisten Krankenhaustage aufweisen.

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 Tätigkeitsausübenden mit einer ambulant gestellten Diagnose abnimmt, der niedrigste Anteilswert hingegen bei den Helfer- bzw. Anlerntätigkeiten zu finden ist: Von diesen sind nur 80,0% 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 93,8% eine ambulante Diagnose dokumentiert ist, der geringste Anteil Beschäftigter in ambulanter Behandlung

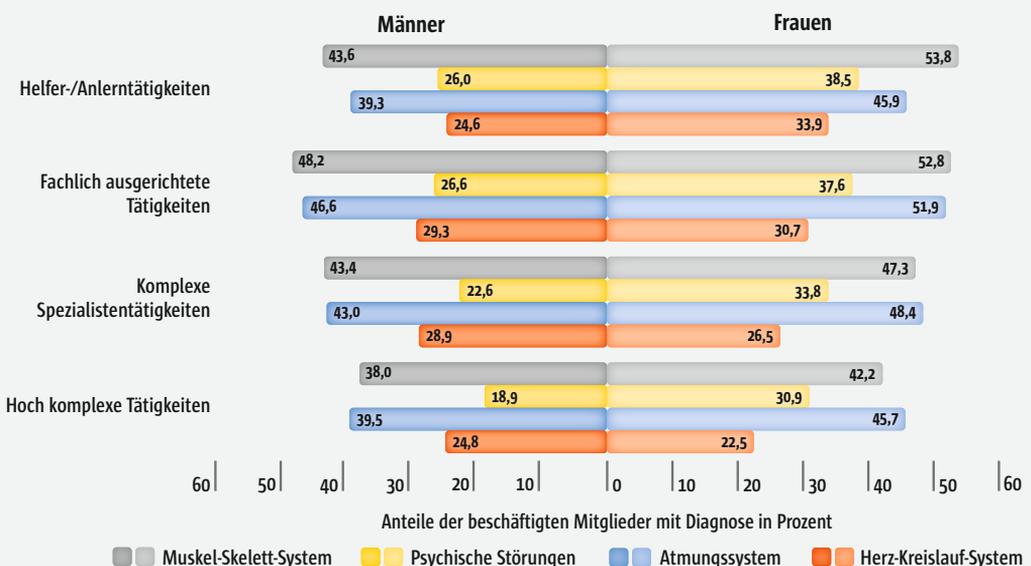
Tabelle 2.4.2 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

Anforderungsniveau	Geschlecht	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
Helfer-/Anlern Tätigkeiten	Männer	73,9
	Frauen	86,3
	Gesamt	80,0
Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Männer	85,1
	Frauen	93,8
	Gesamt	89,2
Komplexe Spezialisten-tätigkeiten	Männer	83,4
	Frauen	92,4
	Gesamt	86,9
Hoch komplexe Tätigkeiten	Männer	80,8
	Frauen	90,7
	Gesamt	84,6

ist wiederum bei den Männern mit Helfer- und Anlern-tätigkeit vorzufinden (73,9%).

Differenziert nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (»» Diagramm 2.4.6) zeigt sich das gleiche Muster bei den Männern, bei den Frauen sind die Anteilswerte hingegen anders verteilt: So sind die höchsten Anteile weiblicher Beschäftigter mit Diagnosen für Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Störungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei denjenigen in Helfer- bzw. Anlern-tätigkeiten zu finden. Für diese drei Erkrankungsarten nehmen die Anteilswerte bei den weiblichen Beschäftigten jeweils weiter ab, je höher deren Tätigkeitsniveau ist. Dass die weiblichen Beschäftigten in Helfer- bzw. Anlern-tätigkeiten, wie zuvor festgestellt, insgesamt eine geringe Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung aufweisen, ist zum Teil auf seltenere Kontrazeptiva-Verschreibungen (was auch mit dem höheren Durchschnittsalter dieser Gruppe zu tun hat), aber auch auf eine geringere Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen zurückzuführen. Außerdem sind diese seltener wegen Atmungssystem-Erkrankungen beim Arzt gewesen. Bei den Männern zeigt sich wiederum noch ausgeprägter, dass die in Helfer- bzw. Anlern-tätigkeiten Beschäftigten seltener eine ambulante Versorgung in Anspruch nehmen, während diejenigen in fachlich ausgerichteten Tätigkeiten die höchsten Anteilswerte im Vergleich aufweisen. Die männlichen Helfer und

Diagramm 2.4.6 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



Angelernten weisen allerdings nicht unbedingt deutlich geringere Anteile mit spezifischen Erkrankungen auf – so sind es etwa die männlichen Beschäftigten mit hoch komplexen Tätigkeiten, die deutlich geringere Anteile von Muskel-Skelett-Erkrankungen oder psychischen Störungen diagnostiziert bekommen haben. Vielmehr ist die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen bei den männlichen Helfern und Angelernten geringer, insgesamt ist der Anteil derjenigen, die eine Diagnose aus dem Spektrum der Inanspruchnahme-Faktoren gestellt bekommen hat, bei diesen gegenüber den anderen Anforderungsniveau-Gruppen um -10 Prozentpunkte geringer.

Aufsichts- und Führungsverantwortung

Wie **»»** 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 3 Prozentpunkten noch am größten, was allerdings vom großen Männeranteil in der Gruppe derjenigen mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung herrührt. 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 Auf-

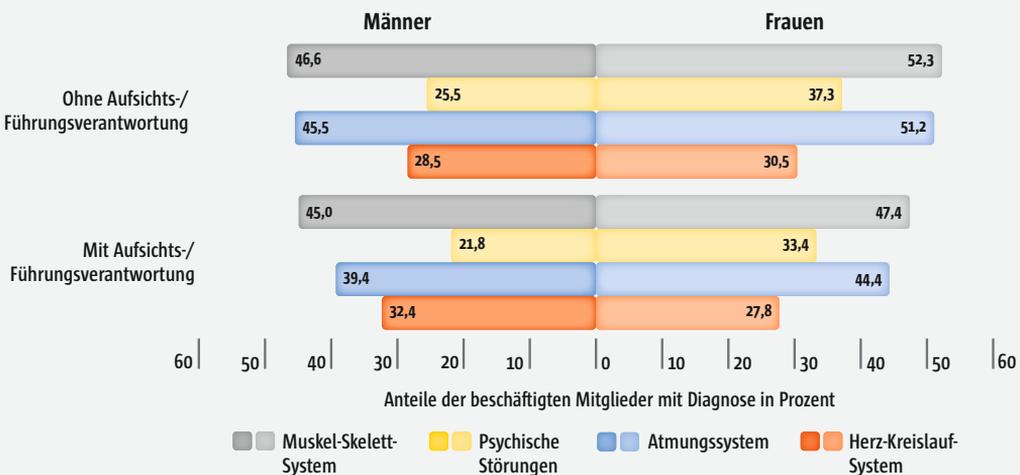
Tabelle 2.4.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

Aufsichts-/Führungsverantwortung	Geschlecht	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
Ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung	Männer	84,2
	Frauen	93,3
	Gesamt	88,4
Mit Aufsichts-/Führungsverantwortung	Männer	83,5
	Frauen	90,9
	Gesamt	85,4

sichts- bzw. Führungsverantwortung weisen mit 93,3% den insgesamt höchsten Anteilswert auf.

Betrachtet man auch hier wieder einzelne Erkrankungsarten (**»»** Diagramm 2.4.7), ergeben sich jedoch deutlichere Unterschiede, hierbei sind aber als mögliche Ursache auch Altersunterschiede zwischen den Gruppen zu berücksichtigen. So ist insbesondere der Anteil der Versicherten, die wegen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung in Behandlung waren, bei der durchschnittlich ältesten Gruppe im Vergleich – den

Diagramm 2.4.7 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



männlichen Aufsichts- bzw. Führungspersonen – am höchsten. Dies entspricht auch den größeren Verordnungsmengen von Medikamenten mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System für männliche Aufsichts- bzw. Führungspersonen (» Kapitel 4.4.3), allerdings sind diese gegenüber denjenigen ohne eine solche Funktion nicht häufiger oder mehr Tage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen stationär in Behandlung (» Kapitel 3.4.3). Hinsichtlich der drei weiteren hier dargestellten Krankheitsarten sind bei beiden Geschlechtern die Anteile Versicherter mit einer solchen Diagnose bei den Aufsichts- bzw. Führungsverantwortlichen niedriger als bei denen ohne eine solche Funktion. Der größte Unterschied besteht dabei bei den Atemwegserkrankungen. Außerdem zeigt sich ein bemerkenswerter Unterschied zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bei den Muskel-Skelett-Krankheiten: Männliche Beschäftigte ohne eine Aufsichts- bzw. Führungsfunktion fallen im Durchschnitt deutlich mehr Tage aufgrund solcher Erkrankungen arbeitsunfähig aus (in 2019 über +70% mehr AU-Tage), als diejenigen mit einer solchen Funktion. In der ambulanten Versorgung sind indes beide Gruppen in fast gleich großen Anteilen zu finden.

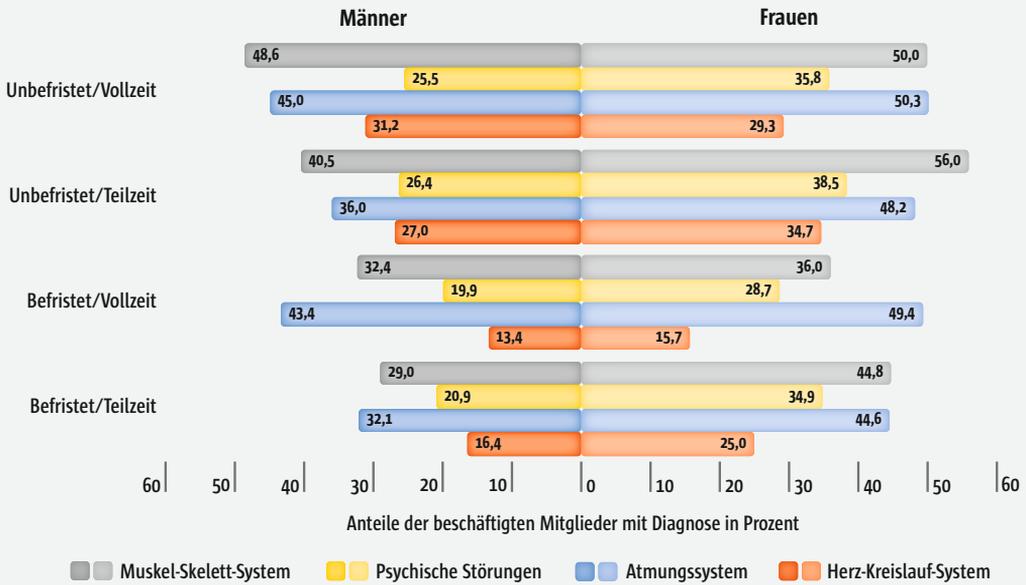
Vertragsform

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 89,8% 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 46,4 Jahre), während das Durchschnittsalter der befristet in Teilzeit Beschäftigten demgegenüber fast 6 Jahre niedriger ist (Durchschnittsalter 40,7 Jahre). Bei Letzteren ist außerdem der Unterschied der Anteile mit Diagnose zwischen den Geschlechtern wiederum mit fast 20 Prozentpunkten Differenz am größten. Gegenüber dem Geschehen in der stationären Versorgung (» Kapitel 3.4.3) zeigt sich insbesondere bei den Männern, die unbefristet in Teilzeit arbeiten, ein Kontrast: Von denen ist nur ein unterdurchschnittlicher Anteil (75,2%) in ambulanter Behandlung gewesen, während diese hingegen die höchste Anzahl an stationären Behandlungstagen aufweisen.

Tabelle 2.4.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

Vertragsformen	Geschlecht	Frauenanteil in Prozent	Durchschnittsalter in Jahren	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
Unbefristet/Vollzeit	Männer		44,4	85,3
	Frauen		41,6	93,1
	Gesamt	30,8	43,6	87,7
Unbefristet/Teilzeit	Männer		44,9	75,2
	Frauen		46,7	92,9
	Gesamt	82,5	46,4	89,8
Befristet/Vollzeit	Männer		31,3	75,1
	Frauen		30,4	87,0
	Gesamt	41,6	30,9	80,0
Befristet/Teilzeit	Männer		37,9	65,4
	Frauen		41,5	85,0
	Gesamt	74,4	40,7	80,0

Diagramm 2.4.8 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsformen, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



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: 13,4%; Frauen: 15,7%). Auch sind die Anteile mit einer ambulant diagnostizierten psychischen Störung in dieser Subgruppe im Vergleich zu den anderen sowohl bei den Männern (19,9%) als auch den Frauen (28,7%) am geringsten. Die höchsten Anteile mit diagnostizierten psychischen Störungen sind wiederum bei den unbefristet in Teilzeit Tätigen vorzufinden (Männer: 26,4%; Frauen: 38,5%). In dieser Subgruppe sind es auch die Frauen, die mit 56,0% 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 20,9% 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 von psychischen Störungen aufweisen (»»» Diagramm 3.4.10).

Arbeitnehmerüberlassung

Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung sind im Durchschnitt etwas mehr als 3 Jahre jünger als jene, die in einem regulären Beschäftigungsverhältnis angestellt sind. Außerdem ist bei der Interpretation der in »»» Tabelle 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 ambulanten Versorgung zwischen den beiden Beschäftigtengruppen deutlich (und gegenüber dem Vorjahr noch um +4 Prozentpunkte größer): 65,6% der Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung, aber 88,7% der Beschäftigten in anderen Vertragsverhältnissen sind in 2019 in ambulanter Behandlung gewesen. Diese Relationen bestehen in ähnlicher Form auch jeweils bei den Geschlechtern.

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 relativ am größten bei den

Tabelle 2.4.5 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

Arbeitnehmerüberlassung	Geschlecht	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
Ohne Arbeitnehmerüberlassung	Männer	84,7
	Frauen	93,5
	Gesamt	88,7
Mit Arbeitnehmerüberlassung	Männer	62,0
	Frauen	73,8
	Gesamt	65,6

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sowohl bei den Frauen (20,3% vs. 30,5%) als auch bei den Männern (15,9% vs. 29,0%). Da die Anteile der Versicherten mit einer solchen Diagnose mit zunehmendem Alter steigen (III Kapitel 2.2.1), ist zumindest die Richtung dieses Unterschieds auch entsprechend aufgrund der erwähnten Altersdifferenz zu erwarten. Dementsprechend entgegengesetzt wäre hingegen die Erwartung bei den Atemwegserkrankungen – Versicherte sind mit steigendem Alter seltener aufgrund dessen

in ambulanter Behandlung: Trotzdem sind bei beiden Geschlechtern diejenigen Beschäftigten, die nicht in Arbeitnehmerüberlassung tätig sind, in deutlich höheren Anteilen aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems in ambulanter Behandlung gewesen.

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 (III Diagramm 2.4.10). Wie schon im letzten Jahr ist der Anteil derer, die in ambulanter Behandlung waren, bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen in Arbeitnehmerüberlassung besonders niedrig: Nur 38,4% sind im Jahr 2019 bei einem niedergelassenen Arzt oder Therapeuten gewesen. Wie zu erwarten, finden sich wiederum die höchsten Anteile Beschäftigter mit einer ambulanten Diagnose für beide Gruppen bei den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen. Dabei ist die Differenz zwischen regulär Beschäftigten und den Leih- und Zeitarbeitern mit rund 12 Prozentpunkten recht gering. Geringer fällt diese Differenz nur bei den Sicherheitsberufen aus. Mit Blick auf das Fehlzeitengeschehen lässt sich zudem ein anderes Bild konstatieren (III Diagramm 1.4.19), dort sind nämlich die Leih- bzw. Zeitarbeiter gegenüber den festangestellten Berufskollegen mehr Tage arbeitsunfähig gewesen, z.B. beträgt die Differenz in den Gesundheitsberufen fast 5 Tage.

Diagramm 2.4.9 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

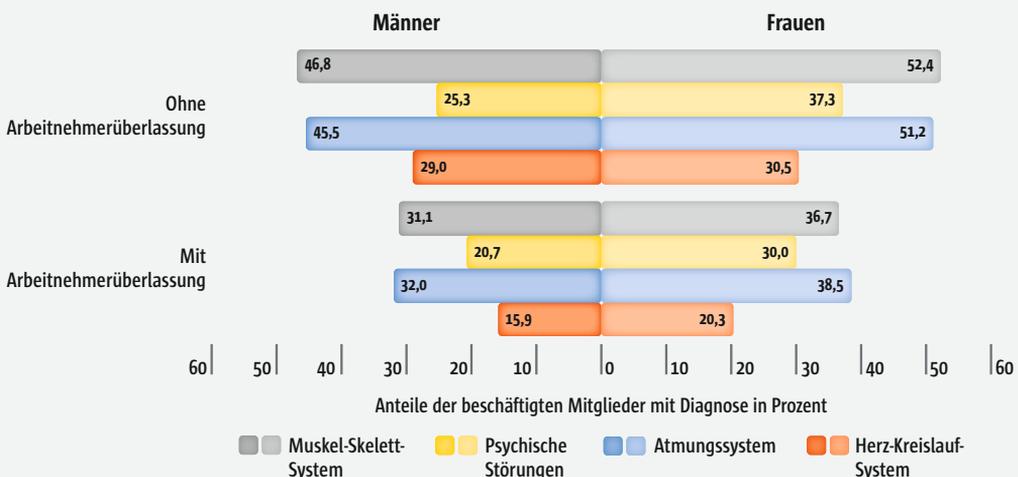
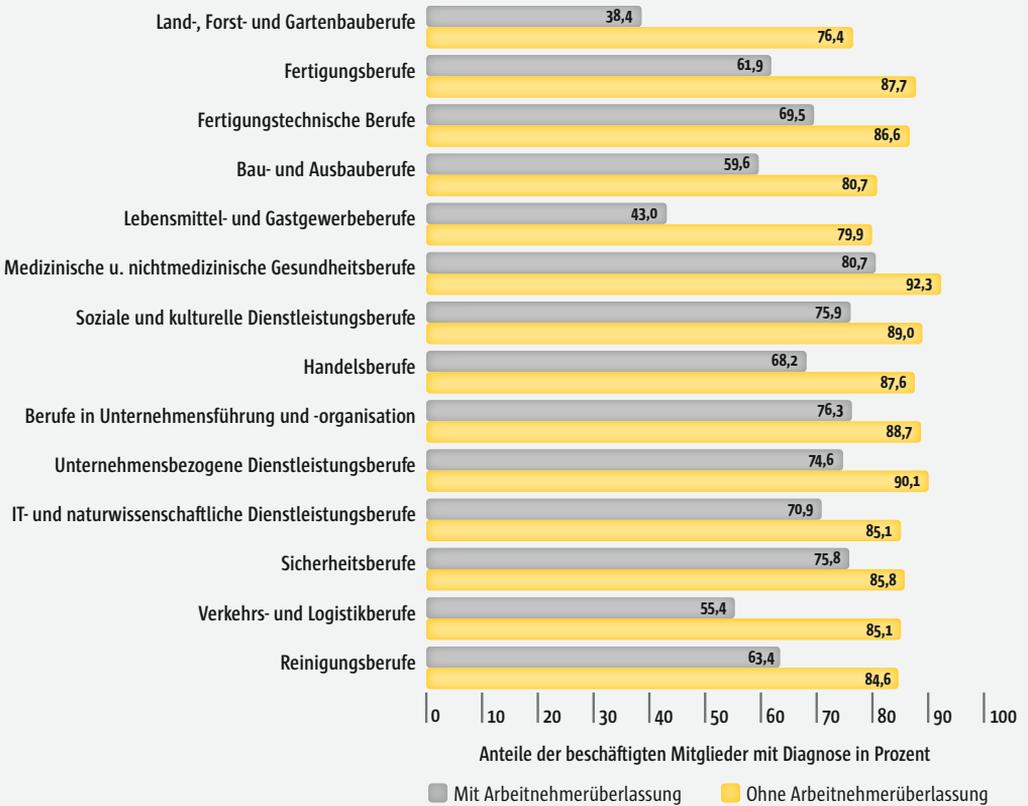
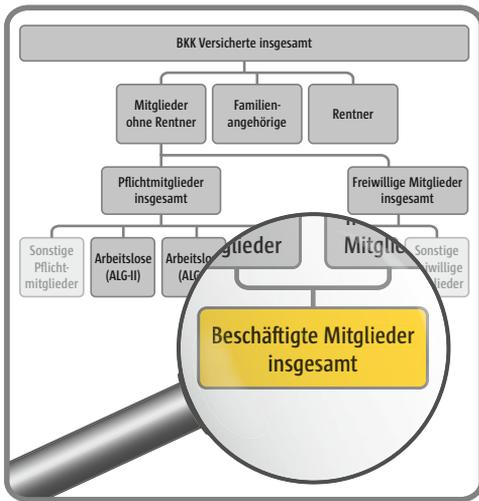


Diagramm 2.4.10 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2019)



2.5 Schwerpunktthema Mobilität – Arbeit – Gesundheit



Im nachfolgenden Abschnitt zum diesjährigen Schwerpunktthema werden Zusammenhänge zwischen Pendlermerkmalen und der Inanspruchnahme von ambulanter Versorgung dargestellt. Die dabei genutzten methodischen Grundlagen sind im [III](#) Kapitel 1.5 ausführlich dargestellt, dort ist ebenso eine Beschreibung der nachfolgend verwendeten Gruppen der Pendler sowie der Nichtpendler anhand soziodemografischer Merkmale zu finden.

2.5.1 Einleitung

- Über alle Altersgruppen hinweg weisen die Pendler tendenziell geringere Anteile mit einer Diagnose auf als die Nichtpendler.
- Die Differenz zwischen den Pendlerstatusgruppen ist bei den Frauen stärker ausgeprägt als bei den Männern. So waren im Vergleich zu den Nichtpendlerinnen von den Pendlerinnen geringere Anteile aufgrund von Muskel-Skelett- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen in ambulanter Behandlung.

- Auch nach Bundesländern betrachtet sind die Anteilwerte bei den Pendlern niedriger als bei den Nichtpendlern, diese Differenz ist aber teils recht groß: In Berlin beträgt der Unterschied immerhin 11 Prozentpunkte (74,5% vs. 85,5%).

Pendler sind in allen Altersgruppen in leicht geringeren Anteilen als die Nichtpendler in ambulanter Behandlung gewesen ([III](#) Diagramm 2.5.1). Dies gilt insbesondere für die Altersgruppen jünger als 25 Jahre, bei denen die Differenz mehr als +3 Prozentpunkte beträgt. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass in der Gruppe der Pendler der Männeranteil etwas größer ist als bei den Nichtpendlern. Allerdings zeigen sich hier in den höheren Altersklassen nicht mehr so große Differenzen, sodass hier die geschlechtsspezifischen Unterschiede ([III](#) Diagramm 2.2.2) nicht als alleinige Ursache anzunehmen sind. Vielmehr stehen hier die Unterschiede zwischen Pendlern und Nichtpendlern in Übereinstimmung mit dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen ([III](#) Kapitel 1.5.1). In der stationären Versorgung ([III](#) Kapitel 3.5.1) weisen ebenfalls die jüngeren beschäftigten Pendler weniger Behandlungstage als die Nichtpendler auf – allerdings kehrt sich hierbei das Verhältnis bei Altersgruppen älter als 55 Jahre ins Gegenteil, sodass die Pendler die höheren Kennwerte aufweisen.

Vergleicht man wiederum separiert nach Geschlecht die Pendler mit den Nichtpendlern, ergibt sich nur ein Unterschied bei den Frauen: Bei diesen haben 90,9% der Pendlerinnen ambulant eine Diagnose gestellt bekommen, bei den Nichtpendlerinnen waren es hingegen 92,7%. Bei den Männern gibt es allerdings keinen relevanten Unterschied nach Pendlerstatus (Pendler: 83,1%; Nichtpendler: 83,0%).

Auch in der Betrachtung der geschlechtsspezifischen Anteilswerte differenziert nach ausgewählten Erkrankungsarten ([III](#) Diagramm 2.5.2) zeigen sich vielfach bei den Pendlern niedrigere Werte. Insbesondere bei den Frauen sind die Anteile mit einer

Diagramm 2.5.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Pendlerstatus und Altersgruppen (Berichtsjahr 2019)

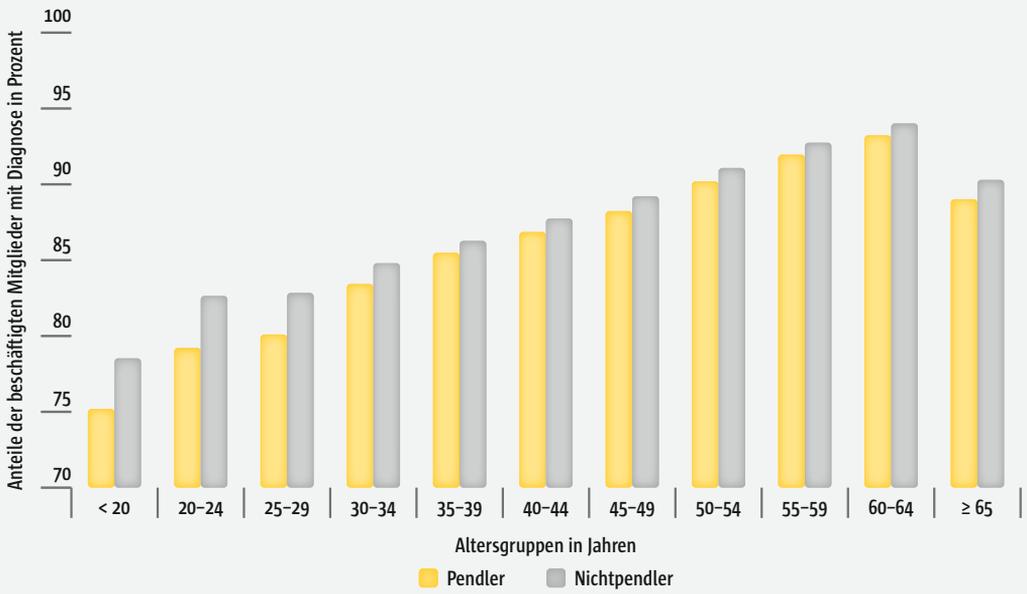


Diagramm 2.5.2 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Pendlerstatus, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

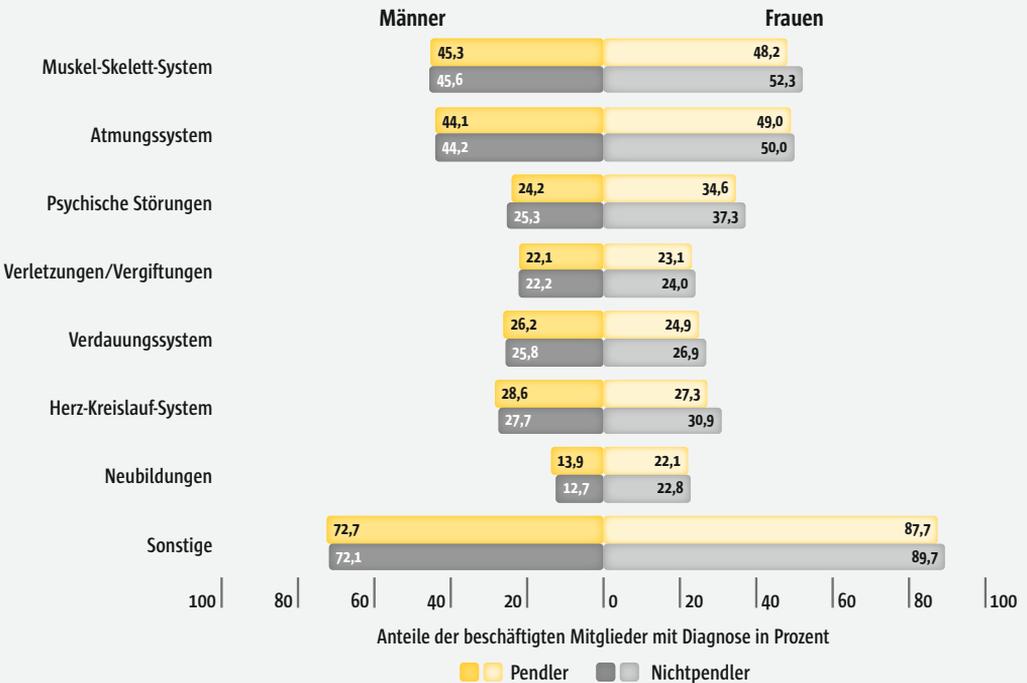
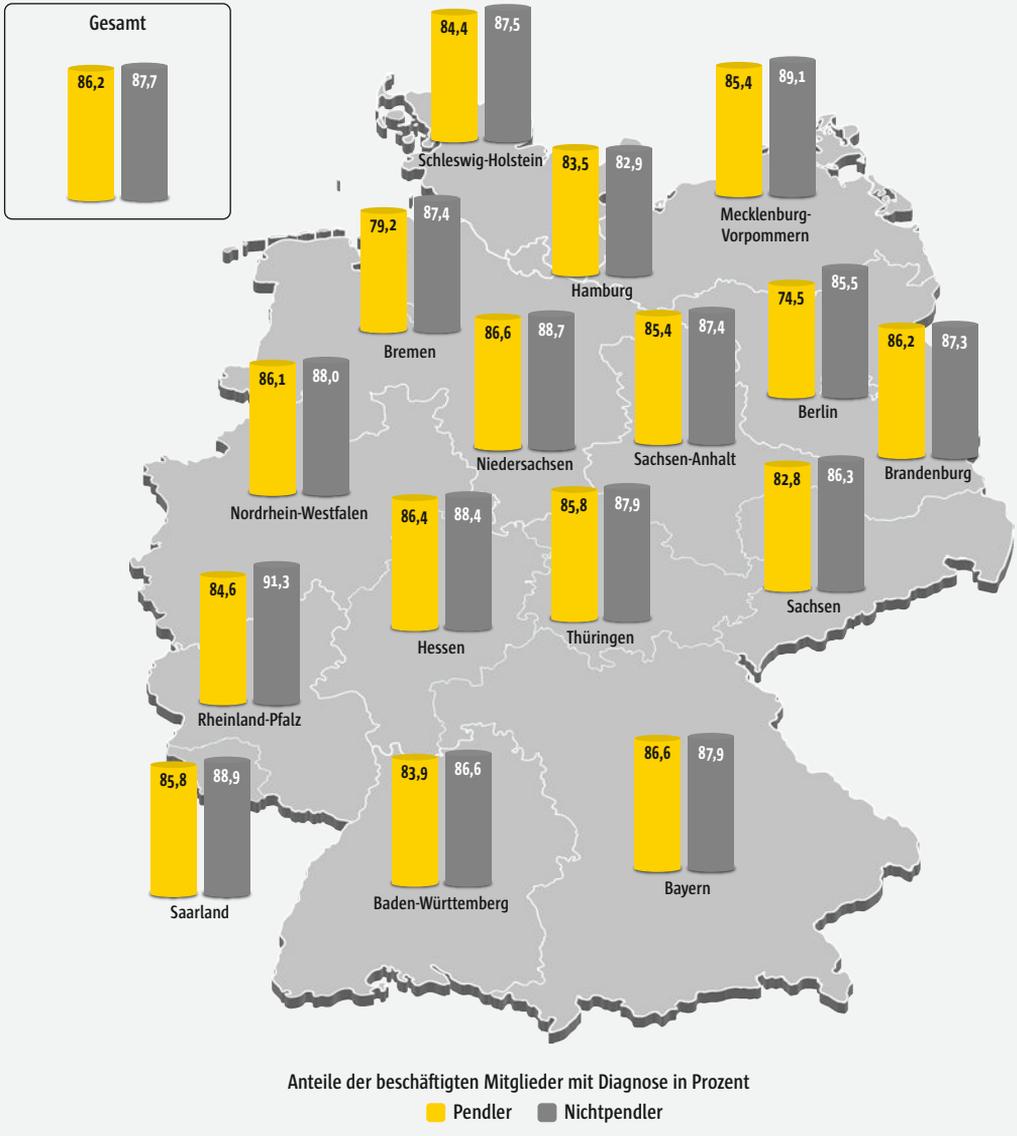


Diagramm 2.5.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Pendlerstatus und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)



Diagnose bei den Pendlerinnen gegenüber den Nichtpendlerinnen geringer, am größten fällt diese Differenz bei den Muskel-Skelett- und den Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit jeweils rund 4 Prozentpunkten aus. Demgegenüber fallen die Unterschiede bei den Männern deutlich geringer aus, am größten ist dieser bei den Neubildungen, aufgrund derer die Pendler sogar in leicht höheren Anteilen in am-

bulanter Behandlung waren (13,9% vs. 12,7% der Nichtpendler).

Differenziert nach Bundesländern, in denen die Beschäftigten wohnen, zeigen sich weit größere Unterschiede je nach Pendlerstatus (»» Diagramm 2.5.3) als sie in den vorherigen Analysen offenbar wurden. So sind die Pendler in Berlin deutlich seltener in ambulanter Behandlung gewesen,

nur ein Anteil von 74,5% hat in Jahr 2019 eine Diagnose bekommen – dies sind –11,0 Prozentpunkte weniger als bei den in Berlin wohnhaften Nichtpendlern (85,5%). Den zweitgeringsten Anteilswert aufseiten der Pendler weisen diejenigen in Bremen auf (79,2%), auch hier ist die Differenz zu den Nichtpendlern mit –8,2 Prozentpunkten sehr groß. Einzig die in Hamburg wohnhaften Pendler weisen einen leicht höheren Diagnoseanteil auf, wobei beide Gruppen unterdurchschnittliche Anteilswerte aufweisen und die Differenz nur gering ist (Pendler: 83,5%; Nichtpendler: 82,9%). In Rheinland-Pfalz ist ebenfalls nur für unterdurchschnittlich viele Pendler eine ambulante Diagnose (84,6%) dokumentiert, die Nichtpendler weisen hingegen einen überdurchschnittlichen Diagnoseanteil (91,3%) auf. Im Vergleich zu den anderen Versorgungssektoren zeigt sich eine besonders starke Übereinstimmung mit den Anteilswerten für Arzneimittelverordnungen (III Kapitel 4.5.1), schaut man hingegen ins Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (III Kapitel 1.5.1), so spiegeln sich dort doch stärker regionale Besonderheiten wider – so etwa bei hohen Fehlzeiten der Pendler in den Ostbundesländern (in denen das Durchschnittsalter höher ist) sowie in ländlichen Regionen.

2.5.2 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- In den meisten Branchen sind die Pendler in geringeren Anteilen in ambulanter Behandlung als die Nichtpendler.
- Dabei gilt in der Regel für beide Geschlechter: Die Pendler weisen einen geringeren Anteil mit einer Diagnose als die Nichtpendler auf.
- Große Differenzen zeigen sich bei den in Erziehung und Unterricht tätigen Frauen: Diejenigen, die zur Arbeit pendeln, weisen gegenüber den Nichtpendlerinnen deutlich geringere Anteile mit einer Muskel-Skelett-Erkrankung oder einer psychischen Störung auf.

Wie schon bei der allgemeinen Darstellung für die Wirtschaftsgruppen (III Kapitel 2.4.1) sind die Anteile Beschäftigter mit Diagnose in der Land- und Forstwirtschaft bzw. Fischerei besonders niedrig (III Tabelle 2.5.1). Dies gilt für beide Pendlerstatusgruppen, die jeweils den niedrigsten Wert im Vergleich der Wirtschaftsabschnitte aufweisen – die Differenz zwischen Pendlern und Nichtpendlern ist mit fast +5,7 Prozentpunkten zudem noch am größten. Der zweitgrößte Unterschied zeigt sich bei den Anteilen

mit Diagnose bei den Beschäftigten in Erziehung und Unterricht: Von diesen haben allerdings die Nichtpendler um über +5,3 Prozentpunkte häufiger eine Diagnose gestellt bekommen als die pendelnden Kollegen. Insgesamt den höchsten Anteilswert weisen die Nichtpendler in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung bzw. Sozialversicherung mit 92,1% auf, bei diesen sind gleichzeitig auch überdurchschnittlich viele der Pendler mindestens einmal ambulant in ärztlicher bzw. therapeutischer Behandlung gewesen.

Für eine genauere Betrachtung werden nachfolgend äquivalent zu den anderen Kapiteln die Kennwerte für Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische Störungen dargestellt. Auch für diese beiden Erkrankungsarten sind in den meisten Wirtschaftsabschnitten bei den Pendlern geringere Anteile mit einer solchen Diagnose zu verzeichnen als bei den Nichtpendlern.

Bei den Diagnoseanteilen für Muskel-Skelett-Erkrankungen (III Diagramm 2.5.4) zeigt sich ebenfalls, dass in den meisten Wirtschaftsabschnitten die Pendler in geringeren Anteilen als die Nichtpendler in ambulanter Behandlung gewesen sind und dieser Unterschied meist bei den Frauen größer als bei den Männern ist. Die größte Differenz zwischen Pendlern und Nichtpendlern ist bei den Beschäftigten in Erziehung und Unterricht zu verzeichnen, die pendelnden weiblichen Beschäftigten in diesem Wirtschaftsabschnitt weisen einen um –6,9 Prozentpunkte geringeren Anteilswert gegenüber den Nichtpendlern auf. Des Weiteren waren Frauen, die in der Land- und Forstwirtschaft bzw. Fischerei tätig sind, und vom Wohn- zum Arbeitsort eine Kreisgrenze überqueren müssen, gegenüber den nichtpendelnden Kolleginnen um immerhin –6,2 Prozentpunkte weniger in ambulanter Behandlung. In der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung bzw. Sozialversicherung waren es hingegen die männlichen Pendler, von denen –5,2 Prozentpunkte weniger im Vergleich zu den nichtpendelnden Kollegen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung waren. Größere Anteile mit einer solche Diagnose weisen wiederum die männlichen Pendler gegenüber den nichtpendelnden Kollegen in privaten Haushalten (+3,6 Prozentpunkte) sowie in Unternehmen der Informations- und Kommunikationsbranche (+3,1 Prozentpunkte) auf.

Bei den psychischen Störungen zeigt sich hingegen ein etwas anderes Bild, wie im III Diagramm 2.5.5 zu erkennen ist. Auch hier treten wiederum bei den Männern teils deutliche Unterschiede zwischen den beiden Pendlerstatusgruppen zutage.

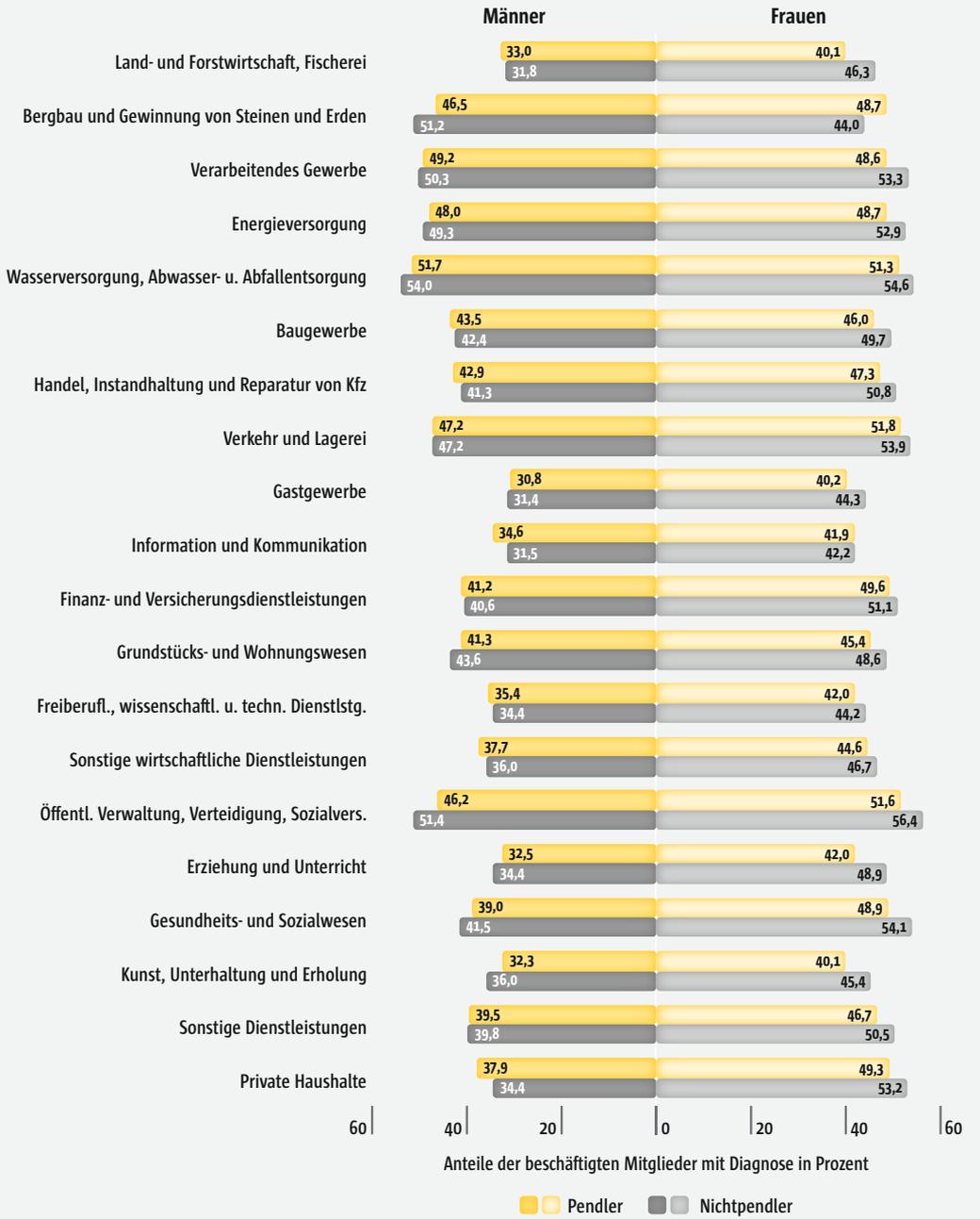
Tabelle 2.5.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Pendlerstatus und Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2019)

Wirtschaftsabschnitte	Pendler	Nichtpendler	Differenzen zwischen Pendlern und Nichtpendlern
Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent			
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	75,0	69,3	5,7
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	84,2	87,0	-2,8
Verarbeitendes Gewerbe	86,7	87,7	-1,0
Energieversorgung	88,6	89,0	-0,4
Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung	86,5	87,6	-1,1
Baugewerbe	77,8	79,5	-1,6
Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	84,6	86,0	-1,4
Verkehr und Lagerei	84,1	83,8	0,3
Gastgewerbe	75,2	77,9	-2,7
Information und Kommunikation	82,1	82,3	-0,2
Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	89,3	90,3	-0,9
Grundstücks- und Wohnungswesen	84,5	86,3	-1,8
Freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen	83,6	85,6	-2,0
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	75,6	75,3	0,3
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	88,4	92,1	-3,7
Erziehung und Unterricht	83,6	88,9	-5,3
Gesundheits- und Sozialwesen	89,0	91,8	-2,8
Kunst, Unterhaltung und Erholung	77,7	81,2	-3,5
Sonstige Dienstleistungen	85,4	88,2	-2,7
Private Haushalte	80,7	82,7	-2,0
Gesamt	86,2	87,7	-1,5

So haben Männer im Wirtschaftsabschnitt Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden, die zur Arbeit pendeln, einen um -5,4 Prozentpunkte geringeren Anteil mit Diagnose einer psychischen Störung als ihre nichtpendelnden Kollegen. Im Wirtschaftsabschnitt Kunst, Unterhaltung und Erholung beträgt diese Differenz immerhin -4,5 Prozentpunkte. Bei den Frauen fallen ebenfalls diejenigen auf, die im Wirtschaftsabschnitt Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden arbeiten (wobei zu bedenken ist, dass in dieser Branche Frauen vorrangig eher Büro-

und Organisationsaufgaben verrichten). Hier ist ein deutlich größerer Anteil der Pendlerinnen in ambulanter Behandlung aufgrund von psychischen Störungen im Vergleich zu denjenigen Frauen, die nicht pendeln: Mit +6,0 Prozentpunkten ist hier der größte Unterschied zwischen den Pendlerstatusgruppen in diesem Vergleich zu finden. Andererseits sind es auch wieder die weiblichen Beschäftigten in Erziehung und Unterricht, bei denen die Pendlerinnen gegenüber den Nichtpendlerinnen einen um -4,6 Prozentpunkte geringen Anteilswert aufweisen.

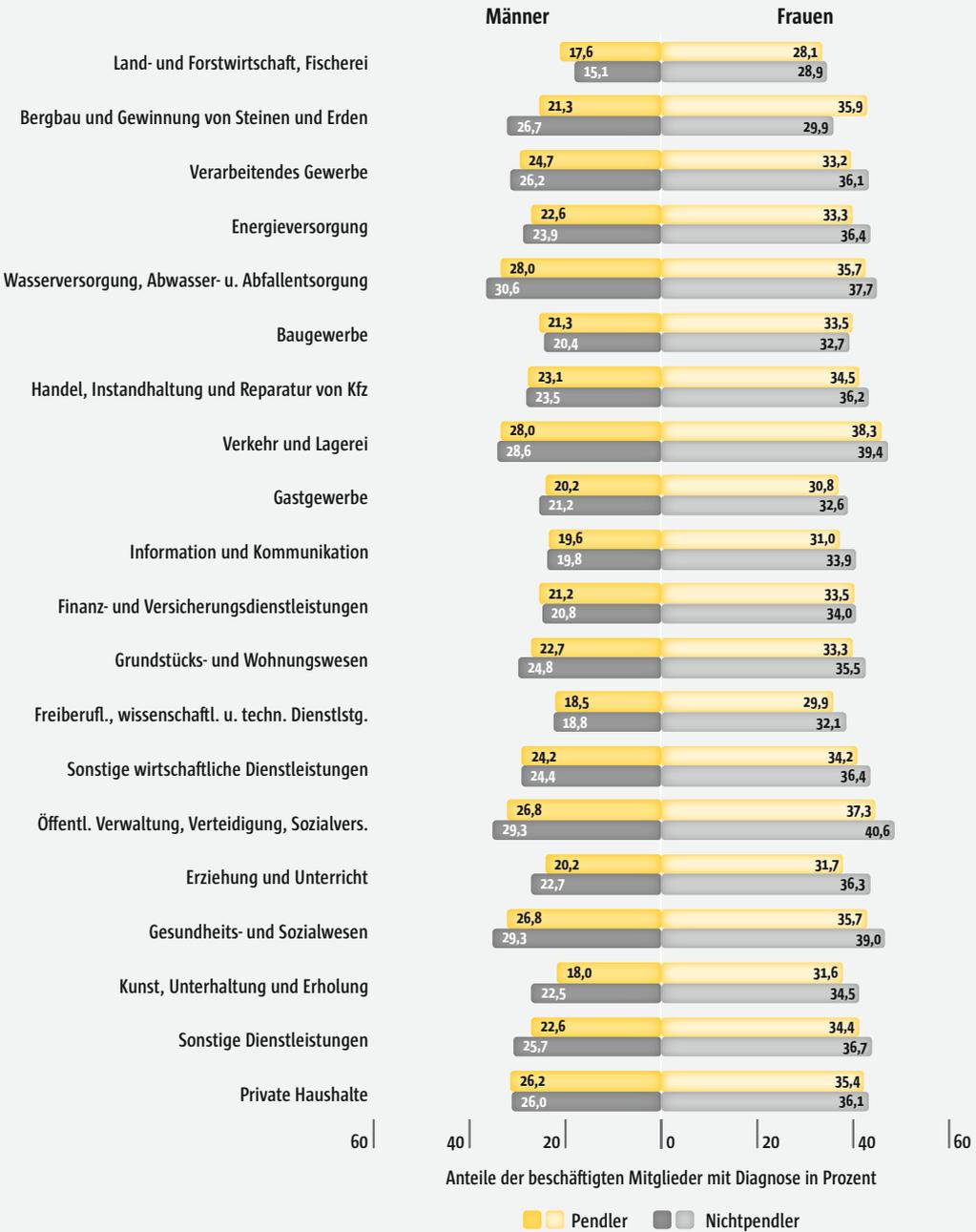
Diagramm 2.5.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Pendlerstatus, Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



Wie bereits das Diagramm 2.5.3 gezeigt hat, bestehen relativ große regionale Unterschiede zwi-

schen den Anteilswerten von Pendlern und Nichtpendlern. Abschließend wird hierfür nachfolgend

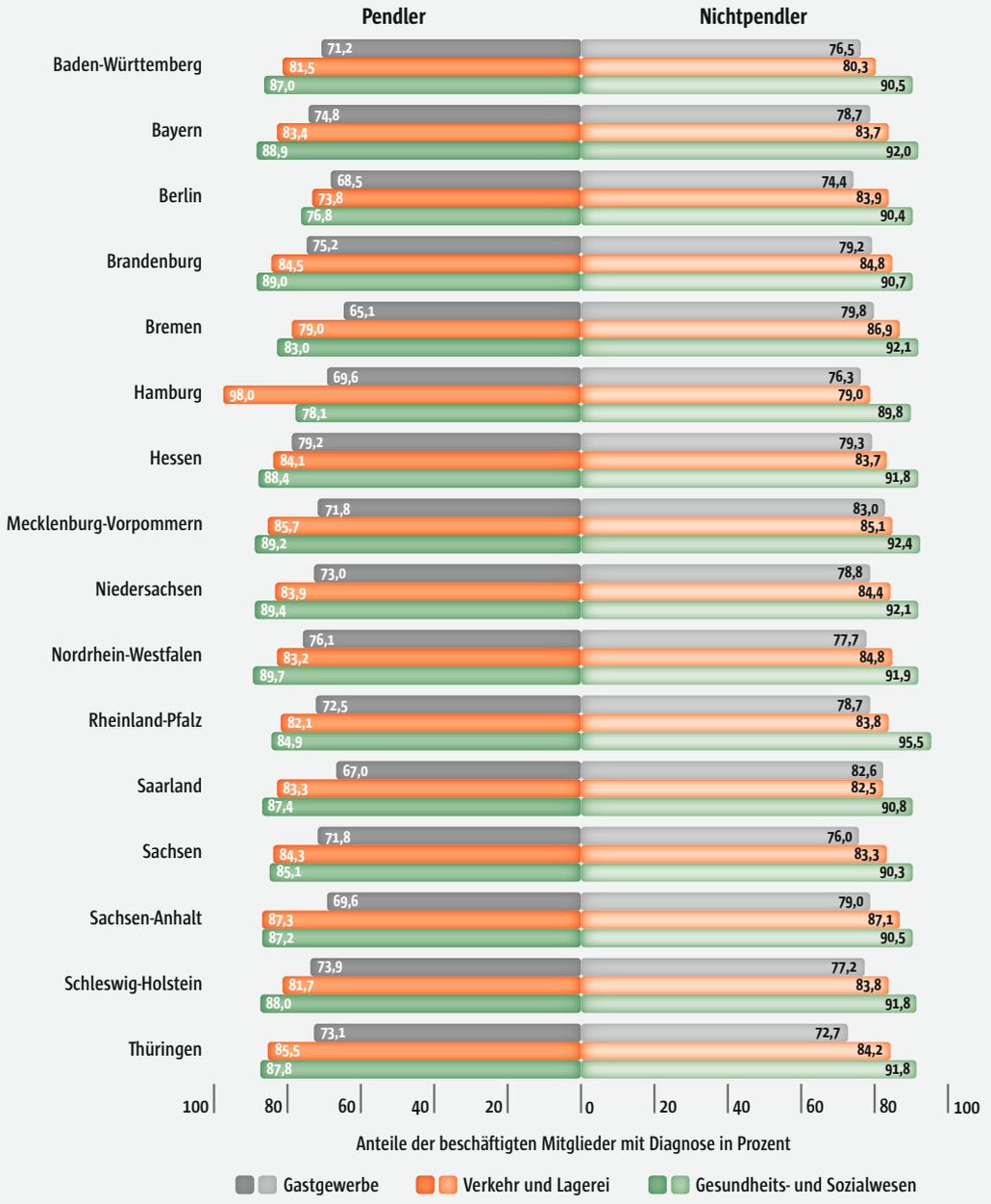
Diagramm 2.5.5 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Pendlerstatus, Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



exemplarisch für die Wirtschaftsabschnitte Gastgewerbe, Verkehr und Lagerei sowie Gesundheits- und

Sozialwesen eine Differenzierung nach Bundesländern vorgenommen (»» Diagramm 2.5.6). Es zeigt

Diagramm 2.5.6 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Pendlerstatus, ausgewählten Wirtschaftsabschnitten und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)



sich dabei, dass die regionalen Unterschiede innerhalb der Gruppe der Pendler größer ausfallen als bei den Nichtpendlern. Die größte Differenz ist bei den pendelnden Beschäftigten im Wirtschaftsabschnitt

Verkehr und Lagerei zu verzeichnen: Von diesen haben diejenigen, die in Hamburg wohnhaft sind, zu 98,0% eine Diagnose gestellt bekommen, während dies nur bei 73,8% von deren Kolleginnen und Kolle-

gen in Berlin der Fall war. Damit weisen die Hamburger Beschäftigten dieses Wirtschaftsabschnitts außerdem – gegenläufig zu den weitaus meisten anderen Vergleichen nach Pendlerstatus – bei den Pendlern einen deutlich höheren Anteilswert als die Nichtpendler (79,0%) auf (-19,0 Prozentpunkte). Im Gastgewerbe ist die regionale Varianz deutlich geringer, die Differenz zwischen dem höchsten und niedrigsten Anteilswert im Bundesländervergleich beträgt hier aber auch immerhin noch 14,1 Prozentpunkte (79,2% in Hessen vs. 65,1% in Bremen). Ebenfalls im Gastgewerbe ist der größte regionale Unterschied bei den Nichtpendlern zu verzeichnen, von diesen waren 83,0% der in Mecklenburg-Vorpommern wohnhaften, aber nur 72,7% der thüringischen Beschäftigten in ambulanter Behandlung. Im Gesundheits- und Sozialwesen zeigt sich insbesondere ein großer Unterschied zwischen Pendlern und Nichtpendlern in Berlin, die Anteilswerte dieser beiden Gruppen liegen um 13,6 Prozentpunkte auseinander.

2.5.3 Auswertungen nach Berufsgruppen

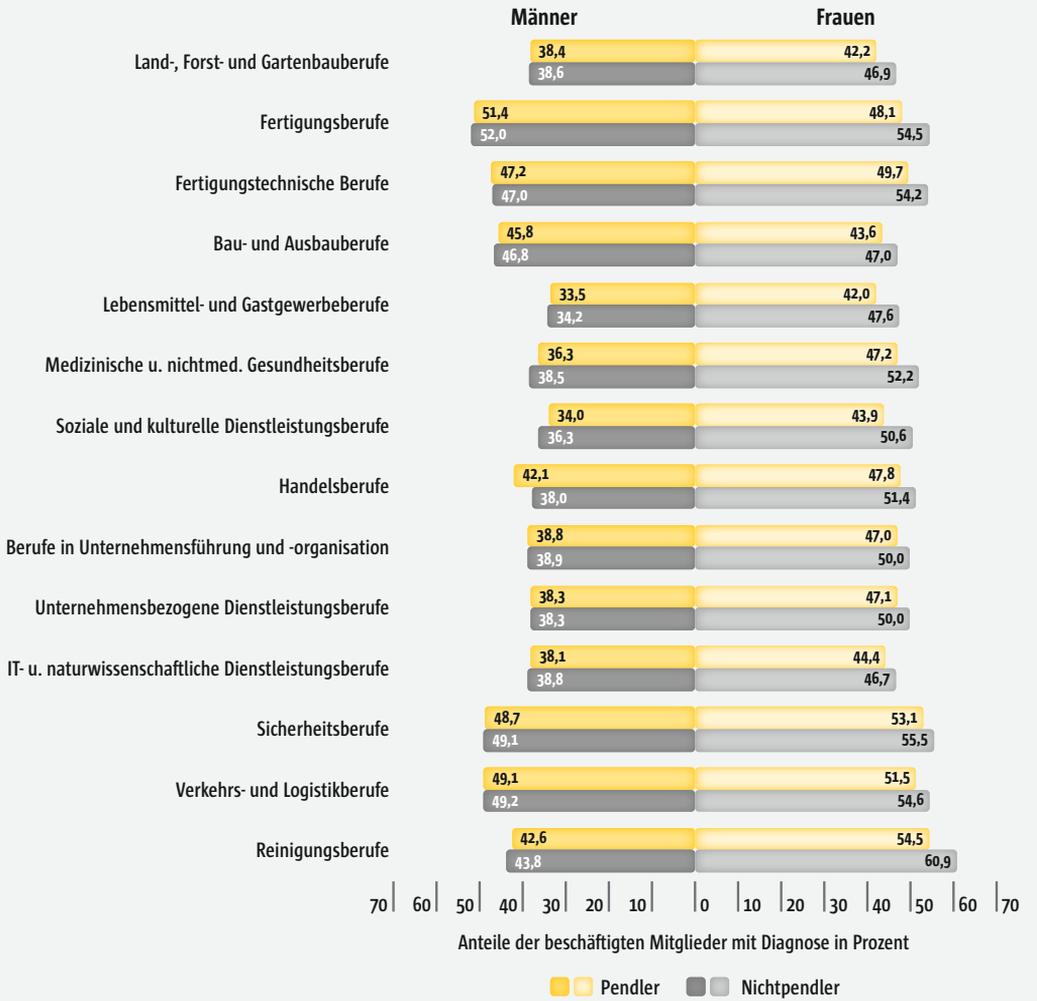
- Im Berufsgruppenvergleich zeigt sich sowohl bei Muskel-Skelett-Erkrankungen als auch bei psychischen Störungen für beide Geschlechter ein weitgehend homogenes Bild: Pendlern wird seltener als Nichtpendlern eine solche Diagnose gestellt.
- Für die sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe zeigen sich die größten Differenzen in den Anteilen mit Diagnosen zwischen Pendlern und Nichtpendlern. Pendelnde Frauen genauso wie pendelnde Männer in diesen Berufen waren in geringeren Anteilen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen oder psychischen Störungen in ambulanter Behandlung.

Die konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit bestimmt die Arbeitsbelastungen und die daraus resultierenden Folgen für die Gesundheit der Beschäftigten in einem stärkeren Maße als die Zugehörigkeit zu einer Wirtschaftsgruppe. Die ►► Tabelle 2.5.2 stellt hierzu

Tabelle 2.5.2 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Pendlerstatus und Berufssegmenten (Berichtsjahr 2019)

KldB-2010-Code	Berufssegmente	Pendler	Nichtpendler	Differenzen zwischen Pendlern und Nichtpendlern
Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent				
S11	Land-, Forst- und Gartenbauberufe	77,3	74,6	2,7
S12	Fertigungsberufe	85,1	86,4	-1,3
S13	Fertigungstechnische Berufe	85,7	85,7	0,0
S14	Bau- und Ausbauberufe	79,0	80,1	-1,1
S21	Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe	74,4	78,8	-4,4
S22	Medizinische u. nichtmedizinische Gesundheitsberufe	88,6	91,9	-3,3
S23	Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe	84,7	89,3	-4,6
S31	Handelsberufe	85,7	86,8	-1,1
S32	Berufe in Unternehmensführung und -organisation	86,6	88,7	-2,0
S33	Unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe	87,9	89,9	-2,0
S41	IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe	83,5	84,2	-0,7
S51	Sicherheitsberufe	84,8	84,9	0,0
S52	Verkehrs- und Logistikberufe	82,2	82,4	-0,1
S53	Reinigungsberufe	79,5	85,5	-6,0
Gesamt		86,2	87,7	-1,5

Diagramm 2.5.7 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Pendlerstatus, Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

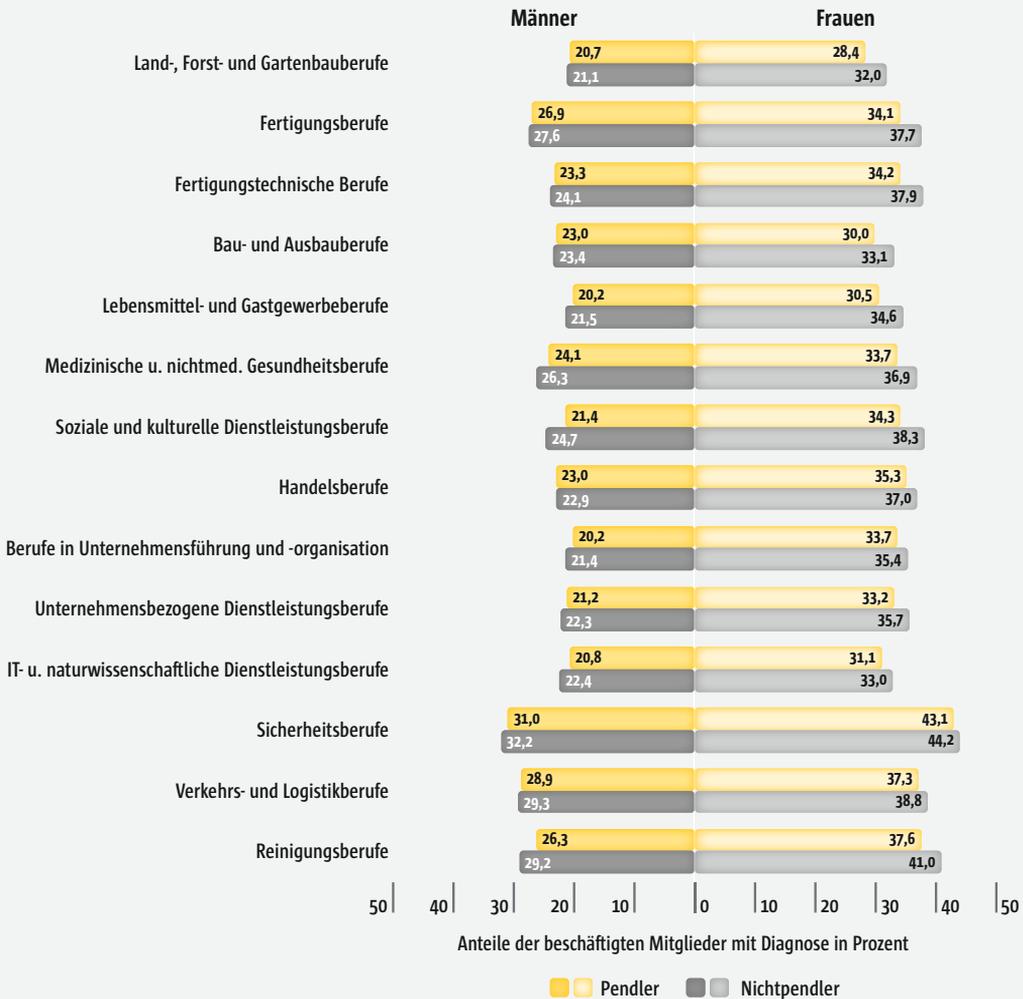


die Anteile Beschäftigter mit ambulant gestellten Diagnosen differenziert nach Pendlerstatus dar. Die größte Differenz ist dabei bei den Reinigungsberufen festzustellen, die Anteile mit einer Diagnose sind bei diesen für die Pendler gegenüber den Nichtpendlern um -6,0 Prozentpunkte geringer. Einzig bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen sind die Pendler häufiger als die Nichtpendler in Behandlung gewesen (77,3% vs. 74,6%), diese Berufsgruppe weist damit gleichzeitig den niedrigsten Anteilswert für die Nichtpendler auf, während der geringste Anteil für die Pendler, die eine Diagnose gestellt bekommen

haben, bei den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen (74,4%) zu finden ist. Für beide Pendlerstatusgruppen sind die höchsten Anteile bei den Beschäftigten, die in medizinischen bzw. nichtmedizinischen Gesundheitsberufen arbeiten, zu finden.

Bei den Anteilen der Beschäftigten mit einer Diagnose für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (» Diagramm 2.5.7) sind es die sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe, welche die größten Differenzen aufweisen: So waren von den in diesen Berufen tätigen Frauen, die nicht zwischen Wohn- und Arbeitsort pendeln, 50,6% aufgrund einer Mus-

Diagramm 2.5.8 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Pendlerstatus, Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

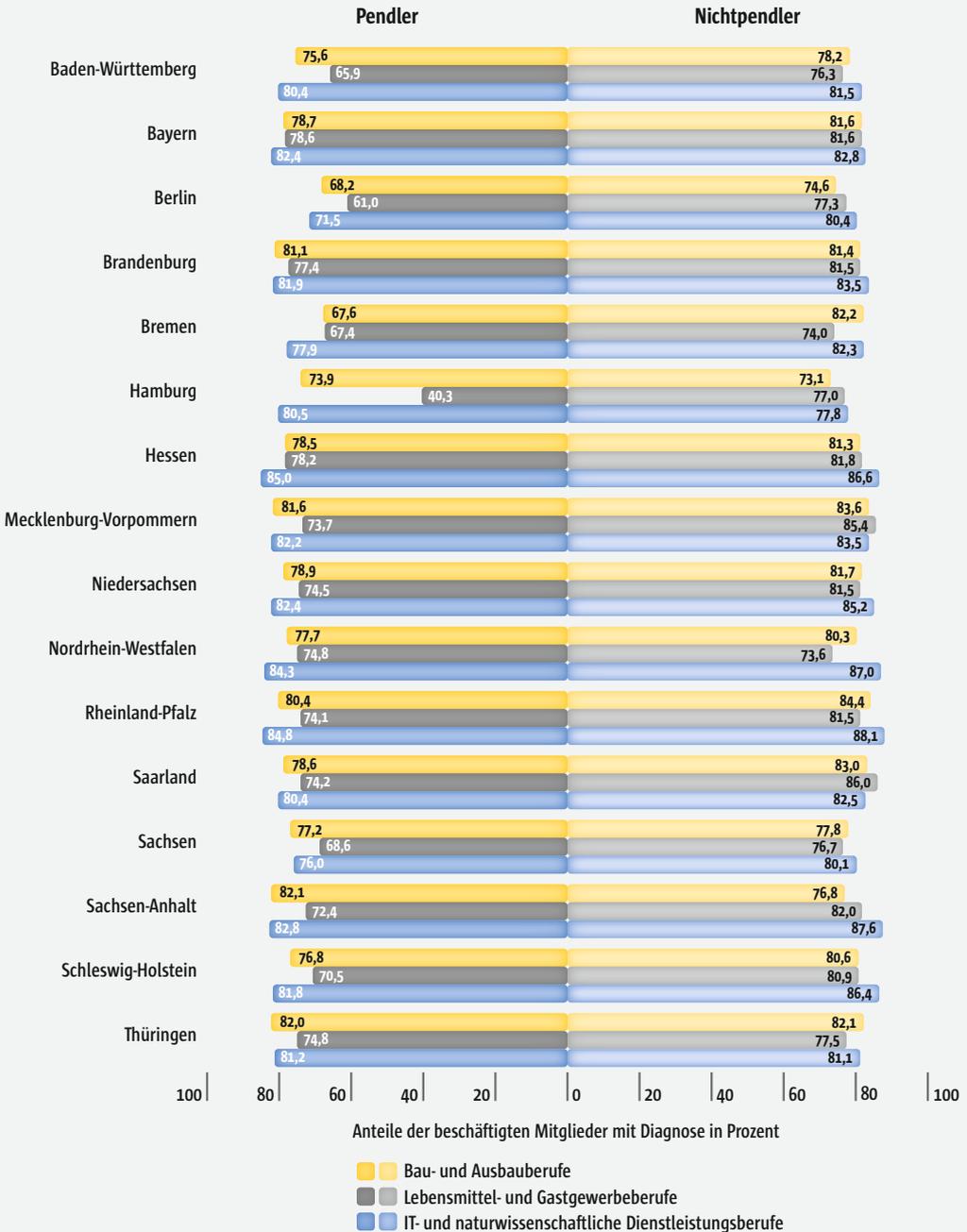


kel-Skelett-Erkrankung in ambulanter Behandlung, von den pendelnden Berufskolleginnen waren es hingegen –6,7 Prozentpunkte weniger. Auch bei den Männern in der gleichen Berufsgruppe beträgt die Differenz zwischen den Pendlerstatusgruppen immerhin noch –2,3 Prozentpunkte. Bei den Fertigungsberufen sowie den Reinigungsberufen sind es auch wieder vor allem die Frauen, bei denen die Pendlerinnen geringere Anteilswerte aufweisen als die Nichtpendlerinnen. Bei beiden Berufssegmenten beträgt der Unterschied bei den Frauen jeweils –6,4 Prozentpunkte zugunsten der Pendler, während

die Differenz bei den Männern wesentlich geringer ausgeprägt ist. Ein anderes Bild zeigt sich bei den männlichen Pendlern, die in Handelsberufen tätig sind, in Vergleich zu den nichtpendelnden Berufskollegen: Hier beträgt der Unterschied +4,1 Prozentpunkte zuungunsten der Pendler.

Betrachtet man darüber hinaus die Anteile von Pendlern und Nichtpendlern, die eine psychische Störung diagnostiziert bekommen haben (»» Diagramm 2.5.8), so zeigt sich, wie schon bei den zuvor dargestellten Muskel-Skelett-Erkrankungen, dass mit die größten Differenzen bei den sozialen und

Diagramm 2.5.9 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Pendlerstatus, ausgewählten Berufssegmenten und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)



kulturellen Dienstleistungsberufen zu finden sind: So weisen die Männer in diesem Berufssegment, die zum Arbeitsort pendeln, einen um -3,3 Prozentpunkte niedrigeren Anteil mit einer solche Diagnose auf als die Nichtpendler. Der zweitgrößte Unterschied bei den Männern zwischen den Pendlerstatusgruppen ist wiederum bei den Reinigungsberufen zu finden. Bei den Frauen weisen die in sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen Tätigen nur knapp die zweitgrößte Differenz zwischen Pendlerinnen und Nichtpendlerinnen auf (-4,0 Prozentpunkte). Hingegen sind es die weiblichen Beschäftigten in Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen, von denen Pendlerinnen einen um -4,1 Prozentpunkte geringeren Diagnoseanteil gegenüber den Nichtpendlerinnen aufweisen.

Abschließend für die Betrachtung der Unterschiede zwischen den Pendlerstatusgruppen und Berufsgruppen werden exemplarisch drei ausgewählte Berufssegmente nach Bundesländern miteinander verglichen (» Diagramm 2.5.9). Es zeigt sich auch hier, wie schon bei der Betrachtung nach Wirtschaftsabschnitten, dass die regionalen Unterschiede in der Gruppe der Pendler größer ausfallen als bei den Nichtpendlern. Besonders stechen dabei die in Hamburg wohnhaften Pendler, die in Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen tätig sind, heraus: Von diesen waren nur 40,3% im Berichtsjahr 2019 in ambulanter Behandlung gewesen – das ist weniger als die Hälfte des Anteils, der bei den Beschäftigten insgesamt zu verzeichnen ist. Dieser mit Abstand niedrigste Wert im Vergleich (den mit 61,0% zweitniedrigsten Anteilswert weisen die in dieser Berufsgruppe in Berlin Tätigen auf) ist allerdings doch wesentlich als „Ausreißer“ zu werten. Auch das geringere Durchschnittsalter dieser Beschäftigtengruppe kann keine so enormen Unterschiede erklären. Moderater, aber immer noch deutlich erkennbar, fallen die Unterschiede in den Bau- und Ausbauberufen aus. Hier macht sich die größte Differenz bei den pendelnden Beschäftigten mit Wohnsitz in Bremen fest: Von diesen haben 67,6% ambulant eine Diagnose gestellt bekommen, was gegenüber den Pendlern dieses Berufssegments in Sachsen-Anhalt (82,1%) über -14 Prozentpunkte weniger sind. Annähernd so groß ist die Differenz auch im Vergleich zu den Bremer Nichtpendlern (82,2%).

2.5.4 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

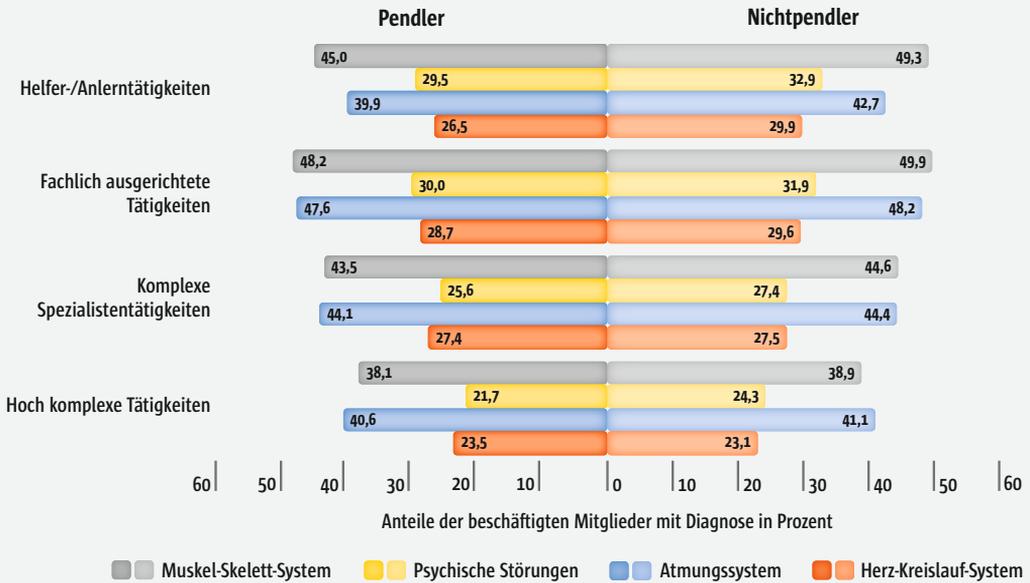
- Erkennbar geringere Anteile mit Diagnose bei den Pendlern gegenüber den Nichtpendlern zeigen sich bei Beschäftigten, die Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten verrichten.
- Gegenläufig zum Großteil der in diesem Schwerpunktteil dargestellten Ergebnisse, sind es bei den Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung die Pendler, die gegenüber den Nichtpendlern höhere Anteilswerte aufweisen.

Wie schon in den vorhergehenden Kapiteln werden neben den Wirtschafts- und Berufsgruppen zusätzlich weitere Beschäftigungsmerkmale im Zusammenhang mit dem Pendlerstatus näher betrachtet. Hierfür werden die Kennwerte für Pendler und Nichtpendler differenziert nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Vertragsformen, Aufsichts- und Führungsverantwortung sowie Beschäftigung mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung ausgewertet. Äquivalent zu den Analysen weiterer arbeitsweltlicher Indikatoren (» Kapitel 2.4) werden dabei exemplarisch die Diagnosehauptgruppen Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Störungen, Krankheiten des Atmungssystems sowie des Herz-Kreislauf-Systems betrachtet.

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

Ähnlich wie schon bei den Analysen zum Zusammenhang von Anteilswerten mit dem Tätigkeitsniveau ist sowohl bei den Pendlern als auch bei den Nichtpendlern eine Abnahme der Kennwerte mit steigendem Anforderungsniveau zu beobachten (» Diagramm 2.5.10). Bei einem Vergleich zwischen Pendlern und Nichtpendlern zeigt sich zudem, dass die Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen bei den Beschäftigten, die Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten verrichten, größer sind als bei den höheren Anforderungsniveau-Stufen. Am größten ist dabei die Differenz bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen: Helfer bzw. angeleitete Beschäftigte, die zwischen Wohn- und Arbeitsort pendeln, weisen einen um -4,3 Prozentpunkte geringeren Anteil auf als die Nichtpendler, die eine solche Diagnose gestellt bekommen haben. Bei den psychischen Störungen ebenso wie bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen trägt diese Differenz zwischen den Pendlergruppen bei denjenigen in Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten

Diagramm 2.5.10 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Pendlerstatus, Anforderungsniveau der Tätigkeit und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)



–3,4 Prozentpunkte. Mit steigendem Anforderungsniveau verringert sich die Differenz zwischen Pendlern und Nichtpendlern. Einzig bei den Beschäftigten mit hoch komplexen Tätigkeiten zeigt sich noch ein mit 2,6 Prozentpunkten zumindest annähernd so großer Unterschied für die psychischen Störungen: Es haben 24,3% der Nichtpendler, aber nur 21,7% der Pendler mit Tätigkeiten auf dieser Anforderungsstufe eine solche Diagnose gestellt bekommen.

Aufsichts- und Führungsverantwortung

Vergleich man Pendler und Nichtpendler differenziert danach, ob diese eine Aufsichts- bzw. Führungsfunktion innehaben (»»» Diagramm 2.5.11), so zeigen sich nur relativ geringe Unterschiede in den Anteilswerten für die hier einbezogenen Diagnosehauptgruppen. Am größten ist die Differenz noch bei den Anteilen der Beschäftigten ohne Aufsichts-/Führungsfunktion, die eine psychischen Störung diagnostiziert bekommen haben: Sind dies bei den Nichtpendlern 31,4%, so sind es bei den Pendlern nur 28,6%. Hierbei ist allerdings auch der höhere Männeranteil unter den Pendlern zu berücksichtigen, der wahrscheinlich den wesentlichen Grund für diesen Unterschied darstellt. Die zweitgrößte Differenz in diesem Vergleich

ist ebenfalls bei denjenigen Beschäftigten ohne Aufsichts-/Führungsfunktion zu finden, bei denen die Pendler hinsichtlich der Muskel-Skelett-Erkrankungen einen um –2,5 Prozentpunkte niedrigeren Anteilswert gegenüber den Nichtpendlern aufweisen.

Vertragsform

Auch bei der Betrachtung nach verschiedenen Vertragsformen (»»» Diagramm 2.5.12) zeigen sich die niedrigeren Anteile Beschäftigter mit einer Diagnose für die hier dargestellten Erkrankungsarten bei den Pendlern im Vergleich zu den Nichtpendlern. Die größte Differenz ist dabei bei den Teilzeit-Beschäftigten zu finden, die aufgrund einer Muskel-Skelett-Erkrankung ambulant in Behandlung waren: Von diesen ist der Anteil mit einer solchen Diagnose bei den Pendlern um –3,7 Prozentpunkte geringer als bei den Nichtpendlern. Ähnlich große Differenzwerte zwischen den Pendlerstatusgruppen sind außerdem bei den befristet Angestellten zu verzeichnen. So sind die Anteilswerte bei den Pendlern aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen um –3,4 Prozentpunkte, bei den Krankheiten des Atmungssystems um –3,3 Prozentpunkte und bei den psychischen Störungen um –3,2 Prozentpunkte geringer.

Diagramm 2.5.11 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach Pendlerstatus und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)

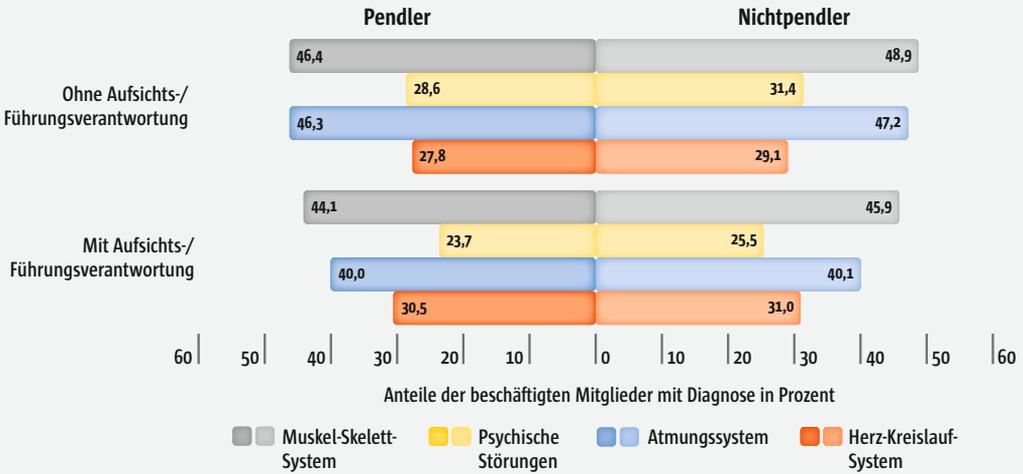
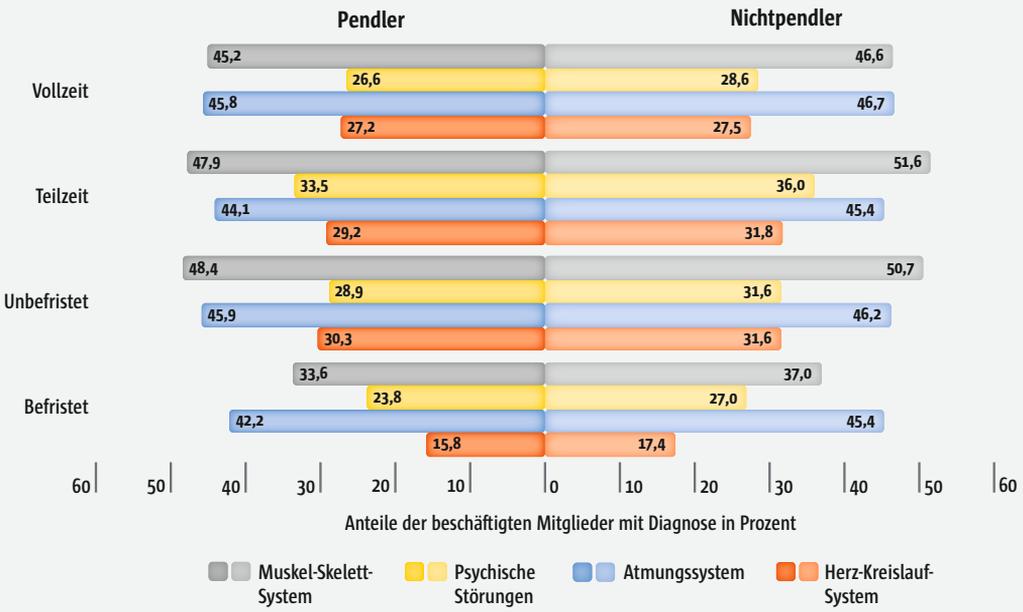


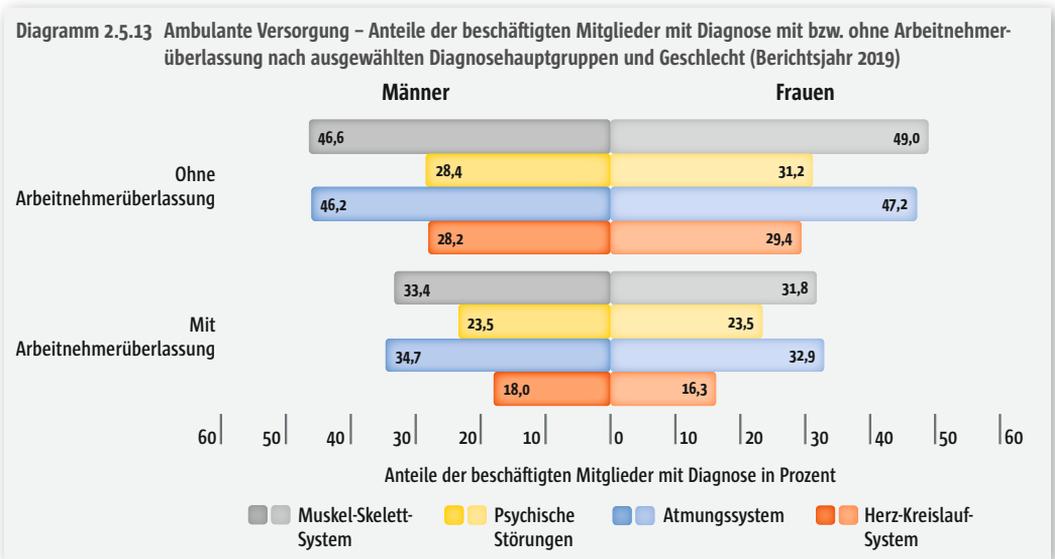
Diagramm 2.5.12 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Pendlerstatus, Vertragsformen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)



Arbeitnehmerüberlassung

Auch bei der Betrachtung nach Pendlerstatus ist einleitend zu konstatieren, dass die Beschäftigten in Leih- bzw. Zeitarbeit durchweg geringere Anteile in ambulanter Behandlung gewesen sind im Vergleich zu den regulär angestellten Beschäftigten (»» Diagramm 2.5.13). Zwar fallen hier die Differenzen bei den Pendlern etwas geringer als bei den Nichtpendlern aus, dennoch sind diese teils erheblich – so waren Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung, die zwischen Wohn- und Arbeitsort pendeln, um -13,2 Prozentpunkte weniger aufgrund von Mus-

kel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung als regulär angestellte Pendler. Vergleicht man darüber hinaus zwischen den beiden Pendlerstatusgruppen die Anteilswerte je Erkrankungsart, so zeigt sich allerdings gegenläufig zum Großteil der in diesem Schwerpunktteil dargestellten Ergebnissen, dass bei den Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung die Pendler höhere Anteilswerte aufweisen als die Nichtpendler. Die Unterschiede sind allerdings recht gering, so sind diese mit 1,8 Prozentpunkten noch am größten bei den Krankheiten des Atmungssystems, gefolgt von 1,7 Prozentpunkten Differenz bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen.



2.6 Zusammenfassung und Ausblick

Die ambulante Versorgung spiegelt in wesentlichen Teilen das alltägliche Krankheitsgeschehen wider, also alle medizinischen Versorgungsleistungen, die nicht aufgrund ihrer Schwere im Krankenhaus erfolgen müssen. So finden hier Vorsorgemaßnahmen wie z.B. Impfungen, allgemeine Untersuchungen bis hin zur Behandlung von Beschwerden bis mittlerer Schwere sowie Nachsorge nach stationärem Aufenthalt statt. Entsprechend sind die weitaus meisten Versicherten – im Schnitt 9 von 10 – innerhalb eines Jahres mindestens einmal bei einem niedergelassenen Arzt oder Therapeuten 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 gezählt werden. Aber auch wegen Muskel-Skelett- und Atmungssystem-Erkrankungen ist fast jeder zweite Versicherte mindestens einmal im Jahr beim Arzt gewesen.

Von ähnlichen Diagnosen, die besonders häufig auftreten, ist auch das allgemeine Krankheitsgeschehen bei der Gruppe der beschäftigten Mitglieder geprägt. Dabei wird aus den Ergebnissen außerdem ersichtlich, dass auch aufgrund anderer arbeitsweltlicher Merkmale (z.B. aufgrund der Zugehörigkeit zu bestimmten Wirtschafts- und Berufsgruppen) Unterschiede im Krankheitsgeschehen bestehen, die nicht allein anhand der Alters- und Geschlechtszusammensetzung der dort Beschäftigten erklärt werden können. So zeigen sich teils deutliche Unterschiede in der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung, wobei Unterschiede zu anderen Leistungsbereichen auffallen: Im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen und in der stationären Versorgung zeigt sich i. d. R., dass mit steigendem Tätigkeitsniveau (und ebenso mit höherem Schul- bzw. Berufsabschluss) die Fallzahlen und daraus resultierende AU- und KH-Tage geringer sind. In der ambulanten Versorgung sind indes die Beschäftigten in Helfer- bzw. Anlentätigkeiten (genau-

so wie Beschäftigte ohne einen Schul- bzw. Berufsabschluss) teils deutlich weniger als andere Beschäftigte in Behandlung. Auch nehmen Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung in geringeren Anteilen ambulante Versorgung in Anspruch. Diese Unterschiede sind zwar auch, aber nicht ausschließlich durch Altersunterschiede begründet. Daneben sind aber auch Unterschiede im Gesundheitsverhalten bekannt, die Auswirkungen auf die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen haben können³: So ist die subjektiv wahrgenommene Gesundheit bei Personen mit niedrigerem Sozialstatus im Durchschnitt schlechter, gleichzeitig sind gesundheitsschädliche Verhaltensweisen (Rauchen, Bewegungsmangel etc.) bei diesen verbreiteter, Präventionsmaßnahmen werden aber weniger in Anspruch genommen. 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 etc. Insgesamt liegt dabei die Vermutung nahe, dass, wenn die unmittelbaren Beeinträchtigungen und Beanspruchungen durch eine Erkrankung sowie deren Folgen als gering erachtet werden, Behandlungen nicht oder erst spät eingeleitet werden.

3 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. Sozioökonomischer Status und Gesundheit Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsene 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

Die Ausführungen zum diesjährigen Schwerpunktthema gehen wiederum der Frage nach, inwieweit ein Zusammenhang zwischen der Mobilität der Beschäftigten und deren Inanspruchnahme ambulanter Behandlungen besteht. Dabei zeigt sich – anders als insbesondere in der stationären Versorgung – ein in weiten Teilen gleichbleibendes Bild: Pendler waren im Vergleich zu Nichtpendlern in der Regel in geringeren Anteilen in ambulanter Behandlung. Dieses Bild findet man auch, wenn man weiter differenziert – so etwa bei den hier aufgeführten Vergleichen nach Altersgruppen, Bundesländern, Wirtschafts- und Berufsgruppen und weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren (Anforderungsniveau der Tätigkeit, Vertragsform usw.). In ähnlicher Form ist dieses Muster auch im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen und bei den Arzneimittelverordnungen zu finden, allerdings gibt es in diesen Leistungssektoren doch noch mehr gegenläufige Ergebnisse. Mit der stationären Versorgung gibt es hingegen kaum Übereinstimmungen. Bei einer Differenzierung der Anteilswerte in der ambulanten Versorgung zeigt sich zumindest ein leichter Effekt in der Form, dass Pendlerinnen im Vergleich zu Nichtpendlerinnen erkennbar geringere Diagnoseanteile aufweisen, während

bei den Männern der Unterschied zwischen Pendlern und Nichtpendlern mindestens kleiner und oft auch gar nicht gegeben ist. Geringere Kennwerte bei den Pendlerinnen finden sich in ähnlicher Form auch bei den Arzneimittelverordnungen. Wie die Auswertungen zum Mobilitätsverhalten (»» Kapitel 1.5) zeigen, pendeln Frauen kürzere Strecken, sodass man auch hier vermuten kann, dass die Pendlerinnen dadurch geringere Belastungen erfahren. Wie allerdings im »» Gastbeitrag von Rüger & Stawartz dargelegt wird, haben auch andere Faktoren, wie die Freiwilligkeit der Entscheidung für das Pendeln sowie ein hoher wahrgenommener Nutzen (Arbeitsinhalt, Gestaltungsmöglichkeiten, Gehalt etc.), einen wesentlichen Einfluss auf die gesundheitlichen Auswirkungen des Pendelns. Zudem ist insbesondere bei den Frauen, von denen ein geringerer Teil im Vergleich zu den Männern pendelt, ein weiterer Grund für die niedrigeren Kennzahlen, dass es sich hier um eine besondere selektierte Gruppe handelt: Möglicherweise weisen sie eine tatsächlich bessere Gesundheit auf und/oder sind robuster gegenüber möglicher Stressoren bzw. haben sie ein günstigeres persönliches wie berufliches Umfeld, was sich positiv auf die Gesundheit auswirkt.

Schwerpunkt Wissenschaft



Hat Pendeln noch eine Zukunft?

Thomas Pütz und Dorothee Winkler

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), Bonn

Regionalisierung von Wohnen und Arbeiten

Die seit der Industrialisierung immer weiter fortschreitende Trennung von Wohn- und Arbeitsstätten und die dadurch erzwungene physische Mobilität der Arbeitskräfte stellt eine enorme Belastung für Mensch und Umwelt dar.

Inzwischen liegt für rund 19,6 Millionen der knapp 33 Millionen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Wohnort und der Arbeitsort in unterschiedlichen Kommunen. Das sind 5 Millionen mehr als vor 20 Jahren (»»» Abbildung 1). Und für die allermeisten ist dies, trotz aller Fortschritte der Digitalisierung, nach wie vor mit einem täglichen Weg zur Arbeit verbunden. Die enorme Zunahme der absoluten Zahl der Pendler ist jedoch vor allem Ergebnis einer sehr positiven Konjunktorentwicklung und

dem damit einhergehenden starken Anstieg der Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten um rund 7 Millionen insgesamt in den letzten 15 Jahren (»»» Abbildung 1). Der Anteil derjenigen, die sich beim Weg zur Arbeit über Gemeindegrenzen hinwegbewegen, liegt dagegen seit einigen Jahren konstant bei knapp 60%. Der Arbeitsweg ist in den letzten Jahrzehnten zunächst allerdings immer länger geworden: lag die durchschnittliche Wegstrecke vor 20 Jahren noch bei unter 15 km sind es inzwischen rund 17 km [1; 2; 3]. Hier hat die, mit der konjunkturellen Erholung der letzten zehn Jahre verbundene Entspannung auf dem Arbeitsmarkt in den letzten Jahren aber zu einer Stagnation der bundesweiten durchschnittlichen Pendeldistanzen geführt. Einem weiteren Anstieg der (durchschnittlichen) Pendeldistanzen scheinen somit Grenzen gesetzt.

Abbildung 1 Entwicklung von Beschäftigung und Pendeln im Zeitraum 2000–2019 (Datenbasis: Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Ein- und Auspendler auf Gemeindeebene, Nürnberg 2019)

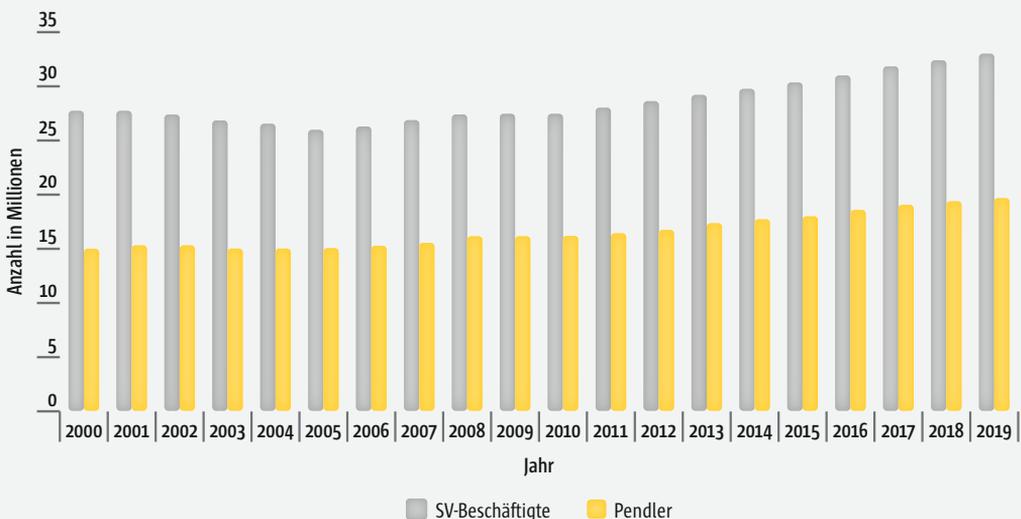
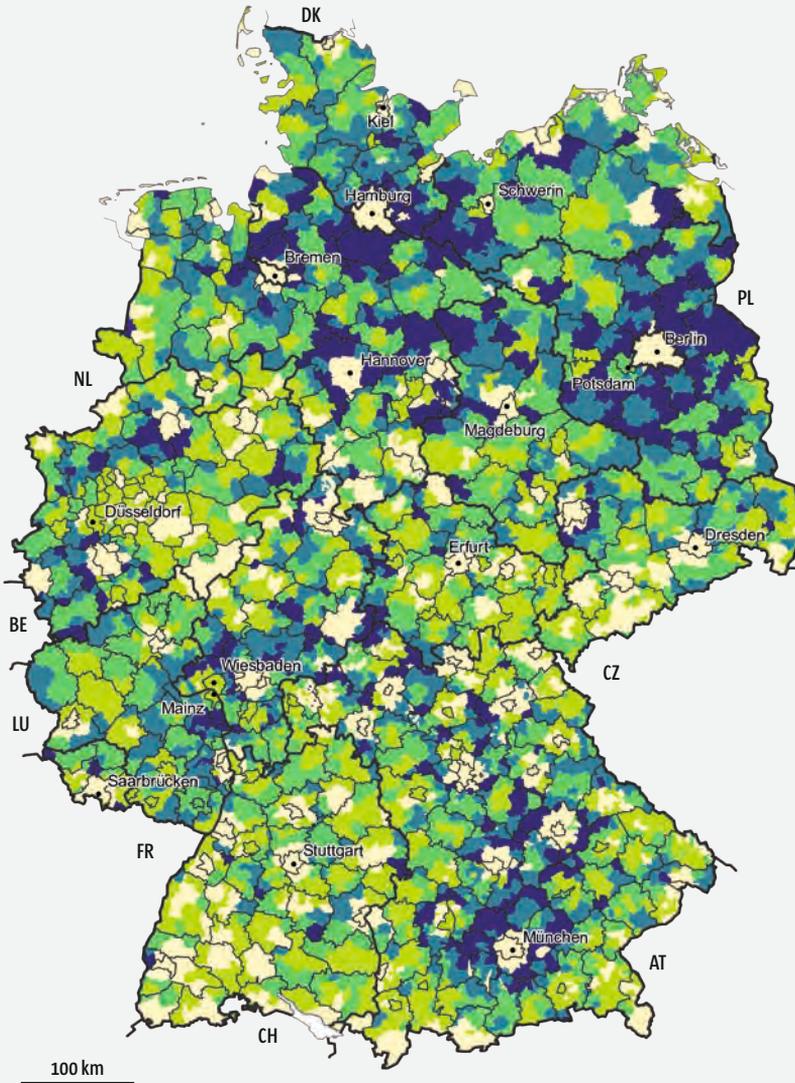


Abbildung 2 Anteil der Pendler mit Pendeldistanzen von mehr als 20 km an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Wohnort 2018 in % (Datenbasis: laufende Raubeobachtung des BBSR, Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Ein- und Auspendler auf Gemeindeebene, Nürnberg 2018. Geometrische Grundlage: Gemeindeverbände (generalisiert), 2018, © GeoBasis-DE/BKG. Bearbeitung: T. Pütz)



Anteil der Pendler mit Pendeldistanzen von mehr als 20 km an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Wohnort 2018 in %

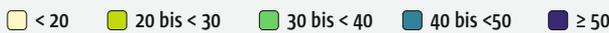
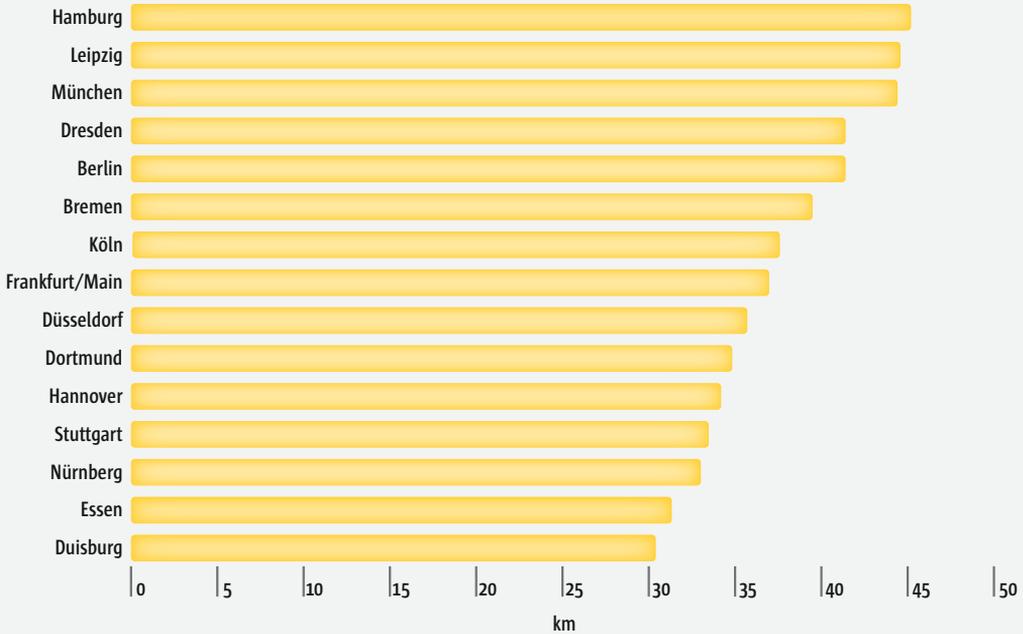


Abbildung 3 Durchschnittliche Pendeldistanz der Einpendler 2018 in Kilometern für die 20 einwohnerstärksten Großstädte Deutschlands (Datenbasis: Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Ein- und Auspendler auf Gemeindeebene, Nürnberg 2018, laufende Raubeobachtung des BBSR)



Allerdings müssen etwa 26 Prozent aller Beschäftigten bereits jetzt mehr als 20 Kilometer zum Arbeitsort zurücklegen. Für knapp 11 Prozent der Beschäftigten beträgt der einfache Arbeitsweg sogar mehr als 50 Kilometer. Besonders lange Distanzen müssen die Beschäftigten auf sich nehmen, die in dünn besiedelten Räumen leben. Dies betrifft insbesondere den Nordosten Deutschlands, aber auch die Regionen im weiteren Umland der großen Ballungsräume, wo es starke Pendlerverflechtungen mit dem Arbeitsmarktzentrum gibt (»»» Abbildung 2 und 3).

Die Gründe für diese Entwicklung sind vielfältig: War es zu Beginn der Industrialisierung die auch aus gesundheitlichen Gründen notwendige Trennung von emittierenden Betriebsstätten und den Wohnstätten, so war es in den Zeiten des Wirtschaftswunders für viele der Wunsch nach dem eigenen Haus im Grünen, der zum Umzug ins Umland der (Groß-)Städte führte. Ermöglicht durch die zunehmende Motorisierung und die Entwicklung der Verkehrssysteme und befördert durch günstige Bodenpreise sowie staatliche Förderinstrumente wie Eigenheim-Förderung und Pendlerpauschale waren vor allem die 60er- und 70er-Jahre durch die Subur-

banisierungsprozesse geprägt. Die Großstädte haben aufgrund der dortigen hohen Konzentration der (hochqualifizierten) Arbeitsplätze jedoch nichts an ihrer Attraktivität für Arbeitskräfte eingebüßt. So befinden sich 40,8 Prozent aller sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätze in Deutschland in den 80 Großstädten mit mehr als 100.000 Einwohnern. Zunehmend pendeln die Beschäftigten nicht nur aus dem Umland der Arbeitsplatzzentren, sondern zum Teil auch aus anderen Großstädten. Dies betrifft mit steigender Tendenz seit dem Jahr 2000 etwa ein Fünftel der Einpendler in die Großstädte. Insbesondere bei höher qualifizierten Beschäftigten [4] spielt hier die Kombinationsmöglichkeit unterschiedlicher beruflicher Perspektiven innerhalb eines Haushalts als Ursache eine Rolle bei der Standortwahl [5; 6]. Aufgrund schneller Verkehrsverbindungen (z. B. im Bahnverkehr) zwischen den Großstädten können hier auch größere Distanzen überwunden werden, wenn beide Partner eines Haushalts berufstätig sind, aber in unterschiedlichen Städten arbeiten.

Die Konzentration der Arbeitsplätze in den großen Ballungszentren konnte aber meist nicht mit

dem Angebot auf dem Wohnungsmarkt mithalten, sodass Wohnraum dort knapp wurde und wird. Vor allem im weiteren Umland dieser großen Ballungszentren müssen die Beschäftigten daher überdurchschnittlich lange Arbeitswege in Kauf nehmen.

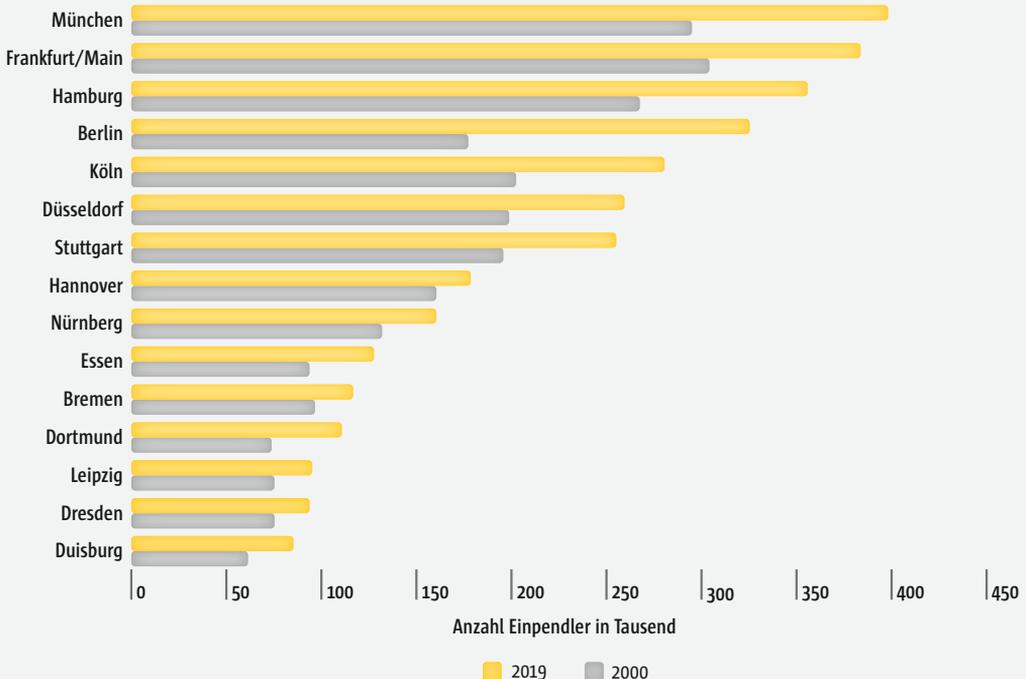
Am Beispiel der Stadt München, die inzwischen Frankfurt am Main als „Einpender-Hauptstadt“ abgelöst hat, zeigt sich, dass die durch eine prosperierende Wirtschaft und zunehmende Arbeitsplatzattraktivität erzeugte Nachfrage auf dem Wohnungsmarkt zu erheblichen Mietpreissteigerungen und zu einer weiteren Suburbanisierung und letztlich steigendem Pendleraufkommen führen kann: Waren es vor 20 Jahren schon knapp 300.000 Beschäftigte, die aus dem Umland zur Arbeit in die Stadt kamen, sind es nun rund 400.000 Beschäftigte! Eine ähnliche Entwicklung verzeichnet Berlin, wo sich Suburbanisierungsprozesse aber erst nach der Wende richtig entwickeln konnten: Lag die Zahl der Einpendler nach Berlin vor 20 Jahren noch bei knapp 180.000, sind es inzwischen rund 330.000 Beschäftigte, die nach Berlin einpendeln (» Abbildung 4).

Wohnort-Arbeitsort-Beziehungen und Pendlerverhalten werden aber nicht nur durch die Arbeitsplatzangebote und den Wohnungsmarkt determiniert, sondern auch durch die Verfügbarkeit und Qualität der vorhandenen Verkehrsinfrastruktur und -angebote mitbestimmt. Die Wechselwirkungen zwischen Verkehrsinfrastruktur, Siedlungsentwicklung und Pendelmobilität werden besonders dann deutlich, wenn neue Verkehrsangebote oder der Ausbau der Verkehrsinfrastruktur die Erreichbarkeit großer Arbeitsmarktzentren erheblich verbessert. So haben sich entlang der neuen Hochgeschwindigkeitsstrecke der Bahn zwischen Köln und Frankfurt in der Folge die Pendlerverflechtungen auch über größere Distanzen deutlich intensiviert, genauso wie durch den Ausbau der A96 zwischen Landsberg am Lech und München [7].

Verkehrsmittelwahl im Berufsverkehr

Dies führt letztlich wiederum zu einer weiteren Überlastung der Verkehrssysteme in den Ballungs-

Abbildung 4 Anzahl der Einpendler für die 20 einwohnerstärksten Großstädte im Vergleich zwischen den Jahren 2000 und 2019 (Datenbasis: Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Ein- und Auspendler auf Gemeindeebene, Nürnberg 2019)



räumen. Die aus ökologischer Sicht zu bevorzugende Nutzung des öffentlichen (Nah-)Verkehrs für den täglichen Weg zur Arbeit führt dessen Kapazitäten in den Ballungsräumen bereits häufig an seine Grenzen. Die Straßen sind in den Spitzenzeiten ebenfalls vollkommen überlastet und die dadurch bedingten langen Stauzeiten stellen für viele Pendler eine enorme Belastung dar. Dabei ist nicht nur der reine Zeitaufwand bzw. die durch das Pendeln „verlorene Zeit“ von Belang. Der Weg zur Arbeit ist für Viele mit Stress und Ängsten verbunden, sei es der Ärger über den morgendlichen Stau oder den verspäteten Zug, oder die Angst vor Gewalt, schlechten Straßenverhältnissen und Infektionen [8].

Auf dem Weg zur Arbeit ist nach wie vor für viele das Auto das (Verkehrs-)Mittel der Wahl: Für knapp 60% der Wege wird hier das Auto genutzt. Mit öffentlichen Verkehrsmitteln, dem Fahrrad oder zu Fuß werden zusammen nur etwas mehr als ein Drittel aller Wege zurückgelegt. Nur bei denjenigen, die in den großen Metropolen wohnen, stellt der Umweltverbund aus Fahrrad, Fußverkehr und öffentlichem Verkehr die überwiegend genutzte Fortbewegungsart auf dem Weg zur Arbeit dar. In den ländlichen Regionen ist dagegen die Dominanz des Autos als Verkehrsmittel noch ausgeprägter: Hier werden drei Viertel der Wege zur Arbeit mit dem Auto zurückgelegt (» Abbildung 5) [9].

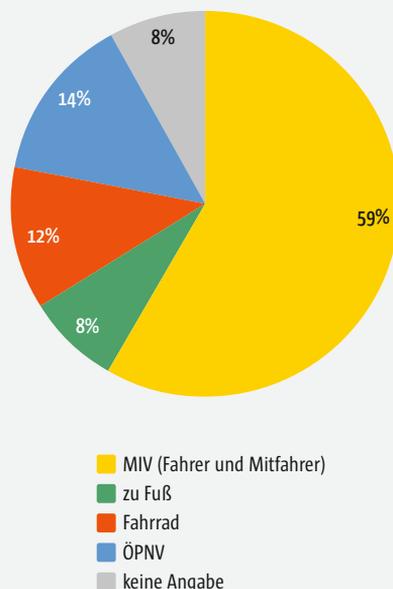
Studien deuten an, dass sich die Folgen des Pendelns eher in den subjektiven als den objektiven Gesundheitsmaßen zeigen [10]. So fallen die Zufriedenheit mit der Gesundheit sowie der subjektive Gesundheitsstatus bei Pendelnden signifikant geringer aus. Hierbei wurden allerdings nur die gesundheitlichen Auswirkungen bei passiv Pendelnden untersucht, für aktiv Pendelnde sind wiederum andere gesundheitliche Auswirkungen zu erwarten.

So scheint aktives Pendeln in Form von Fahrradfahren oder zu Fuß gehen weniger stressreich zu sein [11] und mit einem geringeren BMI in Zusammenhang zu stehen [12]. Dabei hat ein Wechsel vom Autofahren zum aktiven Pendeln in Form von Gehen, aber auch der Umstieg auf die U-Bahn, einen positiven Einfluss auf den Blutdruck, Übergewicht, Diabetes und psychischen Stress. Ein Wechsel auf den Bus führt dagegen nicht zu deutlich mehr Bewegung und kann sogar zu einer gesundheitlichen Verschlechterung in den Bereichen Übergewicht und Blutdruck führen [13]. Dabei können städtebauliche Maßnahmen dazu beitragen, aktives Pendeln aufzunehmen oder aufrechtzuerhalten. So wird aktives Pendeln wahrscheinlicher, wenn mehr Straßenbeleuchtung vorhanden ist und wird häufiger aufge-

geben, wenn sich eine Hauptstraße auf dem Weg befindet. Außerdem zeigt sich, dass Personen, die weiter entfernt von ihrem Arbeitsplatz wohnen, seltener aktiv pendeln und Personen, die in Gebieten mit einer höheren Arbeitsplatzdichte leben, aktives Pendeln seltener aufgeben [14].

Eine Förderung von aktiver Mobilität auf dem Weg zur Arbeit wird seitens der Verkehrspolitik zwar unterstützt [15] und neue Mobilitätsangebote wie E-Bike, Pedelecs und E-Scooter können hier bei größeren Distanzen ergänzend wirken, aber für den überwiegenden Teil der Fernpendler stellt das keine Alternative dar. Bisher können aber auch nicht alle Studien nachweisen, dass ein direkter Zusammenhang zwischen Pendeln und der Gesundheit besteht [16]. Die Ergebnisse in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Pendeln und verschiedenen Aspekten der Zeitnutzung scheinen dabei eindeutiger zu sein. Hier zeigen mehrere Studien, dass Pendeln die Zeit für Freizeit, soziale Aktivitäten, Schlaf und Sport verringert [17; 18; 19], was wiederum Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann. So schließt Christian [19] aus den Ergebnissen seiner Studie, dass Pendeln gesundheitsschädliche Verhaltensweisen wie eine geringere sportliche Aktivität, weniger Zeit für die Essenzubereitung oder eine verminderte Schlafdauer fördert.

Abbildung 5 Für den Arbeitsweg genutzte Verkehrsmittel [9]



Ausblick

Die zunehmende Digitalisierung unserer Arbeit führt zu neuen, flexiblen Arbeitsformen, die vor allem im Bereich EDV-gestützter (Dienstleistungs-)Tätigkeiten die Möglichkeiten zur ortsungebundener Arbeit eröffnen. Bereits 2017 arbeiteten 13 Prozent der Berufstätigen zumindest gelegentlich im Homeoffice [9]. Grundsätzlich ist Homeoffice laut Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für alle Beschäftigten geeignet, deren Arbeiten EDV-gestützt sind (und die das nötige Maß an Selbstorganisation mitbringen) [20]. Besonders häufig wird Homeoffice in Branchen wie Telekommunikation und IT-Unternehmen, Banken und Versicherungen oder in Verwaltungsbereichen – öffentliche wie auch von Unternehmen – eingesetzt. Aber bisher sind es vor allem höher qualifizierte Beschäftigte, bei denen diese Art der Tätigkeit überproportional oft vertreten ist.

Im Verlauf der Corona-Pandemie wurde jedoch in vielen Unternehmen und Behörden zum Schutz vor Infektionen für die Beschäftigten die Möglichkeit, von Zuhause aus zu arbeiten, eröffnet und im Zuge dessen konnten bestehende Hemmschwellen abgebaut und umfangreiche Erfahrungen gesammelt werden [21]. Dies sollte zu einem Umdenken bei Unternehmen und Beschäftigten führen sowie zu einem noch notwendigen, beschleunigten Ausbau der digitalen Technologien, um die bestehenden Potenziale auszuschöpfen und so auch zukünftig die „Arbeitsfähigkeit“ von Wirtschaft und Gesellschaft sicherzustellen. Mit einer deutlich stärkeren Nutzung des Homeoffice wäre eine spürbare Verringerung der Belastungen durch den Verkehr für die einzelnen Individuen, die Gesellschaft und die Umwelt verbunden.

Anmerkung

Die in diesem Beitrag dargestellten Ergebnisse zum Pendleraufkommen und Pendeldistanzen basieren auf Auswertungen der Statistiken der Bundesagentur für Arbeit der Ein- und Auspendler auf Gemeindeebene der Jahre 2000 bis 2019 durch das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung.

Literatur

1. BBSR (2018): Immer mehr Beschäftigte pendeln. Online-Publikation. <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Home/Topthemen/pendeln.html> [Letzter Abruf: 26.6.2020]
2. BBSR (2017): Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.): Raumordnungsbericht 2017, S. 23–25, Bonn
3. BBSR (2015): Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.): BBSR-Analysen KOMPAKT 15/2015 Pendlerströme. Quo navigant?, Bonn
4. Haas, A.; Hamann, S. (2007). Pendeln – ein zunehmender Trend vor allem bei Hochqualifizierten. In: IAB-Kurzbericht Nr. 6/2008
5. Funk, J.; Gramspacher, E. (2008): Netzwerke bilden. Wie Hochschulen Dual Career Couples unterstützen können. In: Forschung & Lehre 15, 10, S. 691
6. Tatje, C. (2014). Fahrtenbuch des Wahnsinns: Unterwegs in der Pendlerrepublik. Kösel: München.
7. S & W/RRG (2011). Spiekermann & Wegener. Stadt- und Regionalforschung (S & W), Spiekermann, K.; Büro für Raumforschung und Geoinformation (RRG), Oldenburg in Holstein, Schürmann, C. Räumliche Wirkungen von Verkehrsprojekten. Ex post-Analysen im stadtrégionalen Kontext.
8. Häfner, S.; Rapp, H.; Kächele, H. (2012): Psychosoziale Belastungen von Bahnpendlern. Und was soll man tun? Psychotherapeut, 57. Jg. (4): 343–351
9. Nobis, C.; Kuhnimhof, T. (2018): Mobilität in Deutschland – MiD Ergebnisbericht. Studie von infas, DLR, IVT und infas 360 im Auftrag des Bundesministers für Verkehr und digitale. Bonn, Berlin.
10. Künn-Nelen, A. (2016): Does Commuting Affect Health? Health Economics, 25(8), 984–1004. Gatersleben & Uzzell, 2007
11. Gatersleben, B.; Uzzell, D. (2007): Affective Appraisals of the Daily Commute: Comparing Perceptions of Drivers, Cyclists, Walkers, and Users of Public Transport. Environment and Behavior, 39(3), 416–431.
12. Flint, E.; Cummins, S. (2016): Active commuting and obesity in mid-life: cross-sectional, observational evidence from UK Biobank. The Lancet Diabetes & Endocrinology, 4(5), 420–435.
13. Tajalli, M.; Hajbabaie, A. (2017): On the relationships between commuting mode choice and public health. Journal of Transport & Health, 4, 267–277.
14. Yang, L.; Panter, J.; Griffin, S.J.; Oglvie, D. (2012): Associations between active commuting and physical activity in working adults: Cross-sectional results from the Commuting and Health in Cambridge study. Preventive Medicine, 55, 453–457.
15. Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2012): Nationaler Radverkehrsplan 2020. BMVBS: Berlin.
16. Mauss, D.; Jarczok, M.N.; Fischer, J.E. (2016): Daily commuting to work is not associated with variables of health. Journal of Occupational Medicine and Toxicology, 11(12).
17. Lorenz, O. (2018): Does commuting matter to subjective well-being? Journal of Transport Geography, 66, 180–199.
18. Besser, L.M.; Marcus, M.; Frumkin, H. (2008): Commute Time and Social Capital in the U.S. American Journal of Preventive Medicine, 34(3), 207–211.
19. Christian, T.J. (2012): Trade-offs between commuting time and health-related activities. Journal of Urban Health, 89(5), 746–757.

20. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020): Home-Office. Online-Publikation. <https://www.erfolgsfaktor-familie.de/arbeitszeiten/familienbewusste-arbeitszeitmodelle-und-was-dahinter-steckt/home-office.html> [Letzter Abruf: 26.6.2020]

21. Bitkom (2020): Homeoffice in Zeiten der Corona-Pandemie. Online-Publikation. <https://www.bitkom.org/Themen/Corona/Homeoffice-in-Zeiten-der-Corona-Pandemie> [Letzter Abruf: 26.6.2020]



Thomas Pütz

Thomas Pütz ist Architekt und arbeitet im Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung. Nach Stationen in den Bereichen „Verkehr und Energie“ und „Raumentwicklung“, wo er an der Erstellung der Raumordnungsberichte 2000, 2005 und 2011 mitwirkte, ist er seit 2014 im Referat „Digitale Stadt, Risikoverkehr und Verkehr“ tätig. Seine Arbeitsschwerpunkte sind u.a. Erreichbarkeitsanalysen und räumliche Verflechtungen, kritische Infrastrukturen und Risikomanagement.



Dorothee Winkler

Dorothee Winkler ist Fachangestellte für Markt- und Sozialforschung und Wirtschaftspsychologin mit den Schwerpunkten Gesundheitspsychologie und Personalentwicklung. Sie arbeitet seit 2013 im Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung und seit 2014 im Referat „Städtebauförderung, Soziale Stadtentwicklung“. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich der Datenaufbereitung zu den Themen Stadtbeobachtung, Städtebauförderung und Verkehr.

Gesundheitliche und soziale Auswirkungen arbeitsbedingter räumlicher Mobilität: ein Forschungsüberblick

Heiko Rüger und Nico Stawarz
Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden

Ein hohes Ausmaß an räumlicher Mobilität ist ein zentrales Merkmal moderner Gesellschaften. Insbesondere in der Arbeitswelt bestehen zunehmend die Notwendigkeit für und Erwartung an die Beschäftigten, räumlich mobil zu sein. Anlässe dafür sind etwa Arbeitgeberwechsel, Standortverlagerungen, Projektarbeit oder Dienstreisen. Arbeitsbedingte räumliche Mobilität ist kein neues Phänomen, allerdings lässt sich in jüngster Zeit ein Wandel der Ursachen, des Ausmaßes, der Formen, der sozialen Bewertung sowie der Folgen erkennen [1].

Dieser Beitrag befasst sich mit vier Formen arbeitsbedingter räumlicher Mobilität – Tagespendeln, Wochenendpendeln, arbeitsbedingtem Umzug sowie Dienst- bzw. Geschäftsreisen mit Übernachtungen – und deren gesundheitlichen und sozialen Folgen.¹ Hierzu wird ein Überblick über den nationalen und internationalen Forschungsstand gegeben. Nach Daten aus dem Jahr 2007 war nahezu jede(r) fünfte Erwerbstätige in Deutschland in einer der genannten Formen räumlich mobil [1].²

Folgende Fragen werden behandelt: Welchen Belastungen unterliegen räumlich mobile Erwerbstätige? Was ist bekannt über Folgen dieser Belastungen auf die physische bzw. psychische Gesundheit sowie in sozialer Hinsicht?

Belastungen arbeitsbedingter räumlicher Mobilität

Räumliche Mobilität kann mit verschiedenen Belastungen, aber auch **Vorteilen** verbunden sein [2]. So zeigen verschiedene Studien, dass räumliche Mobilität häufig mit verbesserten Berufs- und Einkommenschancen einhergeht [3–6]. Zudem ist ein Vorteil des Tages- und Wochenendpendelns, dass ein Umzug für Partner/-in und Kinder vermieden werden kann. Bei Dienst- bzw. Geschäftsreisen und arbeitsbedingten Umzügen stehen berufliche und finanzielle Vorteile im Vordergrund, daneben werden aber auch Unabhängigkeit und Abwechslung als Vorzüge genannt. Weitere Vorteile arbeitsbedingter Umzüge sind etwa die Entlastung von zeitintensivem Pendeln sowie die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Den Vorteilen stehen spezifische **Belastungen** gegenüber, die wiederum mit gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen verbunden sein können. Dabei kann zwischen direkten und indirekten Belastungen unterschieden werden [7–9].



Direkte Belastungsdimensionen der räumlichen Mobilität

- **physisch:** z.B. Lärm, Gedränge, schlechte Luft in überfüllten öffentlichen Verkehrsmitteln/Stausituationen, ergonomisch ungünstige Arbeitsumgebungen unterwegs
- **psychisch:** Gefühl des Kontrollverlusts, z.B. bei Verkehrsstau oder Zugverspätung

Indirekte Belastungsdimensionen der räumlichen Mobilität

- **Privatleben:** chronische Zeitknappheit und Abwesenheit vom Lebensmittelpunkt, z.B. erschwerte Vereinbarkeit von familiären und beruflichen Aufgaben, Einschränkungen bei Pflege familialer und weiterer sozialer Beziehungen, Gefühle der Entfremdung,

- 1 Nicht betrachtet werden verschiedene Formen „mobiler Arbeit“ wie bspw. „mobile Berufe“ (z.B. Pilot/-innen), Fernbeziehungen (Long Distance Relationships) und internationale Entsendungen.
- 2 Der hier vorgestellte Forschungsstand bezieht sich auf die Zeit vor dem Beginn der SARS-CoV-2/COVID-19-Pandemie Anfang des Jahres 2020. Die zur Eindämmung der Pandemie eingeführten Kontakt- und Reisebeschränkungen haben zeitweise zu einem teils drastischen Einbruch der arbeitsbedingten Mobilität geführt. Darüber, wie sich das räumliche Mobilitätsgeschehen zukünftig entwickeln wird und in welchem Ausmaß räumliche Mobilität durch verschiedene Formen von virtueller Mobilität (z.B. Telearbeit, virtuelle Meetings/Konferenzen) ersetzt werden könnte, lässt sich gegenwärtig jedoch nur spekulieren.

Vernachlässigung der Gesundheitsvorsorge, weniger stressmindernde Aktivitäten wie Schlaf, Erholung oder Sport

- **Beruf:** z.B. flexible Arbeitsorganisation mit geringer Planbarkeit, hohe Kommunikations- und Regulationsanforderungen

Hinsichtlich möglicher **gesundheitlicher Auswirkungen** stellen die Belastungen, die mit der arbeitsbedingten räumlichen Mobilität einhergehen, aus stresstheoretischer Perspektive (z.B. Job Demands-Resources Model) [10] zunächst Anforderungen aus der Umwelt dar, die eine Reaktion der verhaltensbezogenen, psychologischen und sozialen Ressourcen erfordern [9]. Übersteigen diese Anforderungen die Ressourcen, die zur Bewältigung zur Verfügung stehen, entsteht eine kognitive und physische Stressreaktion. Chronischer Stress wiederum gilt als eine Ursache für zahlreiche Erkrankungen [10, 11]. Daher lässt sich ein negativer Effekt der Intensität von räumlicher Mobilität auf die Gesundheit erwarten, wobei davon auszugehen ist, dass die verschiedenen Mobilitätsformen mit unterschiedlichen Belastungen einhergehen können.

Zudem kann angenommen werden, dass der Zusammenhang zwischen Mobilität und Gesundheit mit individuellen Lebensumständen variiert. Personen haben verschiedene soziale Rollen inne, an die bestimmte Verhaltenserwartungen geknüpft sind. Diese Rollen können zueinander in Konflikt stehen (Inter-Rollenkonflikte). Für mobile Erwerbstätige ist anzunehmen, dass die Erwartungen – insbesondere hinsichtlich der zeitlichen und räumlichen Flexibilität – mit Eltern- oder Geschlechterrollen kollidieren können [12]. Diese Rollenkonflikte können für das Individuum wiederum einen bedeutsamen Stressor darstellen.

Neben Intensität und Form der Mobilität sowie soziodemografischen Merkmalen können weitere Faktoren den Zusammenhang zwischen Mobilität und Gesundheit moderieren. So deuten Befunde darauf hin, dass der Grad der Freiwilligkeit der Mobilitätsentscheidung eine Rolle spielt und deutlich negativere Auswirkungen für die Gesundheit zu erwarten sind, wenn die räumliche Mobilität als Notwendigkeit oder Zwang erfahren wird [13, 14].

Zudem sind mögliche Einflüsse von Selektionen zu berücksichtigen. Insbesondere Wochenendpendeln, Dienstreisen und arbeitsbedingte Umzüge treten vergleichsweise selten auf [15–17]. Es ist zu vermuten, dass diejenigen Personen, die sich für diese Formen entscheiden, eine (positiv) selektierte Gruppe darstellen. Demnach würden eher robuste Per-

sonen einen als belastend antizipierten mobilen Lebensstil aufnehmen. Gleichzeitig dürften solche Personen häufiger langfristig mobil bleiben, während andere, die hohe Beanspruchungen erfahren, frühzeitig die Mobilität verringern [2]. Dafür sprechen Ergebnisse von Limmer und Rüger [14] sowie Schneider et al. [7], die zeigen, dass erhöhte gesundheitliche Beanspruchungen mit der Absicht assoziiert sind, die praktizierte Mobilität innerhalb der nächsten 12 Monate zu reduzieren oder zu beenden. Daneben ist zu erwarten, dass sich Gewöhnungseffekte einstellen, die mit einer besseren Anpassung an die Mobilität und adäquaten Bewältigungsstrategien einhergehen. So beschreiben Personen, die bereits für eine längere Zeit mobil sind, ihre Mobilität tendenziell positiver als solche, die erst seit kurzem mobil sind [2]. Insgesamt könnten die nachteiligen Effekte von Mobilität durch Prozesse positiver Selektion systematisch unterschätzt sein [2, 7, 14].

Zudem kann intensive räumliche Mobilität mit vielfältigen **sozialen Auswirkungen**, insbesondere für Partnerschaft, Familie sowie das weitere soziale Umfeld, einhergehen. So leidet etwa das Privat- und Familienleben unter der mobilitätsbedingten Abwesenheit und den verknappten zeitlichen Ressourcen [7]. Aufgrund unterschiedlicher gesellschaftlicher Rollen sind außerdem Unterschiede zwischen Frauen und Männern zu vermuten; so sind Frauen etwa häufiger für die Hausarbeit und Kinderbetreuung zuständig. In diesem Zusammenhang zeigen Analysen, dass arbeitsbedingt mobile Frauen seltener verheiratet und seltener Mütter sind als nicht mobile erwerbstätige Frauen, wobei sich für Männer kaum Unterschiede zeigen [16, 18]. Erhöhte Mobilitätsanforderungen auf dem Arbeitsmarkt könnten demnach die Vereinbarkeit von Familie und Beruf – insbesondere für Frauen – erschweren und damit deren Position am Arbeitsmarkt weiter schwächen [19].

Als weitere mögliche negative Folgen räumlicher Mobilität werden eine soziale Desintegration durch das Wegbrechen sozialer Kontakte und Unterstützungsnetzwerke sowie eine Abnahme des bürgerschaftlichen Engagements gesehen [20].

Tagespendeln

Tagespendelnde legen die Strecke zwischen Wohnung und Arbeitsstätte in der Regel täglich oder mehrmals in der Woche zurück. Wichtige Kriterien sind dabei unter anderem Distanz/Dauer sowie Rhythmus des Pendelns.

Beispiele für gesundheitliche und soziale Auswirkungen des Tagespendelns

- vermehrte körperliche Stressreaktionen
- häufigere psychische und körperliche Gesundheitsprobleme, wie depressive Verstimmung, Übergewicht oder Migräne
- gesundheitsförderliche Effekte beim „aktiven“ Pendeln zu Fuß oder mit dem Fahrrad
- erschwerte Vereinbarkeit mit Elternschaft, insbesondere für Frauen
- erhöhtes Trennungsrisiko für Partnerschaften

Gesundheitliche Auswirkungen

Zu den gesundheitlichen Auswirkungen langer täglicher Pendelstrecken liegt ein vergleichsweise umfangreicher Forschungsstand vor. Die Befunde zeigen unter anderem eine erhöhte allgemeine Stresswahrnehmung [12, 21–23] und vermehrte körperliche Stressreaktionen (u.a. hinsichtlich Stresshormonen, Herzfrequenz und Blutdruck) [24–26], ein häufigeres Auftreten von Erschöpfung, Verspannungen und Niedergeschlagenheit [27], einen reduzierten psychischen und körperlichen Gesundheitszustand (u.a. hinsichtlich depressiver Verstimmungen, Übergewicht, Diabetes und Migräne) [7, 9, 28–30], eine reduzierte Schlafqualität [31, 32], häufigere krankheitsbedingte Fehlzeiten [33] sowie eine erhöhte Mortalität [34]. Zudem können lange Pendelwege zu Verspätungen, verminderter Produktivität oder kontraproduktiven Verhaltensweisen, wie beispielsweise erhöhten Aggressionen, bei der Arbeit führen [24, 33, 35]. Daraus resultierende negative Stimmungen können wiederum zu vermehrtem Stress am Arbeitsplatz oder Zuhause beitragen. Das Ausmaß negativer Folgen nimmt in der Regel mit der Pendeldauer/-distanz zu. Ducki und Nguyen [36: 40] kommen in ihrem Literaturreview ebenfalls zu der Einschätzung, „dass tägliches Pendeln mit negativen Folgen für die körperliche und psychosoziale Gesundheit verbunden ist“.³ Demnach wenden Pendelnde mit langen Arbeitswegen weniger Zeit für notwendige Vorsorgeuntersuchungen auf [36: 39].

Die Stärke der Effekte ist insgesamt als eher moderat einzuschätzen [9], wobei diese bei direkten Messungen von Pendelstress deutlich stärker ausfallen können [24]. Zudem leiden nicht alle Pendler unter ihrem Arbeitsweg, wie Studien zu positiven Aspekten des Pendelns, z.B. hinsichtlich der Nutzung der Pen-

delzeit als Übergang zwischen Berufs- und Privatleben oder als „Auszeit“, nahelegen [37]. Darüber hinaus verdeutlichen Studien, dass sich die Stärke des Zusammenhangs unter anderem nach soziodemografischen Merkmalen, der Verkehrsmittelwahl oder des regionalen Kontexts unterscheiden kann.⁴

Neuere Studien beschäftigen sich mit den Folgen von Pendelmobilität vor dem Hintergrund möglicher Geschlechterunterschiede und der Vereinbarkeit mit Elternschaft. Dabei zeigen sich bei Frauen im Vergleich zu Männern [9, 12, 27–29, 34, 38, 39] sowie bei Eltern im Vergleich zu Kinderlosen [9, 12] überwiegend stärkere nachteilige gesundheitliche Effekte langer Pendelwege. Allerdings finden einige Autoren keine geschlechtsspezifischen Differenzen [22, 24].

Zudem können die Folgen des Pendelns durch das Verkehrsmittel moderiert werden, wobei die Befundlage – insbesondere bezüglich des motorisierten Verkehrs (z.B. Auto, öffentliche Verkehrsmittel) – nicht eindeutig ist [26, 36]. Eine mögliche Ursache ist, dass Ergebnisse aus verschiedenen Ländern aufgrund unterschiedlicher Infrastrukturbedingungen nur eingeschränkt vergleichbar sind. Die unklare Befundlage könnte auch darauf zurückzuführen sein, dass der Zusammenhang durch weitere Merkmale moderiert wird. Die Studie von Rieger et al. [40] verdeutlicht etwa, dass das Stressempfinden bei Personen mit mindestens zwei Stunden täglicher Pendeldauer in Abhängigkeit von Verkehrsmittel und Siedlungsstruktur variiert. In Ballungsgebieten sehen sich Auto-Pendelnde stärkerem Stress ausgesetzt als solche, die öffentliche Verkehrsmittel nutzen. Bei Pendelnden im ländlichen Raum ist es hingegen umgekehrt: Hier zeigt sich ein erhöhtes Stresslevel bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel. Eine mögliche Erklärung sind dichter Verkehr und Staus in den Städten sowie oftmals schlecht ausgebaute Verbindungen öffentlicher Verkehrsmittel auf dem Land. Relativ eindeutig sind hingegen die gesundheitsförderlichen Aspekte „aktiver Formen“ des Pendelns wie Zufußgehen oder Fahrradfahren [41], wobei diese fast ausschließlich für kürzere Pendelstrecken relevant sind.

Soziale Auswirkungen

Verschiedene Studien verweisen auf eine erschwerte Vereinbarkeit von Familie mit langen Pendelwegen, insbesondere für Frauen. Diese legen durchschnitt-

3 Die dort berücksichtigten Quellen überschneiden sich zum Teil mit der oben referierten Literatur.

4 Befunde zu weiteren Moderatoren, wie z.B. der Vorhersehbarkeit und Kontrolle der Pendelsituation, können hier aus Platzgründen nicht behandelt werden [26].

lich kürzere Arbeitswege als Männer zurück, wobei sich das Pendelverhalten insbesondere dann maßgeblich von dem der Männer unterscheidet, sobald Kinder im Haushalt sind [16, 19, 42]. Frauen reduzieren mit dem Übergang zur Elternschaft ihren Pendelaufwand deutlich. Der antizipierte Zeitmangel für familiäre Belange durch das Pendeln kann aber auch dazu führen, dass Paare Kinderwünsche aufschieben [42].

Lange Pendelwege können sich außerdem negativ auf die Zufriedenheit mit dem Familienleben [43] und der Partnerschaft [44] auswirken. So berichten Erwerbstätige mit langen Pendelwegen häufiger über ein erhöhtes Stresserleben aufgrund von Schwierigkeiten mit oder Sorge um die Kinder sowie über zu wenig Zeit für Partner/-in und Kinder [7]. Letzteres gilt insbesondere für Frauen [2]. Brömmelhaus et al. [39] zeigen, dass Mütter eher das eigene Pendeln als Belastung empfinden, wohingegen Väter stärker unter dem Pendeln ihrer Partnerinnen leiden. Dementsprechend belegen verschiedene Studien, dass eine intensive Pendelmobilität von Frauen – nicht jedoch von Männern – mit einer erhöhten Trennungswahrscheinlichkeit von Partnerschaften einhergeht [45–47]. Dies scheint insbesondere dann zuzutreffen, wenn die Pendlerinnen Mütter eines Kleinkindes sind [46]. Darüber hinaus konnten negative Auswirkungen des Pendelns auf die Eltern-Kind-Beziehung und das Wohlbefinden der Kinder nachgewiesen werden [48, 49].

Die erschwerte Vereinbarkeit von Pendelmobilität und Elternschaft kann zu ungünstigen Karriereverläufen von Müttern, bedingt durch eine verringerte Mobilitätsbereitschaft, beitragen. Der verringerte Aktionsradius geht dabei mit einer geringeren Auswahl an attraktiven und gut bezahlten Arbeitsmöglichkeiten einher [42]. Demnach weisen Studien darauf hin, dass Geschlechtsunterschiede beim Pendelverhalten einen Teil des Lohnunterschieds zwischen Frauen und Männern erklären können [50].

Zudem bestehen Hinweise darauf, dass beruflich hochmobile Erwerbstätige in Deutschland seltener einem regelmäßigen bürgerschaftlichen Engagement nachgehen als räumlich weniger mobile Erwerbstätige [51]. Viele mobile Erwerbstätige berichten demnach, dass sie im Zuge der Aufnahme der zeitaufwendigen (Pendel-)Mobilität ihr ehrenamtliches Engagement reduziert oder beendet haben.

Wochenendpendeln

Beim Wochenendpendeln wird eine Zweitunterkunft in der Nähe des (festen) Arbeitsortes unterhal-

ten und – in der Regel an den Wochenenden – zurück an den Hauptwohnsitz gependelt. Wichtige Kriterien sind unter anderem Distanz/Dauer sowie Rhythmus des Pendelns.

Beispiele für gesundheitliche und soziale Auswirkungen des Wochenendpendelns

- erhöhte psychosoziale Beanspruchungen, wie Einsamkeitserleben
- Partnerschaft kann als intensiver erlebt werden
- insgesamt verminderte Beziehungsqualität und häufigere Konflikte in Partnerschaft und Familie

Gesundheitliche Auswirkungen

Insgesamt liegen deutlich weniger Studien zu den gesundheitlichen Auswirkungen des Wochenendpendelns vor als zum Tagespendeln [36, 52, 53].⁵ Insbesondere physische Beschwerden wurden bisher kaum untersucht.⁶ Allgemein kommen beim Wochenendpendeln zu den verkehrs- und reisebedingten Belastungen jene Belastungen hinzu, die sich aus dem Leben an zwei Orten ergeben. In einer Studie, in der Wochenendpendelnde und deren Partner/-innen befragt wurden, ergibt sich für beide Partner ein deutlich erhöhtes allgemeines Belastungserleben gegenüber Nicht-Pendler-Paaren [55, 56]. Limmer und Rüter [14] finden für Wochenendpendelnde ein erhöhtes allgemeines Stressempfinden und ein tendenziell reduziertes emotionales Wohlbefinden. Ducki [52] berichtet Ergebnisse, wonach sich eine tendenziell schlechtere Gesundheit bei wöchentlich Pendelnden gegenüber Nicht-Pendelnden zeigt. Erstere sind häufiger erschöpft, berichten tendenziell mehr psychosomatische Beschwerden sowie signifikant häufiger somatische Beschwerden und Angst. Zudem lässt sich eine Zunahme von Angst und somatischen Beschwerden im Pendelverlauf beobachten. Demgegenüber findet eine frühe US-Studie [57] für Pendler-Paare kein erhöhtes Stresserleben, aber eine geringere

5 Beispielsweise wurden in das Literaturreview von Ducki und Nguyen [36: 74] lediglich neun Primärstudien zum Wochenendpendeln einbezogen.

6 Zu dieser Einschätzung gelangt auch Fuller [54], der die Gesundheit von Personen untersucht, die nicht mit ihrem Ehepartner/ihrer Ehepartnerin zusammenwohnen. Dieses als „Commuter Marriage“ bezeichnete Phänomen ist dem des Wochenendpendelns recht ähnlich bzw. kann letzteres einschließen. Der Autor findet für „Commuter“ keine Nachteile beim Gesundheitszustand, allerdings beim Gesundheitsverhalten (Rauchen, Alkoholkonsum).

allgemeine Lebensqualität. Eine geringere Lebensqualität bei südkoreanischen Pendler-Paaren berichtet auch Lee [58].

Insgesamt werden beim Wochenendpendeln insbesondere „psychosoziale Gefährdungspotenziale“ gesehen, die sich aus der periodischen längeren Abwesenheit und der Trennung von der Familie und dem sozialen Umfeld am Hauptwohnsitz ergeben [8, 59]. Ducki und Nguyen [36: 71] fassen die Forschungslage wie folgt zusammen: „Einsamkeitserleben ist das Kernproblem von Wochenendlern“.

Im Unterschied zum Tagespendeln wird Wochenendpendeln von Frauen als weniger negativ empfunden [2]. Dies könnte damit zusammenhängen, dass wochenendpendelnde Frauen eine hinsichtlich höherer beruflicher Qualifikationen selektive Gruppe darstellen [17]. Zudem ist zu vermuten, dass eine klare räumliche Trennung zwischen der Familie am Hauptwohnsitz und der Arbeit am Nebenwohnsitz als entlastend wahrgenommen werden kann [60]. Verschiedene Studien legen nahe, dass Motive wie Selbstverwirklichung und Unabhängigkeit bei wochenendpendelnden Frauen eine wichtige Rolle spielen [2, 61].

Soziale Auswirkungen

Mit Blick auf den Familienalltag erscheinen negative Effekte für Partnerschaft und Familie plausibel [13, 55]: Unter der Woche befinden sich die Pendelnden am Arbeitsort und nur an den Wochenenden bleibt Zeit für die physische Präsenz mit der Familie. Dementsprechend findet sich ein erhöhtes Risiko für Stresserleben bedingt durch Schwierigkeiten mit den Kindern oder da Sorgen um diese bestehen [7]. Pendler-Paare sind zudem unzufriedener mit ihrer Partnerschaft und ihrem Familienleben sowie hinsichtlich der gemeinsam verbrachten Zeit und der affektiven Kommunikation mit dem Partner/der Partnerin [57, 62]. Außerdem verweisen Befunde auf eine Verschlechterung der Partnerschaftsqualität im Pendelverlauf, woraus negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Pendelnden resultieren können [52]. Andere Befunde zeigen hingegen, dass die Partnerschaft beim Wochenendpendeln als intensiver erlebt und kleineren (Alltags-)Konflikten oftmals eine geringere Relevanz beigemessen wird [55] sowie, dass die Pendelnden zufriedener mit ihrem Arbeitsleben und ihrer Freizeit sein können [57]. Insgesamt scheinen jedoch eine reduzierte Beziehungsqualität und Konflikte in Partnerschaft und Familie häufiger aufzutreten.

Hinsichtlich weiterer sozialer Beeinträchtigungen fassen Ducki und Nguyen [36: 72] den For-

schungsstand dahingehend zusammen, dass insbesondere Entwurzelung und Bindungslosigkeit sowie eine Reduktion sozialer Kontakte als negative Beanspruchungsfolgen beschrieben werden. Daneben finden sich Hinweise auf ein verringertes bürgerschaftliches Engagement bei Wochenendpendelnden [51].

Arbeitsbedingter Umzug

Bei arbeitsbedingten Umzügen wird aus beruflichen Gründen der Wohnort bzw. Lebensmittelpunkt verlagert. Wichtige Kriterien sind unter anderem die Distanz zwischen Herkunfts- und Zielort sowie die Anzahl der Umzüge im Lebensverlauf.



Beispiele für gesundheitliche und soziale Auswirkungen von arbeitsbedingten Umzügen

- temporäre Belastungsspitze für Zeit um den Umzug
- reduzierte psychische Gesundheit bei fremdbestimmten und nicht erfolgreichen Umzügen
- Zunahme der allgemeinen Lebenszufriedenheit im Vergleich zum Zeitraum vor dem Umzug
- berufliche Nachteile für mitziehende Partner/-innen

Gesundheitliche Auswirkungen

Hinsichtlich der gesundheitlichen Auswirkungen von arbeitsbedingten Umzügen liegen nur wenige Studien vor.⁷ Im Unterschied zu den zirkulären Formen – wie dem Tagespendeln – kann von einer kurzzeitigen Belastungsspitze für die Zeit um den Umzug ausgegangen werden [7]. Insgesamt zeigen die Befunde, dass Umzüge mit einem höheren Stresserleben und einem höheren Risiko für Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen einhergehen können [7, 63], wobei ältere Personen und Frauen bzw. mitziehende Partnerinnen stärker belastet scheinen [36, 64, 65]. Zudem berichten Personen, die ohne ihre Familienangehörigen umziehen, häufiger von Traurigkeit/Betrübtheit [66]. Studien deuten außerdem darauf hin, dass seltene und sehr häufige Umzüge sowie durch externe Faktoren (z.B. Firmenverlagerung) verursachte Umzüge das Risiko für psychische Störungen erhöhen [67, 68]. Auch internationale Studien (UK, China) konstatieren, dass Binnenwanderer eine schlechtere psychische Gesundheit aufweisen als Nichtmobile [69, 70]. Allerdings befinden sich

7 So bezieht sich das Literaturreview von Ducki und Nguyen [36] auf insgesamt 10 Quellen inklusive eines früheren Reviews [8].

Personen, die umziehen, in ähnlicher oder besserer physischer Verfassung als Personen, die nicht umziehen. Zudem verdeutlicht eine der wenigen Panelstudien, dass Land-Stadt-Wanderer in Thailand vor dem Umzug über eine schlechtere mentale, aber bessere physische Gesundheit verfügen [71]. Der Umzug selbst führt dann zu einer Verbesserung der mentalen Gesundheit, sodass die mobilen Personen nach dem Umzug eine bessere mentale Gesundheit aufweisen als nichtmobile Personen. Diese Befunde verdeutlichen, dass sich Umzüge nicht per se negativ auf die Gesundheit auswirken. Allerdings scheinen *nicht* erfolgreiche Umzüge (insbesondere bei Rückkehrern, die nach einiger Zeit wieder an den Herkunftsort zurückziehen) auf höhere Belastungen hinzudeuten und mit einem schlechteren Gesundheitszustand einherzugehen [71]. Zum einen könnten Belastungen damit verbunden sein, dass die soziale Integration am neuen Ort nicht gelingt oder die erhofften Vorteile, wie z.B. berufliche Verbesserungen, nicht eintreten. Zum anderen könnte ein sich verschlechternder Gesundheitszustand zur Rückwanderung führen, um die Unterstützung der Familie am Herkunftsort in Anspruch zu nehmen.

Studien, die sich mit den Folgen für die allgemeine Lebenszufriedenheit beschäftigen, liefern Hinweise, dass sich Umzüge positiv auswirken können [72, 73]. Diese zeigen einen Rückgang der Lebenszufriedenheit vor dem Umzugsereignis, der durch Unzufriedenheit mit den Lebensumständen oder durch Belastungen durch das (bevorstehende) Umzugsereignis selbst bedingt sein kann. Mit bzw. nach dem Umzug steigt die Lebenszufriedenheit dann wieder auf das „normale“ oder ein höheres Niveau. Diese Ergebnisse lenken den Blick auf die Potenziale von Umzügen, etwa wenn Pendelmobilität durch einen Umzug beendet wird [8]: Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, höhere Beziehungsqualität, neue Erfahrungen, Selbstbestätigung, mehr Zeit für Sport und Prävention sowie weniger physische Belastungen.

Soziale Auswirkungen

Zu den möglichen negativen sozialen Folgen eines Umzuges gehören die beruflichen Nachteile für mitziehende Partner/-innen sowie eine traditionellere Arbeitsteilung innerhalb von Paaren [56, 64, 74]. Diese können zu intrafamiliären Konflikten und einer Minderung der Partnerschaftsqualität führen. In diesem Zusammenhang zeigen Befunde, dass häufige Umzüge mit einer erhöhten Trennungswahrscheinlichkeit einhergehen [75]. Neuere Studien verdeutlichen, dass Umzüge zunehmend vermieden werden, wenn beide Partner gute Einkommensmög-

lichkeiten haben [74]. Eine Konsequenz kann allerdings sein, dass stattdessen Formen der Pendelmobilität gewählt werden, die wiederum mit erhöhten gesundheitlichen Belastungen einhergehen können (» vorhergehende Abschnitte). Weitere Folgen von Umzügen beziehen sich auf den Wegfall sozialer Netzwerke und Gefühle von Einsamkeit/Isolation, Nachteile für die Kinder und deren schulische Leistungen, finanzielle Kosten durch den Umzug oder erhöhte Belastungen, die aus der Organisation des Alltags am neuen Wohnort und den Erwartungen am neuen Arbeitsort resultieren können [56, 64, 65].

Dienst- bzw. Geschäftsreisen mit Übernachtungen

Dienst- bzw. Geschäftsreisen gehen mit wechselnden Arbeitsorten einher und sind ein wesentlicher Bestandteil der Arbeitsaufgaben. Das Ausmaß (z.B. Dauer, Häufigkeit) und die Rahmenbedingungen der Mobilität werden maßgeblich durch den Arbeitgeber festgelegt und gestaltet. Wichtige Kriterien sind unter anderem die Länge und Häufigkeit von Dienstreisen bzw. die Anzahl an Auswärtsübernachtungen sowie, ob die Reisetätigkeit national oder international erfolgt.

» Beispiele für gesundheitliche und soziale Auswirkungen von Dienstreisen mit Übernachtungen

- vermehrte gesundheitliche Beeinträchtigungen, wie Müdigkeit, Stress, Angst oder Erschöpfung
- erhöhte Arbeitsverdichtung
- Zunahme des „Work-Family“-Konflikts
- positive Aspekte, wie Kennenlernen neuer Orte, Vergrößerung beruflicher Netzwerke oder willkommene Unterbrechung von Routinen

Gesundheitliche Auswirkungen

In den vergangenen rund 15 Jahren ist der Forschungsstand zum Zusammenhang zwischen Dienstreisen und Gesundheit merklich angewachsen. So liegen mittlerweile fünf umfangreichere Überblicksarbeiten zur Thematik vor: Borowski et al. [76], Ducki und Nguyen [36], Cohen und Gössling [77], Patel [78] sowie Rogers und Reilly [79]. Insgesamt beschreiben die Studien vielfältige gesundheitliche Beeinträchtigungen durch häufige Dienstreisen. Diese reichen von Müdigkeit, Schlaf- und Konzentrationsproblemen, die durch Jetlag bedingt sein können, über Infektions- und Magen-Darm-Erkrankungen, Reisekrankheit oder Ohren- und Rückenschmerzen bis hin zu Stress, Nervosität, Angst,

Erschöpfung und Burn-out. Insgesamt schlussfolgert Patel [78], dass die langfristigen gesundheitlichen Folgen von Dienstreisen jedoch als eher gering einzuschätzen sind, während Cohen und Gössling [77] die besonderen gesundheitlichen Belastungen durch internationale Dienstreisen hervorheben. Einzelne Studien deuten darauf hin, dass Männer sowie ältere und junge Erwerbstätige durch Dienstreisen stärker belastet sind [36, 78, 80], wobei die Befundlage hier nicht eindeutig ist [76, 79]. Deutlicher fallen demgegenüber Befunde aus, die zeigen, dass der familiäre Status den Zusammenhang zwischen Dienstreisen und Gesundheit moderiert und Personen mit Kindern höhere Belastungen erfahren als Kinderlose [12, 81]. In diesem Zusammenhang weisen Studien darauf hin, dass der erlebte „Work-Family“-Konflikt als Mediator für den während der Dienstreise erfahrenen Stress fungiert [82, 83]. Zudem können Dienstreisen mit ungesunden Verhaltensweisen wie erhöhtem Alkoholkonsum, ungesunder Ernährung oder fehlender physischer Aktivität einhergehen [84]. Darüber hinaus können während der Dienstreise unvorhergesehene Belastungen durch Transportprobleme (z.B. Verspätungen, Verlust des Gepäcks), insbesondere bei Personen mit einem hohen Kontrollbedürfnis, den Reisestress zusätzlich erhöhen [60, 85].

Allerdings treten Belastungen nicht nur während, sondern auch vor und nach der Dienstreise auf, bedingt z.B. durch den Zeitaufwand für die Organisation der Reise, Ängste vor angestauter Arbeit oder familiäre Erwartungen/Verpflichtungen [86, 87]. Diesbezüglich zeigen die Befunde von Westman et al. [88], dass Männer vor allem während der Dienstreise einen Anstieg des „Work-Family“-Konflikts erleben, während dieser bei Frauen während der Reise abnimmt und bei der Rückkehr ansteigt. Zudem können z.B. Jetlag-bedingte Symptome noch Tage nach der Dienstreise spürbar sein [89].

Zwei wichtige Moderatoren für das Ausmaß der Belastungen sind Arbeitsverdichtungen und die Reiseintensität [90]. Unter Arbeitsverdichtung ist zu verstehen, dass während der Dienstreise häufig mit mobilen Geräten gearbeitet wird, eine ständige Erreichbarkeit besteht, Dienstreisen lange Arbeitstage beinhalten und die Zeit für Reisen selten durch eine geringere Arbeitsbelastung am heimischen Arbeitsort kompensiert wird [91]. Die Intensität, d.h. die Häufigkeit und Länge der Reise oder die Anzahl an Einzelterminen, die zu einer Dienstreise gebündelt werden, spielt ebenfalls eine wichtige Rolle [80, 92]. Hinzu kommt, dass sich die Rahmenbedingungen von Dienstreisen (z.B. durch Einsparungen bei Über-

nachtungen und Reisemitteln) verschlechtert haben [90, 93]. Weitere Faktoren, welche die gesundheitlichen Belastungen von Dienstreisen beeinflussen können, sind die physische Konstitution des/der Reisenden, vorhandene Erfahrungen, erzwungene Untätigkeit (z.B. fehlender Internetzugang), Unterstützung durch den Arbeitgeber, Bedingungen vor Ort (z.B. Temperatur, Luftfeuchtigkeit), kulturelle Differenzen, Ängste um die persönliche Sicherheit, Isolation/Einsamkeit sowie nicht genügend Zeit zur Erholung nach einer Dienstreise [76–78, 94].

Dienstreisen können sich allerdings auch positiv auswirken, etwa durch das Kennenlernen neuer Kulturen/Orte, die Entwicklung der Persönlichkeit oder die Entstehung neuer sozialer Kontakte, aber auch durch die Unterbrechung alltäglicher Routinen (z.B. bzgl. der Arbeit oder familiärer Verpflichtungen) [86, 95, 96]. Dem steht allerdings entgegen, dass Dienstreisen ihren privilegierten Status weitgehend verloren haben und zu einer Notwendigkeit geworden sind [90].

Soziale Auswirkungen

Zu den sozialen Folgen von häufigen Dienstreisen gehören nachteilige Einflüsse auf das Familienleben, die Partnerschaftszufriedenheit, die Eltern-Kind-Beziehungen, mithin eine Erhöhung des „Work-Family“-Konflikts sowie eine mögliche Übertragung von Stress auf den Partner/die Partnerin [95, 97–100]. Zudem scheint sich mit der Anzahl der Reisetage pro Jahr der „Work-Family“-Konflikt für Mütter signifikant zu erhöhen, während die Familiensituation bei Männern eine geringere Rolle spielt [101]. Außerdem können sehr häufige Dienstreisen allgemein mit einer Verkleinerung sozialer Netzwerke einhergehen. Dahingegen können sich professionelle, arbeitsbezogene Netzwerke vergrößern, was förderlich für die Karriere sein kann [96]. Allerdings können sich häufige Dienstreisen des Partners auch negativ auf die Erwerbskarrieren von Frauen auswirken [102]. Zudem scheinen die durch Dienstreisen bedingten Abwesenheiten mit einem geringeren bürgerschaftlichen Engagement in Parteien, Vereinen und Verbänden einherzugehen [51].

Fazit

Arbeitsbedingte räumliche Mobilität ist in Deutschland und anderen Ländern weit verbreitet, wobei insbesondere die Pendelmobilität in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat. Neben Vorteilen kann räumliche Mobilität mit verschiedenen Belastungen

einhergehen und etwa chronischen Stress erzeugen sowie zu einer Verringerung von Wohlbefinden und Gesundheit führen. Allerdings geht Mobilität nicht per se mit höheren Beanspruchungen einher. Der Einfluss auf die Gesundheit hängt u. a. von der Form, Freiwilligkeit, Intensität und Dauer der Mobilität ab. Das tägliche Pendeln langer Strecken etwa birgt das Risiko dauerhafter Gesundheitsbeeinträchtigungen. Für das Wochenendpendeln lassen sich insbesondere verschiedene psychosoziale Belastungen, wie Einsamkeitserleben oder Unzufriedenheit mit der Partnerschaft, feststellen. Arbeitsbedingte Umzüge gehen dagegen mit einer kurzzeitigen Belastungsspitze einher, wobei auch längerfristige Beeinträchtigungen des psychischen Befindens auftreten können. Auf besondere Belastungen deuten insbesondere *nicht* erfolgreiche Umzüge (z. B. bei Rückkehrern) hin, bei denen etwa die Integration am neuen Wohnort oder in den Arbeitsmarkt nicht gelungen ist. Insgesamt können Umzüge jedoch mit einer durchschnittlich höheren Lebenszufriedenheit einhergehen, was für die übrigen Mobilitätsformen so nicht zu beobachten ist. Dienst- bzw. Geschäftsreisen mit Übernachtungen sind insgesamt mit eher geringen physischen und psychischen Belastungen verbunden, wobei die Belastungen mit der Häufigkeit der Dienstreisen zunehmen können.

Allgemein gilt: Sind Personen freiwillig mobil, zeigen sich kaum negative Folgen für Gesundheit und Wohlbefinden. Daneben bestehen vielfältige Wechselwirkungen mit anderen Lebensbereichen und insbesondere bei Pendelmobilität und häufigen Dienstreisen erweist sich die Vereinbarkeit mit Familie als schwierig. Die daraus entstehenden Belastungen, so eine weitere Schlussfolgerung, können sich wiederum nachteilig auf die Gesundheit auswirken.

Aus methodischer Sicht ist anzumerken, dass viele der referierten Studien auf Querschnittsanalysen basieren, was deren Aussagekraft in Bezug auf die Kausalität einschränkt. Daher sind zukünftig mehr Studien mit Längsschnitt- bzw. Paneldesigns notwendig. Viele Befunde basieren zudem auf Einzelstudien mit teils kleinen und nicht repräsentativen Stichproben und müssen daher in weiteren Untersuchungen repliziert werden. Dies gilt insbesondere für den Forschungsstand zu Wochenendpendeln, Umzug sowie Dienstreisen. Zudem würden einheitliche Definitionen der Mobilitätsformen und Zielgrößen helfen, die Vergleichbarkeit zwischen den Studien zu verbessern. So ist anzunehmen, dass erst ab einem bestimmten Mindestmaß an räumlicher Mobilität von einer signifikanten Beeinflussung anderer Lebensbereiche (wie Gesundheit) ausgegangen werden

kann. Wo jedoch diese Grenzen genau liegen, ist bislang nicht hinreichend untersucht [1].

Insgesamt verweisen die vorgestellten Befunde jedoch auf vielfältige nachteilige gesundheitliche und soziale Auswirkungen, die insbesondere bei hoher Intensität von arbeitsbedingter räumlicher Mobilität auftreten. Es besteht daher Handlungsbedarf, um (vermeidbare) Mobilitätsanforderungen sowie mobilitätsbezogene Belastungen zu reduzieren und die Mobilitätskompetenzen der Beschäftigten zu stärken.



Handlungsempfehlungen für Arbeitgeber

- Bestandsaufnahme zur Mobilitätssituation im Unternehmen (z. B. Beschäftigtenbefragung)
- Aufbau eines Betrieblichen Mobilitäts-/Gesundheitsmanagements
- Mobilitätsanforderungen und mobilitätsbezogene Belastungen reduzieren:
z. B. durch Autonomie bei der Gestaltung von Terminplänen, Arbeitszeiten/-orten (u. a. Homeoffice, Videokonferenzen) oder Dienstreisen; Beschäftigte frühzeitig informieren und einbinden (z. B. bei Unternehmensverlagerung); Bereitstellung adäquater Arbeits-/Reisemittel (u. a. mobile Informations-/Kommunikationstechnologien); bürokratiearme Organisation/Abrechnung von Dienstreisen; Umzugshilfen (u. a. Unterstützung der Karriere des mitziehenden Partners)
- Mobilitätskompetenzen stärken:
z. B. Informationsveranstaltungen/Fortbildungen, u. a. zu Alternativen zur Pkw-Nutzung, Planung/Abwicklung von Dienstreisen, Stressmanagement oder ergonomischem Arbeiten unterwegs; Erfahrungsaustausch organisieren („Mobilitätswerkstatt“)

Weitere Handlungsempfehlungen – auch solche für Arbeitnehmer und Politik – finden sich unter anderem in Schneider et al. [103]; Ruppenthal und Rüger [53]; Hupfeld et al. [8]; Ducki und Nguyen [36]; Rieger et al. [9] sowie BiB [104].

Literatur

1. Schneider NF, Rieger H, Ruppenthal S. Mobilität und mobile Lebensformen. In: Niephaus Y, Kreyenfeld M, Sackmann R, editors. Handbuch Bevölkerungssoziologie. Wiesbaden: Springer VS; 2016. p. 501–525.
2. Rieger H, Ruppenthal S. Advantages and Disadvantages of Job Mobility. In: Schneider NF, Collet B, editors. Mobile living across Europe II: Causes and Consequences of Job-Related Spatial Mobility in Cross-National Comparison. Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich; 2010. p. 69–95.

3. Mulder CH, van Ham M. Migration histories and occupational achievement. *Popul. Space Place*. 2005;11:173–86.
4. Viry G, Rüger H, Skora T. Migration and Long-Distance Commuting Histories and Their Links to Career Achievement in Germany: A Sequence Analysis. *Sociol. Res. Online*. 2014;19:78–94.
5. Kratz F, Brüderl J. Returns to Regional Migration: Causal Effect or Selection on Wage Growth. *J. Appl. Soc. Sci. Stud.* 2013;133:1–12.
6. Aguilera A. Business travel and mobile workers. *Transp. Res. A*. 2008;42:1109–16.
7. Schneider NF, Rüger H, Münster E. Berufsbedingte räumliche Mobilität in Deutschland: Formen, Verbreitung und Folgen für Gesundheit, Wohlbefinden und Familienleben. *Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed.* 2009;44:400–9.
8. Hupfeld J, Brodersen S, Herdegen R. Arbeitsbedingte räumliche Mobilität und Gesundheit. Berlin; 2013.
9. Rüger H, Pfaff S, Weishaar H, Wiernik BM. Does perceived stress mediate the relationship between commuting and health-related quality of life? *Transp. Res. F*. 2017;50:100–8.
10. Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: state of the art. *J. Manag. Psychol.* 2007;22:309–28.
11. Cooper CL, Quick JC. Introduction. In: Cooper CL, Quick JC, editors. *The handbook of stress and health: A guide to research and practice*. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell; 2017. p. 1–3.
12. Rüger H, Schulze A. Zusammenhang von beruflicher Pendelmobilität mit Stresserleben und Gesundheit. *Präv. Gesundheitsf.* 2016;11:27–33.
13. Rüger H. Berufsbedingte räumliche Mobilität in Deutschland und die Folgen für Familie und Gesundheit. *Bevölkerungsforsch. Aktuell*. 2010;31:8–12.
14. Limmer R, Rüger H. Job mobilities and quality of life. In: Schneider NF, Collet B, editors. *Mobile living across Europe II: Causes and Consequences of Job-Related Spatial Mobility in Cross-National Comparison*. Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich; 2010. p. 263–288.
15. Lück D, Ruppenthal S. Insights into Mobile Living. Spread, Appearances and Characteristics. In: Schneider NF, Collet B, editors. *Mobile living across Europe II: Causes and Consequences of Job-Related Spatial Mobility in Cross-National Comparison*. Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich; 2010. p. 37–68.
16. Rüger H, Feldhaus M, Becker KS, Schlegel M. Zirkuläre berufsbezogene Mobilität in Deutschland: Vergleichende Analysen mit zwei repräsentativen Surveys zu Formen, Verbreitung und Relevanz im Kontext der Partnerschafts- und Familienentwicklung. *Comp. Popul. Stud.* 2011;36:193–220.
17. Rüger H, Sulak H. Wochenendpendeln von Erwerbstätigen in Deutschland: Analysen mit den Mikrozensus 1991 bis 2012. *Raumforsch. Raumordn.* 2017;75:413–27.
18. Rüger H, Viry G. Work-related Travel over the Life Course and Its Link to Fertility: A Comparison between Four European Countries. *Eur. Sociol. Rev.* 2017;33:645–60.
19. Rüger H, Skora T, Linde M, Sulak H, Waibel S. Vereinbarkeit von beruflicher Pendelmobilität mit Familie in Deutschland. Die Folgen für Berufskarriere und subjektives Wohlbefinden. Staat und Wirtschaft in Hessen. 2018;2/2018:37–45.
20. Putnam RD. *Bowling Alone: America's Declining Social Capital*. *J. Democr.* 1995;6:65–78.
21. Koslowsky M, Kluger AN, Reich M. *Commuting stress: Causes, effects, and methods of coping*. New York: Plenum Press; 1995.
22. Gottholmseder G, Nowotny K, Pruckner GJ, Theurl E. Stress perception and commuting. *Health Econ.* 2009;18:559–76.
23. Sposato RG, Röderer K, Cervinka R. The influence of control and related variables on commuting stress. *Transp. Res. F*. 2012;15:581–7.
24. Evans GW, Wener RE. Rail commuting duration and passenger stress. *Health Psychol.* 2006;25:408–12.
25. Evans GW, Wener RE, Phillips D. The Morning Rush Hour. *Environ. Behav.* 2002;34:521–30.
26. Novaco RW, Gonzalez OL. Commuting and well-being. In: Amichai-Hamburger Y, editor. *Technology and psychological well-being*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009. p. 174–205.
27. Häfner S, Kordy H, Kächele H. Psychosozialer Versorgungsbedarf bei Berufspendlern. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 2001;51:755–761.
28. Roberts J, Hodgson R, Dolan P. "It's driving her mad": Gender differences in the effects of commuting on psychological health. *J. Health. Econ.* 2011;30:1064–76.
29. Feng Z, Boyle P. Do Long Journeys to Work Have Adverse Effects on Mental Health? *Environ. Behav.* 2014;46:609–25.
30. Künn-Nelen A. Does Commuting Affect Health? *Health Econ.* 2016;25:984–1004.
31. Christian TJ. Trade-offs between commuting time and health-related activities. *J. Urban Health.* 2012;89:746–57.
32. Pfeifer C. An empirical note on commuting distance and sleep during workweek and weekend. *Bull. Econ. Res.* 2018;70:97–102.
33. Novaco RW, Stokols D, Milanese L. Objective and subjective dimensions of travel impedance as determinants of commuting stress. *Am. J. Community Psychol.* 1990;18:231–57.
34. Sandow E, Westerlund O, Lindgren U. Is Your Commute Killing You? On the Mortality Risks of Long-Distance Commuting. *Environ. Plan. A*. 2014;46:1496–516.
35. Hennessy DA. The Impact of Commuter Stress on Workplace Aggression. *J. Appl. Soc. Psychol.* 2008;38:2315–35.
36. Ducki A, Nguyen HT. Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Mobilität. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; 2016.
37. Lyons G, Chatterjee K. A Human Perspective on the Daily Commute: Costs, Benefits and Trade-offs. *Transp. Rev.* 2008;28:181–98.
38. Hansson E, Mattisson K, Björk J, Östergren P-O, Jakobsson K. Relationship between commuting and health outcomes in a cross-sectional population survey in southern Sweden. *BMC Public Health.* 2011;11:834.
39. Brömmelhaus A, Feldhaus M, Schlegel M. Family, Work, and Spatial Mobility: The Influence of Commuting on the Subjective Well-Being of Couples. *Appl. Res. Qual. Life.* 2019.
40. Rüger H, Rettig J, Maruhn S, Pfaff S. Verkehrsmittelwahl und Stresserleben bei Fernpendlern in Deutschland. Bestehen Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten? *Bevölkerungsforsch. Aktuell*. 2017;5/2017:2–14.
41. Andersen LB. Active commuting is beneficial for health. *BMJ.* 2017;357:j1740.
42. Skora T. Pendelmobilität und Familiengründung. Zum Zusammenhang von berufsbedingtem Pendeln und dem Übergang zum ersten Kind. Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich; 2018.

43. Lorenz O. Does commuting matter to subjective well-being? *J. Transp. Geogr.* 2018;66:180–99.
44. Feldhaus M, Schlegel M. Berufsbezogene zirkuläre Mobilität und Partnerschaftszufriedenheit. *Comp. Popul. Stud.* 2013;38:315–40.
45. Kley S. Gefährdet Pendelmobilität die Stabilität von Paarbeziehungen? *Z. Soziol.* 2012;41:356–74.
46. Kley S. Trennungsrisiko Pendelmobilität. Welche Paarbeziehungen mobiler Frauen sind gefährdet? Eine Fuzzy-Set-Analyse. *Z. Familienforsch.* 2016;28:305–27.
47. Kley SA, Feldhaus M. Effects of female commuting on partnership stability in suburban and other residential regions. *Popul. Space Place.* 2018;24:e2093.
48. Li J, Pollmann-Schult M. Fathers' Commute to Work and Children's Social and Emotional Well-Being in Germany. *J. Fam. Econ. Iss.* 2016;37:488–501.
49. Borowsky C, Drobnic S, Feldhaus M. Parental commuting and child well-being in Germany. *J. Fam. Res.* 2020.
50. Skora T, Rüger H, Stawarz N. Commuting and the Motherhood Wage Gap: Evidence from Germany. *Sustainability.* 2020;12:5692.
51. Rüger H, Micheel K, Skora T, Ruppenthal S. Sind berufsbedingte räumliche Mobilität und freiwilliges Engagement miteinander vereinbar?: Befunde der zweiten Erhebungswelle der Studie „Job Mobilities and Family Lives in Europe“. *Bevölkerungsforsch. Aktuell.* 2012;6/2012:2–9.
52. Ducki A. Arbeitsbedingte Mobilität und Gesundheit – Überall dabei – Nirgendwo daheim. In: Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K, editors. *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft.* Berlin/Heidelberg: Springer; 2010. p. 61–70.
53. Ruppenthal S, Rüger H. Berufsbedingte räumliche Mobilität. Konsequenzen für Wohlbefinden und Gesundheit. In: BKK Bundesverband, editor. *BKK Gesundheitsreport 2011. Zukunft der Arbeit.* Essen: BKK Bundesverband; 2011. p. 120–125.
54. Fuller TD. Relationship Status, Health, and Health Behavior: An Examination of Cohabitors and Commuters. *Sociol. Perspect.* 2010;53:221–45.
55. Schneider NF, Limmer R, Ruckdeschel K. Mobil, flexibel, gebunden: Familie und Beruf in der mobilen Gesellschaft. Frankfurt/Main: Campus-Verl.; 2002.
56. Limmer R. Berufsmobilität und Familie in Deutschland. *Z. Familienforsch.* 2005;17:96–114.
57. Bunker BB, Zubek JM, Vanderslice VJ, Rice RW. Quality of Life in Dual-Career Families: Commuting versus Single-Residence Couples. *J. Marriage Fam.* 1992;54:399–407.
58. Lee Y-S. Commuter couples' life satisfaction in Korea. *International Sociology.* 2018;33:107–27.
59. Ducki A. Wer reist, kann was erleben. *DGUV Forum.* 2012;12/12:10–5.
60. Schneider NF, Limmer R, Ruckdeschel K. Berufsmobilität und Lebensform. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2002.
61. Gräbe S, Ott E. „... man muss alles doppelt haben“: Wochenpendler mit Zweithaushalt am Arbeitsort. *Münster: Lit;* 2003.
62. Govaerts K, Dixon DN. ... until careers do us part: Vocational and marital satisfaction in the dual-career commuter marriage. *Int. J. Adv. Couns.* 1988;11:265–81.
63. Grobe T. Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten zu Arbeitsunfähigkeiten und Arzneverordnungen. Schwerpunktthema: Mobilität, Flexibilität, Gesundheit. Hamburg; 2012.
64. Frame MW, Shehan CL. Work and Well-Being in the Two-Person Career: Relocation Stress and Coping among Clergy Husbands and Wives. *Fam. Relat.* 1994;43:196–205.
65. Ammons P, Nelson J, Wodarski J. Surviving Corporate Moves: Sources of Stress and Adaption among Corporate Executive Families. *Fam. Relat.* 1982;31:207–12.
66. Lu Y. Rural-urban Migration and Health: Evidence from Longitudinal Data in Indonesia. *Sci. Sci. Med.* 2010;70:412–9.
67. Albani C, Blaser G, Geyer M, Bailer H, Grulke N, Schmutzer G, Brähler E. Innerdeutsche Migration und psychische Gesundheit. *Aus Pol. Zeitgesch.* 2006;44–45:26–32.
68. Martin R. The effects of prior moves on job relocation stress. *J. Occup. Organ. Psychol.* 1995;68:49–56.
69. Moh'd RI, Ajefu JB. Understanding the relationship between health and internal migration in the United Kingdom. *Int. J. Migr. Health Soc. Care.* 2017;13:432–48.
70. Li Z, Wu N, Gao J, Fu H. The mental health and depression of rural-to-urban migrant workers compared to non-migrant workers in Shanghai: a cross-sectional study. *Int. Health.* 2019;11:55–63.
71. Nauman E, VanLandingham M, Anglewicz P, Patthavanit U, Punnpuing S. Rural-to-Urban Migration and Changes in Health Among Young Adults in Thailand. *Demography.* 2015;52:233–57.
72. Kratz F. On the way from misery to happiness? A longitudinal perspective on economic migration and well-being. *Migr. Stud.* 2018:1–49.
73. Nowok B, van Ham M, Findlay AM, Gayle V. Does migration make you happy? A longitudinal study of internal migration and subjective well-being. *Environ. Plan. A.* 2013;45:986–1002.
74. Nisic N. Mitgegangen – mitgefangen? Die Folgen von Haushaltsumzügen für die Einkommenssituation von Frauen in Partnerschaften. *Kölner Z. Soz. Sozpsychol.* 2010;62:515–49.
75. Boyle PJ, Kulu H, Cook T, Gayle V, Mulder CH. Moving and union dissolution. *Demography.* 2008;45:209–22.
76. Borowski SC, Naar JJ, Zvonkovic AM, Swenson AR. A literature review of overnight work travel within individual, family and social contexts. *Community Work Fam.* 2018;22:1–27.
77. Cohen SA, Gössling S. A darker side of hypermobility. *Environ. Plan. A.* 2015;47:1661–79.
78. Patel D. Occupational travel. *Occup Med (Lond).* 2011;61:6–18.
79. Rogers HL, Reilly SM. Health Problems Associated With International Business Travel. *AAOHN J.* 2000;48:376–84.
80. Liese BH, Mundt KA, Dell LD, Nagy L, Demure B. Medical insurance claims associated with international business travel. *Occup. Environ. Med.* 1997;54:499–503.
81. Fischlmayr IC, Kollinger-Santer I. Female frequent flyers: How women travelling internationally handle their work/life balance. In: Hutchings K, Michailova S, editors. *Research Handbook on Women in International Management.* Cheltenham/Northampton: Edward Elgar; 2014. p. 47–70.
82. Jensen MT, Knudsen K. A two-wave cross-lagged study of business travel, work-family conflict, emotional exhaustion, and psychological health complaints. *Eur. J. Work. Organ. Psychol.* 2017;26:1–12.

83. Mäkelä L, Bergbom B, Tanskanen J, Kinnunen U. The relationship between international business travel and sleep problems via work-family conflict. *Career Dev. Int.* 2014;19:794–812.
84. Rundle AG, Revenson T, Friedman M. Business Travel and Behavioral and Mental Health. *J. Occup. Environ. Med.* 2018;60:612–6.
85. Carlson Wagonlit Travel. *Stress Triggers for Business Travelers. Traveler Survey Analysis*; 2012.
86. DeFrank RS, Konopaske R, Ivancevich JM. Executive Travel Stress: Perils of the Road Warrior. *Acad. Manag. Perspect.* (Academy of Management Perspectives). 2000;14:58–71.
87. Chen HS. Travel well, road warriors: Assessing business travelers' stressors. *Tour. Manag. Perspect.* 2017;22:1–6.
88. Westman M, Etzion D, Gortler E. The Work–Family Interface and Burnout. *Int. J. Stress Manag.* 2004;11:413–28.
89. Striker J, Dimberg L, Liese BH. Stress and business travel: Individual, managerial and corporate concerns. *J. Organ. Excel.* 2000;20:3–10.
90. Kesselring S, Vogl G. *Betriebliche Mobilitätsregime: Die sozialen Kosten mobiler Arbeit.* Berlin: Edition Sigma; 2010.
91. Nies S, Roller K, Vogl G. Mobilität und Leistung. Dienststrende im Trade-off zwischen Verdichtung und Entgrenzung. *Arbeit.* 2017;26:173–91.
92. Borg V, Kristensen TS. Psychosocial work environment and mental health among travelling salespeople. *Work Stress.* 1999;13:132–43.
93. Beaverstock JV, Derudder B, Faulconbridge JR, Witlox F. International business travel: Some explorations. *Geogr. Ann. Ser. B.* 2009;91:193–202.
94. Mäkelä L, Kinnunen U. International business travelers' psychological well-being: the role of supportive HR practices. *Int. J. Hum. Resour. Manag.* 2018;29:1285–306.
95. Westman M, Etzion D. The impact of short overseas business trips on job stress and burnout. *Appl. Psychol.* 2002;51:582–92.
96. Gustafson P. Business Travel from the Traveller's Perspective: Stress, Stimulation and Normalization. *Mobilities.* 2014;9:63–83.
97. Espino CM, Sundstrom SM, Frick HL, Jacobs M, Peters M. International business travel: Impact on families and travellers. *Occup. Environ. Med.* 2002;59:309–22.
98. Roehling PV, Bultman M. Does Absence Make the Heart Grow Fonder? Work-Related Travel and Marital Satisfaction. *Sex Roles.* 2002;46:279–93.
99. Montazer S, Brumley KM, Maguire K. Overnight work-travel, work-to-family conflict, and psychological distress. *Soc. Sci. J.* 2020;1–16.
100. Jensen MT. Exploring business travel with work–family conflict and the emotional exhaustion component of burnout as outcome variables. *Eur. J. Work. Organ. Psychol.* 2014;23:497–510.
101. Mäkelä L, Kinnunen U, Suutari V. Work-To-Life Conflict and Enrichment Among International Business Travelers: The Role of International Career Orientation. *Hum. Resour. Manage.* 2015;54:517–31.
102. Black I, Jamieson S. Up, up and fading away: The work and family life of executive international travellers. *Policy Pract. Health Saf.* 2007;5:63–78.
103. Schneider NF, Ruppenthal S, Rüger H. *Berufliche Mobilität.* In: Windemuth D, Jung D, Petermann O, editors. *Praxishandbuch psychische Belastungen im Beruf: Vorbeugen – erkennen – handeln.* 1st ed. Stuttgart: Gentner; 2010. p. 146–154.
104. Bundesinstitut Für Bevölkerungsforschung. *Pendelmobilität in Deutschland. Potenziale nutzen – Belastungen reduzieren.* Policy Brief. Wiesbaden; 2018.



PD Dr. Heiko Rüger

Studium der Soziologie, Politikwissenschaft und VWL in Mainz. 2012 Promotion zum Dr. rer. physiol. an der Universitätsmedizin Mainz und seit 2014 dort Lehrbeauftragter. 2017 Habilitation an der Universität Mainz und seit 2018 dort Privatdozent für das Fach Soziologie. Seit 2009 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) in Wiesbaden und seit 2011 Leiter der dortigen Forschungsgruppe „Räumliche Mobilität und Binnenwanderung“. Koordinator der international-vergleichenden Längsschnittstudie „Job Mobilities and Family Lives in Europe“ sowie der Studien „Mobilitätskompetenzen im Auswärtigen Dienst“ und „Leben und Arbeiten in Megacities“. Forschungsschwerpunkte: räumliche Mobilität, Familie und Gesundheit aus einer Lebensverlaufsperspektive.



Dr. Nico Stawarz

Studium der Soziologie an der Technischen Universität Chemnitz. 2017 Promotion zum Dr. rer. soc. an der Universität Siegen. Seit 2018 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Forschungsgruppe „Räumliche Mobilität und Binnenwanderung“ am Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) in Wiesbaden. 2011–2014 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Technischen Universität Chemnitz und 2014–2018 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Siegen und im Nationalen Bildungspanel. 2016 Gastwissenschaftler am Nuffield College der University of Oxford, Großbritannien. Forschungsschwerpunkte: räumliche und soziale Mobilität, Binnenwanderung sowie longitudinale quantitative Forschungsmethoden.

Berufliche Mobilität: was sie ist und was sie beeinflusst

Basha Vicari

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Nürnberg

Mobilität findet nicht nur räumlich statt. Auf dem Arbeitsmarkt kommt inhaltliche Mobilität in Form von Arbeitgeber- oder Berufswechseln ebenfalls vor. Der beschleunigte technologische Fortschritt und die zunehmende Digitalisierung der Arbeitswelt verändern auch die Berufslandschaft: Manche Berufe verlieren an Bedeutung, bei manchen verändern sich die Anforderungen an die Kenntnisse und Fertigkeiten der Beschäftigten, und wieder andere entstehen ganz neu [1, 2]. Um mit diesen Veränderungen Schritt zu halten und am Arbeitsmarkt weiterhin erfolgreich teilzunehmen, bleibt berufliche Mobilität oft nicht aus. Das kann mit Chancen und Risiken einhergehen. Dabei hängt es nicht nur von den individuellen Merkmalen einer Person ab, ob diese beruflich mobil wird, sondern auch von den strukturellen Eigenschaften des ausgeübten Berufs.

Definition von beruflicher Mobilität und Berufsprinzip

Berufliche Mobilität beschreibt den Wechsel von einem Beruf zu einem anderen mit teilweise oder ganz anderen Tätigkeitsinhalten und Qualifikationsanforderungen. Manchmal werden aber auch Arbeitgeberwechsel zur beruflichen Mobilität gezählt. Während beim Wechsel des Arbeitgebers innerhalb desselben Berufs die berufsspezifische Qualifikation aus der Ausbildung oder dem Studium weiterhin produktiv eingesetzt werden kann und nur betriebs- oder branchenspezifische Kenntnisse neu erlernt werden müssen, kann die berufsspezifische Qualifikation beim Berufswechsel oft nur teilweise oder gar nicht übertragen werden [3, 4]. So wird eine ehemalige Bäckerin, die nun in einer Buchhandlung arbeitet, ihre Fertigkeiten und Kenntnisse in Teigherstellung und Ofenbedienung in der neuen Stelle nicht mehr benötigten, wohl aber die im Umgang mit Kunden und Verkauf.

In Deutschland ist berufliche Mobilität viel seltener zu beobachten als z. B. in Großbritannien, wo die Zahl der Berufswechsel bis zu dreimal so hoch ist [5]. Der Grund dafür liegt vor allem darin, dass sich die

Positionierung am Arbeitsmarkt hierzulande stark an den Qualifikationen der Beschäftigten orientiert [6]. Dieses sogenannte Berufsprinzip reguliert formell oder informell den Zugang zu Berufen beziehungsweise Berufsfeldern und führt zu einem Arbeitsmarkt mit vielen, mehr oder weniger geschlossenen Teilarbeitsmarktsegmenten, zwischen denen berufliche Mobilität eingeschränkt ist [7, 8].

Die Entwicklung der beruflichen Mobilität

Um Aussagen über die Entwicklung wie auch die Ursachen und Folgen der beruflichen Mobilität ableiten zu können, müssen Berufswechsel zuverlässig gemessen werden. Während ein Arbeitgeberwechsel eindeutig bestimmt werden kann, sind Veränderungen der beruflichen Tätigkeit nicht so einfach festzustellen. Das hat einerseits mit der Abgrenzung der Berufe gegeneinander zu tun, andererseits auch mit der stetigen Veränderung der Aufgaben und Anforderungen innerhalb der Berufe durch den technologischen Fortschritt. Da es keine allgemeingültige Definition des Begriffs „Beruf“ gibt [9], unterscheiden sich auch je nach Datenquelle und Abgrenzung einzelner Berufe die gemessenen Berufswechselraten.

Die große Mehrheit der Berufswechsel geht mit einem gleichzeitigen Arbeitgeberwechsel einher, sodass neue Tätigkeiten meist in Umfragen angegeben oder in offiziellen Statistiken erfasst werden. Wird aber eine zuvor als zahnmedizinische Fachangestellte beschäftigte Person, die nun als Zahnarzthelferin arbeitet, in jedem Fall einen Berufswechsel berichten? Studien zeigen, dass Befragte dazu tendieren, ihre berufliche Identität auch dann zu wahren, wenn sich ihre Tätigkeiten gewandelt haben [10]. Bei der Meldung der Arbeitgeber an die Sozialversicherung wird zwar mindestens einmal jährlich der Beruf der Beschäftigten angegeben, jedoch wird bei betriebsinternen Berufswechseln die Änderung der Berufskennziffer manchmal vergessen. Andererseits

könnten auch fälschlicherweise Berufswechsel erfasst werden, wenn sich eine Berufsbezeichnung ändert, wie bspw. beim Beruf Kraftfahrzeugmechaniker/in, der 2003 in Kraftfahrzeugmechatroniker/in umbenannt wurde [11]. Dabei haben sich nicht zwingend die Tätigkeitsinhalte in genau diesem Jahr verändert – viel mehr wurden bei der Umbenennung des Berufstitels die längerfristig beobachteten technologischen Veränderungen der Tätigkeitsinhalte in die Ausbildungsordnungen integriert und diese entsprechend umstrukturiert.

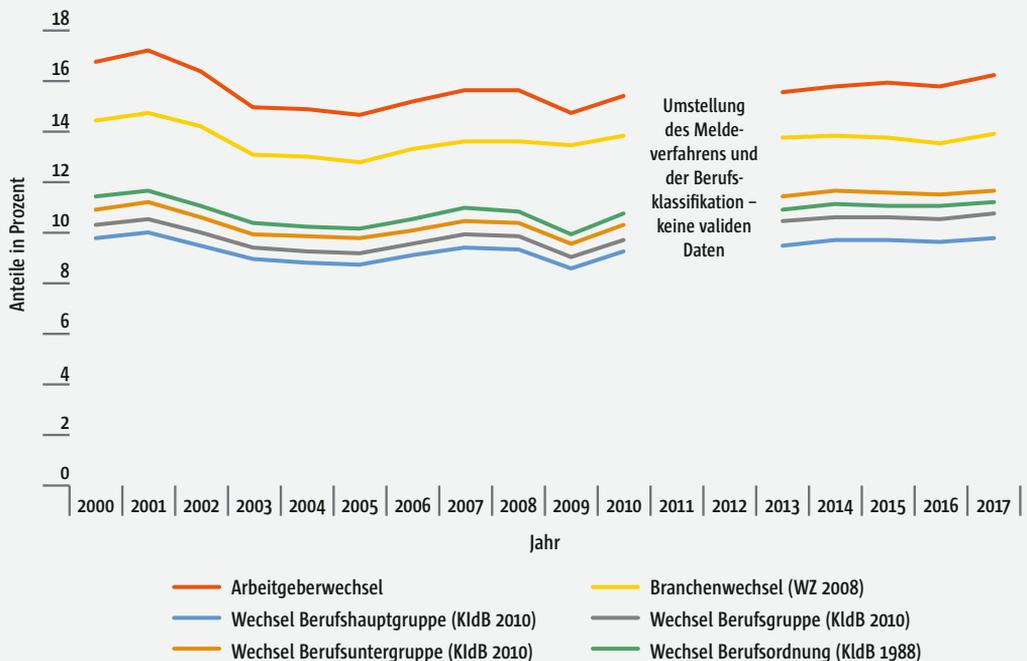
Gemessen werden Berufswechsel, wenn sie nicht direkt von Befragten berichtet werden, in Form von voneinander abweichender Kennziffern einer Berufsklassifikation [12], die Berufe in unterschiedlicher Detailtiefe gegeneinander abgrenzt. » Abbildung 1 zeigt die Berufsmobilität für regulär Beschäftigte aus einer Stichprobe der Meldungen an die Sozialversicherung [13] nach verschiedenen Messkonzepten für die Jahre 2000–2017.

Hier zeigt sich, dass Arbeitgeberwechsel in diesem Zeitraum mit 15–17% die häufigste Art der inhaltlichen Mobilität auf dem Arbeitsmarkt darstellen, gefolgt von Branchenwechseln mit 13–15% (gemessen

mit der Klassifikation der Wirtschaftszweige von 2008 [14]). Für unterschiedliche Detailgrade der Klassifikation der Berufe von 2010 (KldB 2010) ist zu beobachten, dass ein Wechsel der detaillierteren Berufsuntergruppen mit 10–12% etwas häufiger gemessen wird als ein Wechsel der größeren Berufshauptgruppen mit 9–10%. Die Vergrößerung der Messeinheit hat dabei den Vorteil, inhaltliche Tätigkeitsbündel zwischen Berufen trennschärfer abzugrenzen. Insgesamt sind die Unterschiede zwischen den Detailgraden aber nicht groß. Das verdeutlicht, dass beruflich mobil Gewordene im neuen Beruf meist komplett an anderen Tätigkeiten nachgehen.

Der fortwährende Wandel der Berufslandschaft ist so umfassend, dass er immer wieder eine Revision der Berufsklassifikation nötig macht. Bis zum Jahr 2010 wurde bspw. die Klassifikation der Berufe von 1988 (KldB 1988) genutzt, die gerade bei Berufen der industriellen Fertigung und Produktion sehr stark ausdifferenziert war, bei Dienstleistungsberufen hingegen kaum. Wollte man mit dieser Klassifikation, die sich noch stark an den Arbeitsmarktstrukturen Ende der 1960er-Jahre orientierte [12], die berufliche Mobilität von Frauen und Männern

Abbildung 1 Berufsmobilität nach verschiedenen Messkonzepten (Jahre 2000–2017) (eigene Berechnung, Daten: Stichprobe der Integrierten Arbeitsmarktbiografien – Version 7517)



untersuchen, erfasste man Mobilität bei Frauen systematisch unter, weil sie häufiger in Dienstleistungsberufen arbeiten und bei Männern systematisch über, weil diese häufiger in der Produktion tätig sind. Im Jahr 2011 wurde die grundlegend umstrukturierte Klassifikation der Berufe von 2010 für alle offiziellen Statistiken eingeführt, die die aktuelle Struktur der Berufslandschaft viel besser abbildet [15]. Die Umstellung führte zu einem Bruch in den Datenreihen, wie man in **III** Abbildung 1 sieht. Im Gesamtbild zeigt sich aber eine relativ konstante Entwicklung der beruflichen Mobilität, bei der je nach Berufsabgrenzung ungefähr 9–12% der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten pro Jahr den Beruf wechseln. Der leichte Rückgang der beruflichen Mobilität im Jahr der Finanzkrise von 2009 unterschreitet dabei nur geringfügig das Niveau der Jahre 2003 bis 2005.

Ausprägung und Richtung der beruflichen Mobilität

In der Soziologie befasst man sich mit beruflicher Mobilität als Möglichkeit des sozialen Aufstiegs oder zur Reduzierung von sozialer Ungleichheit zwischen Gesellschaftsschichten [16, 17]. Dabei gilt es herauszufinden, ob durch berufliche Mobilität im individuellen Erwerbsverlauf Aufstiege in höhere soziale Klassen realisiert werden können [18]. Berufliche Auf- und Abstiege können bspw. entlang einer Prestigeskala gemessen werden oder entlang des Anforderungsniveaus von Positionen, für deren Ausübung üblicherweise eine bestimmte Qualifikation vorausgesetzt wird.

Berufliche Positionen können bis zu vier verschiedene Anforderungsniveaus haben: Helfertätigkeiten, fachliche Tätigkeiten, komplexe Expertentätigkeiten und hoch komplexe Spezialistentätigkeiten [15]. Zur Ausübung einer z.B. fachlichen Tätigkeit wird üblicherweise eine duale oder schulische Ausbildung vorausgesetzt. Zwischen den Anforderungsniveaus kann theoretisch – teilweise aber nur mit einer weiteren Qualifizierung – hin und her gewechselt werden. Ein Berufswechsel innerhalb des gleichen Anforderungsniveaus erfolgt z.B., wenn jemand von einer fachlichen Tätigkeit im Hochbau zu einer fachlichen Tätigkeit im Verkauf wechselt. Diesen Wechsel nennt man *horizontale Mobilität*. Ist das Anforderungsniveau der neuen Stelle höher als das der alten, z.B. beim Wechsel von einer Spezialistentätigkeit in der öffentlichen Verwaltung zu einer Expertentätigkeit in der Erwachsenenbildung, spricht man vom *beruflichen Aufstieg*. Bei einem niedrigeren

Anforderungsniveau der neuen Stelle, z.B. beim Wechsel von einer fachlichen Tätigkeit im Dialogmarketing zu einer Helfertätigkeit in der Logistik, spricht man vom *beruflichen Abstieg*.

In **III** Abbildung 2 sehen wir die Top-15-Ausgangsberufe (Berufshauptgruppen), die im Jahr 2017 am stärksten von beruflicher Mobilität betroffen waren. Gleichzeitig zeigt die Abbildung, in welche Richtung diese Ausgangsberufe verlassen wurden. Spitzenreiter sind mit knapp 11% die Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung). Jeweils 44% der Beschäftigten aus diesen Berufen wechselten zu einer Stelle mit einem höheren oder gleichen Anforderungsniveau, 12% zu einer Stelle mit einem niedrigeren Anforderungsniveau. Berufe im Tourismus sowie Hotel- und Gaststättengewerbe belegten mit knapp 10% den zweiten Platz; davon stiegen 32% beruflich auf, 39% waren horizontal mobil und 29% stiegen beruflich ab. Die zweithöchste Aufstiegsmobilität mit ebenfalls 44% weisen Berufe in Unternehmensführung und -organisation auf. Beschäftigte aus Metallbauberufen haben mit 50% Prozent den höchsten Wert bei horizontaler Mobilität, allerdings verließen im Jahr 2017 nur 4% diese Berufe. Die höchste Abstiegsmobilität unter den Top-15-Ausgangsberufen verzeichneten mit 43% die rangletztsten Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe. Die Abbildung bestätigt auch das Ergebnis anderer Studien, dass berufliche Abstiege insgesamt viel seltener sind als berufliche Aufstiege [16].

Es ist nicht nur spannend, aus welchen Ausgangsberufen in andere Berufe gewechselt wird, sondern auch, in welche Zielberufe berufliche Mobilität die Beschäftigten führt. **III** Abbildung 3 zeigt die Top-15-Zielberufe (Berufshauptgruppen), in die in den Jahren 2007 und 2017 am häufigsten hineingewechselt wurde. Den ersten Platz belegen Berufe in Unternehmensführung und -organisation mit gut 10%. Auch 2007 war diese Berufshauptgruppe der Spitzenreiter unter den Zielberufen, damals sogar noch mit fast 3 Prozentpunkten mehr. Auf Platz zwei und drei sind sowohl im Jahr 2017 als auch im Jahr 2007 Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung) und Verkaufsberufe mit knapp 10% und gut 8%. Den letzten Platz der Top-15-Zielberufe teilen sich mit jeweils 2,5% die Gebäude- und versorgungstechnischen Berufe, Werbung, Marketing, kaufmännische und redaktionelle Medienberufe sowie Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe, teilweise wie bereits 10 Jahre zuvor. Viele der Berufshauptgruppen in **III** Abbildung 3 finden sich auch schon in **III** Abbildung 2 wieder. Es ist zu sehen, dass berufliche Mobilität vor allem zwischen den gleichen Berufen

Abbildung 2 Die Top-15-Ausgangsberufe im Jahr 2017 und Richtung der Mobilität (eigene Berechnung, Daten: Stichprobe der Integrierten Arbeitsmarktbiografien – Version 7517)



stattfindet, oder anderes gesagt, dass es Berufe gibt, die vergleichsweise viel Potenzial für Mobilität bieten und andere, die nur eine geringe Fluktuation aufweisen. Dafür mag es verschiedene Gründe geben. Zumindest in einigen Berufen sind sicherlich auch die Arbeitsbedingungen mitverantwortlich für eine hohe Fluktuation. So zeigt sich bspw., dass Metallbauberufe und Reinigungsberufe, die zu den Top-15-Ausgangs- und Zielberufen gehören, auch mit die meisten Arbeitsunfähigkeitstage bei den BKK-Versicherten aufweisen [19].

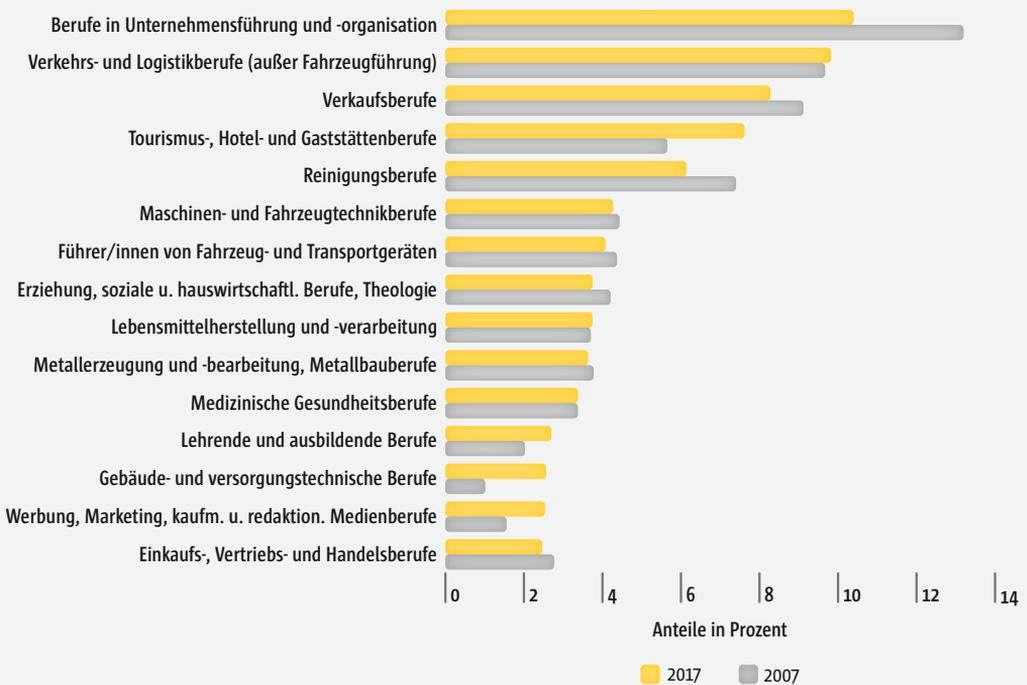
Gründe und Determinanten der beruflichen Mobilität

Es gibt verschiedene Gründe, warum Menschen ihren erlernten oder ausgeübten Beruf wechseln: bspw. um auf der Karriereleiter aufzusteigen, um ein höheres Einkommen, eine höhere Arbeitszufriedenheit oder eine bessere Vereinbarkeit mit Familienpflichten zu erzielen, um die eigene Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten oder um Arbeitslosigkeit oder regionale Mobilität zu vermeiden [20]. Im Ver-

lauf des Erwerbslebens und mit steigender Berufserfahrung wird berufliche Mobilität seltener, während Berufsanfänger noch mobil sind, um Informationen über die Karriere- und Verdienstmöglichkeiten zu sammeln [21].

Neben den individuellen Gründen gibt es auch bestimmte Gruppenmerkmale, die berufliche Mobilität mehr oder weniger wahrscheinlich machen. So zeigen verschiedene Studien, dass vor allem Frauen, Personen mit einem höheren Alter beim Einstieg in die Erwerbstätigkeit, höher gebildete Personen (mit mindestens einer Berufsausbildung) und Vollzeitbeschäftigte seltener ihren Beruf wechseln [22, 23]. Ebenfalls zur niedrigeren beruflichen Mobilität führt die Beschäftigung in Großbetrieben, im öffentlichen Dienst, oder wenn sie unbefristet ist [20, 22]. Erwerbsunterbrechungen, egal wie lange und ob aufgrund von Arbeitslosigkeit, Familienzeit oder Weiterqualifizierung führen signifikant häufiger zu Berufswechseln, wobei sich die Unterbrechungsgründe unterschiedlich auf die Richtung der Mobilität auswirken [23, 24]. Im Zeitverlauf betrachtet sind vor allem die jüngeren Ge-

Abbildung 3 Die Top-15-Zielberufe im Jahr 2007 und 2017 (eigene Berechnung, Daten: Stichprobe der Integrierten Arbeitsmarktbiografien – Version 7517)



burtskohorten, also diejenigen, die erst in den letzten Jahrzehnten in den Arbeitsmarkt eingestiegen sind, mobiler als Personen, die bereits Mitte und Ende des letzten Jahrhunderts ihre Beschäftigung aufgenommen hatten [24, 25].

Betrachtet man berufliche Mobilität als Alternative zur regionalen Mobilität, um Arbeitslosigkeit zu vermeiden – bspw. aufgrund der Schließung eines regionalen Großbetriebs oder in einem Beruf, der an Bedeutung verliert – dann wird eher der Beruf gewechselt, wenn ein Partner und/oder schulpflichtige Kinder im Haushalt wohnen. Auch die Wohndauer an einem Ort erhöht unter solchen Bedingungen die berufliche Mobilität, da regionale Mobilität mit höheren sozialen Kosten verbunden ist [26].

Auch der Beruf selbst hat einen Einfluss darauf, ob Beschäftigte ihn häufiger verlassen oder aufnehmen als einen anderen Beruf. In einem segmentierten Arbeitsmarkt, in dem sich der Zugang zu Berufen stark an den Qualifikationen orientiert, können bestimmte strukturelle Eigenschaften der Berufe die Mobilität einschränken. Dazu gehören u. a. Berufe, in denen die Zertifizierung der Berufsausbil-

dung standardisiert ist, reglementierte Berufe mit einem Staatsexamen und Berufe, die sehr spezifische Fertigkeiten und Kenntnisse erfordern [23]. Ist bspw. die Zertifizierung des Ausgangsberufs standardisiert – wie in den meisten Ausbildungs-, Meister- und Technikerberufen – sind deutlich seltener horizontale Wechsel und Abstiege zu beobachten. Berufliche Aufstiege kommen jedoch häufiger vor als bei Berufen ohne standardisierte Zertifizierung, meistens jedoch in Zielberufe ohne standardisierte Zertifizierung. Aus einem reglementierten Ausgangsberuf sind horizontale Wechsel und Aufstiege seltener, dafür Abstiege häufiger. Auch hier führt der Wechsel fast immer in einen nicht reglementierten Zielberuf, denn reglementierte Zielberufe sind nur durch eine zeit- und kostenintensive Nachqualifizierung erreichbar. Ausgangsberufe mit sehr spezifischen Fertigkeiten und Kenntnissen werden am häufigsten durch Aufstiege verlassen und münden in Zielberufen, die viel weniger spezifische Fertigkeiten und Kenntnisse erfordern. Abwärtsmobilität ist aus solchen Berufen hingegen sehr selten [23].

Fazit

Die Berufslandschaft ist einem stetigen Wandel durch den technologischen Fortschritt unterzogen. Dabei ist berufliche Mobilität eher ein seltenes Phänomen auf dem deutschen Arbeitsmarkt im Vergleich zu anderen Ländern. Pro Jahr wechselt nur etwa jede sechste erwerbstätige Person den Betrieb und weniger als jede neunte den Beruf. Die Mobilitätsneigung hängt dabei sowohl von individuellen Faktoren als auch von strukturellen Merkmalen der Berufe ab, die den Zugang zu verschiedenen Berufssegmenten an eine bestimmte Qualifizierung binden. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass es Berufe mit einer hohen Fluktuation gibt und andere, in denen Beschäftigte über ihren gesamten Erwerbsverlauf hinweg tätig bleiben.

Der Vorteil der starken Orientierung der Besetzungsprozesse am Berufsprinzip ist ein leichteres Zusammenfinden („Matching“) zwischen Qualifikationen der Beschäftigten und Anforderungen der Stellen [27]. So können sich Personen mit einer bestimmten berufsspezifischen Qualifizierung einigermaßen sicher sein, dass sie eine Stelle finden, welche diese Qualifikation absorbiert und entlohnt. Problematisch kann die Situation werden, wenn das Berufsprinzip zu niedriger Mobilität aus Ausgangsberufen führt, die in der Berufslandschaft langsam an Bedeutung verlieren. Hier muss die Politik die Erwerbstätigen durch eine Förderung von Weiterqualifizierung unterstützen, damit sie beruflich flexibel werden und beschäftigungsfähig bleiben.

Literatur

- Dengler, K. and B. Matthes, The impacts of digital transformation on the labour market: Substitution potentials of occupations in Germany. *Technological Forecasting and Social Change*, 2018. 137(1): p. 304–316.
- Frey, C.B. and M. Osborne, The Future of Employment: How Susceptible are Jobs to Computerisation? *Technological Forecasting & Social Change*, 2017. 114: p. 254–280.
- Blossfeld, H.-P. and K.U. Mayer, Labor market segmentation in the Federal Republic of Germany: an empirical study of segmentation theories from a life course perspective. *European Sociological Review*, 1988. 4(2): p. 123–140.
- Hall, A., Wechsel des erlernten Berufs: Theoretische Relevanz, Messprobleme und Einkommenseffekte, in *Berufsforschung für eine moderne Berufsbildung – Stand und Perspektiven*, D. Euler, U. Walwei, and R. Weiß, Editors. 2010, Franz Steiner Verlag: Stuttgart. p. 157–174.
- Nisic, N. and P. Trübswetter, Berufswechsler in Deutschland und Großbritannien, in *SOEPpapers on multidisciplinary panel data research 2012*, DIW: Berlin.
- Beck, U., M. Brater, and H. Daheim, *Soziologie der Arbeit und der Berufe*. 1980, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Allmendinger, J., *Educational System and Labour Market outcomes*. *European Sociological Review*, 1989. 5(3): p. 231–250.
- Sengenberger, W., *Struktur und Funktionsweise von Arbeitsmärkten: die Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich*. Arbeiten aus dem Institut für Sozialwissenschaftliche Forschung e.V. 1987, Frankfurt am Main.
- Matthes, B. and B. Vicari, *Arbeitsmarktorientierte Berufsforschung*, in *Handbuch Berufsbildung*, R. Arnold, A. Lipsmeier, and M. Rohs, Editors. 2019, Springer VS: Wiesbaden. p. 683–694.
- Behringer, F., *Berufswechsel und Qualifikationsverwertung*. in *Berufsbildung für eine globale Gesellschaft – Perspektiven im 21. Jahrhundert*. 2002. Bonn: 4. BIBB-Fachkongress.
- BERUFENET. *Entwicklung der Ausbildung – Kraftfahrzeugmechaniker/in 2020* [26.06.2020]; Available from: <https://berufenet.arbeitsagentur.de/berufenet/faces/index;BERUFENET-JSESSIONID=EBHur6vW02-DG30sUZSCNbnqFLjWOHINP1GriI8CSsKsRlbQx6pZBI-1604135635?path=null/kurzbeschreibung/entwicklung&dkz=122564&such=Kraftfahrzeugmechaniker%2Fin++Karosserietechnik>.
- Paulus, W., R. Schweitzer, and S. Wiemer, *Klassifikation der Berufe 2010 – Entwicklung und Ergebnis*, in *Methodenbericht der Statistik der BA*. 2010, Bundesagentur für Arbeit: Nürnberg.
- Antoni, M., A. Schmucker, S. Seth, and P. v. Berge, *Stichprobe der Integrierten Arbeitsmarktbiografien (SIAB) 1975–2017*, in *FDZ Datenreport*. 2019, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung: Nürnberg.
- DESTATIS. *Klassifikation der Wirtschaftszweige*, Ausgabe 2008 (WZ 2008). 2020 [26.06.2020]; Available from: <https://www.destatis.de/DE/Methoden/Klassifikationen/Gueter-Wirtschaftsklassifikationen/klassifikation-wz-2008.html>.
- Paulus, W. and B. Matthes, *Klassifikation der Berufe*. *Struktur, Codierung und Umsteigeschlüssel*, in *FDZ-Methodenreport*. 2013, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Nürnberg.
- Hillmert, S., *Occupational Mobility and Developments of Inequality along the Life Course*. *European Societies*, 2011. 13(3): p. 401–423.
- Erikson, R. and J.H. Goldthorpe, *The Constant Flux: A Study of Class Mobility in Industrial Societies*. 1992, Oxford: Clarendon Press.
- Sørensen, A.B., *The Structure of Intragenerational Mobility*. *American Sociological Review*, 1975. 40(4): p. 456–471.
- Knieps, F. and H. Pfaff, *Psychische Gesundheit und Arbeit*. BKK Gesundheitsreport 2019. 2019, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Vicari, B., *Der Einfluss strukturierender Eigenschaften von Berufen auf horizontale und vertikale berufliche Mobilität im Kohortenvergleich*, in *IAB-Discussion Paper*. 2018: Nürnberg.
- Miller, R.A., *Job Matching and Occupational Choice*. *The Journal of Political Economy*, 1984. 92(6): p. 1086–1120.
- Damelang, A., F. Schulz, and B. Vicari, *Institutionelle Eigenschaften von Berufen und ihr Einfluss auf berufliche Mobilität in Deutschland*. *Schmollers Jahrbuch – Journal of Applied Science Studies*, 2015. 35(3): p. 307–333.
- Vicari, B. and S. Unger, *No way out or no way in? The effect of standardization, licensing and skills specificity of the initial and target occupations on status mobility*. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 2020(Online first).

24. Mayer, K.U., D. Grunow, and N. Nitsche, Mythos Flexibilisierung? Wie instabil sind Berufsbiografien wirklich und als wie instabil werden sie wahrgenommen? Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 2010. 62(3): p. 369–402.
25. Dütsch, M., V. Liebig, and O. Struck, Erosion oder Stabilität der Beruflichkeit? Eine Analyse der Entwicklung und Determinanten beruflicher Mobilität. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 2013. 65(3): p. 505–531.
26. Reichelt, M. and M. Abraham, Occupational and Regional Mobility as Substitutes: A New Approach to Understanding Job Changes and Wage Inequality. Social Forces, 2017. 95(4): p. 1399–1426.
27. Dengler, K., M. Stops, and B. Vicari, Occupation-Specific Matching Efficiency, in IAB-Discussion Paper. 2016, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung: Nürnberg.



Dr. Basha Vicari

Basha Vicari ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) im Bereich „Bildung, Qualifizierung und Erwerbsverläufe“ und Leiterin der Projektgruppe „Nationales Bildungspanel (NEPS): Bildung im Erwachsenenalter und lebenslanges Lernen“. Ihr Forschungsinteresse umfasst aktuell die Messung von arbeitsmarktstrukturierenden Eigenschaften von Berufen und deren Einfluss auf berufliche Mobilität, qualifikatorische und fachliche Mismatches sowie berufliche Geschlechtersegregation. Seit 2018 ist sie Vorstandsmitglied in der „Forschungsinitiative Berufe und soziale Ungleichheit (FiBus)“.

Räumlich und zeitlich verteilt mobil im Team arbeiten

Simone Kauffeld
TU Braunschweig

Die Arbeitswelt befindet sich durch die Möglichkeiten der Digitalisierung in einem großen Wandel. Dabei wird ein neues Maß an Zusammenarbeit durch immer komplexer werdende global definierte Anforderungen vorausgesetzt. Dabei geht es oft darum, Menschen zusammenzubringen, die räumlich weit voneinander entfernt sind und dennoch zusammenarbeiten: die virtuelle Zusammenarbeit.

Die räumlich und zeitlich verteilte Zusammenarbeit von Teams wird durch moderne Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), wie E-Mail-, Chat-, Videokonferenz-, Managementinformations-, Wissensmanagement- und Customer-Relation-Management-Systeme sowie Groupware bzw. Kollaborationssoftware mit gemeinsam genutzten, miteinander vernetzten Datenbanken ermöglicht, die einen schnellen Zugriff auf gemeinsame Informationen in Echtzeit erlauben und synchrone und asynchrone Kommunikation über Standorte, Länder- und Unternehmensgrenzen hinweg zulassen [42, 4]. Das gemeinsame Arbeiten an Aufgaben mittels Kommunikations- und Informationstechnologien aufgrund von geografischer bzw. organisationaler Verteilung der Mitglieder definiert virtuelle Teams (z.B. [18, 42]). Die modernen IKT ermöglichen es Teams, mobil zu arbeiten und sich untereinander, mit Führungskräften, aber auch mit Kunden und Lieferanten zeitnah abstimmen zu können. Von „mobiler Arbeit“ wird dabei gesprochen, wenn Beschäftigte ihre Arbeit außerhalb des Firmenbüros leisten und dabei neue Informationstechnologien nutzen [7, 10]. Als Merkmale mobiler Arbeit wird der flexible Gebrauch von Zeit und Ort, die Nutzung mobiler Endgeräte sowie eine Kollaboration, die an verschiedenen Orten (auch virtuell) erfolgen kann, genannt [45, 17]. Mobile Arbeit kann dabei an jedem beliebigen Ort (also auch im Zug, im Café etc.) stattfinden, was sie von der Telearbeit unterscheidet, die ortsgebunden erfolgt.

Bei virtueller Teamarbeit wird häufig an globale Konzerne mit über mehrere Kontinente verteilten Standorten gedacht, in denen in der Tat auch häufiger virtuell zusammengearbeitet wird [28]. Die genaue Abgrenzung virtueller Teams von

„traditionellen“ Face-to-Face-Teams ist jedoch schwierig, da es auf unterschiedlichen Virtualitätsdimensionen (»»» Tabelle 1) unterschiedliche Abstufungen geben kann, z.B. Teammitglieder, die sich zwar am gleichen Ort befinden, aber dennoch virtuelle Medien benutzen, um ihre Handlungen miteinander zu koordinieren. Oder in der aktuellen Situation der Coronavirus-Pandemie, wo vorhandene Teams virtuell zusammenarbeiten müssen. Daher ist es angebrachter, Virtualität als Kontinuum zu konzeptualisieren und anhand der in »»» Tabelle 1 genannten Dimensionen zu beschreiben. Die Virtualität ist zudem dynamisch: Es ändert sich die Virtualität des Einzelnen und damit auch die Virtualität des Teams auch kurzfristig, wenn von Zuhause aus gearbeitet wird, um mangelnde Kinderbetreuungsmöglichkeiten zu kompensieren oder konzentriert arbeiten zu können, wenn die Zugfahrt der Dienstreise genutzt wird, um ein Protokoll anzufertigen und dem Kunden zukommen zu lassen, wenn abends noch auf dem Smartphone E-Mails verschickt werden etc.

Virtuell zusammenarbeiten: Herausforderung und Chancen

Die virtuelle Teamarbeit und das Homeoffice erleben mit der Covid-19-Pandemie eine Beschleunigung. Sie bieten sich als ausgezeichnete Lösungen für physische (nicht soziale) Distanzierung bei der Arbeit an. Die Umgebung ist sicher und zudem besteht die Möglichkeit, sozial verbunden zu bleiben, z.B. durch den Einsatz regelmäßiger Videokonferenzen. Das Homeoffice als Form der mobilen Arbeit dient in vielen Ländern einerseits der Abflachung der Infektionskurve und der Vermeidung der Zusammenbrüche des Gesundheitssystems und andererseits der Aufrechterhaltung der Wirtschaft.

Neben diesen unerwarteten positiven Effekten bietet die Nutzung digitaler Werkzeuge einen Wettbewerbsvorteil für die Organisation:

- Es kann zeit- und ortsunabhängig an Lösungen gearbeitet werden, sogar über alle Zeitzonen hinweg.

Tabelle 1 Virtualitätsdimensionen und ihre Anwendung auf bestehende Teams [42, 28]

Dimension	Beschreibung
technologiegestützte Kommunikation	Ausmaß, in dem sich Teammitglieder virtueller Tools bedienen, um Teamprozesse zu koordinieren und auszuführen
geografische Dispersion	räumliche Verteilung der Teammitglieder, u.a. operationalisiert als Entfernung zwischen den verschiedenen Standorten, Anzahl der Standorte sowie Anteil von Teammitgliedern pro Standort [53]
kulturelle Unterschiede	Diversität hinsichtlich kultureller Werte, Verständnis von Status und Hierarchie, Sprachverständnis, lokale Standards, operationalisiert z.B. durch die durchschnittliche Anzahl verschiedener Nationalitäten im Team [34]
mobiles Arbeiten	Ausmaß, in dem die Teammitglieder andere Arbeitsorte als reguläre Büros nutzen, z.B. Heimarbeit, „Zug- bzw. Flug-Office“ bzw. sog. „co-working spaces“ [14]
organisatorische Diskontinuität	Unterschiede in der organisationalen Zugehörigkeit, innerhalb eines Unternehmens (z.B. aus unterschiedlichen Fachbereichen) sowie interorganisational d.h. Teams mit Mitgliedern aus verschiedenen Unternehmen [14]

- Es ermöglicht es, Teams nach fachlichen Qualifikationen statt nach räumlicher Verteilung zusammenzustellen [2, 43].
- Lokale Märkte können besser erschlossen werden, indem Fach- und Expertenwissen regional akquiriert werden kann [42, 28].
- Enge Verbindungen zu Lieferanten und Kunden können aufgebaut und gehalten werden.
- Die Form der virtuellen Zusammenarbeit führt zu Kosteneinsparungen hinsichtlich Lohn- bzw. Lohnnebenkosten; Dienstreisen können ebenso wie Büroflächen und Energie eingespart werden. Zudem werden Regionen mit geringer Infrastruktur und ggf. geringeren Büromieten attraktiv und die Integration von Personen mit geringer Mobilität in das Team möglich.
- Durch die Nutzung digitaler Medien werden Arbeitsprozesse und Ergebnisse umfassender und zudem mehr oder weniger nebenbei dokumentiert [28].
- Durch die erhöhte Flexibilität und die Möglichkeit, Privat- und Berufsleben besser zu vereinbaren, ist die virtuelle Zusammenarbeit nicht nur auf Organisations-, sondern auch auf Mitarbeiterseite attraktiv. Arbeitnehmer/innen versprechen sich davon vor allem ein Arbeiten im Homeoffice. Dies wird verbunden mit einem ungestörteren, konzentrierten Arbeiten, einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben sowie Einsparung von Fahrtzeit und Kosten durch geringeren Pendelaufwand (z.B. [24, 42]). Bei der Gestaltung von Arbeitsprozessen können die Bedürfnisse der einzelnen Mitarbeiter/innen indi-

viduell und lebensphasenbezogen berücksichtigt werden.

Viele Beschäftigte möchten – zumindest gelegentlich – im Homeoffice oder mobil arbeiten. Das zeigen verschiedene Befragungen von Beschäftigten (z.B. [27, 51]). Der Wunsch scheiterte dabei bislang häufig an der fehlenden Erlaubnis des Arbeitgebers, sodass nur 12–25% der Arbeitnehmenden gelegentlich im Homeoffice gearbeitet haben. Und selbst, wenn es erlaubt war, ist oft eine der Hauptbarrieren die Präsenzkultur und eine geringe ergebnisfokussierte Kultur in der Organisation [62]. Die mobile Arbeit wird dabei organisationsseitig v.a. mit weniger Kontrolle für die Führungskräfte, spätes Feedback bei Unregelmäßigkeiten und mit einem höheren, länger angestauten und häufiger unentdeckten Konfliktpotenzial in Verbindung gebracht [9]. Zudem werden reale und vorgeschobene technische Schwierigkeiten gefürchtet.

Die Schattenseiten dieser Arbeitsform wurden aber auch für Arbeitnehmende sichtbar (vgl. z.B. 10, 11, 42, 45, 64]):

- Mitarbeitende geben Selbstausschöpfung, eine mangelnde Trennung von Arbeit und Privatleben und die hohen Anforderungen an die Fähigkeit zur Selbstorganisation an.
- Termin- und Zeitdruck, z.B. durch Informationsüberflutung werden berichtet, die Arbeitsverdichtung und der Zwang, eigene Entscheidungen zu treffen, können zum relevanten Druckfaktor werden.
- Die fehlende soziale Integration, reduzierte soziale Unterstützung durch Kolleg/innen und

Vorgesetzte, nachlassende Kontakte ins Unternehmen, mangelnde Einbindung in Planungs- und Entscheidungsprozesse und Befürchtungen eines Karriereknicks aufgrund fehlender Präsenz am Arbeitsplatz werden ebenso bemängelt.

- Mehrbelastung durch ständige Erreichbarkeit, grenzenlose Arbeitszeiten, ungünstige Arbeitsplätze und Umgebungsbedingungen werden ebenso damit verbunden.

Die virtuelle Zusammenarbeit und das Homeoffice haben mit der Covid-19-Krise drastisch zugenommen. Eine Umfrage des Digitalverbands Bitkom von mehr als 1.000 Bundesbürger/innen im März bestätigte, dass mittlerweile fast jede(r) Zweite (49%) ganz oder zumindest teilweise im Homeoffice arbeitet. Dabei sind nicht nur Branchen und Arbeitsbereiche betroffen, die es gewohnt sind, virtuell zusammenzuarbeiten (z.B. IT, Forschung), sondern auch Bereiche, in denen Präsenz als unabdingbar angesehen wurde (z.B. der öffentlichen Verwaltung, Krankenkassen, Schulen). 18 Prozent der nun im Homeoffice Arbeitenden durften dies zuvor gar nicht und machen derzeit komplett neue Erfahrungen. Bei 41% der Befragten stellte sich heraus, dass sie der Meinung sind, ihre Arbeit sei für Homeoffice nicht geeignet. Darüber hinaus ist es eine besondere Situation, da viele Mitarbeitenden in bestehenden Teams, ggf. ungewollt, gleichzeitig im Homeoffice oder in alternierenden Subteams arbeiten, bei denen die Hälfte des Teams vor Ort und die andere Hälfte des Teams mobil ihre Aufgaben erledigen und nach ein oder zwei Wochen der Arbeitsort als Subteam gewechselt wird. So soll sichergestellt werden, dass bei einer Covid-19-Ansteckung zumindest die Hälfte des Teams die Abteilung noch aufrechterhalten kann. Bei diesen hybriden Teams können Teile des Teams weiterhin face-to-face vor Ort kommunizieren, andere Teammitglieder sind hingegen nur virtuell zu erreichen [8]. Viele Mitarbeitende erleben das Homeoffice zudem als Doppelbelastung, wenn sie ihrer Eltern- und Arbeitsrolle gerecht werden müssen, wenn Kinderkrippen und Kindergärten, Schulen und Horte nicht im Regelbetrieb laufen.

Ähnlich wie bei traditionellen Teams stehen auch bei virtuellen oder hybriden Teams das gemeinsame Ziel und die Aufgabenerledigung im Mittelpunkt. Die Unterschiedlichkeit ergibt sich dabei hauptsächlich durch die Art der Kommunikation und der Möglichkeit, innerhalb eines Teams unterschiedlichen Arbeitsbedingungen zu unterliegen. Kommunikations- und Koordinationsprobleme, die in jedem Team auftreten können, fallen bei virtuel-

len Teams oft besonders ins Gewicht. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass die Kommunikation über räumliche und oft temporale sowie organisationale Grenzen hinweg um einiges schwieriger und anspruchsvoller als eine von Angesicht zu Angesicht ist ([47: S. 21]).

Im Folgenden werfen wir einen Blick auf die Herausforderungen für die verschiedenen Akteure, welche sich auf drei Ebenen betrachten lassen, die Mitarbeitenebene, die der Teams und die der Organisation [42]. Außerdem wird direkt auf mögliche Maßnahmen eingegangen und auf die besondere Rolle, die der Führungskraft dabei zukommt (siehe dazu auch **»»** Tabelle 2).

Mitarbeitende – beschleunigt und allein im Homeoffice

Die Mitarbeitenden sind im täglichen Arbeitsalltag durch die virtuelle Zusammenarbeit mit einem erhöhten Aufkommen schriftlicher Kommunikation in E-Mails oder entsprechenden digitalen Tools konfrontiert, da diese Art der Kommunikation als Hauptmedium genutzt wird und die fehlende persönliche Kommunikation auffangen muss. Jede „nebenbei“ erledigte Kommunikation und Klärung wird zu einem Vorgang, der abgestimmt verständlich schriftlich formuliert sein will, um Rückfragen und damit eine Verlangsamung der Prozesse zu vermeiden. Dies stellt hohe Anforderungen v.a. an Personen mit koordinativen Aufgaben. Für den/die Einzelnen empfiehlt es sich, Filter und Priorisierungstools zu nutzen und gegebenenfalls Benachrichtigungsfunktionen zu deaktivieren und stattdessen in regelmäßigen Abständen selbst das Postfach zu überprüfen. Diese individuellen Vorgehensweisen und Präferenzen sind dabei im Team abzustimmen. Ein weiteres Problem auf Individualebene kann die niedrige Aufgaben-Medien-Passung sein. Die Informationsanforderungen einer Aufgabe sollten auf den Informationsgehalt des Mediums, d.h. der Kapazität, bestimmte Informationen zu vermitteln, angepasst werden. Wann welches Kommunikationsmittel gewählt werden sollte, ist demnach eine entscheidende Frage. Die Media Richness Theory von Daft und Lengel [15] besagt, dass Medien unterschiedlich gut für die Übertragung reichhaltiger Informationen geeignet sind. Je komplexer die Informationen sind, die ausgetauscht werden, desto mehr Informationen sollte das Medium auch transportieren können. Für einfache Terminabsprachen genügt der Eintrag in ein Terminplanungstool, bei

Tabelle 2 Herausforderungen und Maßnahmen auf Mitarbeitenden-, Team und Organisationsebene

Mitarbeitenden-Ebene	Team-Ebene	Organisations-Ebene
<ul style="list-style-type: none"> ■ Ausbau der Selbstmanagementfähigkeiten ■ Nutzung von Filtern und Priorisierungstools, um die eigene Arbeit zu strukturieren ■ Auswahl des Mediums passend zur Aufgabe ■ Aufbau von Kommunikations-, Medien- und Technologiekompetenz für unterschiedliche Anwendungen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Klärung von Rollen direkt zu Beginn ■ Aufbau eines gemeinsamen Verständnisses der Ziele und Aufgaben im Team ■ Etablieren kollektiver Wissensstrukturen, Förderung von Wissensaustausch ■ regelmäßiges Feedback zu Prozessen und Ergebnissen ■ bewusste Reflexion über Emotionen im Team ■ Aufbau von Vertrauen und Kohäsion durch persönliche Gestaltung (Erfahrungsaustausch, Fotos usw.) ■ Integration von Face-to-Face-Treffen zu besonderen Anlässen (zu Beginn, in Krisen etc.) ■ Zeit und Raum auch für Nicht-Aufgabenbezogenens (Small Talk) einplanen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bereitstellung der benötigten Technik, orientiert am Nutzerbedarf ■ Gewährleistung von Datenschutz ■ Regelungen zur Leistungsüberwachung und -bewertung durch die digitalen Technologien treffen ■ Sensibilisierung und Unterstützung für Arbeits- und Gesundheitsschutz ■ Weiterbildungsmöglichkeiten hinsichtlich des Technologie- und Medieneinsatzes bereitstellen und das Lernen in der Arbeit ermöglichen ■ Unterstützung für die Lösung von Problemen mit digitalen Technologien und Medien bereitstellen ■ für Rollenklarheit sorgen ■ den Mitarbeitenden Handlungsspielraum bezüglich Aufgabenbewältigung und Mobilitätsbedingungen (Ort, Zeit etc.) geben

einer Entscheidung der Leitungsebene, die mehrere Jahre Auswirkungen auf das organisationale Geschehen haben wird, werden reichhaltige Kommunikationswege in Präsenz präferiert, um zu guten Lösungen zu kommen.

Nichtsdestotrotz kann eine niedrige Passung zwischen Kommunikation und Medium durch geeignetes Kommunikationsverhalten in Ansätzen kompensiert werden [58]. Zum einen kann dies durch die Transformation von Hinweisreizen passieren. Ein nonverbaler Reiz wie z.B. ein Lächeln (welches sonst nur über reichhaltige Kanäle transportiert werden kann) kann als Smiley ausgedrückt und somit auch über ein text-basiertes Medium vermittelt werden. Eine effektive Nutzung entsprechender Technologien lässt sich erlernen [16]. Dabei geht es nicht nur um die Erkenntnis, wann welches Medium vorteilhaft ist, sondern auch wie die entsprechenden Medien genutzt werden können (z.B. die Länge einer Textnachricht oder die Vorbereitung von Webkonferenzen). Führungskräfte sollten dabei nicht nur Vorbild sein, indem sie versierte Methodenkompetenzen selbst aufweisen, sondern auch ihren Mitarbeitenden die Möglichkeiten bieten, diese zu erlernen. Von besonderer Wichtigkeit ist dabei

der Ausbau der Selbstmanagementfähigkeiten, sprich, wie organisiert man sich selbst im Homeoffice hinsichtlich zeitlicher und räumlicher Strukturen (Pausenzeiten, Erholungsräume) unter teilweise sehr schwierigen Bedingungen (z.B. Kinderbetreuung, Infrastruktur, Ergonomie etc.). Mobil Arbeitende müssen sich selbst motivieren können, selbst in der Lage sein, Gesundheitsgefahren und Überforderungssituationen frühzeitig zu erkennen und oft auch zu beheben. Maßnahmen zur Stärkung der Resilienz werden angeregt, da mobil Beschäftigte in besonderer Weise von interessierter Selbstgefährdung betroffen sind [61].

» Mit **interessierter Selbstgefährdung** [67] wird ein Verhalten beschrieben, bei dem das persönliche Arbeitshandeln aus einem Interesse am beruflichen Erfolg heraus die eigene Gesundheit gefährdet. Dazu gehört der Präsentismus, also krank zur Arbeit zu kommen bzw. mobil zu arbeiten, auf Erholungspausen zu verzichten, am Wochenende oder im Urlaub zu arbeiten, betriebliche Schutzvorschriften (etwa zur Begrenzung der Arbeitszeit) bewusst zu umgehen, am Tag länger als zehn Stunden zu arbeiten oder in einem hohen Ausmaß unbezahlte Überstunden zu leisten

oder Medikamente einzunehmen, um die Arbeit bewältigen zu können. Auf Aktivitäten mit positiver gesundheitsförderlicher Wirkung wie Arztbesuche, sportliche und kulturelle Aktivitäten, Treffen mit Freunden wird verzichtet, nicht arbeitsbezogene Aktivitäten, wie z.B. das Essen werden auf die Arbeit ausgerichtet (Pizza bringen lassen an den Arbeitsplatz, Freunde treffen, die auch einen beruflichen Nutzen versprechen).

Interessierte Selbstgefährdung wird als eine Nebenwirkung moderner Managementkonzepte gesehen, die auf autonome Beschäftigte setzen, die unternehmerischen Anforderungen selbstorganisiert zu genügen haben. Bei mobil Arbeitenden müssen zudem die Grundlagen ergonomischer Arbeitsplatzgestaltung vermittelt und auf die konkreten Vor-Ort-Bedingungen übertragen werden können [61]. Hier ist neben der Personalentwicklung im Unternehmen nicht zuletzt das Betriebliche Gesundheitsmanagement gefordert, Unterstützung zu bieten (vgl. Organisation, [41]).

Das Team – reflektierend Teamkognitionen und -emotionen aufbauen

Teams werden zusammengestellt, um die Arbeit auf ein gemeinsames Ziel hin und die Ausrichtung der Handlungen auf dieses Ziel hin zu koordinieren. Um die Koordination zu unterstützen, ist ein gemeinsames Verständnis der Ziele und Aufgaben im Team (Teamkognitionen), die in geteilten mentalen Modellen hinterlegt sind, ebenso zentral wie geteilte Teamemotionen (wie z.B. das Vertrauen), die z.B. den offenen Wissensaustausch beeinflussen. Teamkognitionen und Teamemotionen sind emergente Zustände im Team [46]. Sie entstehen in der Interaktion, die in virtuell zusammenarbeitenden Teams reduziert ist, und sind dynamischer Natur, d.h. sie verändern sich über die Zeit und beeinflussen sich gegenseitig [42]. Geteilte mentale Modelle als kollektive Wissensstrukturen, die sich in der einheitlichen Interpretation aufgabenrelevanter Informationen und teambezogener Aspekte zeigen [3], ermöglichen dabei die implizite Koordination, reduzieren den Kommunikationsbedarf und Unsicherheiten im Umgang miteinander und fördern damit die Teameffizienz. Was umfassen die gemeinsam geteilten Teammodelle? Es geht um die Interpretation der aktuellen Situation hinsichtlich ihrer Anforderungen, gemeinsame Ziele, Strategien und Aufgaben (Aufgabenmodelle), die Rollen und Verantwortlichkeiten im Team (Teammodelle), die zeitlichen Abhängig-

keiten (temporale Modelle) sowie die Nutzung von Medien (IKT-Modelle; [52]). In virtuellen Teams sind die geteilten Modelle ungleich wichtiger und schwerer aufzubauen als in klassischen Teams, da die Kommunikation und der damit verbundene Wissensaustausch reduziert ist und das Team sich auf die geteilten mentalen Modelle in der täglichen Arbeit verlassen muss [42].

Die Führungskraft ist dafür verantwortlich, den Informationsfluss zu gewährleisten und die Kommunikation zu initiieren, sodass jedes Teammitglied die relevanten Informationen erhält und entsprechende Team- und IKT-Modelle aufgebaut werden können, gleichzeitig aber keine Informationsüberflutung einsetzt, die die Verarbeitung weiterer Informationen beeinträchtigt [5, 42]. Diese Aufgabe wird ungleich anspruchsvoller, wenn einige Teammitglieder vor Ort und andere mobil arbeiten, da die mentalen Modelle der einzelnen Teammitglieder deutlicher voneinander abweichen. Besonders wenn sich die Subgruppen in homogene Untergruppen aufspalten, sind die entstehenden Subgruppen anfällig für negative Intergruppenprozesse [65].

Die Diversität fachlicher Natur vervielfacht das zur Verfügung stehende Wissen, was zu mehr Informationsaustausch und damit auch -verarbeitung führt. Dies legt nahe, dass durch die erleichterte Zusammenarbeit von Menschen mit diversem fachlichem Wissen durch die virtuelle Verbundenheit eine höhere Leistung des Teams möglich sein kann [66]. Da im Homeoffice, d.h. bei räumlich verteilten Teams, eine reduzierte Kommunikation jedoch auch gegen die oben genannte verstärkte Informationsverarbeitung sprechen und somit dem eigentlichen Vorteil von Heterogenität entgegenwirken kann [33], sollten Führungskräfte den Austausch nicht nur zu Beginn anstoßen bzw. fördern. Auf diese Weise können Missverständnisse vermieden und Verständnis für unterschiedliche Umgebungsfaktoren der Mitarbeitenden gesteigert werden.

In der Kommunikation wird zudem häufig auf die „Sachebene“ (d.h. im Wesentlichen die anstehenden Arbeitsaufgaben) fokussiert, die „Beziehungsebene“ hingegen vernachlässigt, die für das Teambuilding (d.h. das gegenseitige Kennenlernen von Präferenzen und Stärken, Herausbilden von Vertrauen und Zusammenhalt) verantwortlich ist. So konnte gezeigt werden, dass eine positive Gruppenstimmung in v.a. virtuell zusammenarbeitenden Softwareentwicklungs-Teams hingegen positiv mit der Gruppenleistung über den gesamten Projektverlauf zusammenhängt [55, 56].

Entscheidungen, die im Team virtuell getroffen werden, wirken aufgrund der unpersönlichen Natur der Kommunikation weniger bindend und werden daher leichter aufgegeben [13]. Die sozio-emotional reduzierte Kommunikation kann zudem zu vermehrten Konflikten auf der Beziehungsebene führen. Die Asynchronität in der Kommunikation ermöglicht diverse Interpretationsmöglichkeiten für betroffene Personen. Ein Ausbleiben einer direkten Antwort kann beispielsweise fälschlicherweise als persönliche Kritik oder mangelnde Wertschätzung interpretiert werden. Folge solcher Konflikte ist eine Abnahme der Leistung sowie der Zufriedenheit des Teams [35] sowie des Zusammenhalts. Diese ungewünschten Folgen haben weitreichende Konsequenzen. Der geschilderte Zusammenhang von Virtualität und Konflikten verschwindet aber über die Zeit [54]. Mit der Zunahme an Erfahrungen im virtuellen Team kommt es zu einem besseren Verständnis für die anderen Teammitglieder, für den Kontext sowie die Reichhaltigkeit der Medien und somit zu einer Abschwächung des Konfliktrisikos (vgl. auch [29, 30]).

Es ist vorteilhaft, wenn die Teammitglieder direkt zu Beginn die Rollen im Team klären und Aufgaben klar verteilen. Vereinbarungen zur virtuellen Kommunikation gilt es, im Team – dies ist effektiver als für die Organisation – aufzustellen und zu etablieren [63]. Ebenso wie Face-to-Face-Teammeetings, die als erfolgskritisch für die Zusammenarbeit gelten können [38], gilt es, virtuelle Meetings zu gestalten [40]. Das Aufsetzen virtueller Teams oder das Onboarding neuer Teammitglieder ist virtuell herausfordernd. So konnte gezeigt werden, dass – zumindest unter experimentellen Bedingungen – bereits ein Foto des Gesprächspartners beim Aufbau von Vertrauen helfen kann [66]. Vertrauen und Kohäsion können trotz der Distanz ebenfalls aufgebaut werden, indem zu Beginn eines Projektes vorherige Erfahrungen – z.B. über einen Gruppenchat – diskutiert werden. Dies ermöglicht nicht nur die Einschätzung der Expertise der anderen Teammitglieder, sondern schafft ein Gefühl der Gemeinsamkeit aufgrund ähnlicher Erfahrungen [60]. Doch nicht nur am Anfang des Projektes, sondern auch in stressreichen Projektphasen zeigen Teammitglieder häufig ein verstärktes Bedürfnis nach Face-to-Face-Treffen [48], das beachtet werden sollte. Demnach ist es umso entscheidender, in diesen Phasen auf reichhaltige Medien wie die Videotelefonie zurückzugreifen und neben der Abstimmung der Arbeitsweise auch bewusst Zeit für nicht-aufgabenbezogene beziehungsorientierte Kommunikation, Small Talk, einzuplanen, um eine Beziehungsgestaltung und somit

gemeinsam geteilte Teamemotionen, im Sinne von Vertrauen und psychologischer Sicherheit, zu fördern [19].

Effektiv für den Erhalt und die Weiterentwicklung von gemeinsam aufgebauten Teamkognitionen hat sich – genauso wie bei Face-to-Face-Teams [37] – eine gemeinsame Reflexion gezeigt, die besonders hilfreich ist, wenn diese regelmäßig stattfindet, Feedback zu bisheriger Teamleistung umfasst und angeleitet wird [44]. Die Reflexionen treten dabei selten spontan auf, sondern müssen initiiert werden [36]. Um der Herausforderung des gesteigerten Konfliktpotenzials als Führungskraft entgegen zu treten, sollte die Zufriedenheit der Teammitglieder während des Projektverlaufes regelmäßig abgefragt werden, damit rechtzeitig Online-Meetings bei drohenden Krisen eingerichtet werden können. Zudem erhöht ein regelmäßiges Feedback der Prozesse im Team nachweislich die Motivation, Zufriedenheit und Leistung in virtuellen Teams [23]. Über Feedbacktools können individuelle sowie teambezogene Leistung [50], aber auch Einschätzungen bzgl. Teamprozessen [23, 57] bzw. emergenten Zuständen [21] zurückgemeldet werden.

Als ein Tool zur effektiven Online-Erhebung der Stimmung im Team eignet sich beispielsweise das Teambarometer® [1], das auf der Erfassung zweier grundlegender Dimensionen basiert: die Aktivierung einer Person (d. h. ihre Handlungsbereitschaft) sowie die Valenz ihrer Emotion (d. h. positiv oder negativ). Die Teammitglieder beantworten in individuell festgesetzten Abständen eine Frage zur Stimmung, die aggregiert als Verlaufswerte der Teamstimmung angezeigt werden können. Dies ermöglicht der Führungskraft oder dem Team, ein regelmäßiges Monitoring, das als Ausgangspunkt einer Reflexion bzw. Intervention genutzt werden kann.

Die Organisation – den Rahmen der mobilen Arbeit gestalten

Damit sich die genannten Maßnahmen in ihrer Wirkung entfalten können, ist die dritte Ebene, die organisationale, eine entscheidende, oft unterschätzte Grundlage. Sie bildet den Rahmen für die virtuelle Zusammenarbeit. Darunter fallen die technische Ausstattung, die Vermeidung von Gesundheitsrisiken sowie die Führung.

Die starke Abhängigkeit von den Arbeitsmitteln (insbesondere von Soft-/Hardware, Mobilfunkverbindungen, Hotlines) wird von Mitarbeitenden als belastend erlebt, wenn sie unzuverlässig oder zu

langsam funktionieren, oder wenn die Technik zu Kontroll- und Überwachungszwecken verwendet wird [11]. Bezogen auf die technische Ausstattung gilt es, die entsprechende Hardware zur Verfügung zu stellen, schnelle Internetanbindungen zu gewährleisten und ein gesichertes Netzwerk einzurichten. Die IT sollte an die Bedarfe der Nutzer/innen angepasst werden. Die Technologien sollten kombiniert nutzbar sein. Die Technik sollte stabil sein. Auch das Thema Datenschutz sollte in Form gesicherter Leitungen bzw. Netzwerke beachtet werden. Die Technik sollte genutzt werden, um Mitarbeitende auch hinsichtlich des Feedbacks bedarfsbezogen zu unterstützen.

Virtuelle Teams sind besonders anfällig dafür, dass unter Zeitdruck die Teamleistung sinkt. Rollenklarheit ist existenziell für Teamleistung und Wohlbefinden. Teammitglieder sind zudem motivierter, wenn die Belohnung der Gruppe von identifizierbaren Einzelbeiträgen beeinflusst wird (Ergebnisinterdependenz). Um das Wohlbefinden und die Leistung aufrechtzuerhalten, ist es wichtig, dass die Ressourcen der Mitarbeitenden gestärkt werden. Mitarbeitende sollten Kontrolle darüber haben, wie Aufgaben bearbeitet werden. Darüber hinaus bezieht sich die Partizipation und Einflussnahme auf die Ausgestaltung der konkreten Mobilitätsbedingungen (Zeitpunkte, Dauer, Häufigkeit, Flexibilität in Bezug auf nicht vorhersehbare Vor-Ort-Ereignisse mit Entscheidungsnotwendigkeiten) sowie die tägliche, wöchentliche, flexible Urlaubsregelung, Gestaltung der Arbeitszeit und des Arbeitsortes (vgl. zusammenfassend [31]).

Um soziale Unterstützung und Vertrauen aufzubauen und zu erhalten, spielt die informelle Kommunikation eine wichtige Rolle. Da die dafür notwendige physische Nähe in virtuellen Teams nicht gegeben ist, ist technische Unterstützung gefragt. Neben Web-Konferenzen u.ä. können sogenannte „Video Tunnels“, d.h. feste audiovisuelle Verbindungen, genutzt werden. Im Gegensatz zu zeitlich begrenzten, immer wieder neu gewählten Video-Konferenzsystemen ermöglichen sie eine dauerhafte virtuelle Verknüpfung zwischen zwei entfernten Orten. Im Rahmen „virtueller Cafés“ können sich Teammitglieder an unterschiedlichen Standorten auch spontan beim Kaffee oder einfach nur beim Vorbeilaufen unterhalten [22].

Eine gesundheitlich riskante ergonomische Arbeitsplatzgestaltung lässt sich beim Homeoffice weniger von der Organisation kontrollieren, als dass dies abhängig von den individuellen Wohngegebenheiten des Arbeitnehmenden ist. Dennoch sollten

diese von der Organisation bzw. der Führungskraft für gesundheitsschädliche Umgebungsfaktoren sensibilisiert werden und regelmäßige Aufklärung zum Thema ergonomische Arbeitsplatzgestaltung erfolgen. Da beruflich Mobile häufig von zu Hause arbeiten, hat dies oft auch Folgen für die familiäre Situation. Work-Family-Konflikte werden so z.B. häufiger von Außendienstmitarbeiter/innen genannt als von Innendienstmitarbeiter/innen und sind der häufigste Grund, warum Beschäftigte diese Arbeitsform aufgeben wollen [49]. Selbstmanagementfähigkeiten gilt es, zu stärken und Mitarbeitenden entsprechende Angebote zuteilwerden zu lassen. Da Mitarbeitende oft nicht eigeninitiativ auf Angebote des BGM zurückgreifen – nur 37% nutzen diese überhaupt – sind Organisationen gefragt, den bedarfsgerechten Zugang zu erleichtern. Wenn Mitarbeitenden die Maßnahmen nicht bekannt sind oder diese als nicht relevant für sich selbst eingestuft werden, gilt es, Tools zu etablieren, die die Analyse und die gezielte Empfehlung von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen, die in der Organisation verfügbar sind, zu verknüpfen. An der TU Braunschweig wird im Projekt Präventa ein entsprechendes digitales Tool vorbereitet, das auf das Thema mobile Arbeit adaptiert werden kann (vgl. auch [41]).

Die Führungskraft – als Ermöglicher und Vorbild

Die Aufgabe der Führungskraft ist es, Teamprozesse so zu gestalten, dass sich geteilte Kognitionen und Emotionen im Team entwickeln, um darüber die Identifikation mit dem Team, die Verantwortungsübernahme für die Teamergebnisse und dessen Leistung zu fördern (siehe dazu auch ►► Tabelle 3). Neben einer hohen Medienkompetenz [66] ist eine hohe Vertrauensbereitschaft und partizipative Orientierung der Führungskraft unabdingbar [32, 43]. Konkurrierende Vorstellungen müssen in Einklang gebracht, Leistungen fair beurteilt und präzise Informationen weitergegeben werden [40]. Kontrollfunktionen sind in der virtuellen Zusammenarbeit reduziert. Vertrauen zeigt sich als Ersatz für Kontrolle, die im virtuellen Kontext nur begrenzt möglich ist, als bedeutsame Komponente der Teamleistung [12]. Teamprozesse wie Wissensaustausch und Teamlernen bauen darauf auf. In einem psychologisch sicheren Umfeld [20] sind alle Teammitglieder davon überzeugt, dass niemand bestraft oder ausgelacht wird oder über jemandem hinter seinem Rücken gelästert wird, wenn er Ideen, Fragen, Sorgen oder Fehler anspricht.

Tabelle 3 Herausforderungen und Maßnahmen für Führungskräfte

- ein gemeinsames Verständnis der Ziele, Aufgaben, zeitlichen Abläufen und Rollenerwartungen sowie Medieneinsatz schaffen (vgl. geteilte mentale Modelle)
- Medienkompetenz bei sich selbst und im Team aufbauen
- die nötigen personellen, IKT- und materiellen Ressourcen für die Aufgaben organisieren
- das (berechtigte) Vertrauen in Team, Führung, Organisation, Prozesse und Technik fördern
- regelmäßige Reflexionen, die handlungsleitend werden, um das Team zu unterstützen, initiieren
- ergebnisorientiert mit Blick auf die Machbarkeit und dem Einplanen von Zeitpuffern führen
- Erwartungen zur Erreichbarkeit und Reaktionszeit klären
- Mitsprache und Partizipation der Beschäftigten ermöglichen
- Transparenz hinsichtlich der Ansprechbarkeit der Führungskraft schaffen (zu welchen Zeitpunkten, mit welchem Medium, zu welchen Themen)
- das Team als Ganzes im Blick haben und den Beitrag der Einzelnen würdigen
- Team- und individuelle Ziele miteinander verknüpfen
- zu jedem Teammitglied eine gute und durch Vertrauen geprägte Arbeitsbeziehung aufbauen
- Stimmungen wahrnehmen und darauf angemessen reagieren (ggf. hilfreich intervenieren)
- für ein Klima der psychologischen Sicherheit im Team sorgen, indem auch kritische Aspekte, Fehler etc. angesprochen werden können
- Arbeitsfortschritte bzw. -erfolge sichtbar machen, die bei der Nutzung digitaler Technologien und Medien weniger wahrnehmbar sind
- auf geteilte Führung setzen
- personale Führung durch strukturelle Führung (z.B. durch die Implementation von Feedbackmechanismen in IT-Tools, Stimmungsbarometer) ergänzen
- Belastungen der mobilen Arbeit reduzieren und Ressourcen stärken

Die Führung mobil Arbeitender erfolgt ergebnisorientiert. Hierbei ist es besonders wichtig, die Bedingungen so zu gestalten, dass Mobilbeschäftigte die vereinbarten Ziele auch tatsächlich erreichen können, d.h. Arbeitsvorgaben sollten klar definiert werden und ein realistisches Ausmaß nicht überschreiten. Insbesondere bei schwer vorausplanbaren Aufgaben sind hinreichende Zeitpuffer einzubauen. Außerdem wird besonders bei mobiler Arbeit hervorgehoben, dass eine möglichst große Mitsprache und Partizipation der Beschäftigten für die Vermeidung negativer Folgen wichtig sind. Damit Vertrauen auch unter Mobilitätsbedingungen entstehen kann, ist die wahrgenommene Präsenz und Sichtbarkeit der Teammitglieder nach innen und außen wichtig. Dies kann erreicht werden, indem gemeinsame Kalender genutzt werden und jeder weiß, wann wer angesprochen werden kann, die Beiträge jedes Teammitglieds präsent sind und synchrone Kommunikationsmittel genutzt werden. Darüber kann die Führungskraft durch ein gemeinsames Verständnis der Ziele, Aufgaben, zeitlichen Abläufe und Rollenerwartungen an die einzelnen Teammitglieder sowie das Bereitstellen der nötigen personellen und materiellen Ressourcen für die Aufgaben ebenso wie durch die Initiierung regelmäßi-

ger Reflexionen, die handlungsleitend werden, das Team unterstützen.

Das Team sollte stets als Ganzes angesehen werden, ohne zu vergessen, den Beitrag des Einzelnen zu würdigen. Neben der Bedeutung der Führungskraft für das Team als Ganzes ist auch die dyadische Beziehung zwischen Führungskraft und Teammitglied und deren Einfluss auf die Motivation nicht zu unterschätzen. Jedes Teammitglied verfolgt nicht nur Teamziele, sondern auch individuelle Ziele, die es in der Zusammenarbeit zu berücksichtigen gilt. Diese sollten dabei nicht im Gegensatz zu den Teamzielen stehen, sondern optimalerweise mit diesen verknüpft sein. Daher ist es wichtig, dass die Führungskraft nicht nur das Team unterstützt, Teamemotionen und -kognitionen zu entwickeln, sondern mit jedem Teammitglied eine gute und von Vertrauen geprägte Arbeitsbeziehung aufbaut [8]. Reduzierter Face-to-Face-Kontakt, der zu weniger starken Austauschbeziehungen zwischen Führungskraft und Mitarbeitenden führt, kann durch eine hohe Kommunikationshäufigkeit über virtuelle Medien kompensiert werden [6].

Führung kann bei komplexer digitaler Zusammenarbeit nur gelingen, wenn Führungsfunktionen im Sinne geteilter Führung [25] oder sich selbst-

organisierender Teams an das Team delegiert werden und personale Führung durch strukturelle Führung (z.B. durch die Implementation von Feedbackmechanismen in IT-Tools) ergänzt wird [26]. Prozess- und Leistungsindikatoren gilt es, zu vereinbaren, online zu visualisieren und zu monitoren unter Berücksichtigung hoher datenschutzrechtlicher Anforderungen, um Selbststeuerung und Teamentwicklung zu unterstützen [21, 42], da Arbeitsfortschritte bzw. -erfolge bei der Nutzung digitaler Technologien und Medien oft wenig wahrnehmbar sind.

Literatur

1. A-Side GmbH. (2015). Teambarometer [Computer software].
2. Akin, N., & Rumpf, J. (2014). Führung virtueller Teams. Gruppendynamik und Organisationsberatung, 44(4), 373–387.
3. Andres, H.P. (2011): Shared mental model development during technology-mediated collaboration. International Journal of E-Collaboration, 7 (3), 14–30.
4. Antoni, C.H., & Syrek, C. (2017). Digitalisierung der Arbeit: Konsequenzen für Führung und Zusammenarbeit. Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO), 48(4), 247–258.
5. Antoni, C.H. & Ellwart, T. (2017). Informationsüberlastung bei digitaler Zusammenarbeit – Ursachen, Folgen und Interventionsmöglichkeiten. Gr Interakt Org, 48(4), 305–315.
6. Avolio, B.J., Sosik, J.J., Kahai, S.S., & Baker, B. (2014). E-Leadership: Re-examining transformations in Leadership source and transmission. Leadership Quarterly, 25(1), 105–131.
7. Benz, C. (2010): Online Forum mobile Arbeit, in: Brand, C. (Hrsg.): Endbericht des Projektes „OnFormA“, Berlin: ver.di Bundesverwaltung, S. 5–6.
8. Bernardy, V., Antoni, C.H., Müller, R. & Röltgen, A.T: et al. (in Druck). Führung hybrider Formen virtueller Teams – Herausforderungen und Implikationen auf Team- und Individualebene. In: Muetze, S., Hartwig, T., Kauffeld, S. Team- und Projektarbeit in der digitalisierten Arbeitswelt. Berlin, Heidelberg: Springer.
9. Boos, M., Hardwig, T., & Riethmüller, M. (2017). Führung und Zusammenarbeit in verteilten Teams. Hogrefe Verlag.
10. Brandt, C. (2010): Mobile Arbeit – Gute Arbeit? – Arbeitsqualität und Gestaltungsansätze bei mobiler Arbeit, Berlin: ver.di.
11. Bretschneider-Hagemes, M. (2011): Belastungen und Beanspruchungen bei mobiler IT-gestützter Arbeit – Eine empirische Studie im Bereich mobiler, technischer Dienstleistungen. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 65, 3, 223–233.
12. Breuer, C., Hüffmeier, J., Hertel, G. (2016). Does trust matter more in virtual teams? A meta-analysis of trust and team effectiveness considering virtuality and documentation as moderators. The journal of applied psychology, 101(8), 1151–1177.
13. Burke, K., Chidambaram, L., & Locke, J. (1995). Evolution of relational factors over time: a study of distributed and nondistributed meetings. Proceedings of the Twenty-Eighth Hawaii International Conference on System Sciences., IEEE, 4. (S. 14–23).
14. Chudoba, K. M., Wynn, E., Lu, M., & Watson-Manheim, M. B. (2005). How Virtual are We? Measuring Virtuality and Understanding its Impact in a Global Organization. Information Systems Journal, 15(4), 279–306.
15. Daft, R. L., & Lengel, R. H. (1986). Organizational information requirements, media richness and structural design. Management Science, 32, 5.
16. Duarte, D. L., & Snyder, N. T. (2006). Mastering virtual teams. Strategies, tools, and techniques that succeed (3. Aufl.). San Francisco, Calif: Jossey-Bass.
17. Ducki, A., Gerstenberg, S., & Nguyen, H.T. (2017). Mobiles Arbeiten: Konsequenzen für die strategische Personalarbeit. PERSONALquarterly, 69(2), 28–35.
18. Dulebohn, J.H., & Hoch, J.E. (2017). Virtual teams in organizations. Human Resource Management Review, 27(4), 569–574.
19. Edmonson, A. (1999). Psychological safety and learning behaviors in work teams. Retrieved Nov. 22, 2007.
20. Edmonson, A. & Lei, Z. (2014). Psychological Safety: The History, Renaissance, and Future of an Interpersonal Construct. Annu. Rev. of applied psychology, 95(1), 32–53.
21. Ellwart, T., Happ, C., Gurtner, A., & Rack, O. (2015). Managing information overload in virtual teams: Effects of a structured online team adaptation on cognition and performance. European Journal of Work and Organizational Psychology, 24(5), 812–826.
22. Flepp, C., Imhof, M., Meier, G., Ryser, T., Burkhard, R., Schulze, H., & Simon, A. (2017). Designing Rooms for Virtual, Informal Communication: Reciprocal Awareness as a Central Criterion. In Advances in Ergonomic Design of Systems, Products and Processes (pp. 191–208). Springer, Berlin, Heidelberg.
23. Geister, S., Konradt, U. & Hertel, G. (2006). Effects of process feedback on motivation, satisfaction and performance in virtual teams. Small Group Research, 37(5), 459–489.
24. Gilson, L. L., Maynard, M. T., Young, N. C. J., Vartiainen, M., & Hakonen, M. (2015). Virtual Teams Research: 10 Years, 10 Themes, and 10 Opportunities. Journal of Management, 41(5), 1313–1337.
25. Grille, A. & Kauffeld, S. (2015). Development and preliminary validation of the Shared Professional Leadership Inventory for Teams (SPLIT). Psychology, 6, 75–92.
26. Grille, A., Kauffeld, S., Sauer, N. & Schulte, E.-M. (2017). Führung teilen, Leistung ernten mit dem Online-Tool SPLIT. PERSONALquarterly, 1–2017, 26–33.
27. Grunau, P., Ruf, K., Steffes, S., & Wolter, S. (2019). Mobile Arbeitsformen aus Sicht von Betrieben und Beschäftigten: Homeoffice bietet Vorteile, hat aber auch Tücken (No. 11/2019). IAB-Kurzbericht.
28. Handke, L. & Kauffeld, S. (2019). Alles eine Frage der Zeit? Herausforderungen virtueller Teams und deren Bewältigung am Beispiel der Softwareentwicklung. Gruppe. Interaktion. Organisation (GIO), 50, 33–41.
29. Handke, L., Schulte, E.-M., Schneider, K., & Kauffeld, S. (2018). The medium isn't the message: Introducing a measure of adaptive virtual communication. Cogent Arts & Humanities, 5, 1–25.
30. Handke, L., Schulte, E.-M., Schneider, K., & Kauffeld, S. (2019). Teams, time, and technology: Variations of media use over project phases. Small Group Research, 50, 266–305.

31. Handke, L., Klonek, F.E., Parker, S.K., & Kauffeld, S. (2019). Interactive effects of team virtuality and work design on team functioning. *Small Group Research*. Advance online publication.
32. Herrmann, D., Hüneke, K., & Rohrer, A. (2012). *Führung auf Distanz*. Wiesbaden: Gabler Verlag.
33. Hertel, G., Geister, S., & Konradt, U. (2005). Managing virtual teams: A review of current empirical research. *Human Resource Management Review*, 15(1), 69–95.
34. Hoch, J. E., & Kozlowski, S. W. J. (2014). Leading virtual teams: hierarchical leadership, structural supports, and shared team leadership. *The Journal of Applied Psychology*, 99(3), 390–403.
35. Jehn, K. A., & Bendersky, C. (2003). Intragroup conflict in organizations: a contingency perspective on the conflict-outcome relationship. *Research in Organizational Behavior*, 25, 187–242.
36. Kauffeld, S. (2001). *Teamd Diagnose*. Hogrefe Verlag.
37. Kauffeld, S., & Güntner, A.V. (2018). Teamfeedback. In *Feedbackinstrumente im Unternehmen* (pp. 145–172). Springer Gabler, Wiesbaden.
38. Kauffeld, S., & Lehmann-Willenbrock, N. (2012). Meetings Matter. Effects of Team Meetings on Team and Organizational Success. *Small Group Research*, 43(2), 130–158.
39. Kauffeld, S., & Sauer, N. C. (2014). Vergangenheit und Zukunft der Arbeits- und Organisationspsychologie. In S. Kauffeld (Hrsg.), *Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie. Für Bachelor* (2. Aufl., S. 15–28). Berlin, Heidelberg: Springer.
40. Kauffeld, S. & Sauer, N. (in Druck). *Meetings in Organisationen*. Stuttgart: Kohlhammer.
41. Kauffeld, S., Schulte, E., & Müller, A. (in Druck). *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Verknüpfung von verhaltens- und verhältnisbezogenen Interventionen in Organisationen*. In: Michel, A. & Hoppe, A-K. *Handbuch Gesundheit*. Heidelberg, Berlin: Springer.
42. Kauffeld, S., Handke, L., & Straube, J. (2016). Verteilt und doch verbunden: Virtuelle Teamarbeit. Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO), 47(1), 43–51.
43. Konradt, U., & Hertel, G. (2002). *Management virtueller Teams. Von der Telearbeit zum virtuellen Unternehmen. Management und Karriere*. Weinheim: Beltz.
44. Konradt, U., Schippers, M.C., Garbers, Y., & Steenfatt, C. (2015). Effects of guided reflexivity and team feedback on team performance improvement: The role of team regulatory processes and cognitive emergent states. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 24(5), 777–795.
45. Koroma, J., Hyrkkänen, U., & Vartiainen, M. (2014). Looking for People, Places and Connections: Hindrances When Working in Multiple Locations: A Review. *New Technology, Work and Employment*, 29, 2, 139–159.
46. Kozlowski, S.W.J., & Chao, G.T. (2018). Unpacking team process dynamics and emergent phenomena: Challenges, conceptual advances, and innovative methods. *The American Psychologist*, 73(4), 576–592.
47. Lipnack, J., & Stamps, J. (1998). *Virtuelle Teams: Projekte ohne Grenzen. Teambildung. Virtuelle Orte. Intelligentes Arbeiten. Vertrauen in Teams*. Wien: Ueberreuter.
48. Liskin, O., Schneider, K., Kiesling, S., & Kauffeld, S. (2013). Meeting Intensity as an Indicator for Project Pressure: Exploring Meeting Profiles. *Proceedings of the 6th International Workshop on Cooperative and Human Aspects of Software Engineering (CHASE 2013), ICSE 2013, San Francisco, USA, 2013*.
49. Lüdemann, P. (2015): *Gesundheit und Gesundheitsmanagement bei selbständigen Außendienstmitarbeitern*, in: Badura, B., Duci, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.): *Fehlzeitenreport 2015 – Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement*, Heidelberg, New York: Springer, S. 117–131.
50. Martínez-Moreno, E., Zornoza, A., Orengo, V., & Thompson, L.F. (2015). The effects of team self-guided training on conflict management in virtual teams. *Group Decision and Negotiation*, 24(5), 905–923.
51. Mergener, A. (2020). *Homeoffice in Deutschland – Zugang, Nutzung und Regelung; Ergebnisse aus der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018*. Version 1.0 Bonn, 2020
52. Müller, R., & Antoni, C.H. (2019). Einflussfaktoren und Auswirkungen eines gemeinsamen Medienverständnisses in virtuellen Teams. Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO), 50(1), 25–32.
53. O’Leary, M. B., & Cummings, J. N. (2007). The Spatial, Temporal and Configurational Characteristics of Geographic Dispersion in Teams. *MIS Quarterly*, 31(3), 433–452.
54. Ortiz de Guinea, A., Webster, J., & Staples, D. S. (2012). A meta-analysis of the consequences of virtualness on team functioning. *Information & Management*, 49(6), 301–308.
55. Paulsen, H.F.K. & Kauffeld, S. (2016). Ansteckungsprozesse in Gruppen. Die Rolle von geteilten Gefühlen für Gruppenprozesse und -ergebnisse. Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für angewandte Organisationspsychologie, 47(4), 357–364.
56. Paulsen, H.F.K., Klonek, F.E., Schneider, K., & Kauffeld, S. (2016). Group affective tone and team performance: A week level study in project teams. *Frontiers in Communication*, 1:7.
57. Peñarroja, V., Orengo, V., Zornoza, A., Sánchez, J., & Ripoll, P. (2015). How team feedback and team trust influence information processing and learning in virtual teams: A moderated mediation model. *Computers in Human Behavior*, 48, 9–16.
58. Riethmüller, M., & Boos, M. (2011). Zwischen Aufgaben-Medien-Passung und Teamleistung: Ein Blick in die Blackbox der Kommunikation. *Wirtschaftspsychologie*, 3, 21–30.
59. Rump, J., & Eilers, S. (Eds.). (2017). *Auf dem Weg zur Arbeit 4.0: Innovationen in HR*. Springer-Verlag.
60. Salas, E., Shuffler, M. L., Thayer, A. L., Bedwell, W. L., & Lazzara, E. H. (2015). Understanding and improving teamwork in organizations. A scientifically based practical guide. *Human Resource Management*, 54(4), 599–622.
61. Schlosser, S.F. (2012). Umgang mit der Flexibilisierung der Arbeit bei der TRUMPF GmbH + Co. KG. In *Fehlzeiten-Report 2012* (pp. 267–277). Springer, Berlin, Heidelberg.
62. Shockley, K.M., & Allen, T.D. (2010). Investigating the missing link in flexible work arrangement utilization: An individual difference perspective. *Journal of Vocational Behavior*, 76(1), 131–142.
63. Soucek, R., Ziegler, M., Schlett, C., & Pauls, N. (2016). Resilienz im Arbeitsleben – Eine inhaltliche Differenzierung von Resilienz auf den Ebenen von Individuen, Teams und Organisationen. Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO), 47(2), 131–137.

64. Staples, D. S., & Zhao, L. (2006). The Effects of Cultural Diversity in Virtual Teams Versus Face-to-Face Teams. *Group Decision and Negotiation*, 15(4), 389–406.
65. Straube, J. & Kauffeld, S. (in press). Faultlines during meeting interactions: the role of intersubgroup communication. In: A.L. Meinecke, J.A. Allen, N. Lehmann-Willenbrock (eds.), *Managing Meetings in Organizations (Research on Managing Groups and Teams, Vol. 20)*. Emerald Publishing Limited.
66. Zheng, J., Veinott, E., Bos, N., Olson, J.S., & Olson, G.M. (2002, April). Trust without touch: jumpstarting long-distance trust with initial social activities. In *Proceedings of the SIGCHI conference on human factors in computing systems* (pp. 141–146).
67. Peters K: Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung. Eine 180-Grad-Wende bei der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Kratzer N, Dunkel W, Becker K, Hinrichs S (Hrsg.): *Arbeit und Gesundheit im Konflikt*. Berlin: edition sigma, 2011, S. 105–122.



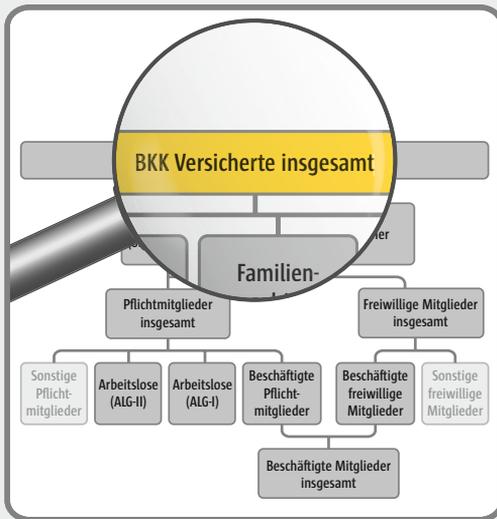
Prof. Dr. Simone Kauffeld

Simone Kauffeld leitet seit 2007 den Lehrstuhl für Arbeits-, Organisations- und Sozialpsychologie an der Technischen Universität Braunschweig. Zudem forschte und lehrte sie u.a. am Institut für Arbeitswissenschaft der Universität Kassel, der City University of New York und der Fachhochschule Nordwestschweiz. In ihrer Forschungstätigkeit setzt sich Simone Kauffeld in vielen öffentlich geförderten Projekten mit den Themen Kompetenzmessung, -entwicklung und -management sowie Training und Transfer(-kultur), Team und Führung, Karriere/Coaching und Organisations- und Arbeitsgestaltung auseinander. Um aktiven Wissenstransfer zu leisten, hält Simone Kauffeld zahlreiche Vorträge in der Praxis und hat 2008 gemeinsam mit German Lorenzo und der Transfergesellschaft der TU Braunschweig die Prof. Dr. KAUFFELD & LORENZO GmbH (vormals 4 A-SIDE GmbH) gegründet, die psychologische Expertise mit IT-Kompetenz an den Standorten Braunschweig und Jerez (Spanien) gewinnbringend für Unternehmen verbindet (<https://kauffeld-lorenzo.de/>). Simone Kauffeld wurde 2019 vom „Personalmagazin“ als eine der 40 führenden HR-Köpfe in der Kategorie „Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen“ ausgezeichnet.

3

Stationäre Versorgung

Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert



Äquivalent zu den Analysen für die ambulante Versorgung werden auch bei der Betrachtung des stationären Sektors hauptsächlich Daten aller BKK Versicherten zugrunde gelegt. Für das Berichtsjahr 2019 sind dabei rund 8,8 Mio. BKK Versicherte einbezogen worden.

3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

3.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2019

- In 2019 sind im Durchschnitt je 1.000 Versicherte 202 stationäre Behandlungen erfolgt, dabei waren die Versicherten im Mittel pro Behandlungsfall 8,9 Tage im Krankenhaus.
- Mit 13,3% nimmt tatsächlich nur ein relativ kleiner Teil aller Versicherten innerhalb eines Jahres eine stationäre Behandlung in Anspruch.
- Meist ist die Verweildauer kurz: 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 1,8 Mio. voll- oder teilstationären Krankenhaufällen (KH-Fälle ohne Entbindungsfälle und ohne ambulante Operationen) im Jahr 2019. Dies entspricht, bezogen auf alle BKK Versicherten, einem Durchschnittswert von rund 202 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 2019 für die BKK Versicherten insgesamt 15,8 Mio. Krankenhaustage (KH-Tage) dokumentiert, was einem Durchschnitt von 1.796 Behandlungstagen je 1.000 BKK Versicherte entspricht. Die Durchschnittswerte für KH-Fälle und -Tage sind damit im Vergleich zum Vorjahr nur unwesentlich gestiegen, die daraus zu berechnende mittlere Behandlungsdauer bleibt im Vergleich zu den Vorjahren mit durchschnittlich 8,9 Tagen ebenfalls konstant (2017 und 2018: 8,9 Tage je Fall).

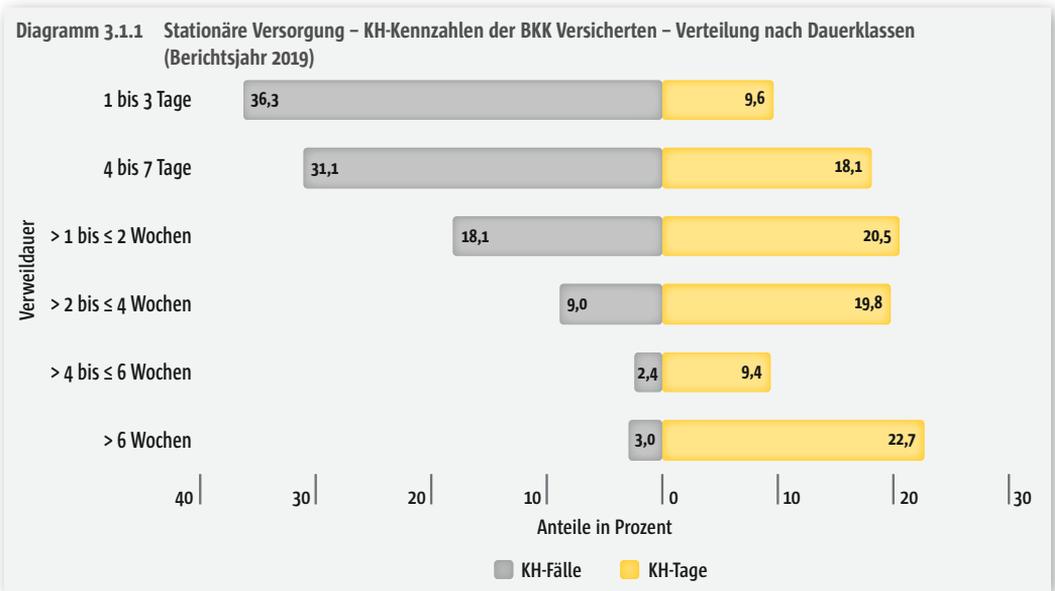
Allgemein ist für die stationäre Versorgung zu konstatieren, dass diese aufgrund ihrer zentralen Ausrichtung auf eine schwerwiegende, oft auch akute Erkrankungssymptomatik entsprechend nur von

einem relativ kleinen Teil der Bevölkerung in Anspruch genommen wird bzw. werden muss. Entsprechend sind im Jahr 2019 von allen BKK Versicherten nur insgesamt 13,3% in stationärer Behandlung gewesen (»»» Tabelle 3.1.1): Für 9,1% der Versicherten wurde ein Aufenthalt, für 2,4% wurden zwei Aufenthalte sowie für 1,7% drei und mehr Aufenthalte dokumentiert. 86,7%, die weitaus meisten Versicherten, sind ohne Kontakt zur stationären Versorgung geblieben.

Im Falle eines Krankenhausaufenthalts ist die durchschnittliche Falldauer wiederum in der Regel mehrheitlich kurz, im Berichtsjahr 2019 wurden mit 67,5% die meisten der Krankenhaufälle innerhalb einer Woche abgeschlossen, 36,3% sogar innerhalb von 3 Tagen (»»» Diagramm 3.1.1). In den letzten zehn Jahren ist die stärkste Zunahme insbesondere bei letztgenannter Gruppen zu beobachten: 2009 wurden nur 30,9% aller KH-Fälle innerhalb von 3 Tagen beendet, der größte Rückgang ist hingegen bei den Fällen mit Aufenthaltsdauer von 1–2 Wochen zu verzeichnen (2009: 21,9%). 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 Krankenhaustag (22,7%) auf einen solchen Langzeitfall zurückzuführen. Diese Anteile sind gegenüber dem Vorjahr konstant geblieben.

Tabelle 3.1.1 Stationäre Versorgung – Versichertenanteile nach Anzahl der Krankenhausaufenthalte (Berichtsjahr 2019)

Anzahl der KH-Aufenthalte	Anteile der BKK Versicherten in Prozent
Kein Aufenthalt	86,7
1 Aufenthalt	9,1
2 Aufenthalte	2,4
3 und mehr Aufenthalte	1,7



Hinsichtlich der Aufnahme- und Entlassungstage bei Krankenhausaufenthalten sind im Vergleich zum Vorjahr kaum Veränderungen festzustellen:

- Im aktuellen Berichtsjahr erfolgten Krankenhausaufnahmen am häufigsten an einem Montag. 20,9% aller Aufenthalte haben an diesem Tag begonnen. Am Wochenende werden in der Regel nur Notfälle aufgenommen, entsprechend sind hier die wenigsten Aufnahmen zu verzeichnen (6,0% der Aufnahmen erfolgten samstags und 7,3% der Aufnahmen sonntags).
- Die Entlassung aus stationärer Behandlung erfolgt wiederum am häufigsten vor dem Wochenende, so endeten 21,3% der Krankenhausaufenthalte freitags. Wiederum nur wenige Aufenthalte wurden an Wochenendtagen beendet: Den geringsten Anteil machen hier die Sonntage mit 5,2% aus, immerhin 10,6% wurden an einem Samstag entlassen.

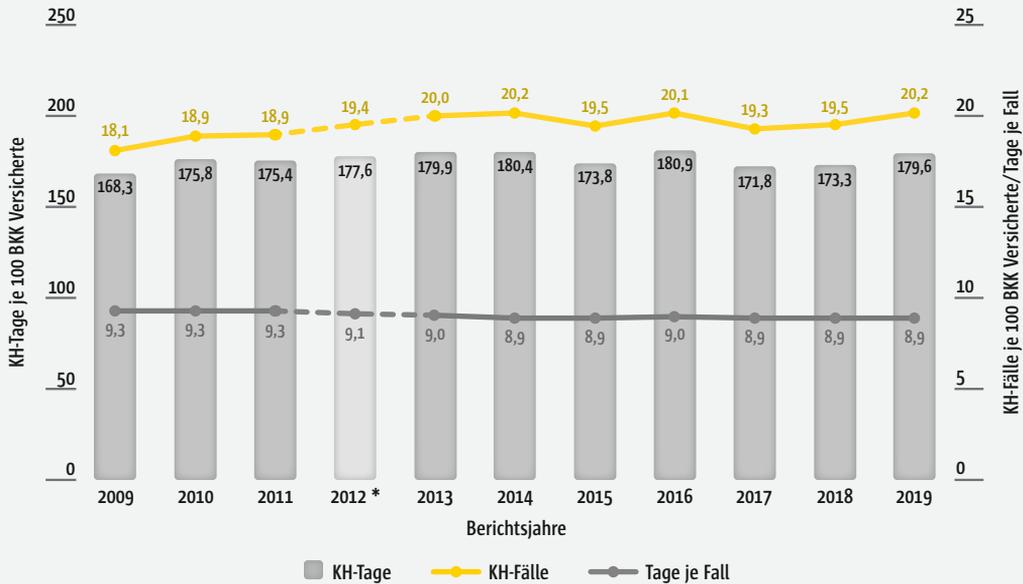
3.1.2 Langzeittrends

- Gegenüber dem Vorjahr sind sowohl die KH-Fälle als auch die KH-Tage leicht um etwa 3,5% gestiegen.
- Lag die durchschnittliche Falldauer in der stationären Versorgung vor 25 Jahren noch bei knapp 2 Wochen, hat sich diese mittlerweile recht konstant bei durchschnittlich rund 9 Tagen eingependelt.

Für das aktuelle Berichtsjahr 2019 sind gegenüber dem Vorjahr etwas höhere Werte zu verzeichnen: Sowohl die KH-Fälle als auch die -Tage sind gegenüber 2018 um ca. +3,5% gestiegen (»» Diagramm 3.1.2). Im Langzeittrend über die zehn vorhergehenden Datenjahre wird wiederum eine deutlichere Steigerung der Kennwerte sichtbar: So betrug im Jahr 2009 die durchschnittliche Fallzahl nur 18,1 stationäre Behandlungsfälle je 100 Versicherte (2019: +11,5%), entsprechend war das Gesamtaufkommen der stationären Behandlungstage mit 168,3 Krankenhaustagen je 100 Versicherte (2019: +6,7%) ebenfalls etwas niedriger.

Dank der noch weiter zurückreichenden BKK Versichertenstatistiken sind auch Vergleiche zu noch deutlich älteren Berichtsjahren möglich. So kamen im Jahr 1999 208 Krankenhaustage auf 100 Versicherte, im Jahr 1989 waren es sogar 257 stationäre Behandlungstage! Die Unterschiede zwischen den Kennzahlen aus drei Jahrzehnten sind allerdings nur sehr begrenzt interpretierbar, dies ist allein schon 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). Es werden aber dennoch die enormen Veränderungen in der stationären Versorgung über diesen Zeitraum erkennbar, so spiegeln sich beispielsweise Verbesse-

Diagramm 3.1.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2009–2019)



* Geschätzt, da keine valide Datengrundlage in diesem Berichtsjahr.

rungen in den Behandlungsmöglichkeiten (z.B. durch Etablierung minimalinvasiver Operationsmethoden in den 1990er-Jahren) genauso wie tiefgreifende Veränderungen aufgrund unterschiedlicher Abrechnungsprinzipien wider (» Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems).

noch gestiegen. In diesem Bereich findet das DRG-System bislang keine Anwendung. Eine ähnliche Systematik (das sogenannte Pauschalierende Entgeltssystem Psychiatrie und Psychosomatik – kurz PEPP) befindet sich aber seit Beginn 2018 verpflichtend in Anwendung, jedoch bis Ende 2019 noch unter budgetneutralen Bedingungen.

Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems

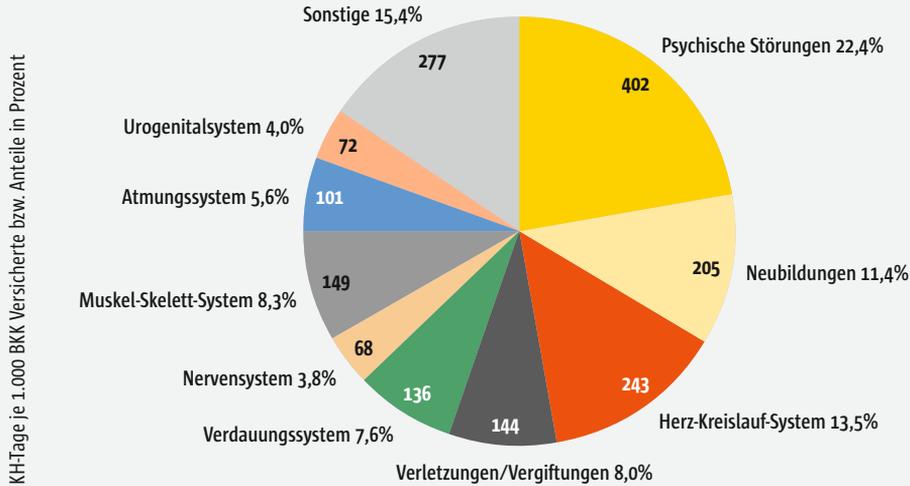
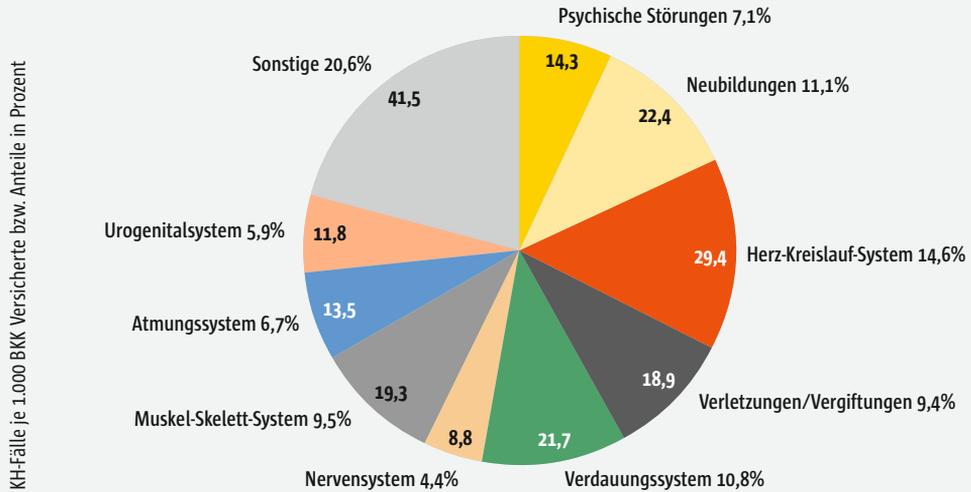
Bemühungen um kürzere Liegezeiten haben lange vor Einführung des Klassifikationssystems der diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRG) in den Jahren 2003/2004 eingesetzt. Das DRG-System erzeugte hierbei aber eine zusätzliche Dynamik, da die Vergütung – vereinfacht ausgedrückt – pauschalisiert und unabhängig von der eigentlichen Liegezeit erfolgt. Lag die durchschnittliche Krankenhausverweildauer 1988 noch bei 16,3 Tagen, so wurde diese in den nachfolgenden Jahren kontinuierlich abgesenkt: 1994 betrug die durchschnittliche Liegedauer bundesweit nur noch 13,9 Tage, im „Optionsjahr“ der DRG-Einführung 2003 (Beteiligung auf freiwilliger Grundlage und budgetneutral, d.h. die DRG-Anwendung führte noch nicht zu Gewinnen oder Verlusten) waren es dann 9,6 Tage.

Anders als im somatischen Bereich sind in der psychiatrischen/psychosomatischen stationären Versorgung in den letzten Jahren die durchschnittlichen Falldauern eher

3.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen

- Die meisten Fälle in der stationären Versorgung werden durch Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems verursacht, gefolgt von Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems.
- Die weitaus meisten stationären Behandlungstage gehen hingegen auf psychische Störungen zurück. Seit 2009 ist deren Zahl um +28% gestiegen, von allen Behandlungstagen geht mehr als jeder fünfte auf die psychischen Störungen zurück.
- Darin wird erkennbar, dass psychische Störungen besonders langwierig sind: Ein Fall dauerte in 2019 im Durchschnitt vier Wochen. Dieser Wert steigt damit wie in den letzten Jahren weiter an.

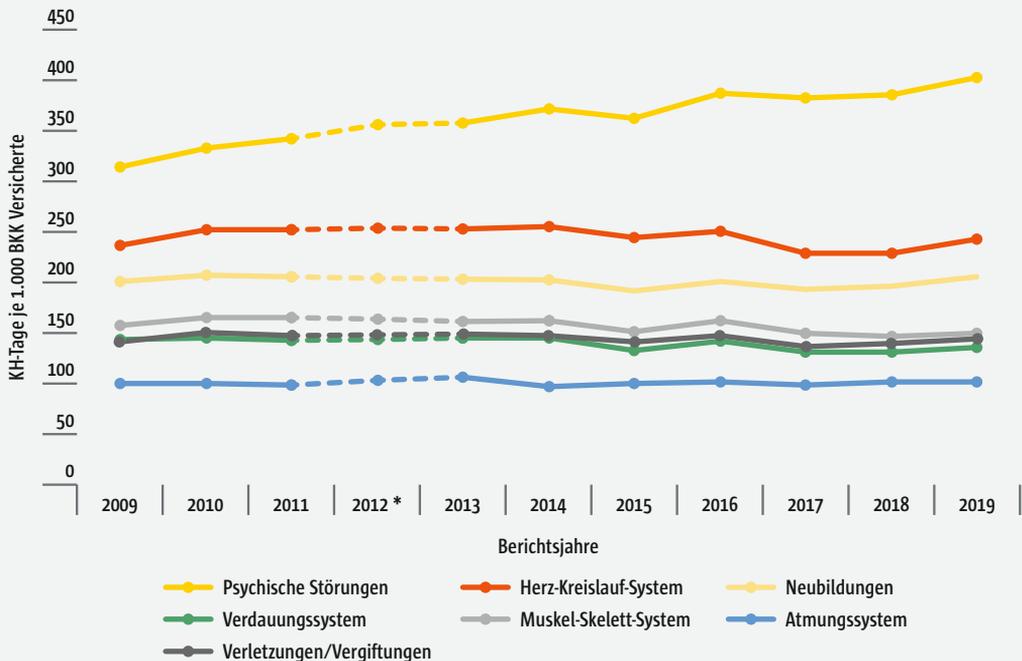
Diagramm 3.1.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)



Wie schon in den letzten Jahren haben auch im aktuellen Berichtsjahr 2019 Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems am häufigsten zu einem Krankenhausaufenthalt geführt: Je 1.000 Versicherte sind für diese Diagnosegruppe 29,4 KH-Fälle zu verzeichnen (■ Diagramm 3.1.3), damit geht jeder siebte Behandlungsfall auf diese Erkrankungsart zurück. Zweithäufigster Behandlungsgrund sind Neubildungen (11,1%) dicht gefolgt von Erkrankungen des Verdauungssystems

(10,8%). Psychische Störungen machen hingegen nur 7,1% aller Fälle aus. Bei den Behandlungstagen zeigt sich hingegen ein anderes Bild: Hierbei liegen die psychischen Störungen mit 402 KH-Tagen je 1.000 BKK Versicherte deutlich an der Spitze, dies entspricht 22,4% aller KH-Tage. Auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehen wiederum 13,5% der Behandlungstage zurück und auf Neubildungen 11,4%. Die im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen sowie in der ambulanten Versorgung

Diagramm 3.1.4 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2009–2019)



* Geschätzt, da keine valide Datengrundlage in diesem Berichtsjahr.

sehr häufig vorkommenden Erkrankungen des Atmungssystems spielen bei den stationären Kennwerten hingegen nur eine untergeordnete Rolle.

Anhand der deutlich unterschiedlichen Anteile bei KH-Fällen und -Tagen lässt sich außerdem schließen, dass die psychischen Störungen besonders lange durchschnittliche Verweildauern aufweisen: Im Jahr 2019 waren Betroffene je Erkrankungsfall durchschnittlich 4 Wochen in stationärer Behandlung. Die Verweildauer bei anderen Erkrankungen ist mit im Schnitt weniger als 10 KH-Tagen je Fall deutlich kürzer. Entsprechend erfolgen Langzeitbehandlungen bei weitem am häufigsten aufgrund von psychischen Störungen, 61,0% aller Fälle mit mehr als sechs Wochen Dauer sind darauf zurückzuführen. Den zweitgrößten Teil machen Neubildungen mit 11,4% der Langzeitfälle aus, gefolgt von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems mit einem Anteil von 6,2%.

Gegenüber der nur mäßigen Zunahme an Behandlungstagen insgesamt in den letzten 10 Jahren (III Diagramm 3.1.2), stechen bei der Betrachtung nach Erkrankungsarten (III Diagramm 3.1.4) wieder

rum die psychischen Störungen heraus: Im Vergleich zu 2009 ist deren durchschnittliche Anzahl um +28,1% gestiegen. Dabei ist auch zu vermerken, dass hier sowohl die Fallzahlen (+10,8%) als auch die Verweildauer (+15,8%) an sich zugenommen haben. Bei anderen Erkrankungsarten stagniert hingegen die Anzahl an Behandlungstagen oder diese geht sogar zurück. So ist etwa die durchschnittliche Zahl der KH-Tage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen zu dem in diesem Vergleich dargestellten Höchststand im Jahr 2010 im Verhältnis zu 2019 um -9,6% gesunken. Auch bei den Erkrankungen des Atmungssystems sind die Kennwerte - anders als in anderen Leistungsbereichen, wo unterschiedlich starke Grippe-/Erkältungswellen zu deutlichen saisonalen Schwankungen führen - über die Jahre relativ gleichbleibend.

Tabelle 3.1.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2019)

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,6	110,5	41,9
F32	Depressive Episode	1,8	67,9	38,6
I50	Herzinsuffizienz	4,4	49,6	11,3
I63	Hirninfrakt	2,5	31,7	12,8
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2,9	30,0	10,3
F20	Schizophrenie	0,7	28,3	39,0
S72	Fraktur des Femurs	1,6	25,3	15,8
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	2,2	21,8	9,9
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	2,3	21,5	9,2
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	2,1	20,4	9,8

- Als Einzeldiagnosen stechen Depressionen (F32, F33) besonders heraus: Ohnehin gehen viele Behandlungstage auf diese zurück, zudem sind für die rezidivierende Form dieser Krankheit (F33) auch in diesem Jahr die Fallzahlen weiter gestiegen.
- Ein besonderer Anstieg gegenüber dem Vorjahr zeigt sich außerdem bei der Herzinsuffizienz (I50): Mehr als 13% Steigerung bei Fallzahlen und Behandlungstagen.

Auch bei der Betrachtung von Einzeldiagnosen sind es psychische Störungen, aufgrund derer viele Behandlungstage anfallen (»»» Tabelle 3.1.2). Die mit Abstand meisten Krankenhaustage sind aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) erfolgt (110,5 KH-Tage je 1.000 Versicherte), diese Einzeldiagnose weist auch in diesem Jahr eine merkliche Steigerung im Vergleich zum Vorjahr auf: Ein Zuwachs von +7,9% bei den Behandlungstagen aufgrund dieser Diagnose sowie +6,9% bei den diesbezüglichen Behandlungsfällen ist zu verzeichnen. Die zweitmeisten Behandlungstage sind wiederum für depressive Episoden (F32) dokumentiert. Damit sind zusammen mit den psychischen Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) und Schizophrenie (F20) vier Einzeldiagnosen aus dem Spektrum der psychischen Erkrankungen in dieser Liste der zehn wichtigsten Diagnosen nach KH-Tagen zu finden. An nach Behandlungstagen dritter Stelle tritt die Herzinsuffizienz (I50) auf, bei dieser Einzeldiagnose zeigt sich in diesem Jahr

mit rund +13% Zuwachs gegenüber dem Vorjahr bei den KH-Fällen und -Tagen die größte relative Zunahme in den hier dargestellten Kennwerten. An vierter Stelle folgt mit dem Hirninfrakt (I63) eine weitere Herz-Kreislauf-Erkrankung. Insgesamt geht mehr als jeder fünfte stationäre Behandlungstag auf eine der zehn hier aufgeführten Einzeldiagnosen zurück.

Die zwei Depressionsdiagnosen stechen dabei auch deshalb besonders heraus, da diese oft Ursachen von Langzeitbehandlungen mit mehr als 6 Wochen stationärem Aufenthalt sind: 41,8% aller stationär behandelten depressiven Episoden (F32) und fast die Hälfte (47,6%) aller dort behandelten rezidivierenden depressiven Störungen (F33) weist eine solch lange Verweildauer auf.

Entwicklung der Fallzahlen während der Coronavirus-Pandemie

In einer ersten Auswertung der Krankenhauskenntzahlen zeigte sich ein deutlicher Einbruch der Fallzahlen während der Hochphase der Coronavirus-Pandemie im März/April 2020. Nicht nur für elektive Eingriffe wie das Einsetzen von künstlichen Knie- oder Hüftgelenken sanken die Kennwerte deutlich, auch bei akuten Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall war eine erhebliche Verringerung der Fallzahlen zu verzeichnen. Im folgenden BKK Gesundheitsreport 2021 werden hierzu genauere Analysen folgen.

3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Krankenhausbehandlungen umfassen im Gegensatz zur Arbeitsunfähigkeit, die sich nur auf die krankengeldberechtigten BKK Mitglieder bezieht, alle Versichertengruppen – 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

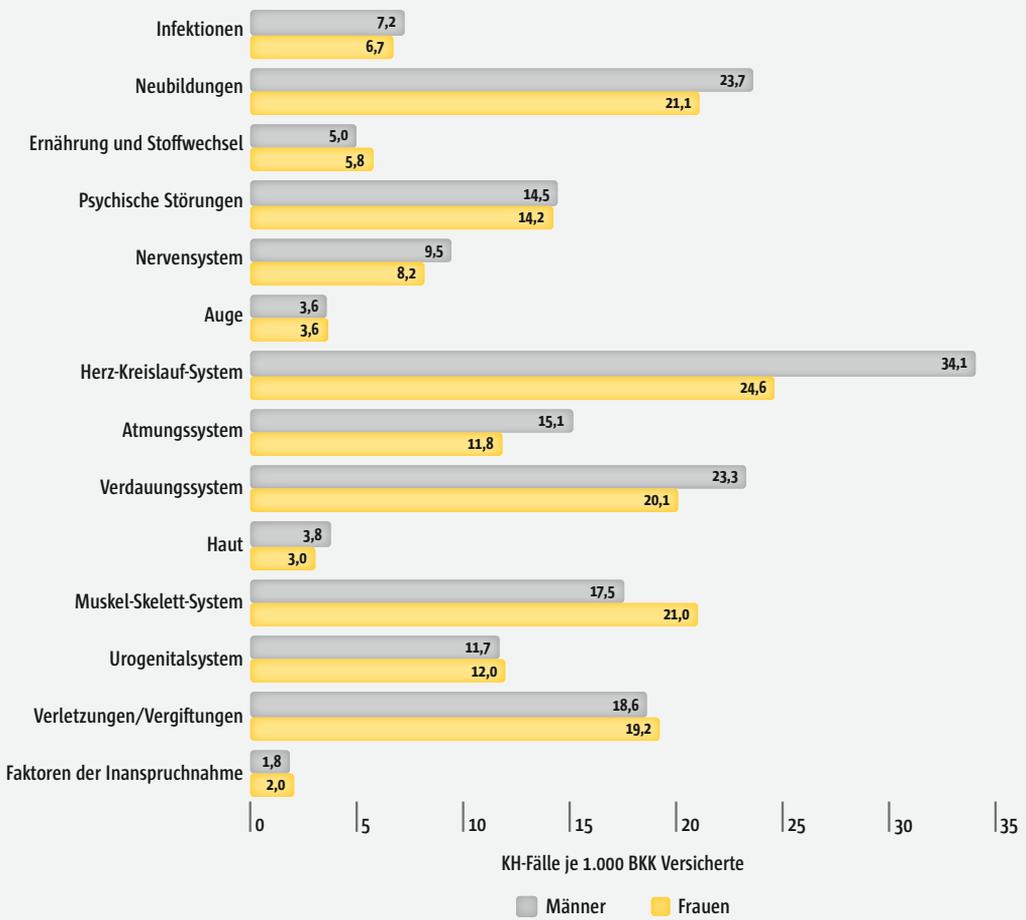
- Männer sind nur geringfügig häufiger in stationärer Behandlung als Frauen. Fast kein Unterschied besteht bei der durchschnittlichen Anzahl an Behandlungstagen.
- Herz- und Kreislauf-Erkrankungen sind vor allem „Seniorenkrankheiten“: Ab dem 60. Lebensjahr ist dies vor allem für Männer der häufigste 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 unterscheiden sich Männer und Frauen nur in geringem Umfang hinsichtlich der Häufigkeit stationärer Behandlungen: Auf 1.000 BKK Versicherte kommen bei den Männern 206,0 KH-Fälle, bei den Frauen sind es 197,6 KH-Fälle. Der Unterschied bei der durchschnittlichen Anzahl der Krankenhaustage je Versicherten ist sogar noch geringer zwischen den Geschlechtern (Männer: 1.810 KH-Ta-

ge je 1.000 Versicherte; Frauen: 1.783 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Hingegen teils deutliche Geschlechtsunterschiede finden sich bei einzelnen Diagnosehauptgruppen, wie sich aus **III** Diagramm 3.2.1 und **III** Diagramm 3.2.2 erkennen lässt. So sind Männer mit 34,1 KH-Fällen je 1.000 Versicherte etwa um +40% häufiger von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen als Frauen (24,6 KH-Fälle je 1.000 Versicherte), pro 1.000 männliche Versicherte fallen dabei 283 Behandlungstage an (bei den Frauen nur 202 Behandlungstage). Auch wegen Erkrankungen des Atmungssystems sind Männer öfter in stationärer Behandlung, es fallen hier bei den Männern rund ein Drittel (+34,0%) mehr Krankenhaustage pro Versicherten gegenüber den Frauen an. Frauen werden dagegen häufiger aufgrund von Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten 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 (+29,8%), ist hingegen bei den Stoffwechselkrankheiten nur ein geringfügiger Unterschied bei den Behandlungstagen pro Versicherten zu finden, woraus für die Männer eine höhere durchschnittliche Falldauer resultiert. Bei den psychischen Erkrankungen sind es hingegen die Frauen, die im Schnitt länger in Behandlung sind (31,1 vs. 25,1 Tage je Fall). Gleiches gilt auch für Verletzungen und Vergiftungen (8,1 vs. 7,1 Tage je Fall).

Erwartungsgemäß sind Krankenhausbehandlungen bei jungen Menschen eher selten. Erst etwa in der zweiten Lebenshälfte werden die Behandlungen häufiger, es nimmt dann mit steigendem Alter sowohl die Anzahl der Krankenhausfälle als auch die der -tage zu. Bei den unter 35-Jährigen beträgt die Fallzahl zwischen 100 und 110 Fällen je 1.000 Versicherte. Im Renteneintrittsalter (Altersgruppe 65 bis 69 Jahre) ist die Fallzahl mit 319 Fällen je 1.000 Versicherte demgegenüber etwa dreimal so groß, bei den über 80-jährigen beträgt die Fallzahl mit 681 Fällen je 1.000 Versicherte mehr als Sechsfache. Äquivalent

Diagramm 3.2.1 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



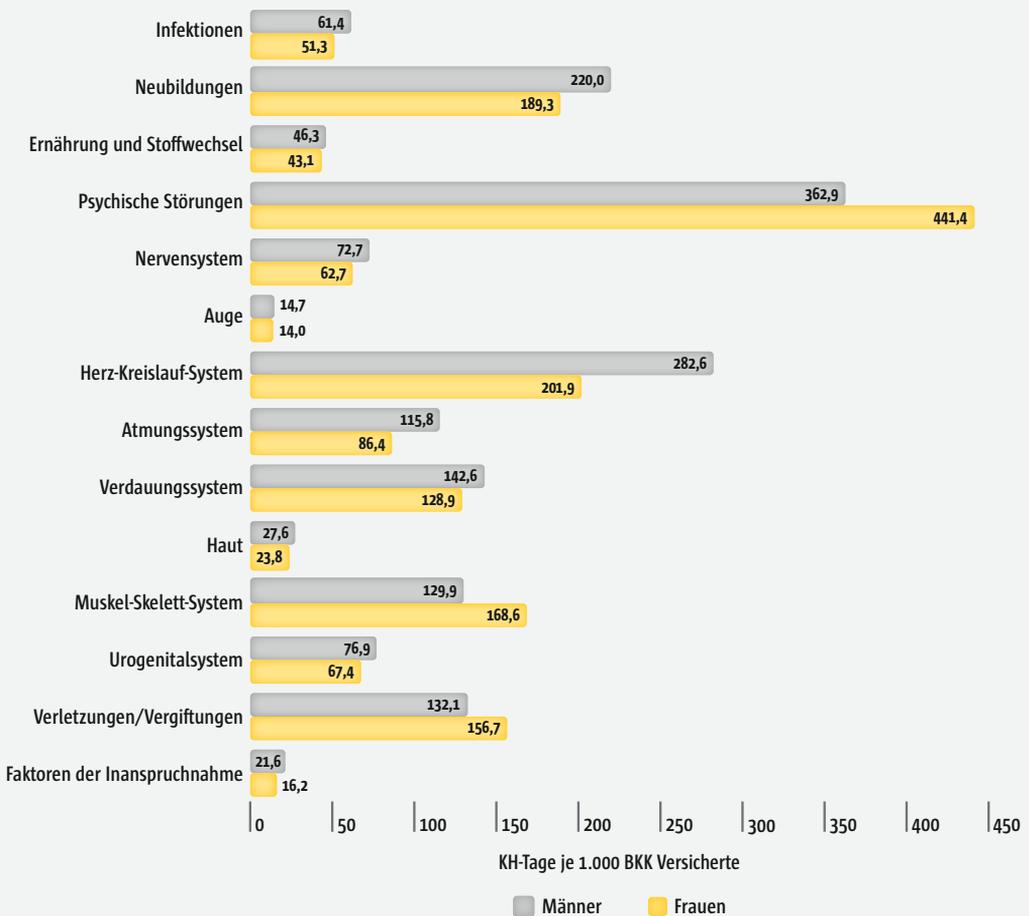
nehmen auch die Krankenhaustage mit dem Alter zu: Die 65- bis 69-Jährigen waren im aktuellen Berichtsjahr 2019 durchschnittlich fast einen ganzen Tag mehr in stationärer Behandlung als der Gesamtdurchschnitt aller Versicherten (2,7 vs. 1,8 KH-Tage je Versicherten). Im Mittel war jeder Versicherte im Alter von 80 Jahren oder älter sogar fast 7 Tage in stationärer Behandlung.

Betrachtet man zudem die stationären Behandlungsfälle und -tage der Altersgruppen getrennt nach Geschlecht, werden weitere Auffälligkeiten in bestimmten Lebensabschnitten ersichtlich (»» Diagramm 3.2.3). So sind Jungen bis zur Pubertät das „auffälligere“ Geschlecht (u.a. aufgrund deutlich höherer Kennwerte bei Atmungssystem-Erkrankun-

gen, angeborener Fehlbildungen sowie bei Verletzungen/Vergiftungen), sie sind in der Altersgruppe bis 15 Jahre mit 108,3 KH-Fällen je 1.000 Versicherte deutlich häufiger in stationärer Behandlung als Mädchen (90,5 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 Ju-

Diagramm 3.2.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



gendlichen in der Altersgruppe unter 15 Jahren aufgrund psychischer Störungen relativ selten sind: So waren im Jahr 2019 durchschnittlich nur 5,5 KH-Fälle je 1.000 Versicherte und 200 Behandlungstage je 1.000 Versicherte in dieser Gruppe zu verzeichnen. Ergänzend sei hierzu erwähnt, dass dabei Jungen – anders als in allen nachfolgenden Altersgruppen – eine deutlich längere Falldauer aufweisen (38 vs. 34 KH-Tage je Fall). Die höchsten Fallzahlen in dieser Altersgruppe sind hingegen bei Atemwegserkrankungen sowie Verletzungen/Vergiftungen zu finden. Dies entspricht auch den hohen Diagnoseanteilen in der ambulanten Versorgung für diese Erkrankungsarten in dieser Altersgruppe (» Kapitel 2).

In der Altersgruppe von 15 bis 19 Jahren kehrt sich das Verhältnis der Kennwerte von männlichen und weiblichen Versicherten um: Weibliche Jugendliche dieses Alters sind deutlich häufiger in stationärer Behandlung als männliche (122,2 vs. 88,6 KH-Fällen je 1.000 Versicherte). Wie in den beiden Diagrammen zu erkennen ist, steigen für diese Altersgruppe vor allem die Fallzahlen (und damit auch die Krankenhaustage pro Versicherte) aufgrund von psychischen Erkrankungen stark an: Jeder fünfte Krankenhausaufenthalt bei den 15- bis 19-Jährigen erfolgt aufgrund einer diagnostizierten psychischen Erkrankung, sogar rund 60% der Krankenhaustage gehen auf diese Diagnosehauptgruppe zurück. Dabei ist der geschlechtsbezogene Unterschied bei der Falldauer mit

Diagramm 3.2.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

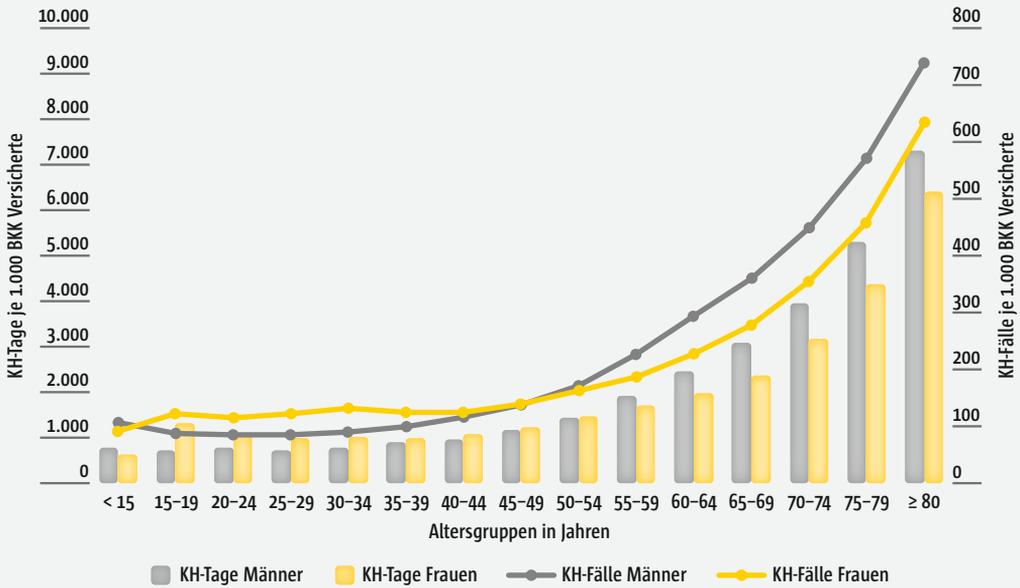


Diagramm 3.2.4 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2019)

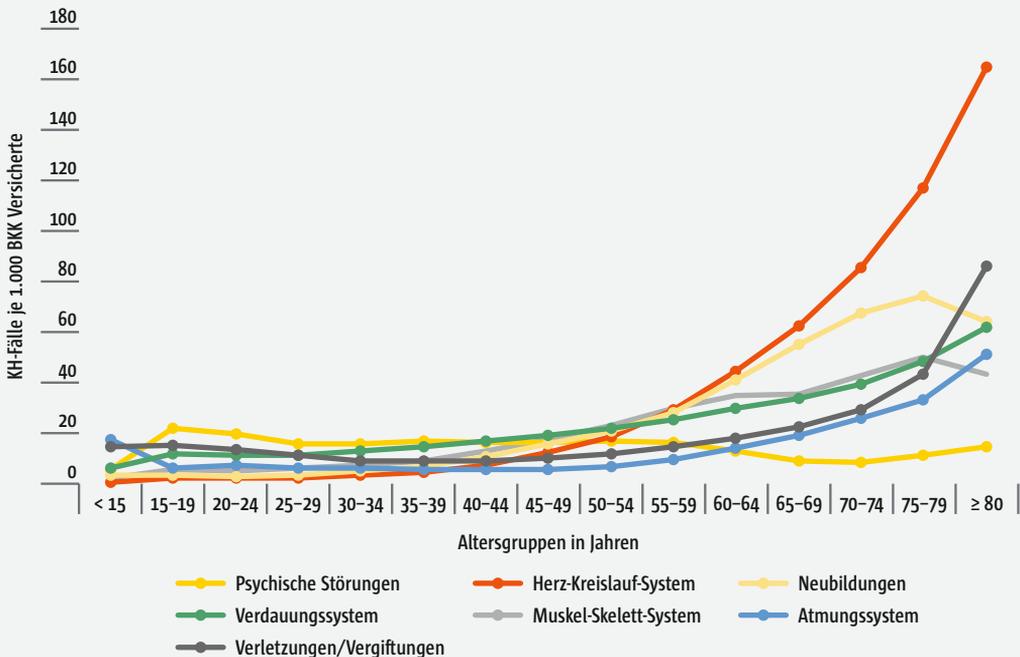
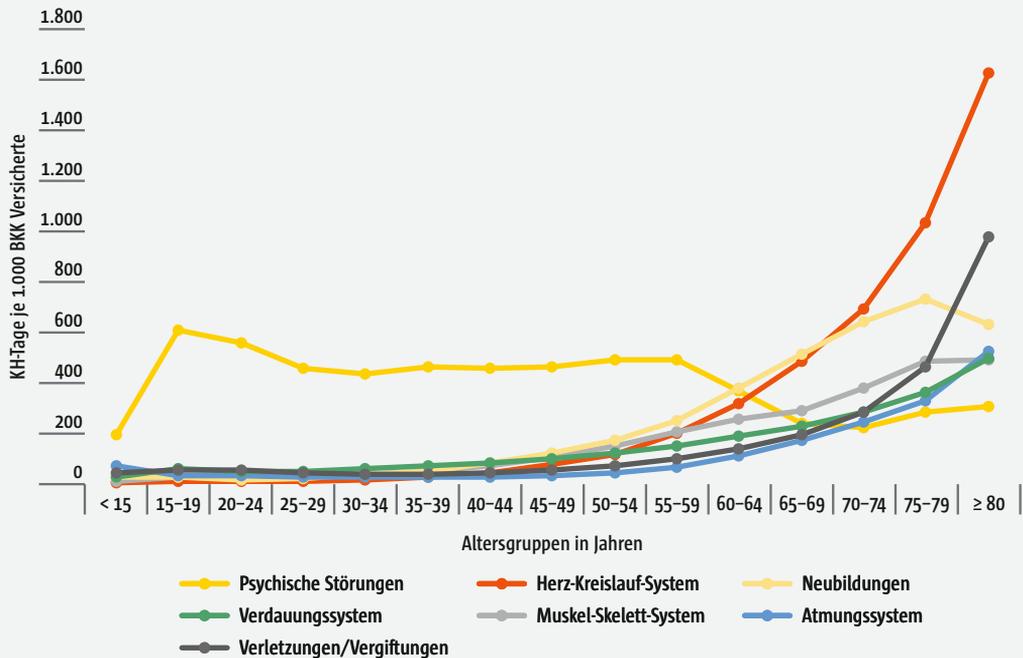


Diagramm 3.2.5 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2019)



einer Differenz von 8 Tagen so groß wie in keiner anderen Altersgruppe (Frauen: 32 KH-Tage je Fall vs. Männer: 22 KH-Tage je Fall). Männliche Jugendliche sind hingegen von Verletzungen und Vergiftungen mit 18,2 Fällen je 1.000 Versicherte häufiger betroffen als weibliche (11,9 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 aus Schwangerschaft und Geburt (so führen zwischen 25 und 39 Jahren Schwangerschaft und Entbindung am häufigsten zu einem Krankenhausaufenthalt) sowie frauenspezifischen 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. Deren durchschnittliche Falldauer ist dabei aber durchweg etwa eine Woche kürzer als die der Frauen.

Insgesamt dominieren in den Altersgruppen bis zum 60. Lebensjahr die psychischen Störungen bei den Mengen der stationären Aufenthaltstage. Erst danach sind es insbesondere die Neubildungen sowie die

Herz- und Kreislauf-Erkrankungen, aufgrund derer sich mehr Krankenhaustage summieren – wobei die Behandlungsfälle und -tage aufgrund psychischer Erkrankungen bei den Altersgruppen über 60 Jahre gleichzeitig auf ein niedrigeres Niveau fallen. Die stationären Behandlungen aufgrund von Neubildungen nehmen ab dem 40. Lebensjahr vor allem bei den Frauen zu, so sind bei den 40- bis 54-Jährigen Neubildungen in der Regel 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 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 mehr als 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 (98,7 vs. 70,4 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

- 2019 betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer von psychischen Störungen 28 Tage je Fall – rund 3 Tage mehr als noch vor 10 Jahren.
- Depressionen (F32 bzw. F33) sind dabei die bei weitem häufigste Diagnose: Bei Frauen sind diese der Behandlungsgrund bei fast der Hälfte, bei Männern immerhin bei fast 40% der Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen.

Die psychischen Störungen haben, was die durchschnittliche Anzahl der damit verbundenen stationären Behandlungstage angeht, schon seit 2007 die Spitzenposition inne, als erstmals mehr KH-Tage auf diese Erkrankungsart anstatt auf Kreislauf-Erkrankungen entfielen. Seitdem hat die Zahl der Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen sukzessive zugenommen, im 10-Jahres-Vergleich um +28,1% (III Diagramm 3.1.4). Bei der Bewertung dieser Kennzahlenentwicklungen 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 verbindliches pauschalierendes Entgeltsystem eingeführt war (siehe III Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems). Somit ist für die psychischen Störungen keine Verweildauerreduzierung wie im somatischen Bereich zu beobachten – im Gegenteil: Entsprechend der genannten Kennzahlen ergibt sich eine Steigerung der durchschnittlichen Falldauer seit 2009 um mehr als 3 Tage (2009: 24,2 Tage je Fall vs. 2019: 28,0 Tage je Fall).

Sind Frauen und Männer allgemein betrachtet zwar in etwa gleich häufig aufgrund von psychi-

schen Störungen in stationärer Behandlung, so zeigen sich teilweise deutliche Unterschiede bei der Betrachtung der Einzeldiagnosen (III Tabelle 3.2.1). So sind Frauen 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) zusammengenommen verursachen fast die Hälfte aller psychisch bedingten Krankenhaustage bei den Frauen. Auch bei den Männern sind dies die häufigsten Einzeldiagnosen, zusammen verursachen diese aber „nur“ knapp 39% aller psychisch bedingten Krankenhaustage. Wiederum ist bei den Männern aber eine höhere Prävalenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bekannt¹, was sich in den deutlich höheren Fallzahlen zur entsprechenden ICD-Diagnose (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, F10) widerspiegelt. Dabei ist die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer mit 10,5 Tagen (Männer) bzw. 9,9 Tagen (Frauen) je Fall deutlich kürzer als die aller anderen hier aufgeführten Diagnosen. Ein weiterer Geschlechtsunterschied bei der Behandlungsdauer zeigt sich bei den Anpassungsstörungen (F43): Frauen werden aufgrund dessen acht Tage länger stationär behandelt als Männer (26,1 vs. 18,1 Tage je Fall).

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 und -tage auf depressive Episoden (F32) zurückzuführen sind. 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 Beein-

1 Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft (2017). Alkoholatlas Deutschland 2017. Pabst Science Publishers: Lenigerich.

Tabelle 3.2.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

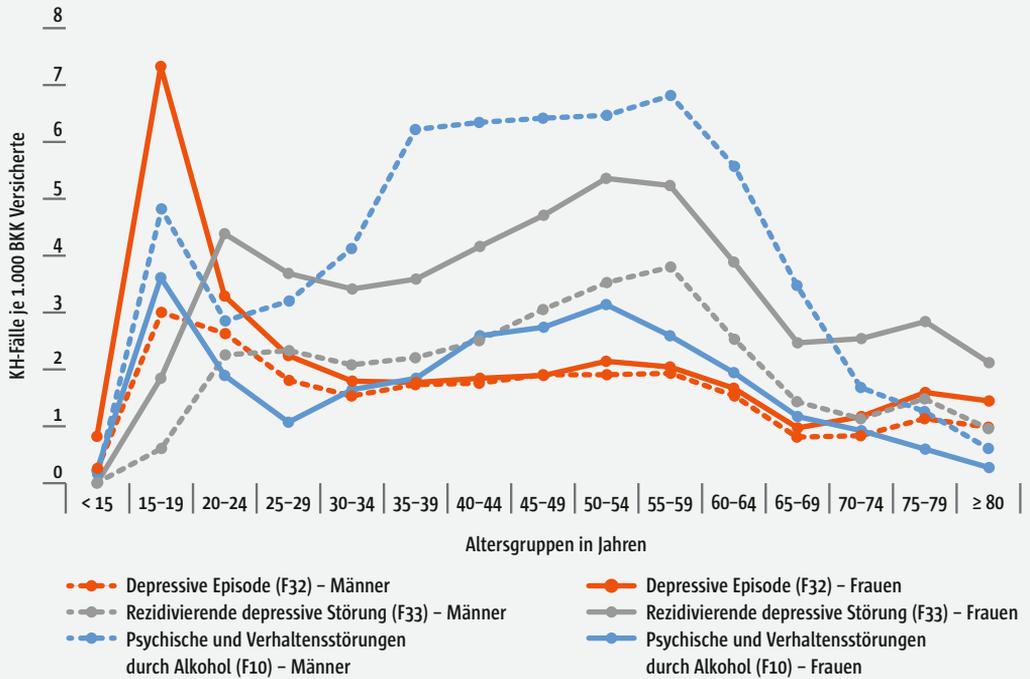
ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
Männer				
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,0	82,5	41,2
F32	Depressive Episode	1,5	57,3	37,5
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	4,1	42,7	10,5
F20	Schizophrenie	0,9	35,8	38,0
F45	Somatoforme Störungen	0,6	11,2	19,9
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,6	10,1	18,1
F31	Bipolare affektive Störung	0,3	10,1	38,8
F90	Hyperkinetische Störungen	0,2	9,9	47,8
F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	0,5	9,5	20,5
F25	Schizoaffektive Störungen	0,2	9,0	40,7
Frauen				
F33	Rezidivierende depressive Störung	3,3	138,9	42,3
F32	Depressive Episode	2,0	78,6	39,5
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,8	22,0	26,1
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	0,6	21,6	34,3
F45	Somatoforme Störungen	1,1	21,5	18,8
F20	Schizophrenie	0,5	20,7	40,9
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,7	17,1	9,9
F50	Essstörungen	0,3	14,7	52,6
F31	Bipolare affektive Störung	0,4	14,1	40,0
F25	Schizoaffektive Störungen	0,3	13,8	42,4

trächtigungen bei Körper- und Selbstwertgefühl². 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 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. Dabei sind die männlichen Jugendlichen dieser Altersgruppe nur in relativ geringem Umfang häufiger deshalb in stationärer Behandlung als die weiblichen. Hierbei handelt es sich allerdings vorrangig um sehr kurzzeitige Aufenthalte aufgrund von akutem Missbrauchsverhalten:

2 Groen G, Petermann F (2011). Depressive Kinder und Jugendliche. Hogrefe: Göttingen.

Diagramm 3.2.6 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten für ausgewählte Diagnosen der Psychischen Störungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



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 hohen Kennzahlen bei den Männern gegenüber den Frauen. Die meisten stationären Fälle, einhergehend auch mit den meisten Behandlungstagen, sind bei dieser Diagnose bei den 55- bis 59-jährigen zu verzeichnen.

Vergleich man die stationäre Versorgung psychischer Störungen mit dem Geschehen in anderen Leistungsbereichen, zeigen sich einige Unterschiede: Es spiegeln sich die hohen stationären Fallzahlen 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 zumindest teilweise ein Kennwertrückgang im Bereich des Renteneintrittsalters zu erkennen.

Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems

- Häufigste Einzeldiagnosen der Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sind Herzinsuffizienz (I50) und Hirninfarkt (I63): Fast jeder vierte Herz-Kreislauf-Krankenhausfall (und jeder dritte Behandlungstag aufgrund dieser Erkrankungsart) geht auf diese beiden Diagnosen zurück.
- Gegenüber dem Vorjahr weisen insbesondere die Behandlungsfälle und -tage aufgrund von Herzinsuffizienz mit einem Plus von 13% eine deutliche Steigerung auf.
- Deutlicher Geschlechtsunterschied bei der chronisch ischämischen Herzkrankheit (I25) aufgrund derer Männer mehr als dreimal so häufig in stationärer Behandlung sind wie Frauen. Frauen sind hingegen deutlich häufiger wegen Bluthochdruck (I10) im Krankenhaus als Männer.

Wie schon zuvor erwähnt, sind Männer häufiger als Frauen aufgrund von Herz- und Kreislauf-Erkrankungen in stationärer Behandlung. Wie anhand von **»** Tabelle 3.2.2 zu erkennen ist, gehen die meisten

Tabelle 3.2.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen des Herz-Kreislauf-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

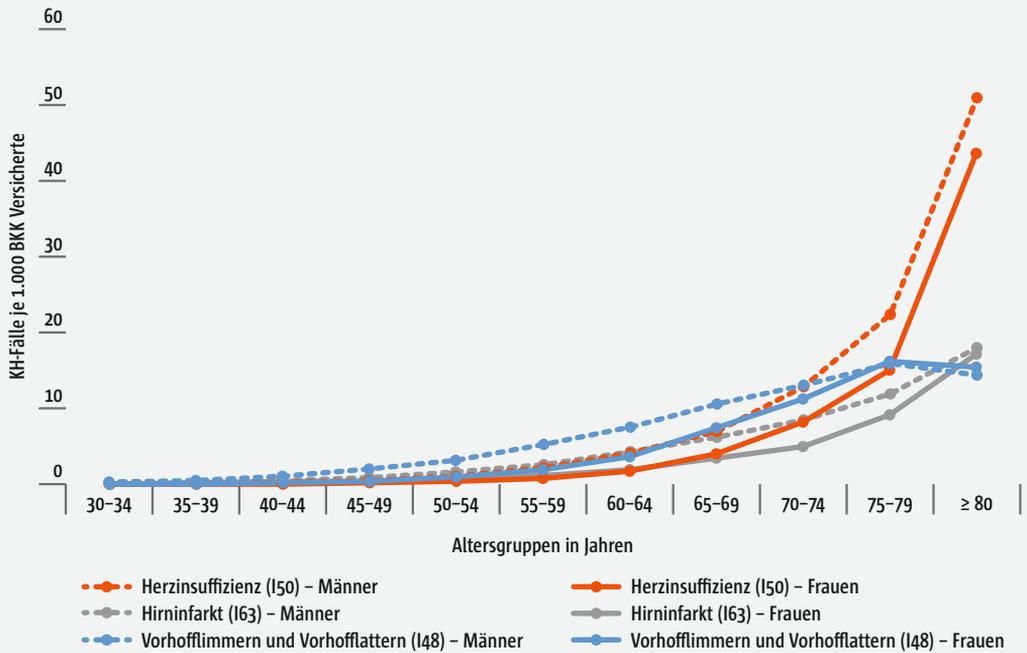
ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
Männer				
I50	Herzinsuffizienz	4,8	54,0	11,4
I63	Hirnfarkt	2,8	35,3	12,8
I70	Atherosklerose	2,6	25,9	10,1
I21	Akuter Myokardinfarkt	3,1	25,5	8,3
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	3,9	18,8	4,9
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	3,2	17,7	5,5
I20	Angina pectoris	3,2	15,8	4,9
I35	Nicht-rheumatische Aortenklappenkrankheiten	0,9	10,6	12,3
I61	Intrazerebrale Blutung	0,4	7,4	20,3
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	1,5	7,0	4,7
Frauen				
I50	Herzinsuffizienz	4,0	45,2	11,2
I63	Hirnfarkt	2,2	28,0	12,8
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	3,0	16,7	5,6
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	2,7	13,6	5,0
I70	Atherosklerose	1,2	12,6	10,1
I21	Akuter Myokardinfarkt	1,3	11,2	8,8
I20	Angina pectoris	1,6	7,6	4,8
I35	Nicht-rheumatische Aortenklappenkrankheiten	0,6	6,7	12,0
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	1,0	5,5	5,3
I26	Lungenembolie	0,6	4,9	8,9

stationären Behandlungstage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen auf die Einzeldiagnosen Herzinsuffizienz (I50) und Hirnfarkt (I63) zurück. Dabei haben insbesondere die Behandlungsfälle (+13,7%) und -tage (+13,4%) aufgrund von Herzinsuffizienz gegenüber dem Vorjahr zugenommen. Größere Geschlechtsunterschiede zeigen sich in dieser Auflistung der wichtigsten Einzeldiagnosen hingegen bei weiteren Diagnosen, so ist der Unterschied bei der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25) mit mehr als dreimal so vielen KH-Fällen und KH-Tagen bei Männern im Vergleich zu den Frauen

am größten ausgeprägt. Des Weiteren sind bei Angina Pectoris (I20), akutem Myokardinfarkt (I21) sowie bei Atherosklerose (I70) die Fall- und Behandlungstage bei den Männern rund doppelt so hoch wie bei Frauen. Hingegen sind Männer gegenüber den Frauen nur etwa halb so oft zur Behandlung von Bluthochdruck (I10) im Krankenhaus, auch die Anzahl der zugehörigen Krankenhaustage ist nur etwa halb so groß.

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

Diagramm 3.2.7 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten für ausgewählte Diagnosen des Herz-Kreislauf-Systems nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



Diagnosen Herzinsuffizienz (I50), Hirninfarkt (I63) sowie Vorhofflimmern und Vorhofflattern (I48) im 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. In dieser Altersgruppe sind Männer und Frauen fast gleichhäufig aufgrund einer solchen Erkrankung in stationärer Behandlung. Bei den Jüngeren zeigt sich hingegen teilweise ein deutlicher Geschlechtsunterschied: Zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr sind für Männer rund 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 hier rund jeder fünfte Behandlungsfall bei Versicherten jünger als 60 Jahre erfolgt.

Die für die stationäre Versorgung beschriebenen Geschlechtsunterschiede bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in ähnlicher Form auch im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (III Kapitel 1.2) vorzufinden. Eine ambulante Behandlung wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen nehmen hingegen eher mehr Frauen in Anspruch (III Kapitel 2.2), diese bekommen auch wesentlich häufiger Medikamente für Herz- und Kreislauf-Erkrankungen als die Männer verordnet (III 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 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 konservativ (z.B. mit Medikamenten) therapiert werden kann und eine stationäre Behandlung nicht notwendig wird.

■ Dagegen suchen Männer medizinische Versorgung tendenziell später und häufig erst mit schwerwiegenderen Symptomen auf, was wie-

derum 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 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 den 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 (in der hier betrachteten Akutversorgung, darüber hinaus auch in der stationären Rehabilitation) vorzufinden. Die Fallzahlen und daraus resultierende Behandlungstage aufgrund von Neubildungen sind in den letzten Jahren sehr stabil (vgl. u.a. **III** Diagramm 3.1.4). Unterschiede zeigen sich allerdings bei den Einzeldiagnosen. Die meisten Behandlungsfälle und die meisten daraus resultierenden Krankenhaustage sind bei den Frauen auf eine Brustkrebserkrankung (C50) zurückzuführen (**III** 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 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 Frauen³ – in der Bevölkerung widerspiegelt. Größer noch ist der Geschlechtsunterschied bei Neubildungen des Magens (C16) sowie des Rektums (C20): Bei beiden Einzeldiagnosen weisen Männer im Vergleich zu den Frauen rund doppelt so viele Krankenhaustage und -tage auf.

Gerade bei den geschlechtsspezifischen Krebserkrankungen 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)⁴. 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): Bei mehr als einem Drittel aller Brustkrebsfälle (36,1%) sind die Patientinnen jünger als 55 Jahre alt, bei Lungen- und Bronchialkrebs sind die Betroffenen (berechnet für beide Geschlechter) nur bei 9,5% jünger als 55 Jahre und nur 4,0% der Prostatakrebs-Patienten sind in einem solchen, noch jungen Alter betroffen. Die meisten stationären Behandlungsfälle aufgrund von Neubildungen erfolgen hingegen bei Patientinnen und Patienten zwischen 70 und 80 Jahren, hier exemplarisch zu beobachten für das Prostatakarzinom. Bei Lungen- und Bronchialkrebs zeigt sich in der geschlechtsspezifischen Betrachtung besonders ab dem Renteneintrittsalter ein deutliches Auseinanderklaffen der Fallzahlen. So beträgt der Spitzenwert bei den Männern 11,9 KH-Fälle je 1.000 Versicherte bei den 70- bis 74-Jährigen, bei gleichaltrigen Frauen sind es hingegen nur 7,1 KH-Fälle je 1.000 Versicherte. Entgegen epidemiologischer Zahlen⁴, die auch jenseits des 80. Lebensjahrs hohe Erkrankungsraten 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.

In anderen Leistungsbereichen spielen die Neubildungen keine so große Rolle wie in der stationären Versorgung, aber man kann zumindest ähnliche alters- und geschlechtsspezifische Muster erkennen. So sind in der ambulanten Versorgung die Anteile von weiblichen Versicherten aufgrund eines Mammakarzinoms 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

3 vgl. z.B. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

4 Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg.) (2017). Krebs in Deutschland für 2013/2014. RKI: Berlin.

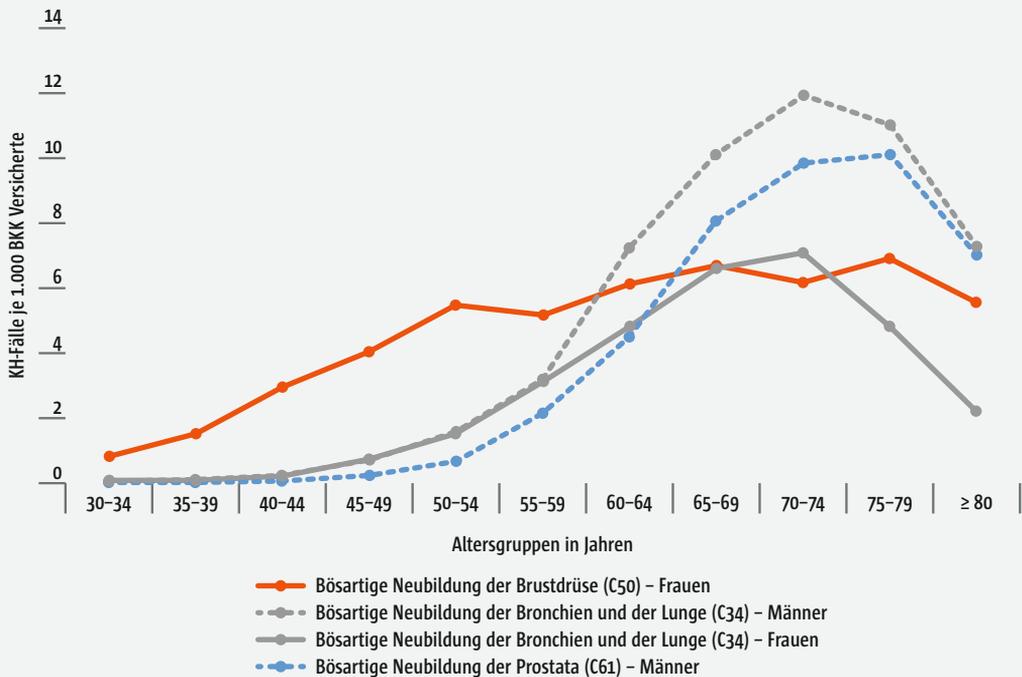
Tabelle 3.2.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Neubildungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

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	2,7	27,1	10,1
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	2,1	16,2	7,9
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	1,1	14,0	12,4
C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	1,8	12,9	7,2
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	0,9	11,2	12,6
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	0,8	9,0	11,4
C16	Bösartige Neubildung des Magens	0,7	8,4	11,8
C83	Nicht folliculäres Lymphom	0,7	7,1	10,9
C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	1,2	6,8	5,5
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	0,5	6,2	12,5
Frauen				
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	3,2	31,6	9,9
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	1,7	16,5	9,5
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	0,7	10,3	13,8
C56	Bösartige Neubildung des Ovars	0,6	7,4	12,4
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	0,6	7,1	12,5
D25	Leiomyom des Uterus	1,4	6,7	4,9
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	0,5	6,4	12,4
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	0,4	5,0	11,1
C92	Myeloische Leukämie	0,2	4,4	18,7
C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	0,5	4,3	8,6

Mittel (Lo1) sowie bei Arbeitsunfähigkeitsfällen aufgrund von Neubildungen, wobei im AU-Geschehen wiederum die Kennzahlen aufgrund des *healthy wor-*

ker effects bei den 65-jährigen Beschäftigten – gegenüber zu den ambulanten und stationären Fallzahlen – stark zurückgehen.

Diagramm 3.2.8 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten für ausgewählte Diagnosen der Neubildungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



3.2.2 Stationäre Versorgung nach Versichertenstatus

- Neben den Rentnern sind auch Arbeitslose deutlich öfter und länger in stationärer Behandlung als Beschäftigte oder Familienangehörige.
- Bei Arbeitslosen sind psychische Störungen der häufigste Grund für Krankenhausaufenthalte: Mehr als die Hälfte aller Behandlungstage gehen auf diese Krankheitsart zurück.
- Bei Rentnern ist hingegen jeder fünfte Behandlungstag auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen.

Die Gruppe der Versicherten besteht aus verschiedenen Subgruppen (»»» Diagramm 0.1.1) von denen nachfolgend die beschäftigten Mitglieder, die Arbeitslosen (unterschieden zwischen ALG-I- und ALG-II-Empfängern), die Familienangehörigen sowie die Rentner differenziert 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 2019 sind 114,4 KH-Fälle und 939 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. Im Durchschnitt annähernd so viele Behandlungstage wie bei den Familienangehörigen sind für die beschäftigten Mitglieder – die weitaus größte Versichertengruppe in diesem Vergleich – 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 2019 rund 4,7 Tage im stationärer Behandlung – und auch für Arbeitslose (sowohl bei ALG-I- als auch ALG-II-Empfängern) schlagen mehr als doppelt so viele Fälle und mehr als dreimal so viele Behandlungstage als bei den Familienangehörigen und beschäftigten Mitgliedern zu Buche. Dabei ist außerdem für die ALG-II-Empfänger wie schon in 2018 die größte Steigerung bei den Behandlungstagen mit +2,4% in Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen.

Tabelle 3.2.4 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

Versichertengruppen	Geschlecht	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Männer	123,8	908	7,3
	Frauen	127,4	987	7,7
	Gesamt	125,4	943	7,5
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	290,6	3.231	11,1
	Frauen	266,5	3.111	11,7
	Gesamt	279,5	3.176	11,4
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	309,3	3.684	11,9
	Frauen	282,5	3.050	10,8
	Gesamt	295,7	3.362	11,4
Familienangehörige	Männer	106,2	846	8,0
	Frauen	120,1	1.003	8,4
	Gesamt	114,4	939	8,2
Rentner	Männer	531,8	5.072	9,5
	Frauen	444,3	4.344	9,8
	Gesamt	486,1	4.692	9,7
BKK Versicherte insgesamt	Männer	206,0	1.810	8,8
	Frauen	197,6	1.783	9,0
	Gesamt	201,8	1.797	8,9

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 an als bei den anderen Versichertengruppen. 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 Anteile an 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. Der schon beschriebene Zuwachs an Behandlungstagen bei den ALG-II-Empfängern gegenüber dem Vorjahr geht – ebenfalls wie im Vorjahr – vor allem auf eine Steigerung bei dieser Diagnosegruppe zurück. Bei den ALG-I-Empfängern haben insbesondere die Behandlungstage aufgrund von Neubildungen zugenommen (+20%), während hingegen weniger Krankenhaustage aufgrund von Atmungssystem-Erkrankungen (-14%) zu verzeichnen sind.

Wie zu Anfang dieses Abschnittes beschrieben, nehmen Männer und Frauen insgesamt etwa gleich häufig eine stationäre Behandlung in Anspruch. Anders hingegen bei den Langzeitbehandlungen: Frauen weisen gegenüber Männern etwas mehr Fälle auf, die länger als 6 Wochen dauern (3,2% vs. 2,8% aller KH-Fälle), entsprechend ist der Anteil bei den Behandlungstagen, die auf Langzeitfälle zurückgehen, ebenfalls größer (23,8% vs. 21,5%).

Diagramm 3.2.9 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)

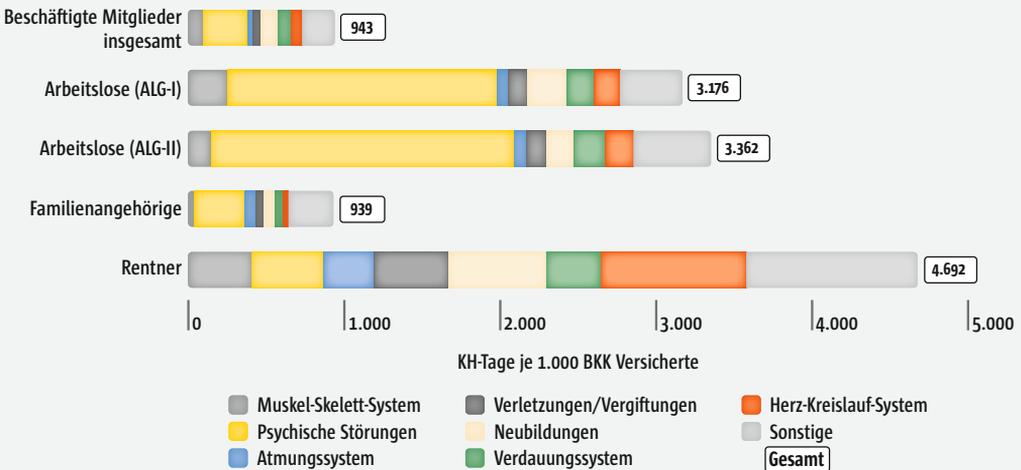
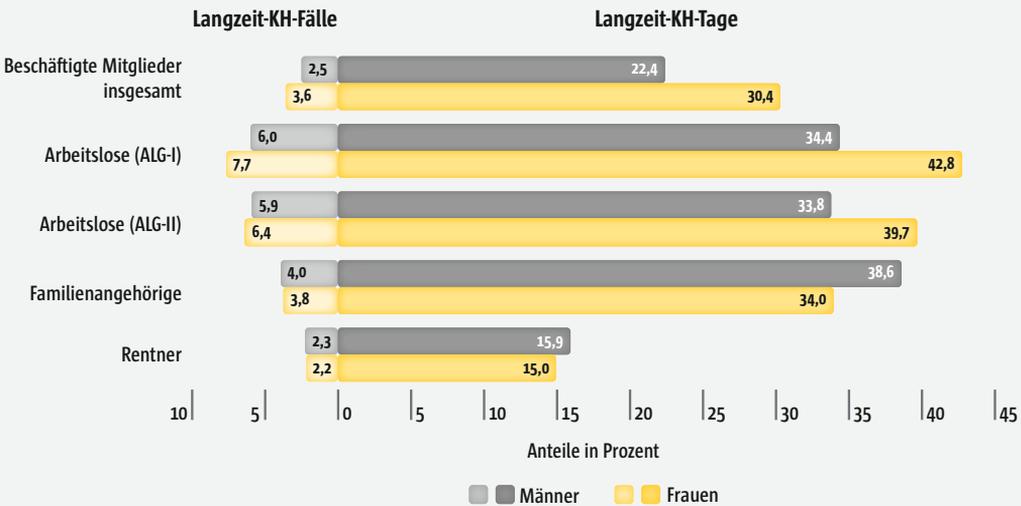


Diagramm 3.2.10 Stationäre Versorgung – Anteile der Langzeiterkrankungen (Falldauer > 6 Wochen) der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



Bei einer weiteren Differenzierung nach Versichertengruppen (III Diagramm 3.2.10) zeigt sich dieser Geschlechterunterschied noch deutlicher bei den beschäftigten Mitgliedern: 3,6% der KH-Fälle und 30,4% der KH-Tage sind bei den Frauen auf Langzeitfälle zurückzuführen, bei den Männern sind es hingegen nur 2,5% der Fälle und 22,4% der Tage. Die in diesem Vergleich größten Anteile von Langzeitbe-

handlungsfällen weisen hingegen die beiden Arbeitslosengruppen auf. Wesentlich bedingt ist dies durch den besonders hohen Anteil der Behandlung psychischer Störungen (dabei sind vor allem ALG-II-Empfänger in besonderem Maße von sehr schwerwiegenden Störungen wie z.B. Schizophrenie betroffen). Entsprechend weisen diese auch höhere Anteile bei den Behandlungstagen auf. Bei den

Familienangehörigen – worunter viele Kinder und Jugendliche fallen, die relativ selten stationär versorgt werden müssen – gehen insgesamt mehr als ein Drittel der Behandlungstage auf Langzeiterkrankungen zurück. Der Anteil der Langzeitfälle an allen Krankenhausfällen ist in dieser Gruppe mit 3,9% zwar nicht besonders hoch, allerdings sind die dort aufgetretenen wenigen Langzeitfälle bei den Familienangehörigen meist langwieriger: Während Langzeitfälle bei den anderen Versicherten etwa zwischen 63 (ALG-I-Empfänger) und 68 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 als Langzeitfälle in stationärer Behandlung, sodass auch nur 15,5% der Behandlungstage auf Langzeitbehandlungen zurückzuführen sind.

Fokus Beschäftigte Mitglieder

Da die Gruppe der beschäftigten Mitglieder fast die Hälfte aller Versicherten ausmacht und in diesem Kapitel bei den nachfolgenden arbeitsweltlichen Analysen im Fokus steht, seien an dieser Stelle weitere Details zu den Beschäftigten dargestellt.

Wie schon zuvor beschrieben sind bei den Beschäftigten die Kennzahlen relativ zu den anderen Gruppen sehr niedrig. So ist auch der Anteil derer, die in stationärer Behandlung waren, mit 9,1% im aktuellen Berichtsjahr 2019 deutlich niedriger im Vergleich zur Gesamtheit aller Versicherten. Auch bei der Differenzierung nach Alter und Geschlecht fallen die Kennwerte bei den Beschäftigten im Vergleich zu allen Versicherten (III Diagramm 3.2.3) niedriger aus, so ist etwa die durchschnittliche Anzahl an stationären Behandlungstagen durchweg um rund ein Viertel niedriger. Bei den Beschäftigten ist zudem in der Altersgruppe ab 65 Jahren eine deutliche Reduktion der Kennwerte zu verzeichnen. 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 mehr als 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 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 nicht auf eine einzelne Erkrankungsart beschränkt. 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. Sind die meisten Behandlungstage mit 328 KH-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder bei den 55- bis 59-Jährigen zu verzeichnen, so ist dieser Kennwert bei den Beschäftigten ab 65 Jahren weniger als ein Drittel so groß. Auch die Fallzahlen reduzieren sich zwischen diesen beiden Altersgruppen um die Hälfte.

Wie man schon anhand der Anteilsdarstellung im III Diagramm 3.2.9 ablesen konnte, bestimmen auch bei den Beschäftigten die gleichen Erkrankungsarten das stationäre Geschehen. Allerdings machen – wie aufgrund der Altersverteilung zu erwarten ist – die psychischen Störungen einen etwas größeren Anteil (30,6%) aus, während Herz-Kreislauf-Erkrankungen in deutlich geringerem Maße (8%) für stationäre Behandlungstage ursächlich sind.

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 hier die beiden Depressionsdiagnosen (F32, F33) die mit den meisten Behandlungstagen, 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) zeigt sich darin, dass diese Diagnose selbst für beide Geschlechter zusammengenommen in diesem Ranking an fünfter Stelle steht. Danach folgt mit Gallensteinen (Cholelithiasis; K80) eine Erkrankung aus dem Bereich des Verdauungssystems. Auch in Hinblick auf Muskel-Skelett-Erkrankungen sind für Beschäftigte andere Diagnosen relevant, so etwa Bandscheibenschäden (M51) und Rückenschmerzen (M54), während degenerative Gelenkerkrankungen insbesondere von Knie (M17) und Hüfte (M16) erst im Rentenalter deutlich zunehmen.

Diagramm 3.2.11 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2019)

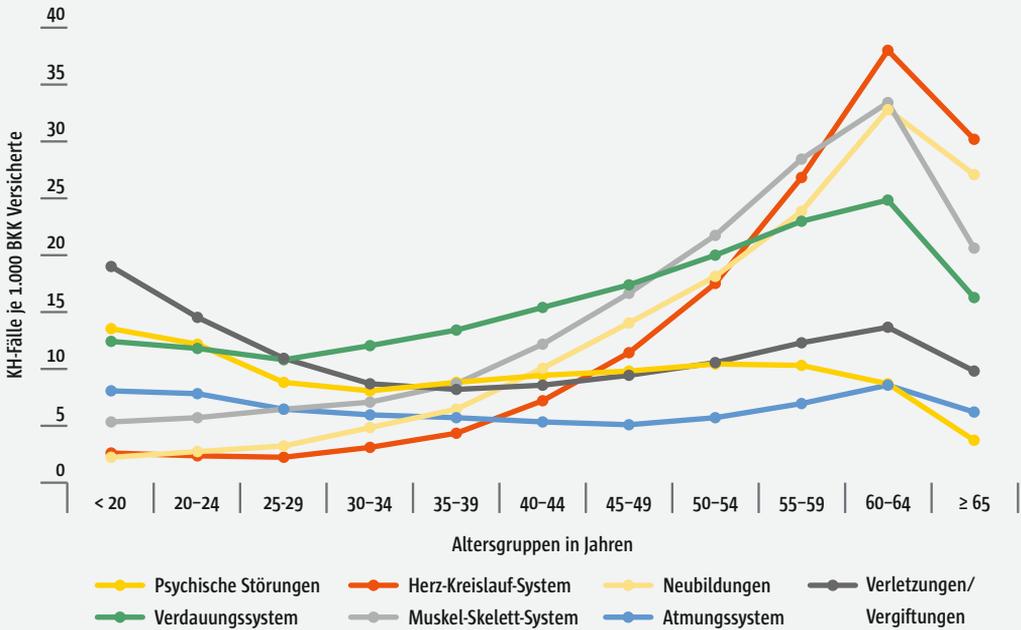


Diagramm 3.2.12 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2019)

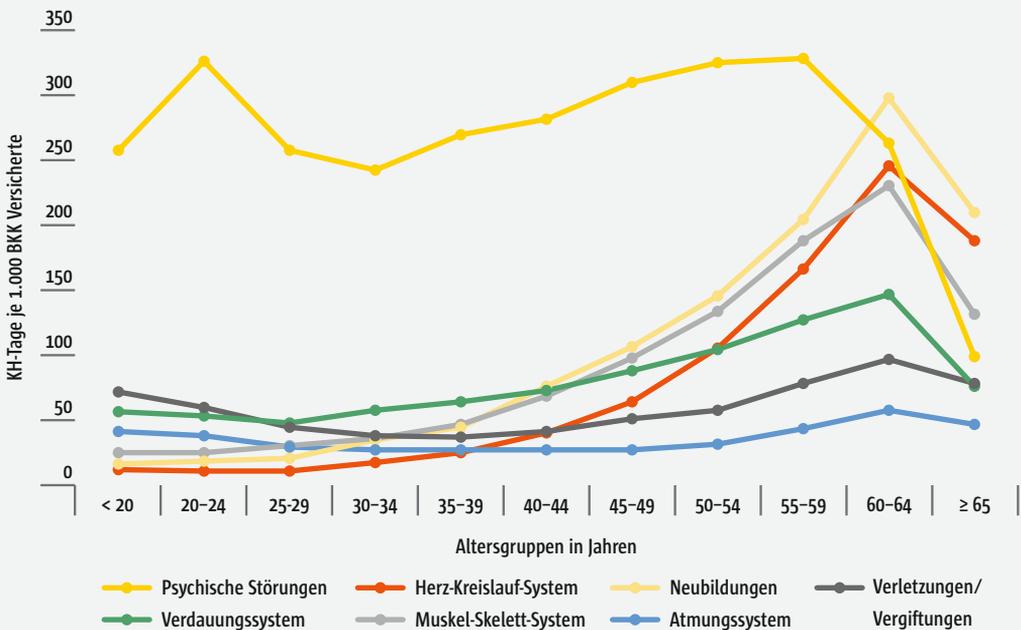
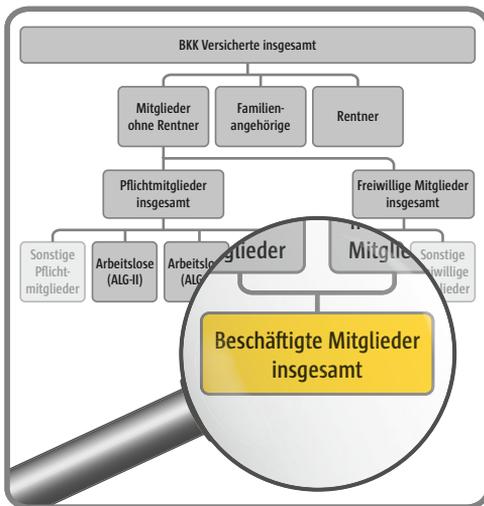


Tabelle 3.2.5 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2019)

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,4	107,3	44,4
F32	Depressive Episode	1,7	69,4	41,5
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2,1	20,9	10,1
F45	Somatoforme Störungen	0,8	15,8	20,1
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	1,2	12,1	9,9
K80	Cholelithiasis	2,2	11,9	5,3
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1,7	11,6	6,7
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,5	11,3	20,9
M54	Rückenschmerzen	1,7	11,2	6,5
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	1,2	10,1	8,7

3.2.3 Stationäre Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen



Für die weitere Analyse stationärer Versorgungsdaten hinsichtlich der Unterschiede nach höchstem erreichtem Schul- und Ausbildungsabschluss wird die Gruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt betrachtet, da nur bei dieser Versichertengruppe die Zuordnung entsprechend der Klassifikation der Berufufe 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% geringere Kennwerte auf als solche mit Haupt-/Volksschulabschluss.
- Besonders deutlich wird dies bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Bei Beschäftigten mit Volks-/Hauptschulabschluss sind in 2019 über 2,5-mal mehr Behandlungsfälle und -tage aufgrund dieser Krankheitsart als bei Beschäftigten mit (Fach-)Abitur erfolgt.
- Auch bei höheren Ausbildungsabschlüssen sind die Kennwerte geringer. So haben Beschäftigte mit einfachem Abschluss im Schnitt über 70% mehr Krankenhaustage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Hochschulabsolventen.

Höchster Schulabschluss

Ähnlich wie im AU-Geschehen zeigt sich auch in der stationären Versorgung, dass mit höherem schulischem Bildungsgrad eine Abnahme der KH-Kennzahlen einhergeht. Dabei ist im Vergleich zwischen den verschiedenen Schulabschlüssen in diesem Jahr – anders als in den Vorjahren, als die höchsten Kennwerte bei den Beschäftigten ohne einen Schulabschluss zu finden waren – die Gruppe mit Haupt-

Diagramm 3.2.13 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

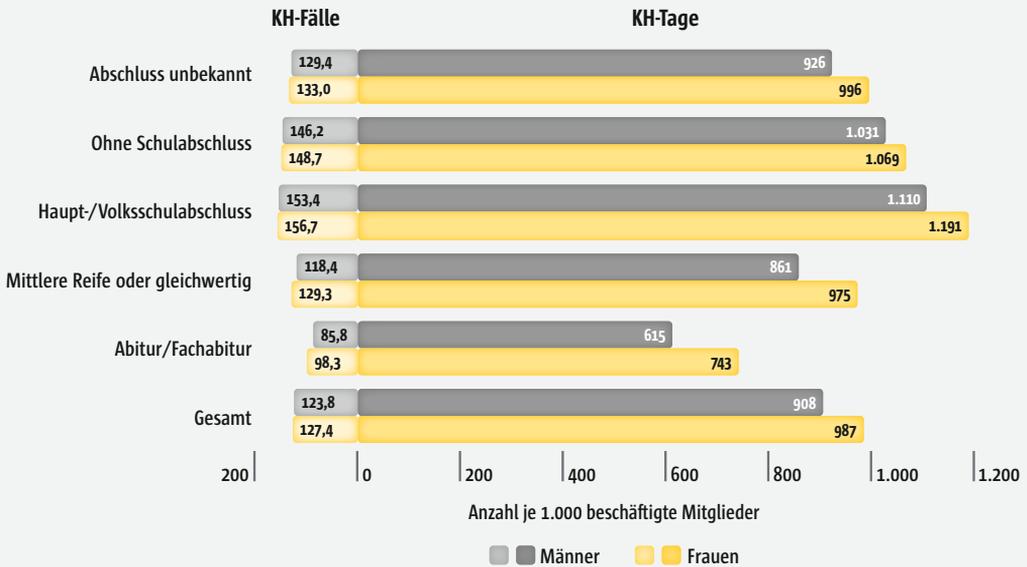
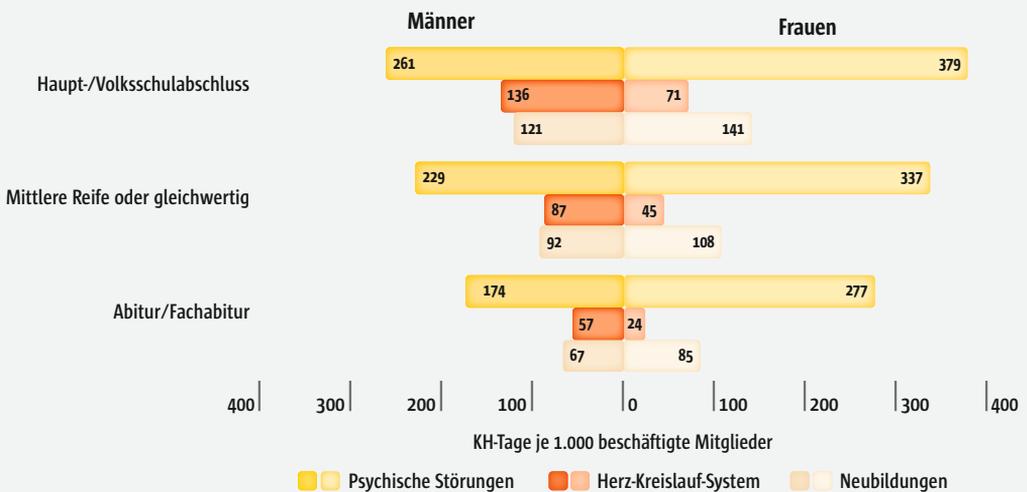


Diagramm 3.2.14 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



bzw. Volksschulabschluss diejenige, die insgesamt im Schnitt am häufigsten stationär behandelt wurde (154,5 KH-Fälle je 1.000 Beschäftigte) und entsprechend den höchsten Wert bei den Behandlungstagen aufweist (1.137 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte)

(») Diagramm 3.2.13). 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 relative Differenz zwischen den Geschlechtern: Für Frauen mit (Fach-)Abitur sind rund 15% mehr Krankenhausfälle und 21% mehr Behandlungstage dokumentiert als für Männer mit gleichem Schulabschluss.

In **III** Diagramm 3.2.14 sind für drei Schulabschlussgruppen die Fallzahlen und Krankenhaustage in ausgewählten Diagnosehauptgruppen gegenübergestellt. Sehr augenfällig ist dabei, dass 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 fast dreimal so viele Behandlungstage 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 zu

mindest rund ein Viertel 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 27 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 insbesondere 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 beruflichem Ausbildungsabschluss (**III** Diagramm 3.2.15) – wie der höchste Schulabschluss ebenfalls ein mittelbarer Indikator für den sozialen Status der Beschäftigten –

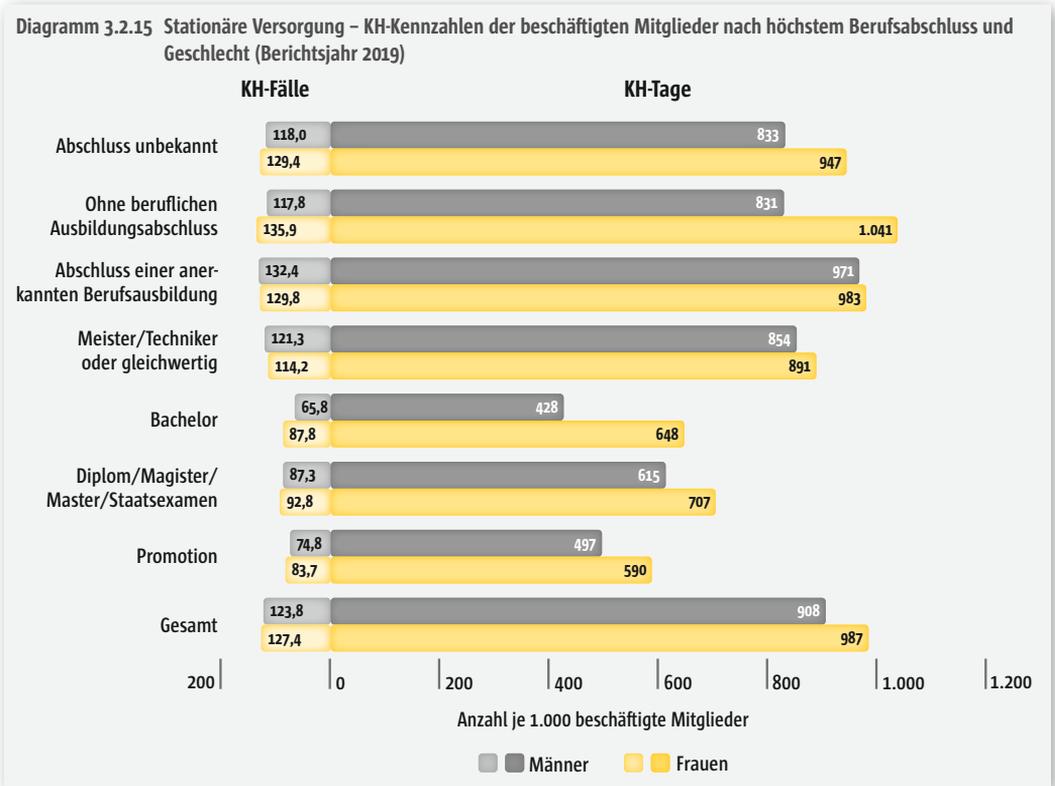
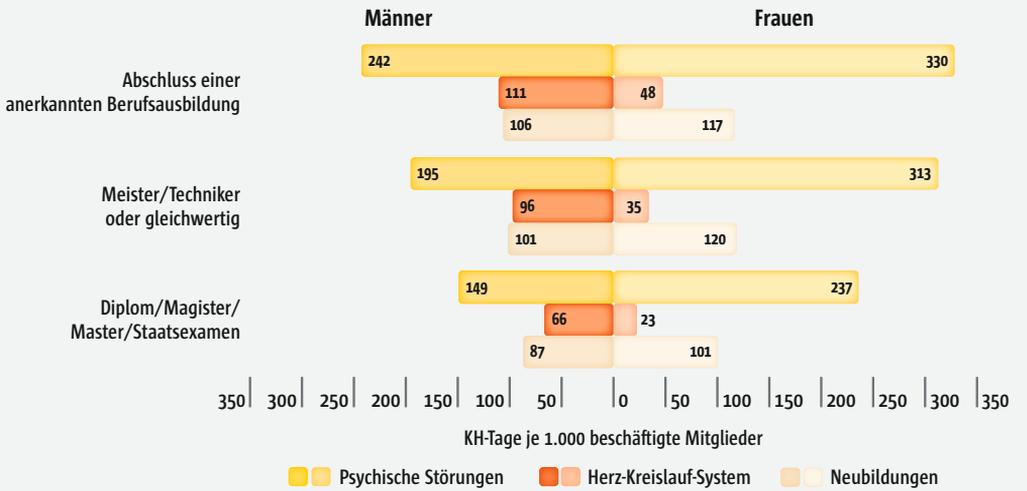


Diagramm 3.2.16 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

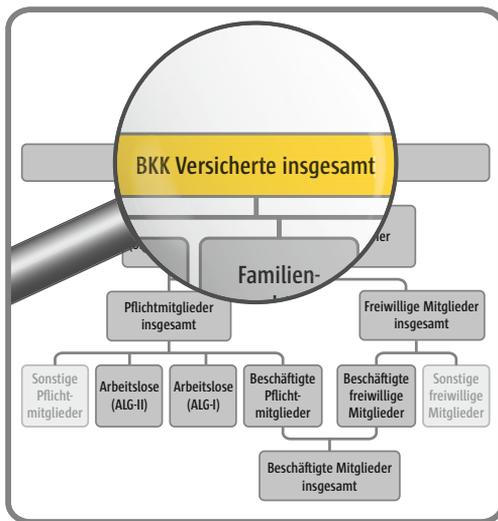


sind es bei den Männern diejenigen mit einem Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung, welche die meisten Behandlungsfälle und -tage aufweisen (132,4 KH-Fälle und 971 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Bei den Frauen sind es hingegen diejenigen ohne einen beruflichen Ausbildungsabschluss, für die die höchsten Kennwerte zu verzeichnen sind (135,9 KH-Fälle und 1.041 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Hierbei ist aber zu berücksichtigen, dass diejenigen ohne einen Abschluss rund 8 Jahre jünger sind 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. Mit einer Altersdifferenz von fast 9 Jahren unter dem Beschäftigtendurchschnitt sind die Bachelor-Absolventen sogar noch jünger. Für diese sind – anders als bei denen ohne Abschluss – 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 auf-

grund 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 Hochschulabsolventen (Diplom/Magister/Master/Staatsexamen) um ein Drittel geringer als bei denjenigen mit einem einfachen Ausbildungsabschluss. Promovierte weisen Letzteren gegenüber sogar um mehr als 40% geringere Werte auf.

Wie **III** Diagramm 3.2.16 verdeutlicht, zeigt sich auch bei verschiedenen einzelnen Diagnosehauptgruppen die Kennwertabnahme mit höherem beruflichem 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 berufliche Ausbildungsabsolventen sind gegenüber Hochschulabsolventen (mit Diplom, Master, Magister oder Staatsexamen) über 70% mehr Tage in stationärer Behandlung zu verzeichnen. Die geringsten 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 die Lebensbedingungen an ihren Wohnorten, die dort vorherrschenden Arbeitsbedingungen genauso wie die allgemeine Wirtschaftskraft vor Ort, die Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote sowie die soziokulturellen Bedingungen beeinflusst. Darüber hinaus spielen auch die regionalen Strukturen der medizinischen Versorgung, wie z.B. die Arzt-, Krankenhaus- und Apothekendichte eine Rolle.

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 die [Soziodemografischen Merkmale der BKK Versicherten](#) verwiesen).

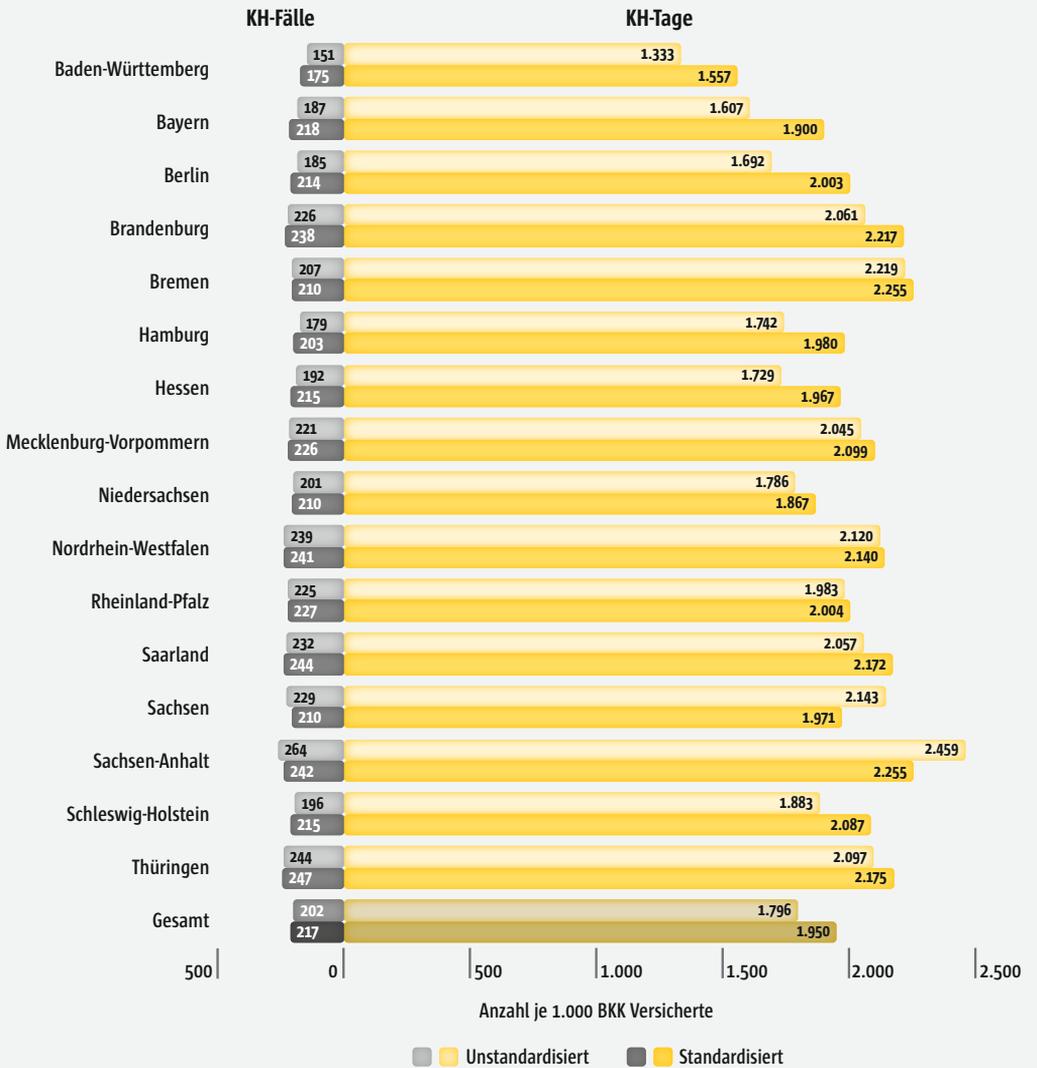
3.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise

- Wie schon im Vorjahr weist Baden-Württemberg die pro Kopf wenigsten, Sachsen-Anhalt die meisten Krankenhausfälle und -tage aller Bundesländer auf.
- Hingegen ist Baden-Württemberg bei den ALG-II-Empfängern auch in diesem Jahr Spitzenreiter nach durchschnittlichen Krankenhaustagen. Dort weisen selbst die Rentner durchschnittlich weniger Krankenhaustage auf.

Die Häufigkeit und die Dauer von Krankenhausaufenthalten sowie die dafür als ursächlich diagnostizierten Erkrankungen unterscheiden sich zwischen den Bundesländern zum Teil erheblich. Um unverzerrte Vergleiche zwischen den Bundesländern zu ermöglichen, werden die Kennzahlen per direkter Standardisierung um Effekte bereinigt, die einzig auf der spezifischen Bevölkerungsstruktur eines Bundeslandes hinsichtlich Alter und Geschlecht beruhen (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 gerade in Sachsen-Anhalt, aber auch in Sachsen 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 o.1.3](#)), folglich fallen die Kennwerte hier nach Bereinigung der Alters- und Geschlechtseffekte deutlich niedriger aus. Sachsen-Anhalt hat aber auch nach der Standardisierung bei der durchschnittlichen Anzahl an Krankenhausaufenthalten sowie die dafür als ursächlich diagnostizierten Erkrankungen zwischen den Bundesländern zum Teil erheblich. Um unverzerrte Vergleiche zwischen den Bundesländern zu ermöglichen, werden die Kennzahlen per direkter Standardisierung um Effekte bereinigt, die einzig auf der spezifischen Bevölkerungsstruktur eines Bundeslandes hinsichtlich Alter und Geschlecht beruhen (siehe dazu auch [Methodische Hinweise](#)).

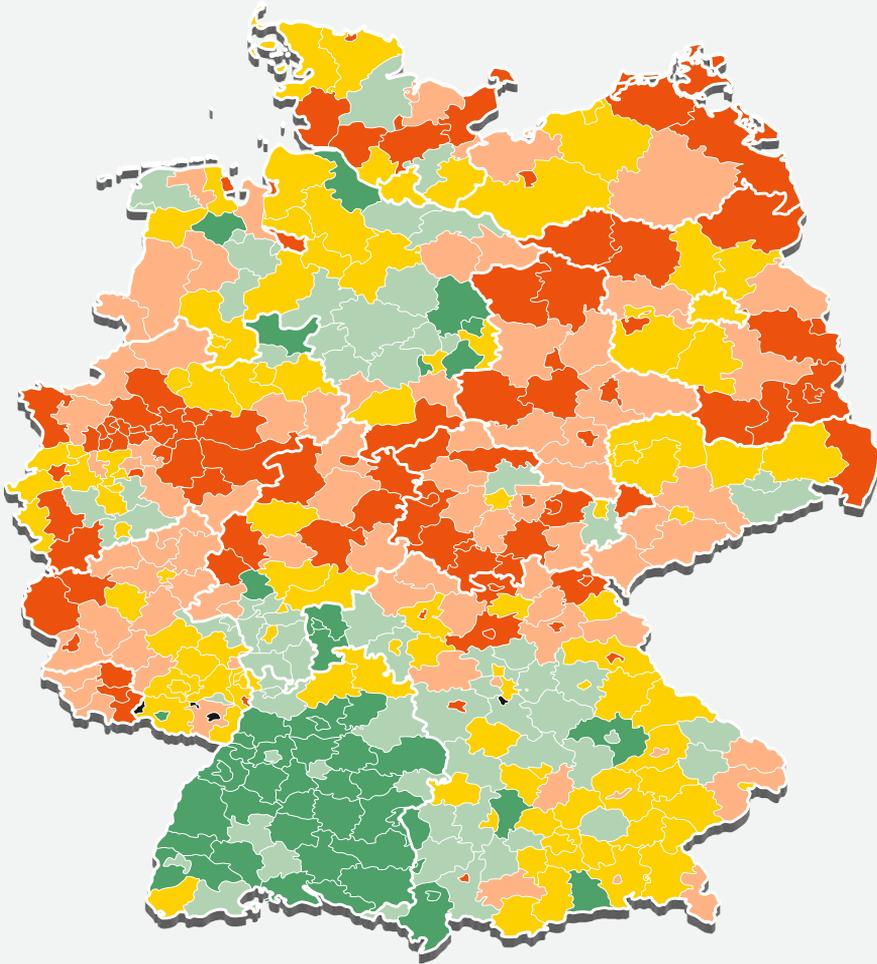
Diagramm 3.3.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2019)



tagen den höchsten Wert (nun zusammen mit Bremen), allerdings ist nun Thüringen bei den Krankenhausfällen knapp auf dem Spitzenplatz. Für das Bundesland Baden-Württemberg hingegen werden durch die Standardisierung die Kennwerte zwar deutlich nach oben korrigiert, dennoch bleibt es mit im Schnitt lediglich rund 1,6 KH-Tagen je Versicherten das Land mit den niedrigsten Kennwerten im Vergleich.

Das **»»»** Diagramm 3.3.2 stellt die Krankenhaustage pro Versicherten auf Kreisebene als standardisierte Werte dar. Auch innerhalb der Bundesländer sind teils deutliche Unterschiede vorhanden – selbst wenn man den Einfluss von Alter und Geschlecht aus den kreisbezogenen Werten herausrechnet. So sind im Jahr 2019 die Versicherten im nordrhein-westfälischen Herne und der Ruhrgebietsstadt Gelsenkirchen am längsten im Krankenhaus gewesen (jeweils

Diagramm 3.3.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2019)



Prozentuale Abweichungen der KH-Tage der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (1.950 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 2,9 KH-Tage je Versicherten), nur knapp vor dem thüringischen Kreis Altenburger Land sowie den schleswig-holsteinischen Städten Neumünster und Flensburg (jeweils durchschnittlich 2,8 KH-Tage je Versicherten). Zudem sind in Nord-

rhein-Westfalen die Differenzen innerhalb des Bundeslandes besonders stark ausgeprägt, so weist der Kreis Minden-Lübbecke mit 1,6 KH-Tagen je Versicherten deutlich unterdurchschnittliche Kennwerte auf. Ähnlich groß ist auch die Differenz innerhalb

Tabelle 3.3.1 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2019)

Bundesländer	Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familienangehörige	Rentner
Baden-Württemberg	765	3.100	4.141	760	3.784
Bayern	935	3.545	4.912	888	4.577
Berlin	834	2.303	2.329	794	4.839
Brandenburg	1.065	3.987	3.483	934	5.126
Bremen	1.072	2.978	3.338	1.097	5.466
Hamburg	889	2.321	3.596	1.007	4.848
Hessen	949	2.949	3.336	1.038	4.564
Mecklenburg-Vorpommern	1.078	3.239	3.763	1.112	4.394
Niedersachsen	961	3.277	3.614	986	4.337
Nordrhein-Westfalen	1.016	3.098	3.126	998	5.357
Rheinland-Pfalz	1.047	3.039	3.468	1.108	4.737
Saarland	1.042	3.597	4.566	1.208	4.825
Sachsen	950	3.604	3.699	971	4.595
Sachsen-Anhalt	1.153	3.384	3.295	1.231	5.057
Schleswig-Holstein	956	3.090	3.538	1.020	4.887
Thüringen	1.120	3.657	4.129	1.075	4.579
Gesamt	943	3.176	3.362	939	4.692

von Bayern, wo zwischen dem durchschnittlich höchsten (Hof: 2,7 KH-Tage je Versicherten) und niedrigsten Kennwert (Oberallgäu: 1,5 KH-Tage je Versicherten) ebenfalls eine hohe regionale Varianz liegt. Die wenigsten Behandlungstage sind hingegen wie schon in den Vorjahren im baden-württembergischen Böblingen mit 1,3 KH-Tagen angefallen, gefolgt von der Stadt Baden-Baden und dem Ostalbkreis (jeweils 1,3 KH-Tage je Versicherten) im gleichen Bundesland.

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. Eine Ausnahme bilden hier allein die Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern: In beiden Bundeslän-

dern übersteigt die Zahl der Behandlungstage bei den ALG-II-Empfängern die der Rentner, wobei Bayern den deutlich höchsten Wert bei den Arbeitslosen (ALG-II) aufweist, Baden-Württemberg hingegen den mit Abstand geringsten Kennwert bei den Rentnern. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass gerade in Baden-Württemberg und Bayern, wo die mit Abstand niedrigsten Arbeitslosenquoten zu finden sind⁵, 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

⁵ Jahresdurchschnitt der Arbeitslosenquote 2019: Bayern: 2,8%; Baden-Württemberg: 3,2%; Bundesdurchschnitt: 5,0% (Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit)

mehr als zweimal so viele Behandlungstage zu verzeichnen wie für die ALG-II-Empfänger. Dabei ist auch zu konstatieren, dass in Berlin auch die wenigsten Behandlungstage für beide Arbeitslosen-Gruppen (ALG-I und ALG-II) vorzufinden sind.

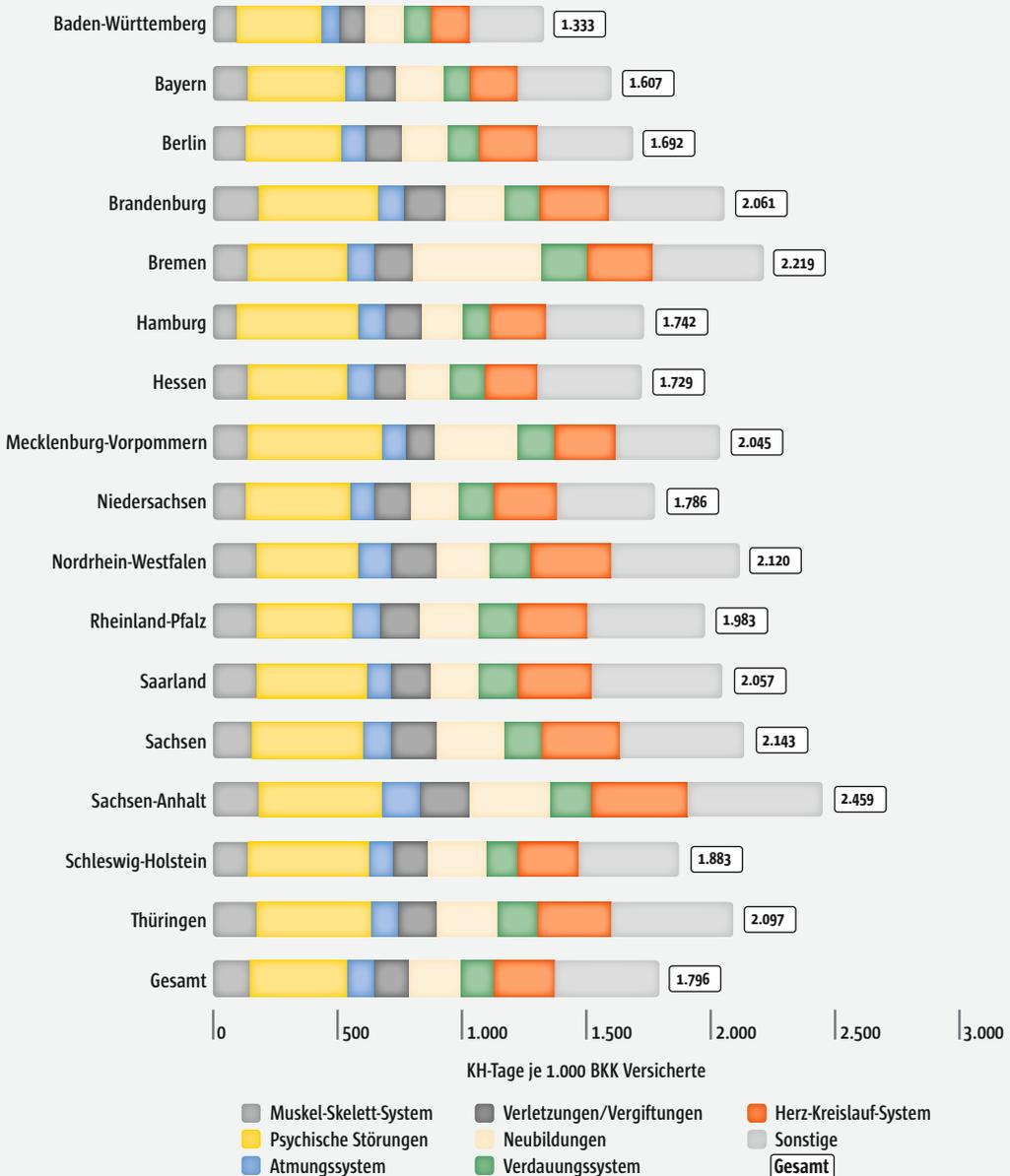
3.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen

- Überdurchschnittlich viele Behandlungstage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in Sachsen-Anhalt zu verzeichnen, in Mecklenburg-Vorpommern sind wiederum die psychischen Störungen für überdurchschnittlich viele Behandlungstage ursächlich.
- In Bremen wird fast jeder 4. KH-Tag durch Neubildungen verursacht – 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.

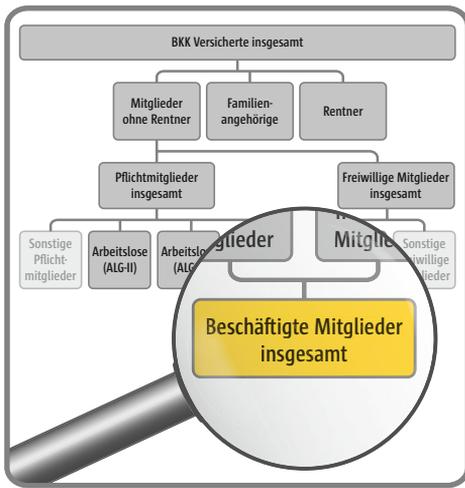
Auch die Verteilung der Krankenhausdiagnosen stellt sich in den einzelnen Bundesländern zum Teil sehr unterschiedlich dar, wie das **III** Diagramm 3.3.3 zeigt. Dabei fällt besonders Bremen auf, wo Neubildungen das stationäre Versorgungsgeschehen stark prägen: Der Anteil an allen Krankenhaustagen aufgrund derartiger Erkrankungen ist mit 23,3% mehr als doppelt so hoch wie der Anteil auf Bundesebene

(11,4%). 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 jeweils knapp 30% der Langzeitbehandlungsfälle und -tage zurück. Zum Vergleich: Im Bundesdurchschnitt machen Neubildungen hingegen nur etwa 9% 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 Auffälligkeit 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 386 KH-Tagen je 1.000 Versicherte. Gleichzeitig gibt es hier allerdings auch eine Entsprechung bei hohen Anteilen Versicherte mit einer solchen ambulant gestellten Diagnose (**III** Kapitel 2.3.2). Zudem ist der große Anteil der psychischen Erkrankungen an den Krankenhaustagen in Mecklenburg-Vorpommern auffällig: Zum wiederholten Male ist in diesem Bundesland mit aktuell 544 KH-Tagen je 1.000 Versicherte der Höchstwert zu finden.

Diagramm 3.3.3 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)



3.4 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt



Die nachfolgenden arbeitsweltlichen Analysen beziehen sich auf die Versichertengruppe der beschäftigten Mitglieder (allgemeine Kennzahlen hierzu sind in [III](#) Kapitel 3.2.2 beschrieben). Dabei werden zahlreiche arbeitsweltliche Indikatoren in die Auswertung einbezogen, so etwa die Betriebsgröße, die Zugehörigkeit zu einer Wirtschaftsgruppe, die Berufsgruppe, das Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, die Vertragsform sowie die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit. Eine nähere Beschreibung der zu analysierenden Gruppen ist in [III](#) Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten zu finden.

3.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

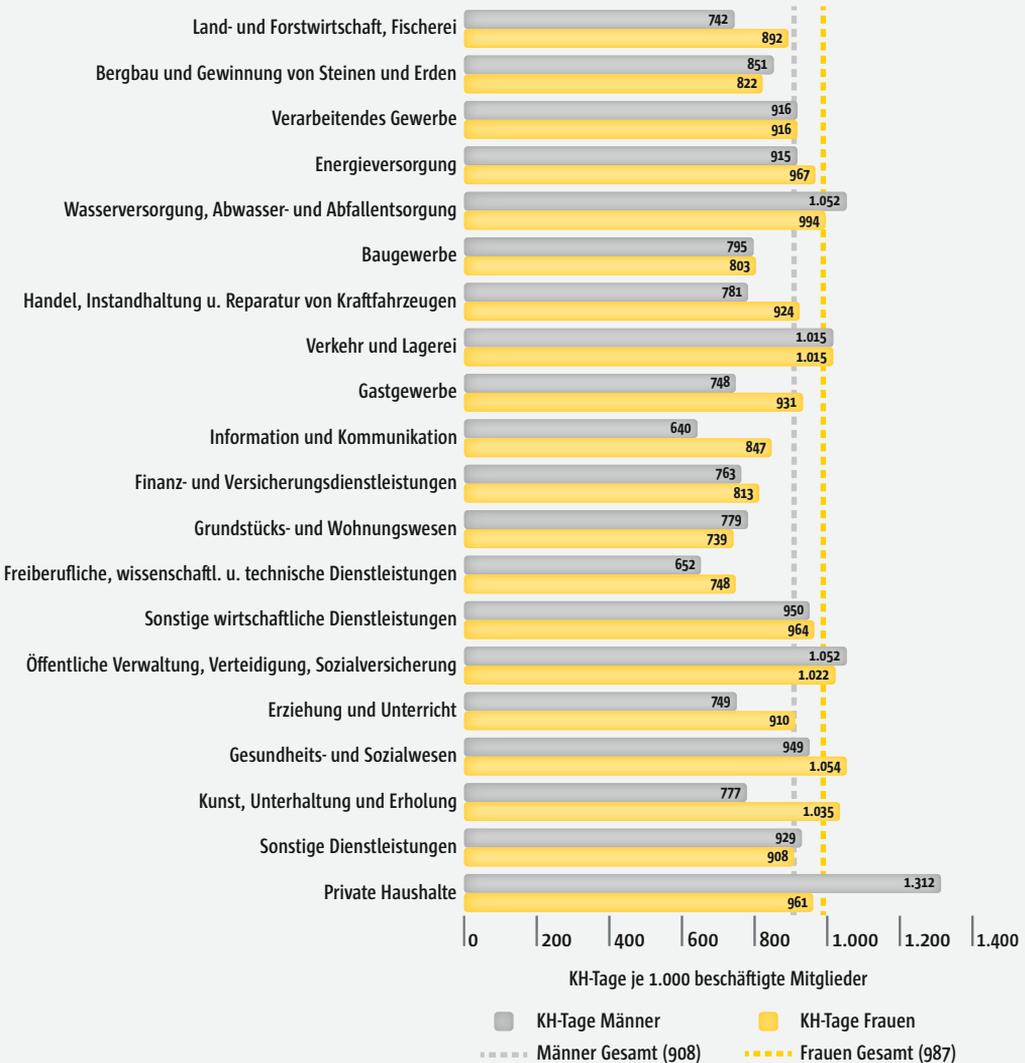
- Die meisten stationären Behandlungstage weisen Beschäftigte in der Wirtschaftsgruppe Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung auf. Dabei weisen diese bei den Behandlungstagen aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislauf- sowie des Verdauungssystems den Spitzenwert auf.

- Die wenigsten Tage in stationärer Behandlung weisen Beschäftigte auf, die freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen erbringen. Ähnlich gering war der Behandlungsbedarf bei den Beschäftigten aus dem Wirtschaftssegment Information und Kommunikation.
- Anders als im Gesamttrend sind männliche Beschäftigte in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung im Schnitt mehr Tage stationär behandelt worden als die dort tätigen Frauen. Hier wirkt sich allerdings besonders stark aus, dass Männer und Frauen in dieser Branche sehr unterschiedliche Tätigkeiten ausüben.

Branchenspezifische Auswertungen fördern teils deutliche Unterschiede zu Tage, welche zum einen auf Spezifika der Beschäftigten und zum anderen auch auf besondere Arbeitsbelastungen zurückzuführen sind. So zeigten sich auch bei der Betrachtung der Behandlungstage in der stationären Versorgung zwischen den Wirtschaftsabschnitten große Unterschiede: Die Beschäftigten im Bereich freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen waren insgesamt nur 703 Tage je 1.000 Beschäftigte in Behandlung. Beschäftigte, die im Bereich Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung tätig sind, wiesen demgegenüber mit insgesamt 1.040 Tagen je 1.000 Beschäftigte um fast die Hälfte mehr Behandlungstage auf, dicht 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 stehen mit einer besonders hohen durchschnittlichen Anzahl an Behandlungstagen hervor, dies ist über ein Drittel mehr KH-Tage als bei den Frauen in die-

Diagramm 3.4.1 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

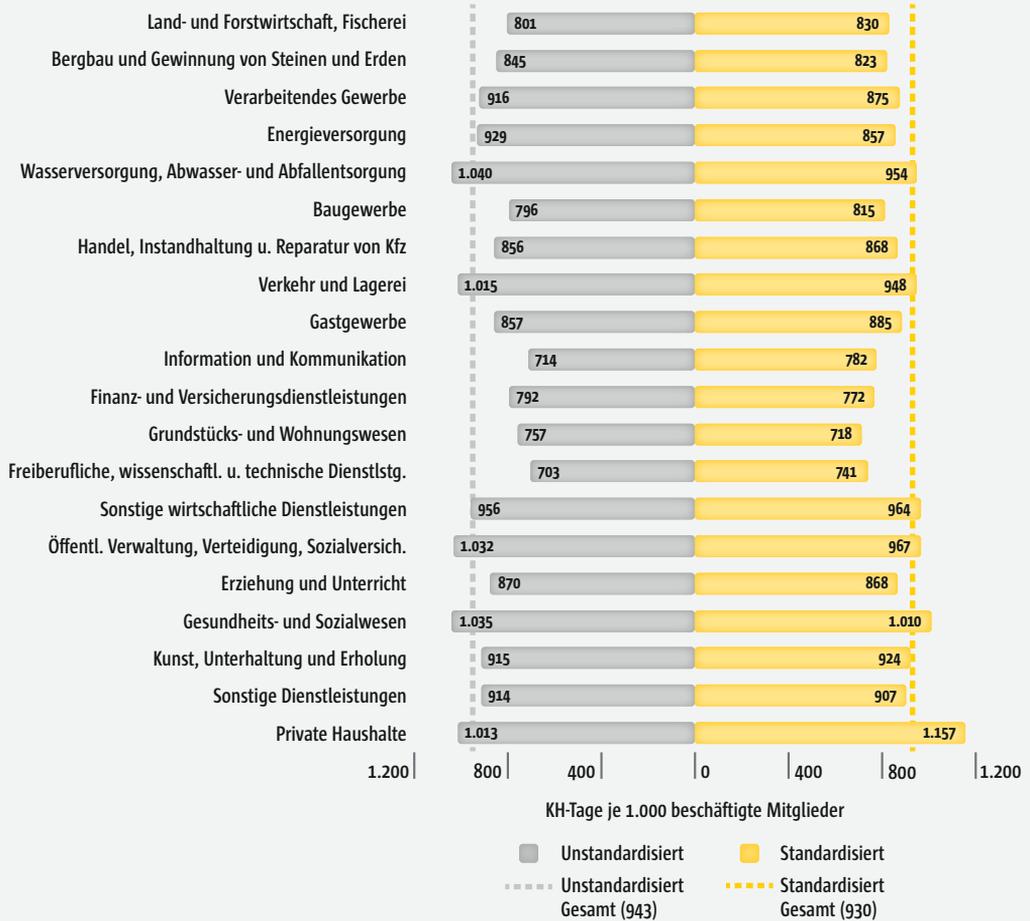


ser Branche. Umgekehrt ist hingegen das Verhältnis in den Wirtschaftsabschnitten Kunst, Unterhaltung und Erholung sowie Information und Kommunikation: Hier ist die Anzahl an stationären Behandlungstagen bei den Männern immerhin um rund ein Viertel geringer als bei den Frauen.

Wie schon zuvor erläutert, haben personenspezifische Merkmale wie Alter und Geschlecht einen Einfluss auf das Krankheitsgeschehen, dementsprechend sind im Folgenden für die Wirtschaftsab-

schnitte der realen Anzahl durchschnittlich erfolgreicher 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

Diagramm 3.4.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2019)

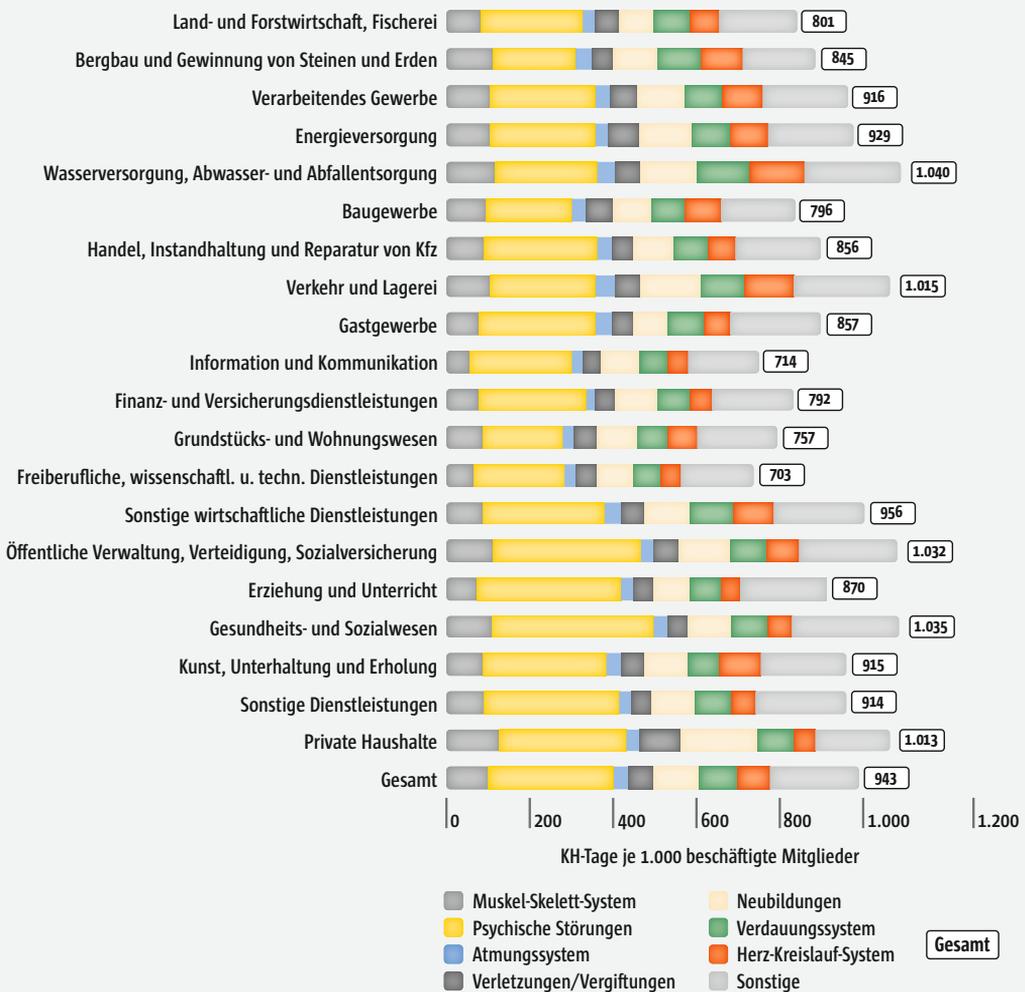


Behandlungstagen zu verzeichnen (-9,0%). Allerdings können die Kennwerte auch durch die Standardisierung steigen, wie man insbesondere bei den Beschäftigten in privaten Haushalten sieht. Diese sind auch die Spitzenreiter im Vergleich der stationären Behandlungstage bereinigt um den Alters- und Geschlechtseffekt. Die wenigsten Behandlungstage nach Standardisierung sind wiederum wie schon im letzten Jahr beim Wirtschaftsabschnitt Grundstücks- und Wohnungswesen zu verzeichnen (718 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).

Welche Diagnosen in den unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen große Anteile an der Gesamtmenge an stationären Aufenthaltstagen pro Beschäftigte ausmachen, ist im **»»»** Diagramm 3.4.3 zu se-

hen. Darin sind für sieben ausgewählte Diagnosehauptgruppen (diese sind bei den beschäftigten BKK Mitgliedern für insgesamt mehr als drei Viertel der Krankenhaustage ursächlich) die Anteile an allen KH-Tagen in jeder Wirtschaftsgruppe dargestellt. Hierbei zeigt sich, dass die Beschäftigten in der Wirtschaftsgruppe Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung die höchsten Kennwerte aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislauf- sowie des Verdauungssystems aufweisen. Unterdurchschnittlich ausgeprägt sind hier hingegen die Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass diese Branche einen hohen Männeranteil aufweist. Fast das umgekehrte Bild zeigt sich bei den Beschäftigten im Gesundheits- und

Diagramm 3.4.3 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)



Sozialwesen – einer Wirtschaftsgruppe mit hohem Frauenanteil: Für diese sind die meisten Krankenhaustage aufgrund von psychischen Störungen zu verzeichnen, während andere Erkrankungsarten eine weniger große Rolle spielen. Die höchsten Kennwerte aufgrund von Neubildungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie Verletzungen/Vergiftungen sind hingegen bei den Beschäftigten in privaten Haushalten zu finden. Bei diesen Beschäftigten ist wiederum zu beachten, dass hier das Durchschnittsalter höher ist als in allen anderen Wirtschaftsabschnitten.

3.4.2 Auswertungen nach Berufen

- Mit rund 1,2 Behandlungstagen je Beschäftigten weisen die Sicherheitsberufe die meisten Krankenhaustage 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 35% weniger Behandlungstage zu verzeichnen.

- Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe (z.B. Erzieher und Lehrer) weisen die meisten Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen auf, rund 38% aller Behandlungstage gehen für diese Berufsgruppe darauf zurück.

Auch bei Differenzierung nach Berufssegmenten weisen in der Regel die Frauen mehr Behandlungstage auf als die Männer (■ Diagramm 3.4.4). Am größten ist der geschlechtsspezifische Unterschied in diesem Jahr auf dem „Spitzenplatz“ dieses Vergleichs: Zwar weisen bei den Sicherheitsberufen beide Geschlechter jeweils die größte Anzahl an Kran-

kenhaustagen auf (1.123 KH-Tage je 1.000 männliche Beschäftigte, 1.387 je 1.000 weibliche Beschäftigte), eine so große Differenz zwischen Männern und Frauen ist aber auch bei keiner anderen Berufsgruppe zu finden. Mit ebenfalls über 20% mehr Behandlungstagen bei den Männern weisen die sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe eine ähnlich große Differenz zwischen den Geschlechtern auf. 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.

Diagramm 3.4.4 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

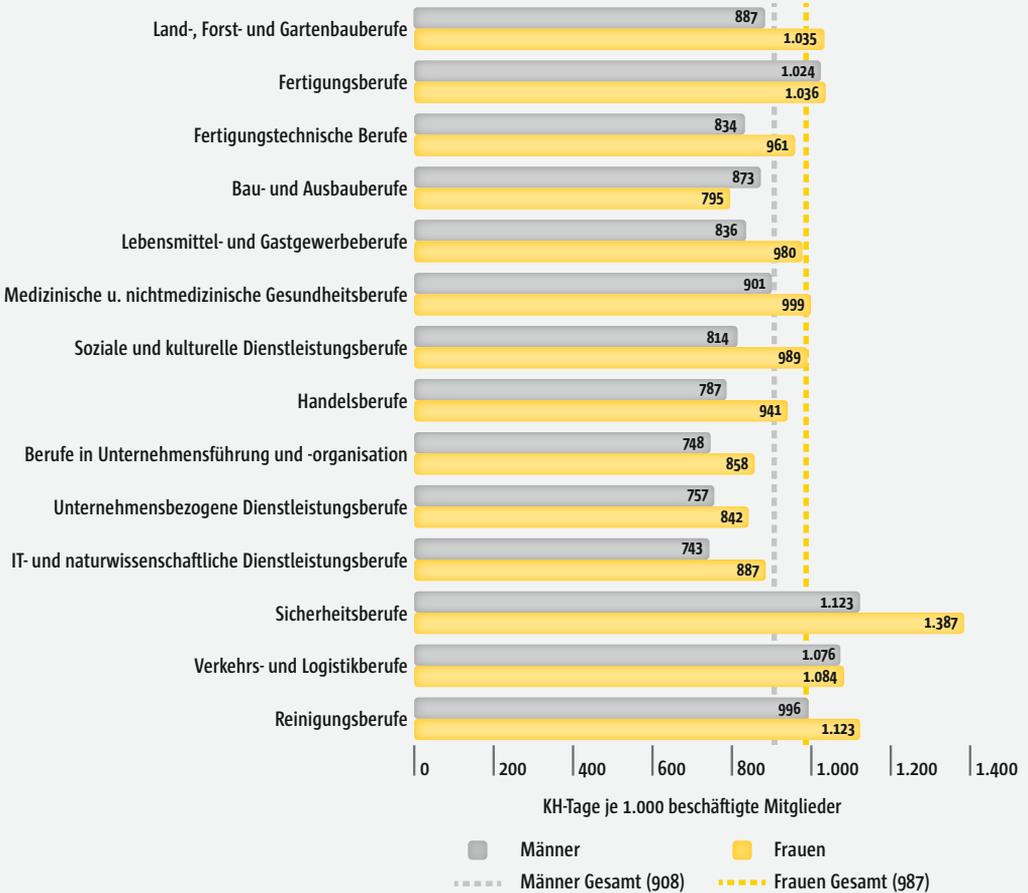
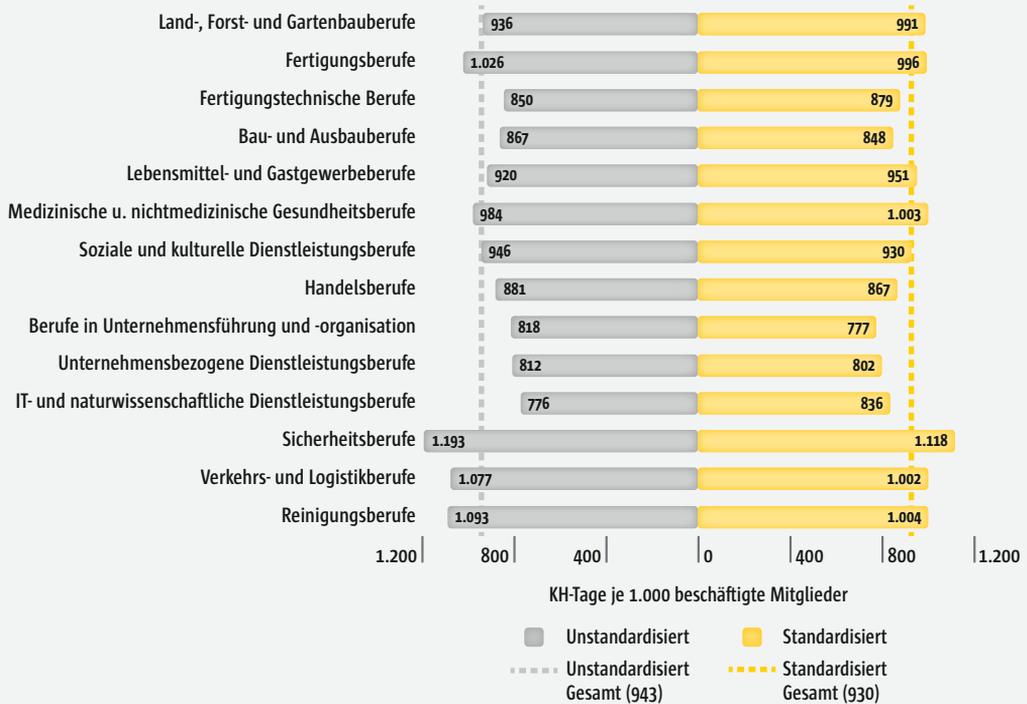


Diagramm 3.4.5 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2019)



Beispiel soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe: Etwa die Hälfte aller Männer in dieser Berufsgruppe verrichten hoch komplexe Tätigkeiten (vermutlich geht dies dann auch mit höherem schulischen- bzw. beruflichen Bildungsgrad sowie einer Position in Führung oder Aufsicht einher [III Kapitel 3.4.3]), während wiederum auch etwa die Hälfte aller hier tätigen Frauen fachlich ausgerichtet arbeitet. Auch ist ein größerer Anteil der Frauen in Helfer-/Anlern Tätigkeiten beschäftigt, dabei sind diese Frauen in Helfer-/Anlern Tätigkeiten zudem fast 8 Jahre älter als Männer in gleicher Position.

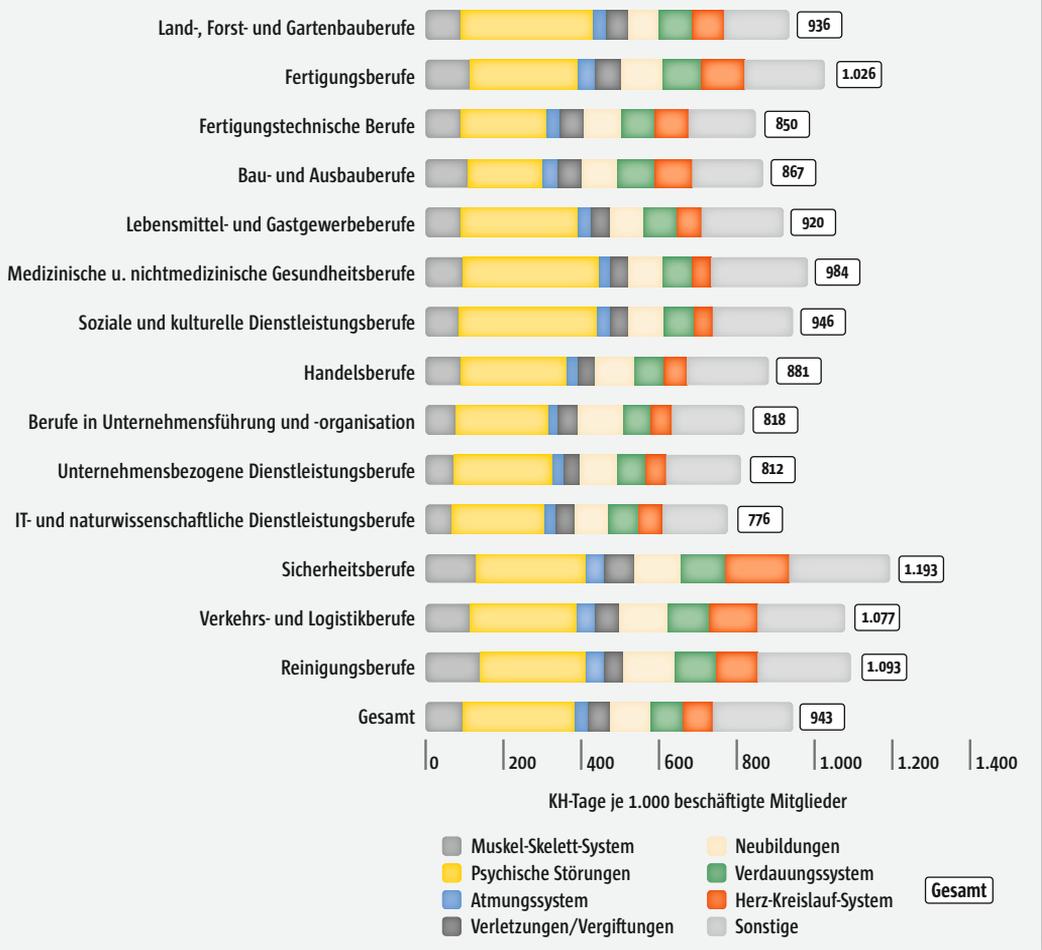
Ein anderes Bild zeigt sich hingegen bei den Bau- und Ausbauberufen: In diesem typischen Männerberuf sind Frauen zwar in der Minderheit, diese übernehmen allerdings deutlich häufiger komplexe Tätigkeiten. Männer hingegen verrichten in großer Zahl einfache, meist auch mit hohem Anteil körperlicher Arbeit verbundene Tätigkeiten. Entsprechend sind für die Männer rund 10% mehr Krankenhausa-

ge als bei den Frauen in diesem Berufssegment zu verbuchen.

Im Vergleich der realen (unstandardisierten) Zahlen mit den um Geschlechts- und Alterseinflüsse bereinigten Werten der Behandlungstage (III Diagramm 3.4.5) zeigen sich nur geringe Veränderungen in der Reihung der Berufssegmente. Die Kennwerte für die drei Berufsgruppen mit den meisten Behandlungstagen werden durch die Standardisierung am stärksten reduziert, am deutlichsten bei den Reinigungsberufen mit -8,1%. Dennoch weisen diese Berufssegmente auch nach Standardisierung des Alters- und Geschlechtseinflusses mit die höchsten Werte in diesem Vergleich auf. Die wenigsten Behandlungstage nach Bereinigung der Geschlechts- und Alterseffekte erfolgten wie schon im Vorjahr bei Berufen in Unternehmensführung und -organisation (777 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Für die Land-, Forst- und Gartenbauberufe ist hingegen die größte Erhöhung der Kennwerte (+5,8%) durch die Standardisierung zu verzeichnen.

Auch bei der Analyse nach Berufssegmenten lassen sich anhand der Differenzierung nach Diagnose-

Diagramm 3.4.6 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)



hauptgruppen Erkrankungsschwerpunkte ausmachen (»» Diagramm 3.4.6). So stehen bei den Sicherheitsberufen besonders die Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit einer gegenüber dem Gesamtdurchschnitt mehr als doppelt so großen Behandlungstageanzahl (163 vs. 75 KH-Tage je 1.000 Versicherte) heraus: Diese machen in diesem Berufssegment allein rund 13,6% an der Gesamtmenge aller Krankenhaustage der Beschäftigten (Gesamtdurchschnitt: 8,0%) aus. Zudem sind in dieser Berufsgruppe auch die meisten Behandlungstage aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen erfolgt. Die Reinigungsberufe wiederum weisen die meisten Behandlungstage in diesem Vergleich für Neubildungen, Muskel-Ske-

lett-Erkrankungen sowie Krankheiten des Atmungssystems auf. Von psychischen Störungen sind hingegen andere Berufsgruppen stärker betroffen, besonders stehen hierbei die sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe (z.B. Erzieher und Lehrer) hervor: Für diese fallen mit 355 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte die meisten Behandlungstage in diesem Vergleich an – das sind 37,5% der Behandlungstage der Beschäftigten in diesem Berufssegment. Nur wenig geringer sind die entsprechenden Kennwerte für die (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufe (u.a. Pflegeberufe) sowie die Land-, Forst- und Gartenbauberufe, auch hier erfolgt mehr als jeder dritte Krankenhaustag aufgrund psychischer Störungen.

Tabelle 3.4.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2019)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
524	Fahrzeugführung im Schiffsverkehr	188,8	1.651	8,7
115	Tierpflege	151,8	1.515	10,0
943	Moderation und Unterhaltung	134,8	1.510	11,2
821	Altenpflege	171,7	1.367	8,0
533	Gewerbe- und Gesundheitsaufsicht, Desinfektion	169,8	1.332	7,9
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	177,2	1.317	7,4
525	Bau- und Transportgeräteführung	172,9	1.275	7,4
824	Bestattungswesen	145,7	1.271	8,7
241	Metallerzeugung	186,3	1.251	6,7
712	Angehörige gesetzgebender Körperschaften und leitende Bedienstete von Interessenorganisationen	165,5	1.211	7,3
	Gesamt	125,4	943	7,5
271	Technische Forschung und Entwicklung	82,2	567	6,9
814	Human- und Zahnmedizin	80,9	567	7,0
434	Softwareentwicklung und Programmierung	76,2	562	7,4
422	Umweltschutztechnik	76,4	538	7,0
261	Mechatronik und Automatisierungstechnik	82,5	525	6,4
914	Wirtschaftswissenschaften	79,5	510	6,4
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	62,5	481	7,7
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	75,2	468	6,2
523	Fahrzeugführung im Flugverkehr	93,0	451	4,9
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	60,4	314	5,2

In Anbetracht der geringeren Fallhäufigkeit und damit einhergehenden Zahl an Behandlungstagen wird im Folgenden, anders als in den vorhergehenden Kapiteln, die detailliertere Betrachtung der Berufsgruppen nicht diagnosespezifisch und damit nur 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 (1.651 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) – fast drei Viertel mehr als der Gesamtdurchschnitt. In der Reihung nach Behandlungstagen folgen danach die Berufe in der Tierpflege (im letzten Jahr

noch an der Spitze dieses Vergleichs), der Moderation und Unterhaltung 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 Krankenhausfälle und -tage sind hingegen für die Beschäftigten in Geologie, Geografie und

Meteorologie dokumentiert: Die 314 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte entsprechen rund einem Fünftel des schon erwähnten Höchstwerts für die Schiffsführer.

3.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

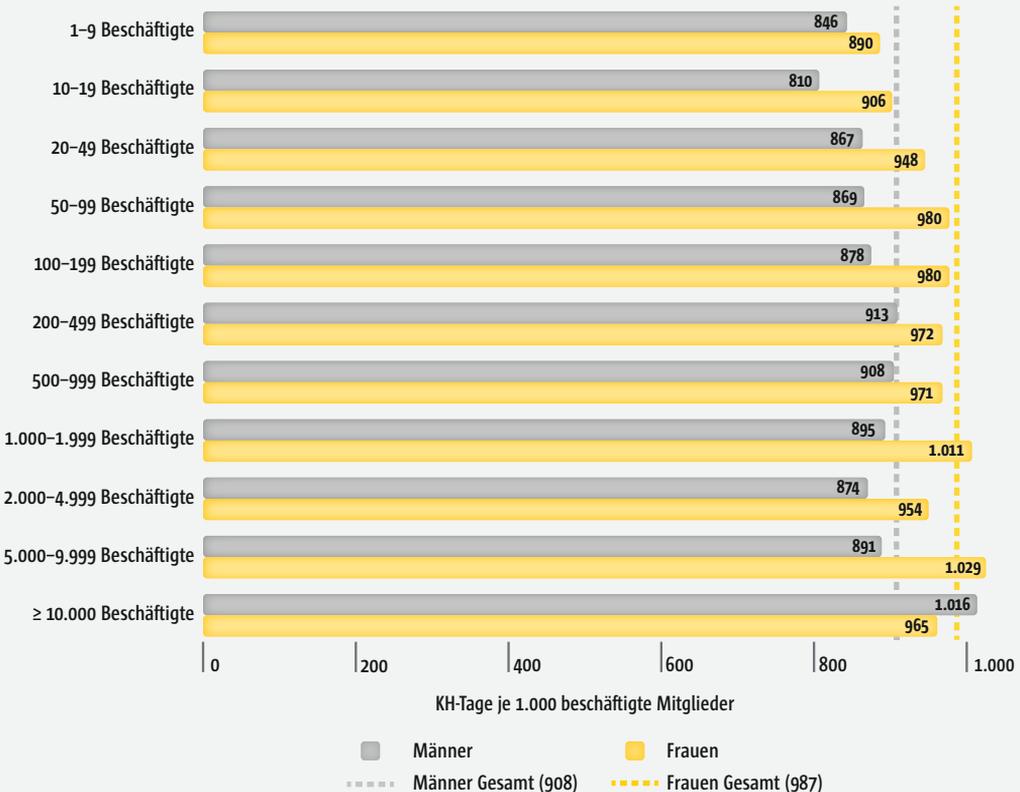
Betriebsgröße

- Beschäftigte in Betrieben mit weniger als 20 Mitarbeitern sind am seltensten im Krankenhaus. Für diese fallen entsprechend auch die wenigsten Behandlungstage an.

Anders als in den Vorjahren – und ebenfalls abweichend zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (»Kapitel 1.4.4) – weisen die Kennwerte nach Betriebsgröße

im aktuellen Berichtsjahr nur noch sehr grob eine „Kurvenform“ auf. Zwar ist auch in diesem Jahr der niedrigste Wert für in Kleinstbetrieben bis neun Mitarbeiter tätigen Frauen zu verzeichnen (»Diagramm 3.4.7), bei den Männern sind es aber diejenigen in Betrieben mit 10 bis 19 Beschäftigten, die die wenigsten Behandlungstage aufweisen. Die meisten Behandlungstage bei den Männern sind wiederum bei den Beschäftigten in Betrieben mit mehr als 10.000 Mitarbeitern vorzufinden – mit 1.016 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte immerhin um rund ein Viertel höher als der erwähnte niedrigste Wert. Hierbei wirkt sich sicher auch aus, dass – anders als bei den Frauen, bei denen das Durchschnittsalter in geringerem Umfang variiert – die Männer im Schnitt in größeren Betriebseinheiten älter sind (44,6 Jahre bei den Betrieben mit mehr als 10.000 Mitarbeitern). Bei den Frauen hingegen ist der höchste Werte mit 1.029 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte in Betrieben mit 5.000 bis 5.999 Mitarbeitern vorzufinden.

Diagramm 3.4.7 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



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 komplexen Tätigkeiten weisen rund ein Drittel weniger Behandlungsfälle und -tage gegenüber Beschäftigten in Helfer-/Anlern-tätigkeiten auf.

Als weiteres relevantes arbeitsweltliches Merkmal wird nachfolgend das Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit ausgewertet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit in der Regel mit bestimmten schulischen bzw. beruflichen Bildungsabschlüssen als Vorbedingung verbunden ist (Beispiel: Hochschulabschluss auf Diplom-/Masterniveau als Voraussetzung für Berufe mit hoch komplexen Tätigkeiten). Entsprechend gibt es Überschneidungen zu den Kennwerten nach höchstem beruflichem Bildungsabschluss (vgl. **III** Kapitel 3.2.3).

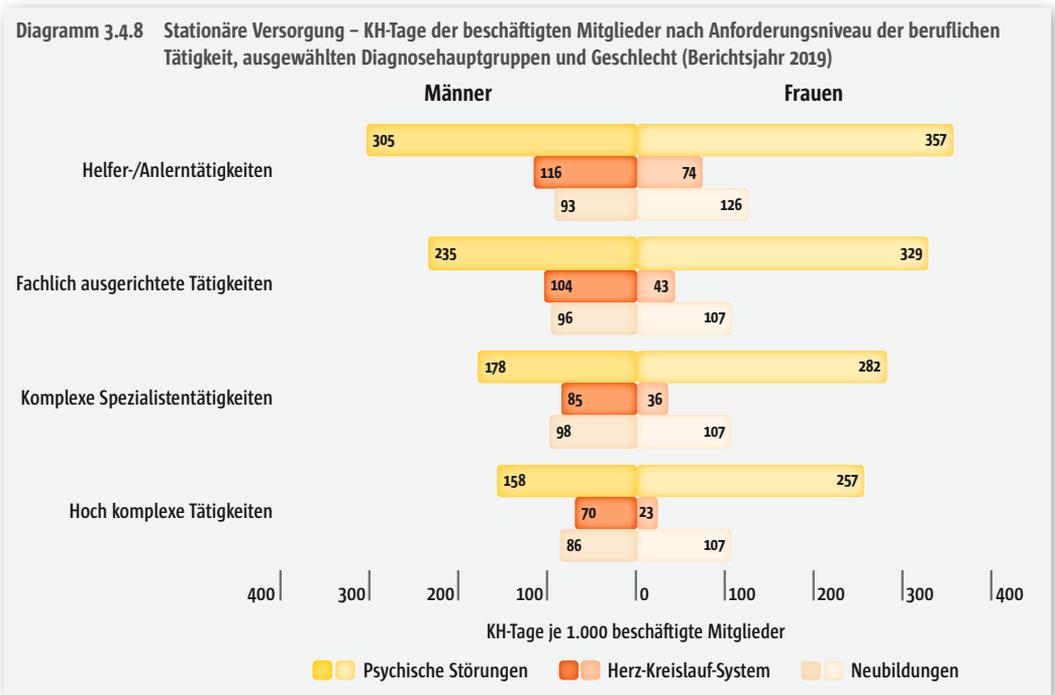
Wie **III** Tabelle 3.4.2 zeigt, nehmen sowohl die Fallzahlen als auch die daraus resultierenden Behandlungstage mit steigendem Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit ab. Dies gilt sowohl insgesamt als auch geschlechtsspezifisch. Entsprechend

sind die höchsten Kennwerte bei den Frauen in Helfer- und Anlern-tätigkeiten dokumentiert (151,2 KH-Fälle sowie 1.145 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Die niedrigsten Werte weisen hingegen die Männer in hoch komplexen Tätigkeiten auf (95,9 KH-Fälle sowie 666 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). In der Differenz weisen die Berufstätigen mit dem niedrigsten Anforderungsniveau gegenüber denen mit höchstem Anforderungsniveau etwa ein Drittel weniger Behandlungsfälle und -tage im Durchschnitt je Beschäftigten auf.

Das **III** Diagramm 3.4.8 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). Auch hier zeigt sich ein recht ähnliches Bild: Mit steigendem Anforderungsniveau nehmen die Behandlungstage pro beschäftigtes Mitglied ab, wobei die größte Differenz bei den Kennzahlen der Frauen bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzufinden ist: Frauen in hoch komplexen Tätigkeiten weisen weniger als ein Drittel der Tage in stationärer Behandlung auf als Frauen in Helfer- und Anlern-tätigkeiten (23 vs. 74 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Bei Männern, die aufgrund psychischer Störungen stationär behandelt wurden, ist ebenfalls ein großer Unterschied nach Anforderungsniveau vorhanden: Diejenigen in hoch

Tabelle 3.4.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

Anforderungsniveau	Geschlecht	KH-Kennzahlen je 1.000 beschäftigte Mitglieder	
		KH-Fälle	KH-Tage
Helfer-/Anlern-tätigkeiten	Männer	139,5	1.050
	Frauen	151,2	1.145
	Gesamt	145,4	1.098
Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Männer	127,8	923
	Frauen	126,9	954
	Gesamt	127,4	938
Komplexe Spezialistentätigkeiten	Männer	109,4	780
	Frauen	109,6	832
	Gesamt	109,5	800
Hoch komplexe Tätigkeiten	Männer	95,9	666
	Frauen	100,5	764
	Gesamt	97,6	703



komplexen Tätigkeiten sind etwa halb so viele Behandlungstage im Krankenhaus gewesen wie diejenigen, die Helfer- und Anlerntätigkeiten ausführen (158 vs. 305 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Weniger stark variieren die Kennwerte hingegen bei den Neubildungen. Insbesondere bei den Männern sind die durchschnittlichen Behandlungstage bei allen hier betrachteten Gruppen auf fast gleichem Niveau.

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 ein Drittel, Männer sogar fast zwei Drittel mehr Behandlungstage auf, wenn sie nicht in einer Aufsichts- oder Führungsposition arbeiten.

Zwar sind in der Gegenüberstellung von berufstätigen Personen mit bzw. ohne Aufsichts- bzw. Führungsfunktion (»»» Tabelle 3.4.3) nicht so stark ausgeprägte

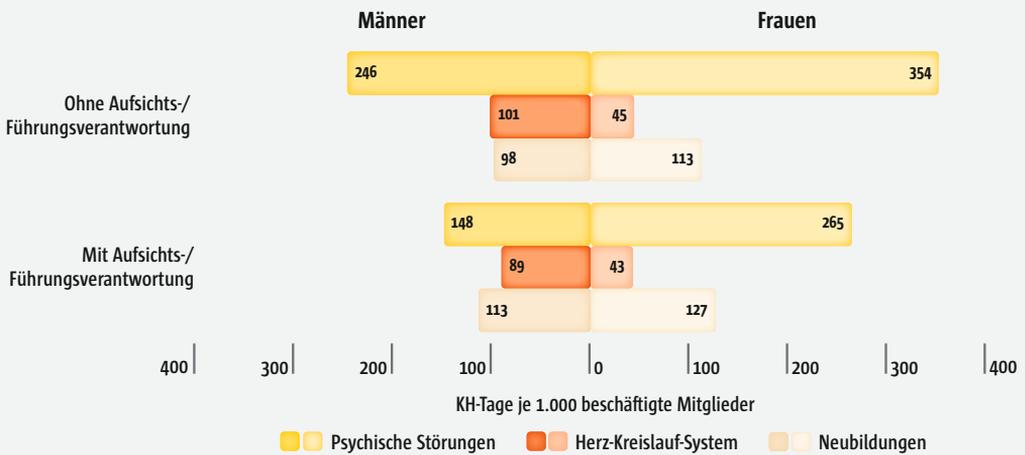
Unterschiede der KH-Kennzahlen wie etwa bei den zuvor dargestellten Tätigkeitsanforderungen festzustellen, es spiegelt sich aber auch hier das Muster wider, dass mit höherem Sozialstatus die Kennwerte niedriger ausfallen: Bei Beschäftigten, die keine Aufsichts- bzw. Führungsfunktion innehaben, liegen die Kennwerte rund +9% (KH-Fälle) bzw. +19% (KH-Tage) über denen der Gruppe mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion. Diese Differenz zeigt sich ebenso durchweg bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung, dabei sind wie zu erwarten bei den Frauen durchschnittlich jeweils mehr Behandlungstage pro Beschäftigte zu verzeichnen, entsprechend sind die höchsten Kennwerte im Vergleich bei den Frauen ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung vorzufinden (127,8 KH-Fälle bzw. 990 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).

Betrachtet man auch hier wiederum die Behandlungstage für die drei in der stationären Versorgung wichtigsten Diagnosehauptgruppen (»»» Diagramm 3.4.9), so zeigen sich auch 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

Tabelle 3.4.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

Aufsichts-/Führungsverantwortung	Geschlecht	KH-Fälle		KH-Tage	
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder			
Ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung	Männer	124,4		918	
	Frauen	127,8		990	
	Gesamt	125,9		951	
Mit Aufsichts-/Führungsverantwortung	Männer	116,2		780	
	Frauen	115,4		864	
	Gesamt	116,0		801	

Diagramm 3.4.9 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



einer solchen Funktion fast zwei Drittel mehr (246 vs. 148 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) Behandlungstage auf, bei den Frauen sind es auch immerhin ein Drittel mehr Tage (354 vs. 265 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 mehr Behandlungstage aufweisen, was aber auch mit dem höheren Durchschnittsalter zusammenhängen dürfte. Bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind hingegen nur geringfügige Differenzen zwischen den beiden betrachteten Gruppen zu erkennen.

Vertragsform

- 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 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 **III** 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 demnach vier darzustellenden Vertragsformen sind es diejenigen mit einem unbefristeten Teilzeitvertrag, die im Durchschnitt am häufigsten in stationärer Behandlung waren und die meisten Behandlungstage aufweisen (130,1 KH-Fälle bzw. 996 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte), wobei die Männer in einem solchen Arbeitsverhältnis gegenüber den meisten anderen geschlechtsspezifischen Analysen mehr Behandlungstage als die Frauen aufweisen. Zu berücksichtigen ist dabei aber auch, 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 (98,8 KH-Fälle bzw. 716 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) – Beschäftigte mit einer solchen Vertragsform sind allerdings mit einem Durchschnittsalter von knapp über 30 Jahren deutlich jünger als alle anderen hier dargestellten Gruppen. Auffällig ist außerdem, dass die Männer mit befristetem Vollzeitvertrag deutlich geringere Werte gegenüber ihren Geschlechtsgenossen in anderen Vertragsformen aufweisen, wären diese Differenzen bei den Frauen deutlich kleiner sind: Für Männer mit ande-

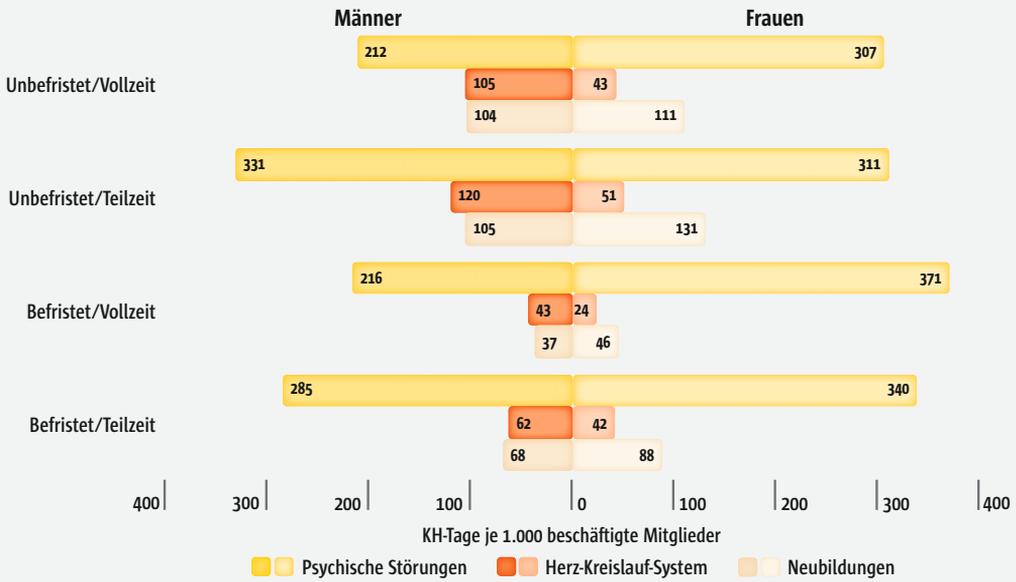
ren Vertragsformen sind zwischen einem Viertel (befristet/Teilzeit) und zwei Drittel (unbefristet/Teilzeit) mehr Krankenhaustage zu verzeichnen.

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 Behandlungstagen auf psychische und Verhaltensstörungen zurückzuführen ist (**III** Diagramm 3.4.10). 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 anderen Vertragsformen ausfallen, ist die Bedeutung der psychischen Störungen insbesondere bei den weiblichen Beschäftigten umso größer: Die Frauen in befristeten Vollzeitverträgen haben mit 371 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte die meisten stationären Behandlungstage, das ist in dieser Gruppe ein Anteil von rund 44% aller Behandlungstage. Auch die männlichen Beschäftigten in unbefristeter Teilzeitarbeit sind überdurchschnittlich viele Tage aufgrund dieser Krankheitsart in stationärer Behandlung (331 Behandlungstage je 1.000 Beschäftigte), diese weisen aber, wie schon zuvor erwähnt, auch insgesamt sehr viele Behandlungstage auf.

Tabelle 3.4.4 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

Vertragsformen	Geschlecht	KH-Fälle	KH-Tage
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder	
Unbefristet/Vollzeit	Männer	125,5	900
	Frauen	125,4	934
	Gesamt	125,5	910
Unbefristet/Teilzeit	Männer	133,0	1.058
	Frauen	129,6	984
	Gesamt	130,1	996
Befristet/Vollzeit	Männer	90,9	629
	Frauen	109,8	837
	Gesamt	98,8	716
Befristet/Teilzeit	Männer	98,5	790
	Frauen	119,4	916
	Gesamt	114,7	888

Diagramm 3.4.10 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



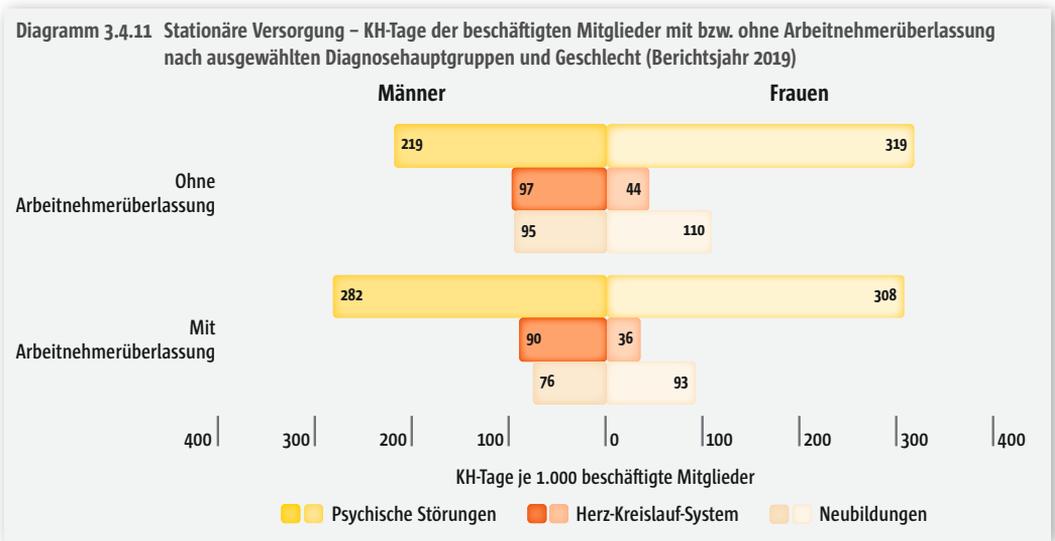
Arbeitnehmerüberlassung

- Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung sind im Schnitt jünger, entsprechend werden diese weniger häufig aufgrund von Neubildungen stationär behandelt.
- 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 bei den Berufstätigen zudem separat diejenigen, die in Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) tätig sind mit den Beschäftigten, die direkt bei einem Arbeitgeber angestellt sind (»»» Tabelle 3.4.5), so zeigen sich nur relativ geringe Unterschiede. Selbst die Differenzen zwischen den geschlechtsspezifischen Kennwerten sind bei denjenigen in Arbeitnehmerüberlassung ausgeprägter als bei den direkt angestellten Beschäftigten. Im Vergleich zu den Vorjahren sind gerade bei den Kennwerten der Leih- und Zeitarbeiterinnen größere Schwankungen zu beobachten, hierbei ist aber

Tabelle 3.4.5 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

Arbeitnehmerüberlassung	Geschlecht	KH-Kennzahlen	
		KH-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder	KH-Tage
Ohne Arbeitnehmerüberlassung	Männer	121,1	873
	Frauen	124,7	941
	Gesamt	122,7	904
Mit Arbeitnehmerüberlassung	Männer	118,4	875
	Frauen	131,0	910
	Gesamt	122,3	886

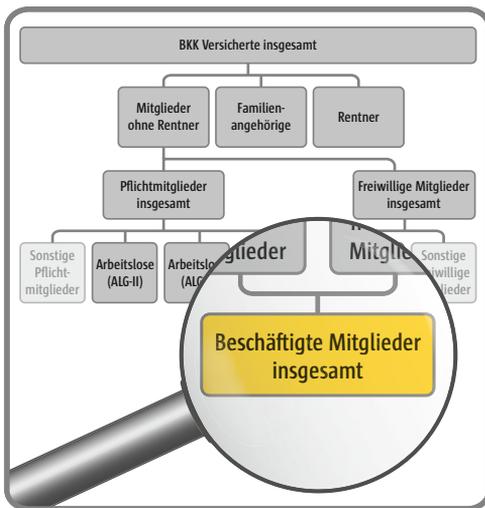


sicher auch ein wesentlicher Faktor, dass gerade diese Gruppe sehr klein ist (»»» Tabelle o.2.1).

In »»» Diagramm 3.4.11 werden wiederum die Unterschiede bezogen auf die KH-Tage zwischen den in bzw. nicht in Arbeitnehmerüberlassung Tätigen für ausgewählte Diagnosehauptgruppen aufgeführt. Aufgrund des wie erwähnt niedrigeren Durchschnittsalters der in Arbeitnehmerüberlassung Tätigen gegenüber den in einem regulären Vertragsverhältnis angestellten Beschäftigten ist es nicht verwunderlich, dass die Leih- und Zeitarbeiter insgesamt weniger Behandlungstage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neubildungen aufweisen. Auf der anderen Seite zeigt sich bei diesen über die letzten Jahre auch eine recht konstant höhere Anzahl

an Behandlungstagen aufgrund von psychischen Störungen bei den Männern. Gegenüber dem Vorjahr sind aber gerade bei den Frauen in Arbeitnehmerüberlassung die Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen um etwa ein Fünftel geringer – allerdings bleibt zu konstatieren, dass aufgrund der Tatsache, dass in diesem Vergleich die Frauen in Arbeitnehmerüberlassung deutlich die kleinste Gruppe sind, die Kennwerte nur eingeschränkt interpretierbar sind. Ein Blick insbesondere in den AU-Bereich (»»» Kapitel 1.4), in dem die Fallzahlen deutlich größer sind als im stationären Bereich, zeigt aber zumindest ein ähnliches Muster mit einer erhöhten Anzahl an AU-Tagen aufgrund psychischer Störungen für beide Geschlechter.

3.5 Schwerpunktthema Mobilität – Arbeit – Gesundheit



Nachfolgend werden im Abschnitt zum diesjährigen Schwerpunktthema äquivalent zu den vorherigen Kapiteln Zusammenhänge zwischen Pendlermerkmalen und der Inanspruchnahme von stationärer Versorgung dargestellt. Die dabei genutzten methodischen Grundlagen wurden bereits im **III** Kapitel 1.5 ausführlich dargestellt, dort ist ebenso eine Beschreibung der nachfolgend verwendeten Gruppen der Pendler sowie der Nichtpendler anhand soziodemografischer Merkmale zu finden.

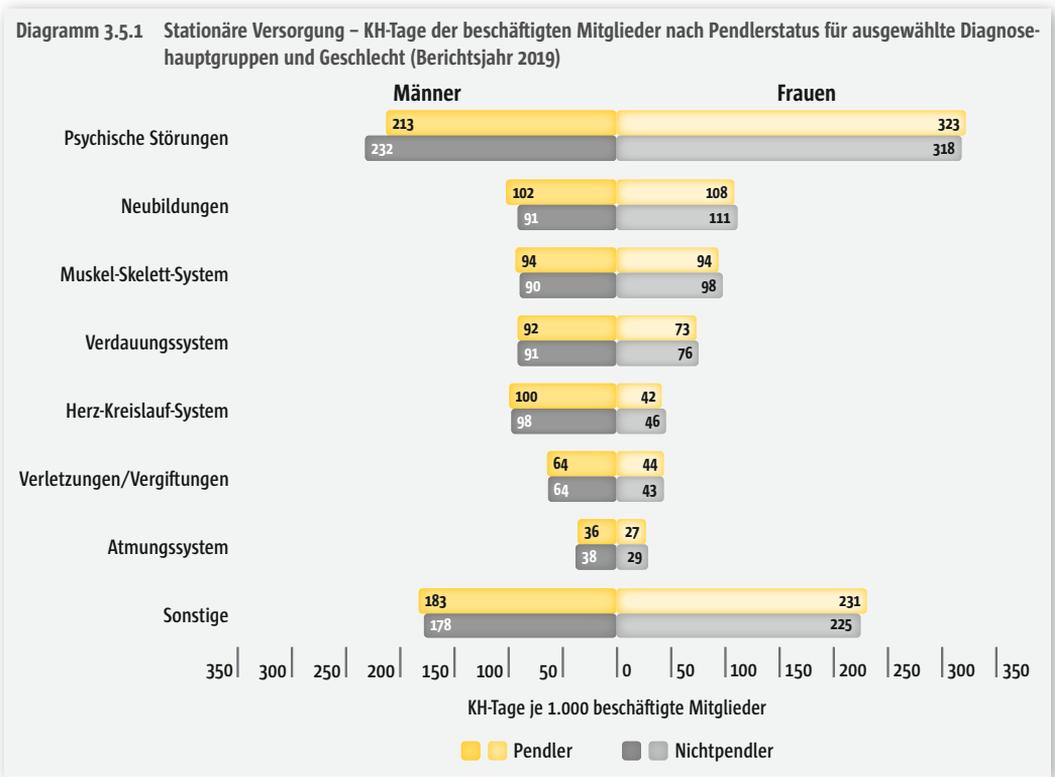
3.5.1 Einleitung

- Pendler und Nichtpendler unterscheiden sich hinsichtlich der stationären Fallzahlen und daraus resultierender Behandlungstage nur unwesentlich.
- Differenziert nach Alter zeigt sich, dass Nichtpendler in den Altersgruppen jünger als 40 Jahre durchschnittlich mehr Tage in stationärer Behandlung waren als Pendler.

- Dieses Verhältnis kehrt sich hingegen bei den Altersgruppen ab 55 Jahren um, hier weisen die Pendler mehr Krankenhaustage als die Nichtpendler auf.

Bei einem Vergleich der Gesamtkennwerte für die stationäre Versorgung unterscheiden sich Pendler und Nichtpendler kaum: Für Pendler sind im Berichtsjahr 2019 durchschnittlich 123,8 KH-Fälle und 906 KH-Tage zu verzeichnen, während es für die Nichtpendler 123,2 KH-Fälle und 914 KH-Tage sind. Größere Unterschiede ergeben sich hingegen bei einer weiteren Differenzierung nach Erkrankungsarten und Geschlecht (**III** Diagramm 3.5.1). Es zeigt sich dabei, dass pendelnde Männer, die gegenüber den Nichtpendlern mehr KH-Tage aufgrund von Neubildungen aufweisen, wiederum aber weniger Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen zu verzeichnen haben. Bei den Frauen sind die Differenzen geringer ausgeprägt, hier ist nur relativ betrachtet der Unterschied bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen erwähnenswert (+9,3% mehr Behandlungstage bei den Nichtpendlerinnen gegenüber den Pendlerinnen).

Das **III** Diagramm 3.5.2 schlüsselt für Pendler und Nichtpendler wiederum die wichtigsten Diagnosehauptgruppen im stationären Bereich nach Altersgruppen auf. Augenfällig ist dabei, dass für die Nichtpendler in den Altersgruppen jünger als 40 Jahre durchschnittlich mehr Behandlungstage dokumentiert sind. Dieses Verhältnis ist hingegen bei den Altersgruppen ab 55 Jahren umgekehrt, hier weisen die Pendler mehr Krankenhaustage auf. Somit zeigt sich hier ein etwas anderes Bild als im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (**III** Kapitel 1.5), bei dem Pendler in fast allen Altersgruppen tendenziell weniger AU-Tage als die Nichtpendler aufweisen. Im stationären Sektor zeigt sich wiederum ein sehr großer Unterschied bei den Beschäftigten ab 65 Jahren nach Pendlerstatus: Die Nichtpendler weisen mit



111 KH-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder um die Hälfte mehr stationäre Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen auf als die Pendler. Hingegen sind in dieser Altersgruppe die Kennwerte aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislauf- sowie des Verdauungssystems bei den Pendlern um mehr als ein Fünftel bzw. ein Drittel höher. Bei den Unter-20-Jährigen sind hingegen die Nichtpendler relativ mehr Tage aufgrund von Neubildungen (+59%) sowie Krankheiten des Atmungssystems (+24%) in stationärer Behandlung gewesen.

Für die Betrachtung regionaler Unterschiede stellt das **»»»** Diagramm 3.5.3 die KH-Tage differenziert nach Pendlerstatus auf Bundesländerebene da. Anders als in den weiteren Kapiteln ist hier ein detaillierter Vergleich auf Kreisebene nicht möglich, da im stationären Sektor die Fallzahlen, wie schon erwähnt, geringer ausfallen. Dennoch ist auch bei den Bundeslandkennwerten die Tendenz wie auf Bundesebene zu verzeichnen, dass die Nichtpendler (leicht)

höhere Werte aufweisen. Nur in drei Bundesländern weisen die Pendler mehr Behandlungstage auf, wobei die Differenz in Mecklenburg-Vorpommern am größten ist: Während Nichtpendler 972 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder in stationärer Versorgung waren, ist dieser Kennwert mit 1.136 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder um +16,9% höher. Allerdings ist dabei auch zu berücksichtigen, dass in diesem Bundesland die Kreise relativ groß und dünn besiedelt sind und damit auch die als Nichtpendler Gezählten größere Entfernungen zurücklegen müssen. Aber auch in Rheinland-Pfalz – dem Bundesland mit dem größten Pendleranteil (60,8%) – weisen die dort wohnhaften Pendler mehr stationäre Behandlungstage auf als die Nichtpendler, außerdem ist dieser Unterschied ebenfalls im Saarland gegeben, aber nur minimal. In Hessen wiederum übersteigt die Zahl der Behandlungstage der Nichtpendler die der Pendler um knapp 10% und auch in Bremen ist diese Differenz deutlich überdurchschnittlich (+7,7%).

Diagramm 3.5.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)

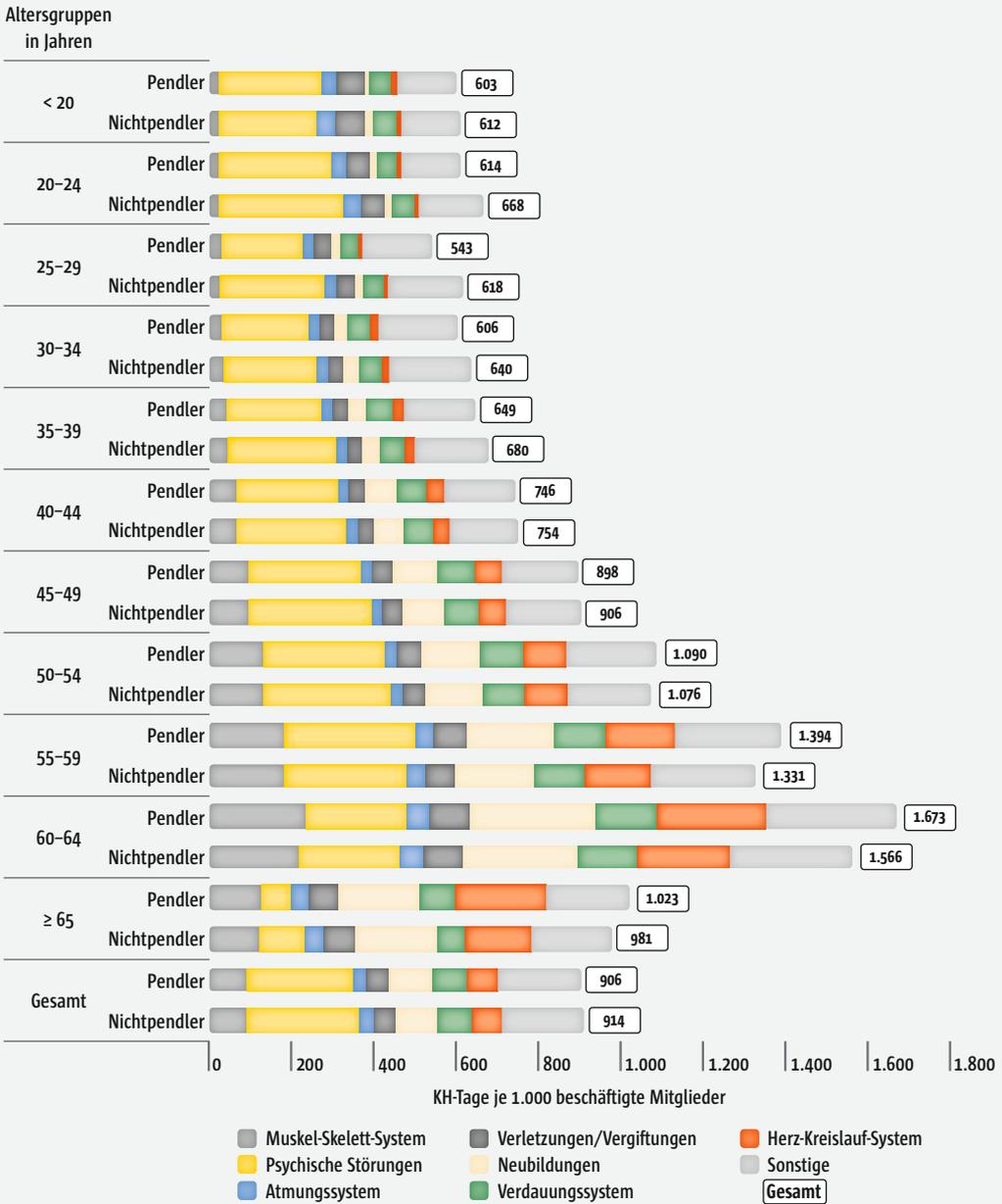
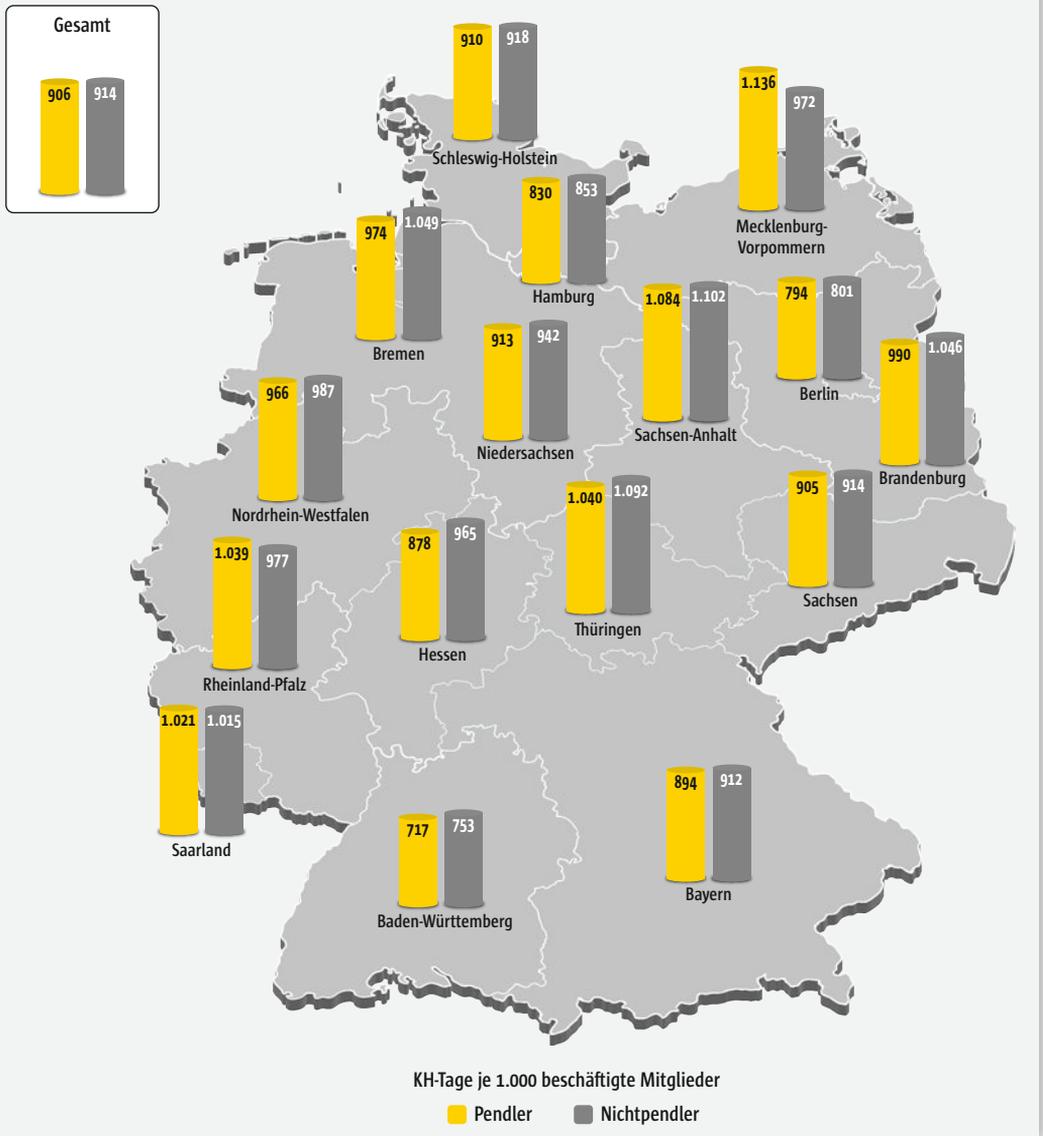


Diagramm 3.5.3 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)



3.5.2 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

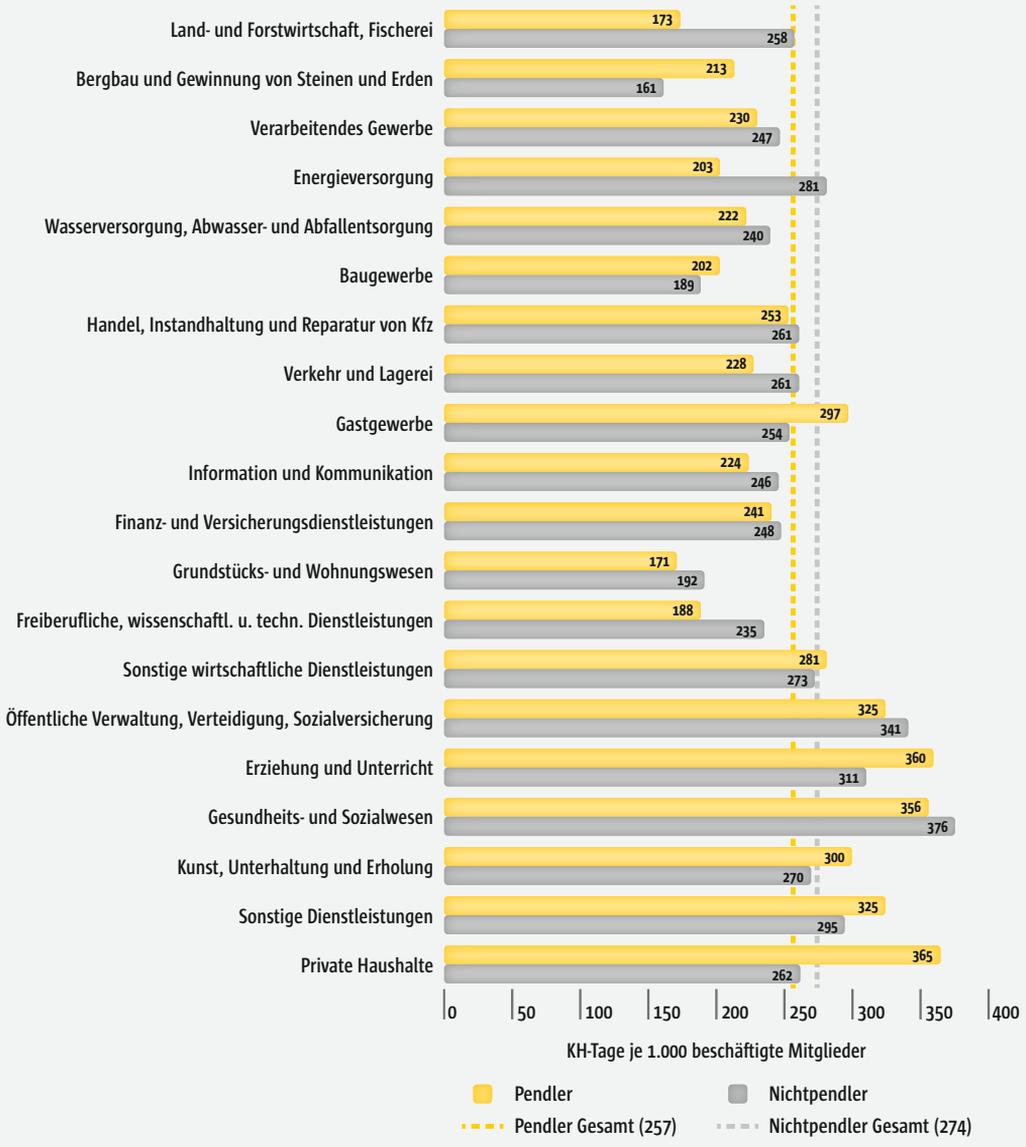
- Pendler, die in privaten Haushalten arbeiten, weisen insgesamt die meisten Krankentage auf, während in Land-/Forstwirtschaft und Fischerei beschäftigte Pendler die geringste Zahl an Behandlungstagen aufweisen.
- Damit liegen die Kennwerte für die Pendler in diesen beiden Branchen deutlich über bzw. unter dem Mittelwert. Zu den nichtpendelnden Kollegen in der jeweiligen Branche besteht zudem eine große Differenz.

Bei der Betrachtung nach Wirtschaftsgruppen zeigt sich in den Unterschieden zwischen Pendlern und Nichtpendlern ein sehr heterogenes Bild, was aber wiederum Ähnlichkeiten zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (» Kapitel 1.5.2) aufweist. So gibt es einige Wirtschaftsgruppen, in denen die Pendler deutlich weniger stationäre Behandlungstage als die Nichtpendler aufweisen (» Tabelle 3.5.1). Insbesondere bei der Wirtschaftsgruppe Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei ist der Unterschied besonders groß, wobei hier die Pendler durch einen sehr niedrigen Wert hervorstechen: Dieser liegt mit 656 KH-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder mehr

Tabelle 3.5.1 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus und Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2019)

Wirtschaftsabschnitte	Pendler	Nichtpendler	Differenzen zwischen Pendlern und Nichtpendlern
	KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	656	863	-207
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	858	839	+19
Verarbeitendes Gewerbe	902	933	-31
Energieversorgung	888	972	-83
Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung	944	1.106	-161
Baugewerbe	843	772	+71
Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	853	859	-6
Verkehr und Lagerei	1.021	1.017	+3
Gastgewerbe	895	843	+52
Information und Kommunikation	716	713	+3
Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	797	789	+8
Grundstücks- und Wohnungswesen	725	778	-53
Freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen	690	718	-28
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	988	936	+52
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	995	1.053	-59
Erziehung und Unterricht	868	873	-4
Gesundheits- und Sozialwesen	1.021	1.044	-23
Kunst, Unterhaltung und Erholung	953	894	+59
Sonstige Dienstleistungen	920	910	+10
Private Haushalte	1.151	961	+189
Gesamt	906	914	-8

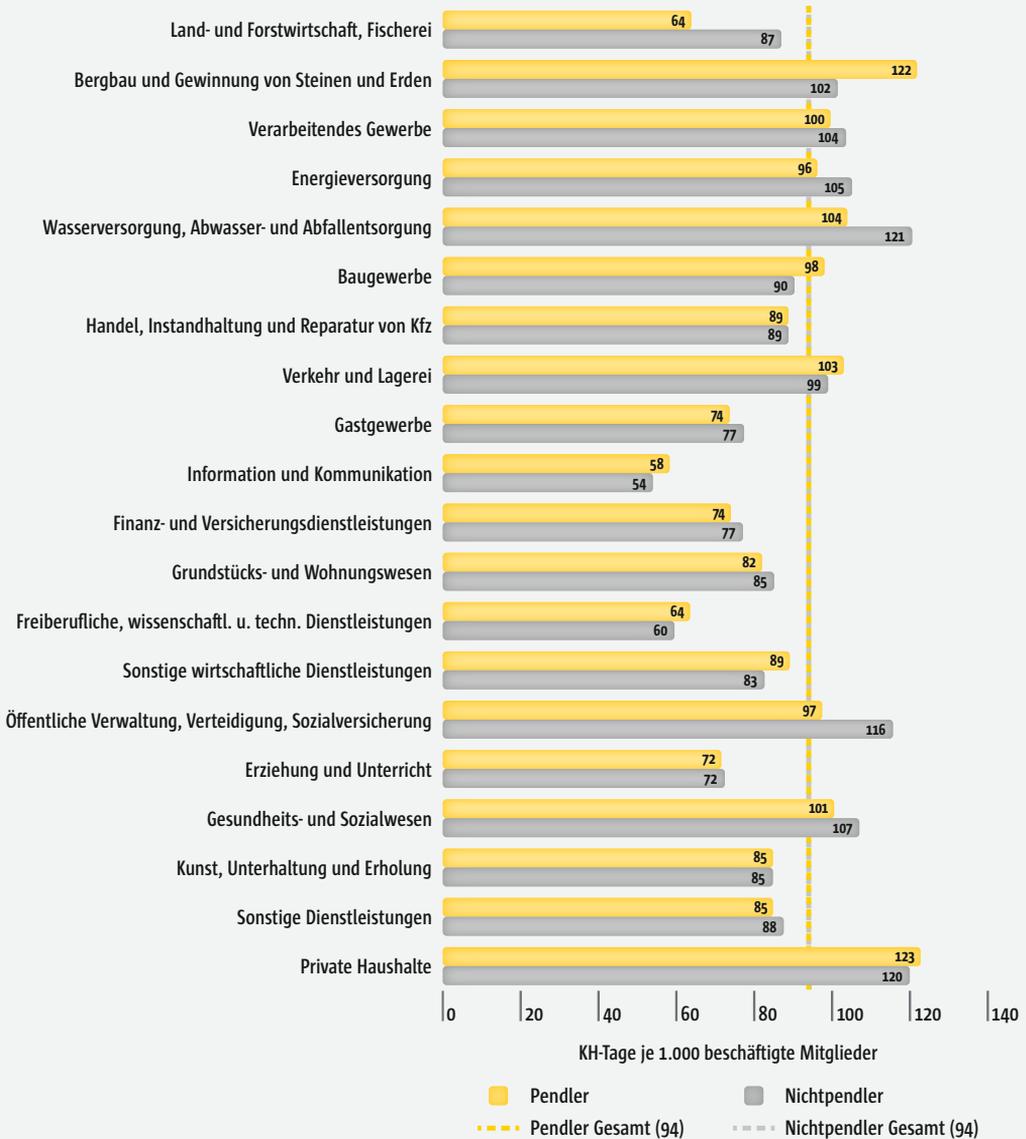
Diagramm 3.5.4 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Pendlerstatus und Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2019)



als ein Viertel unter dem Durchschnittswert für Pendler. Immerhin noch um +17% höher liegt die Zahl der Behandlungstage bei den nichtpendelnden Beschäftigten der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung gegenüber den Pendlern in dieser Branche, wobei dies mit 1.106 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte sogar der Spitzenwert bei den Nichtpend-

lern ist. Andererseits gibt es aber auch den umgekehrten Effekt in deutlicher Ausprägung: Die pendelnden Beschäftigten in privaten Haushalten weisen mit 1.151 KH-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder den absolut höchsten Wert in diesem Vergleich auf, was wiederum ein Fünftel mehr Behandlungstage als bei den Nichtpendlern dieser Wirtschafts-

Diagramm 3.5.5 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Pendlerstatus und Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2019)

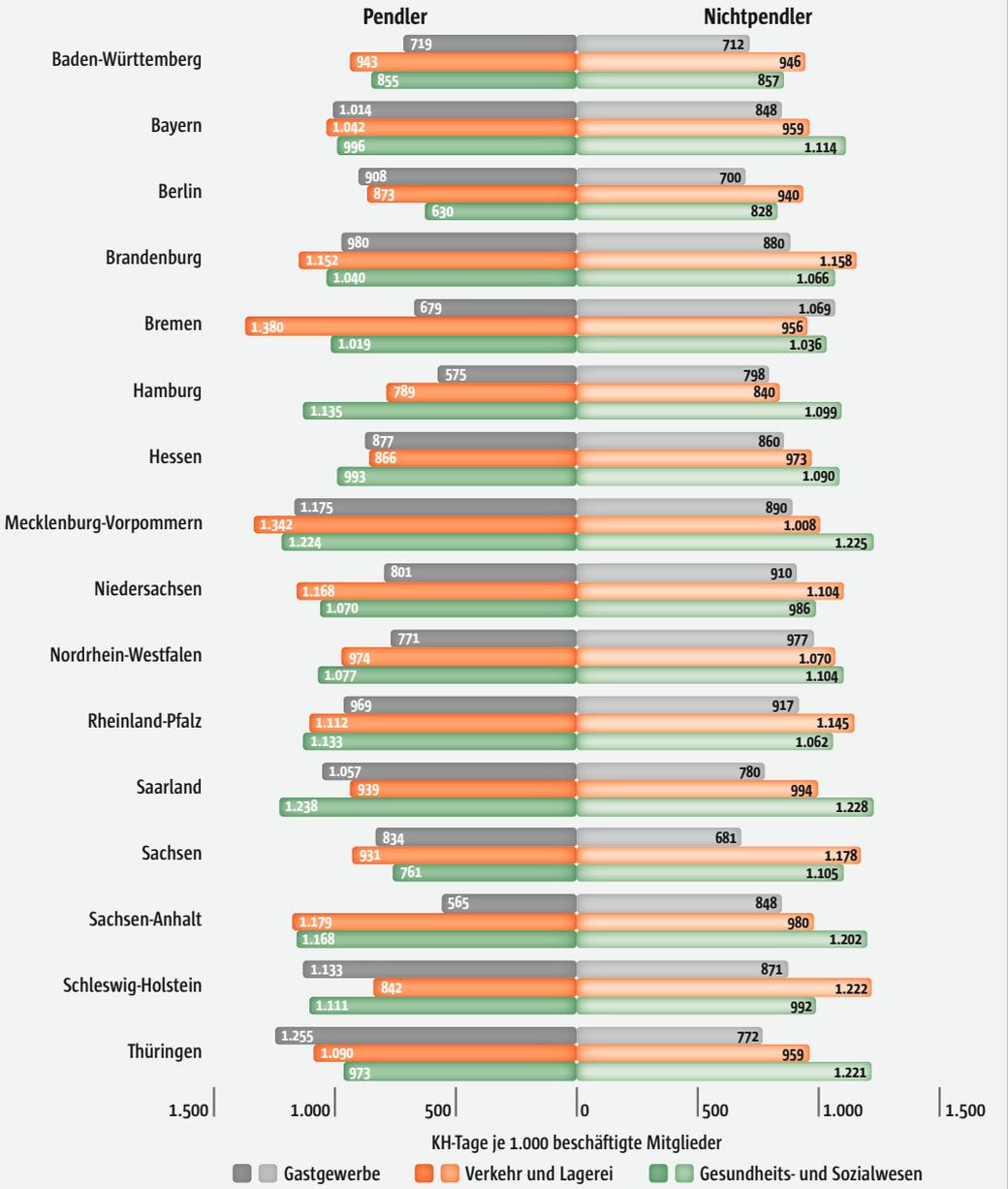


gruppe ausmacht. Des Weiteren beträgt in gleichgerichteter Form im Baugewerbe die Differenz immerhin +9%.

Für eine genauere Betrachtung werden nachfolgend äquivalent zu den anderen Kapiteln die Kennwerte für psychische Störungen sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen dargestellt.

Dabei sind die größeren Unterschiede zwischen Pendlern und Nichtpendlern hinsichtlich der Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen zu beobachten (»» Diagramm 3.5.4). Auch hier ist es die Wirtschaftsgruppe Land- und Forstwirtschaft, Fischerei, in der die Nichtpendler +49% mehr Behandlungstage gegenüber den Pendlern aufweisen. Eine

Diagramm 3.5.6 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Wirtschaftsabschnitten und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)



Differenz in dieser Form ist auch bei den in der Energiegewinnung Tätigen dokumentiert, bei denen für die Nichtpendler immerhin +39% mehr KH-Tage gegenüber den Pendlern zu verzeichnen sind. Dabei

ist für diese Wirtschaftsgruppe außerdem augenfällig, dass der Pendler-Kennwert deutlich unter dem Durchschnittswert für alle Pendler liegt, während die Nichtpendler überdurchschnittlich viele Behand-

lungstage aufweisen. Pendler, die im Vergleich zu den Nichtpendlern durchschnittlich mehr Tage aufgrund von psychischen Störungen im Krankenhaus waren, sind wiederum in den Wirtschaftsgruppen private Haushalte (+40%) sowie Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden (+32%) zu finden.

In der Betrachtung nach KH-Tagen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen (III Diagramm 3.5.5) fallen die Differenzen innerhalb der Wirtschaftsgruppen etwas geringer aus als bei den psychischen Störungen. Aber auch hier sind es erneut die Beschäftigten in Land- und Forstwirtschaft, Fischerei, bei denen die Nichtpendler im Schnitt deutlich mehr Tage in stationärer Behandlung waren als die Pendler dieser Wirtschaftsgruppe. In gleichgerichteter Form sind es die nicht-pendelnden Beschäftigten in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung bzw. Sozialversicherung, die immerhin +19% mehr Behandlungstage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen aufweisen. Hingegen sind es bei den in Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden Tätigen die Pendler, die gegenüber den Nichtpendlern einen um ein Fünftel höheren Kennwert aufweisen.

Abschließend wird in III Diagramm 3.5.6 ein regionaler Vergleich zwischen drei ausgewählten Wirtschaftsgruppen angestellt. Dabei zeigt sich äquivalent zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, dass im Gastgewerbe in der Mehrheit der Bundesländer (11 von 16), die stationären Behandlungstage der Pendler über denen der Nichtpendler liegen. Der größte Unterschied in dieser Form ist in Thüringen zu finden, hier beträgt die Differenz rund einen halben Tag je beschäftigtes Mitglied bzw. relativ betrachtet +63% bei den Pendlern gegenüber den Nichtpendlern. In gleicher Form sind für die im Saarland wohnhaften Pendler immerhin +36% mehr Behandlungstage im Vergleich zu den dortigen Nichtpendlern zu verzeichnen. In der gleichen Branche lassen sich dagegen in Bremen und Sachsen-Anhalt bei den Nichtpendlern um über die Hälfte mehr KH-Tage gegenüber den Pendlern feststellen. In Bremen ist hingegen in der Wirtschaftsgruppe Verkehr und Lagerie die Differenz zuungunsten der Pendler besonders groß (+44%), während in Schleswig-Holstein die Behandlungstage der Nichtpendler die der Pendler in ähnlicher Höhe (+45%) übersteigen. Ein anderes Muster zeigt sich für das Gesundheits- und Sozialwesen: Hier liegt die Anzahl der Behandlungstage in den meisten Bundesländern (11 von 16) bei den Nichtpendlern über der bei den Pendlern. Am stärksten ausgeprägt ist diese Differenz in Sachsen (+45%) und in Berlin (+32%).

3.5.3 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Bei den Berufsgruppen ergeben sich größere Differenzen zwischen Pendlern und Nichtpendlern für einzelne Erkrankungsarten. So waren die Pendler in Land-, Forst- und Gartenbauberufen sowie in IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen um ein Fünftel weniger Tage als die Nichtpendler in stationärer Behandlung.
- Drastische Unterschiede zeigen sich in den Bundesländern: In Bremen ist die Anzahl der Behandlungstage bei den Pendlern in IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen nur ein Drittel so groß wie bei den Nichtpendlern. In Mecklenburg-Vorpommern hingegen weisen die Pendler der gleichen Berufsgruppe einen doppelt so hohen Wert wie die Nichtpendler auf.

Nachfolgend werden die Zusammenhänge zwischen Pendlerstatus und der Inanspruchnahme von stationärer Versorgung differenziert nach Berufsgruppen betrachtet. Während die zuvor dargestellten Wirtschaftsgruppen von den jeweiligen Unternehmen und deren Produkten bzw. Dienstleistungen abgeleitet sind, lässt sich anhand der konkreten beruflichen Tätigkeit stärker auf die Arbeitsbedingungen sowie die daraus resultierenden Arbeitsbelastungen und deren gesundheitlichen Folgen schließen. Im einfachen Vergleich von Pendlern und Nichtpendlern nach Berufsgruppen (III Tabelle 3.5.2) zeigen sich geringere Unterschiede als noch bei den Wirtschaftsgruppen. Waren es dort die Beschäftigten aus der Branche Land- und Forstwirtschaft, Fischerei, deren Wohn- sowie Arbeitsort nicht im gleichen Kreis liegen, die mit einer besonders niedrigen durchschnittlichen Anzahl an stationären Behandlungstagen (und entsprechend mit einer sehr großen Differenz zu den Nichtpendlern) auffielen, so ist hingegen bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen eine deutlich geringe Differenz zwischen den Pendlerstatusgruppen zu finden. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass Land-, Forst- und Gartenbauberufe zu einem nicht unerheblichen Teil auch in anderen Branchen (u. a. in den sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen) arbeiten. Die größte Differenz bei den Berufsgruppen ist hingegen bei den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen zu finden, wobei die Krankentage der Nichtpendler die der Pendler um +9% übersteigen. Am deutlichsten zuungunsten der Pendler fällt hingegen die Differenz bei den Sicherheitsberufen aus (+8%).

Tabelle 3.5.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus und Berufssegmenten (Berichtsjahr 2019)

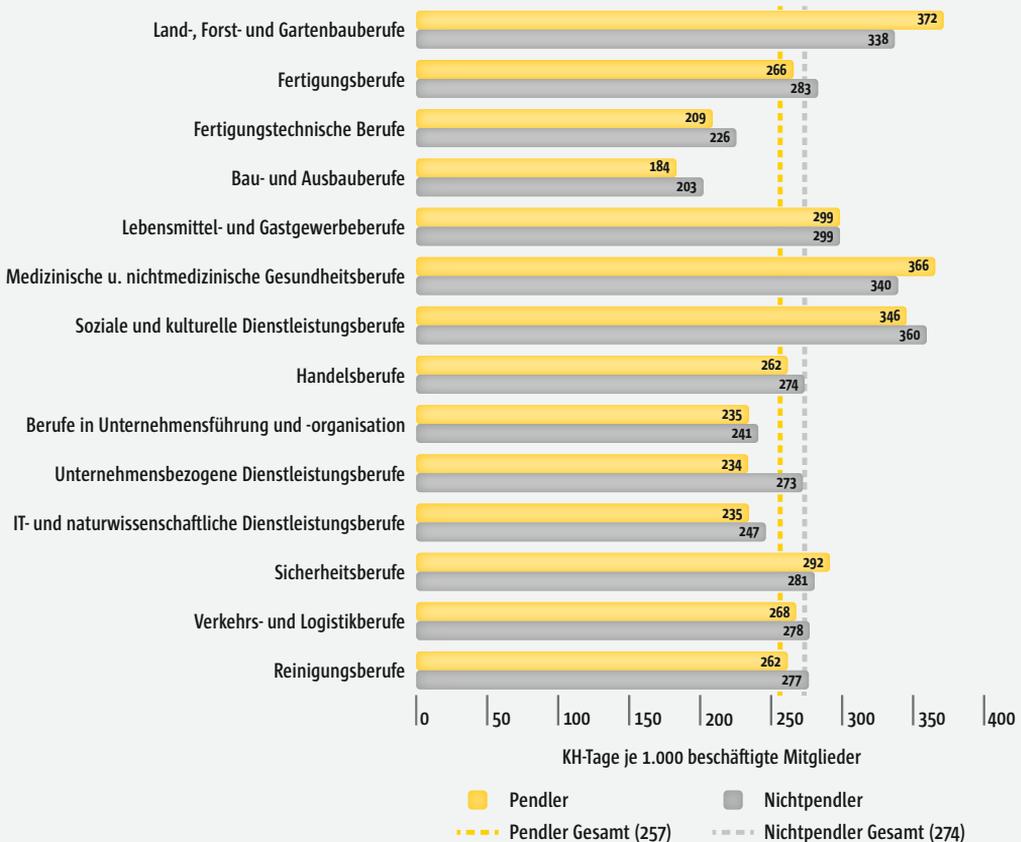
KldB- 2010- Code	Berufssegmente	Pendler	Nichtpendler	Differenzen zwischen Pendlern und Nichtpendlern
		KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
S11	Land-, Forst- und Gartenbauberufe	908	960	-52
S12	Fertigungsberufe	1.023	1.032	-10
S13	Fertigungstechnische Berufe	847	858	-10
S14	Bau- und Ausbauberufe	866	875	-9
S21	Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe	922	921	+2
S22	Medizinische u. nichtmedizinische Gesundheitsberufe	1.015	968	+47
S23	Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe	930	955	-25
S31	Handelsberufe	864	894	-30
S32	Berufe in Unternehmensführung und -organisation	831	807	+24
S33	Unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe	794	829	-36
S41	IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe	748	813	-65
S51	Sicherheitsberufe	1.237	1.146	+91
S52	Verkehrs- und Logistikberufe	1.085	1.078	+7
S53	Reinigungsberufe	1.069	1.102	-33
Gesamt		906	914	-8

Betrachtet man des Weiteren die Behandlungstage von Pendlern und Nichtpendlern aufgrund von psychischen Störungen (»» Diagramm 3.5.7), so zeigt sich die größte Differenz bei den unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen: Die Nichtpendler, die eine annähernd dem Gesamtdurchschnitt aller Nichtpendler entsprechende Anzahl an Behandlungstagen aufweisen, haben damit aber einen um +16% höheren Kennwert als die Pendler, die deutlich unterdurchschnittlich viele Tage stationär behandelt wurden. Wiederum deutlich überdurchschnittlich ist die Anzahl der Krankenhaustage bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen insgesamt (»» Diagramm 3.4.6), wobei Pendler in diesen Berufen sogar noch mehr Tage im Schnitt stationär behandelt wurden und mit 372 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte Mitglieder den höchsten Kennwert insge-

samt in diesem Vergleich aufweisen. Hingegen den niedrigsten Wert weisen die Bau- und Ausbauberufe auf, hier wird der ohnehin niedrige Wert der Nichtpendler von den Pendlern mit 184 KH-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder noch einmal um -9% unterboten.

Bei den stationären Behandlungstagen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen zeigt sich hingegen ein anderes Bild (»» Diagramm 3.5.8): Hierbei sind die in Land-, Forst- und Gartenbauberufen tätigen Pendler augenfällig deutlich weniger (-20%) als die nichtpendelnden Berufskolleginnen und -kollegen aufgrund dieser Erkrankungsart in stationärer Behandlung gewesen. Ebenfalls eine relativ betrachtete große Differenz in gleiche Richtung zeigt sich bei den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen (-19%), wobei hier aber beide Pendler-

Diagramm 3.5.7 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Pendlerstatus und Berufssegmenten (Berichtsjahr 2019).

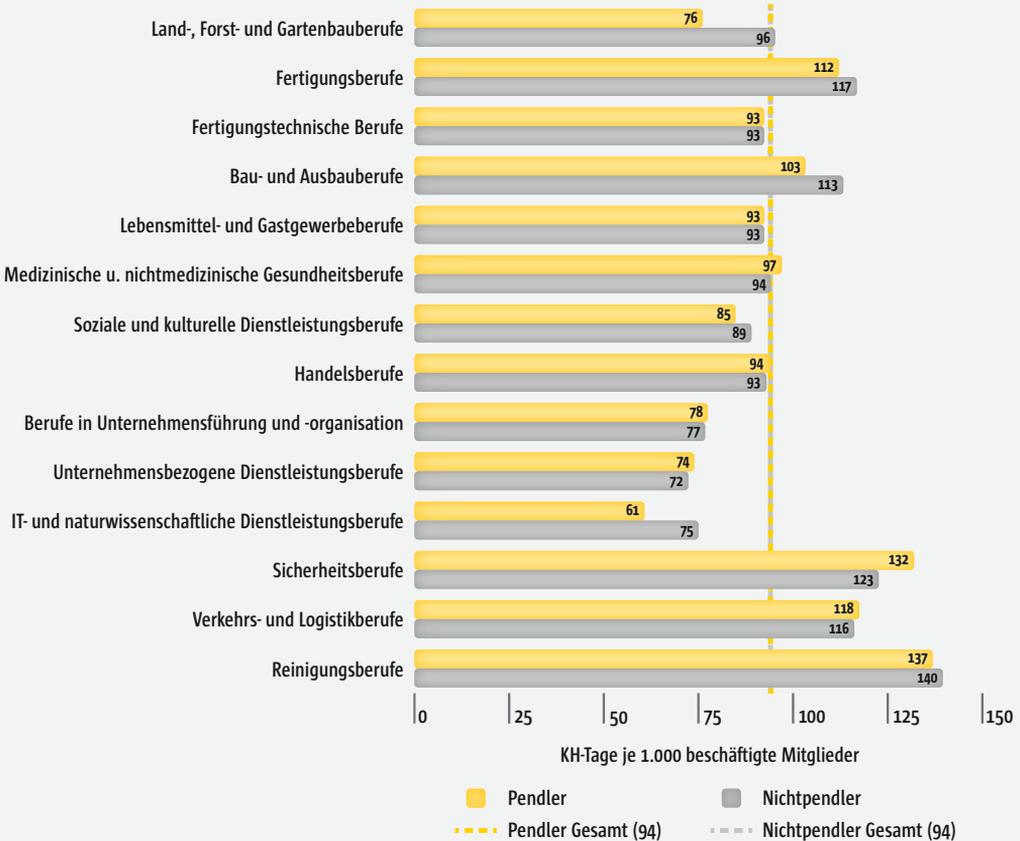


statusgruppen einen unterdurchschnittlichen Kennwert aufweisen. Bei den Sicherheitsberufen sind es hingegen die Pendler, die gegenüber den Nichtpendlern in dieser Berufsgruppe eine merklich höhere Anzahl an Krankenhaustagen aufweisen. Die durchschnittlich meisten Behandlungstage sowohl für Pendler als auch Nichtpendler verzeichnen hingegen die Reinigungsberufe.

Abschließend werden auch für ausgewählte Berufsgruppen die regionalen Besonderheiten zwischen Pendlern und Nichtpendlern betrachtet (» Diagramm 3.5.9). Hier wiederum zeigen sich teils drastische Differenzen. Dies ist etwa in Bremen der Fall, wo die pendelnden Beschäftigten in IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen mit nur 320 KH-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder den niedrigsten Wert in diesem Vergleich auf-

weisen, der nur ein Drittel der stationären Behandlungstage beträgt, die für die Nichtpendler dieser Berufsgruppe zu verzeichnen sind. Generell weisen gerade in dieser Berufsgruppe die Nichtpendler in den meisten Bundesländern (13 von 16) mehr stationäre Behandlungstage auf. Deutliches Gegenbeispiel sind die in dieser Berufsgruppe tätigen Pendler in Mecklenburg-Vorpommern – diese sind gegenüber den dort wohnhaften nichtpendelnden Berufskolleginnen und -kollegen mehr als doppelt so viele Tage im Krankenhaus gewesen. Ebenfalls doppelt so hoch ist die Anzahl der stationären Behandlungstage bei den Nichtpendlern gegenüber den Pendlern bei den in Hamburg lebenden Beschäftigten aus Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen. Bei den Bau- und Ausbauberufen ist die größte Differenz in Bremen zuungunsten der Nichtpendler zu verzeichnen (+70%).

Diagramm 3.5.8 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Pendlerstatus und Berufssegmenten (Berichtsjahr 2019)



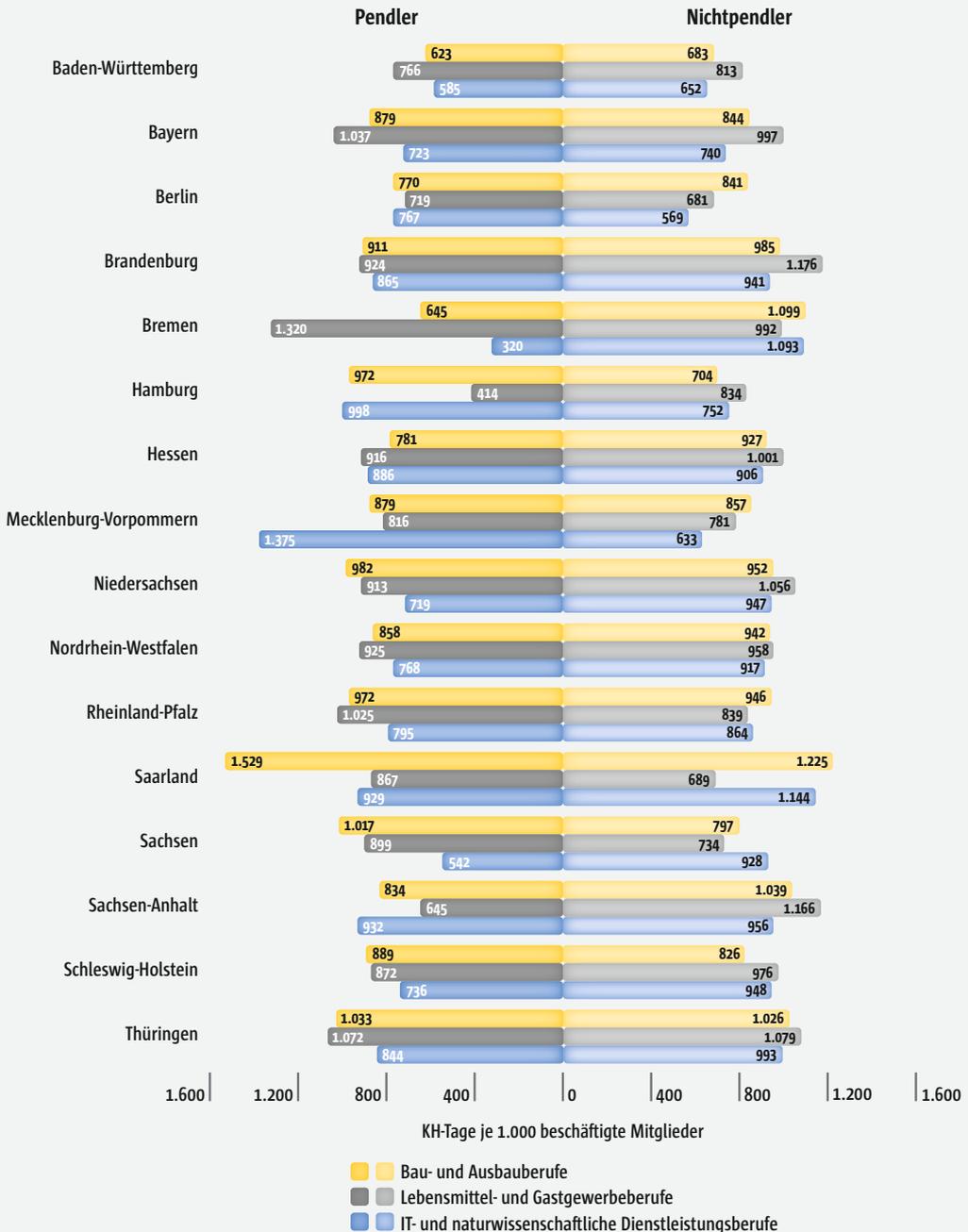
3.5.4 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

- Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung allgemein weisen ohnehin überdurchschnittliche Kennwerte auf. Bei Pendlern in einem solchen Arbeitsverhältnis sind noch darüberhinausgehend mehr KH-Tage im Vergleich zu Nichtpendlern zu verzeichnen.
- Bei Teilzeit-Beschäftigten sind – gegenläufig zu anderen Vertragsformen – die psychischen Störungen bei Pendlern mit einer im Schnitt größeren Anzahl an stationären Behandlungstagen verbunden als bei Nichtpendlern.

- Anders als beispielsweise im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zeigt sich in der stationären Versorgung keine besondere gesundheitliche Belastung durch das Pendeln bei Tätigkeiten mit niedrigem Anforderungsniveau.

Nachfolgend werden für ausgewählte arbeitsweltliche Indikatoren die stationären Behandlungstage nach Pendlerstatus differenziert für die drei wichtigsten Erkrankungsarten in diesem Bereich betrachtet.

Diagramm 3.5.9 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Berufssegmenten und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)



Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

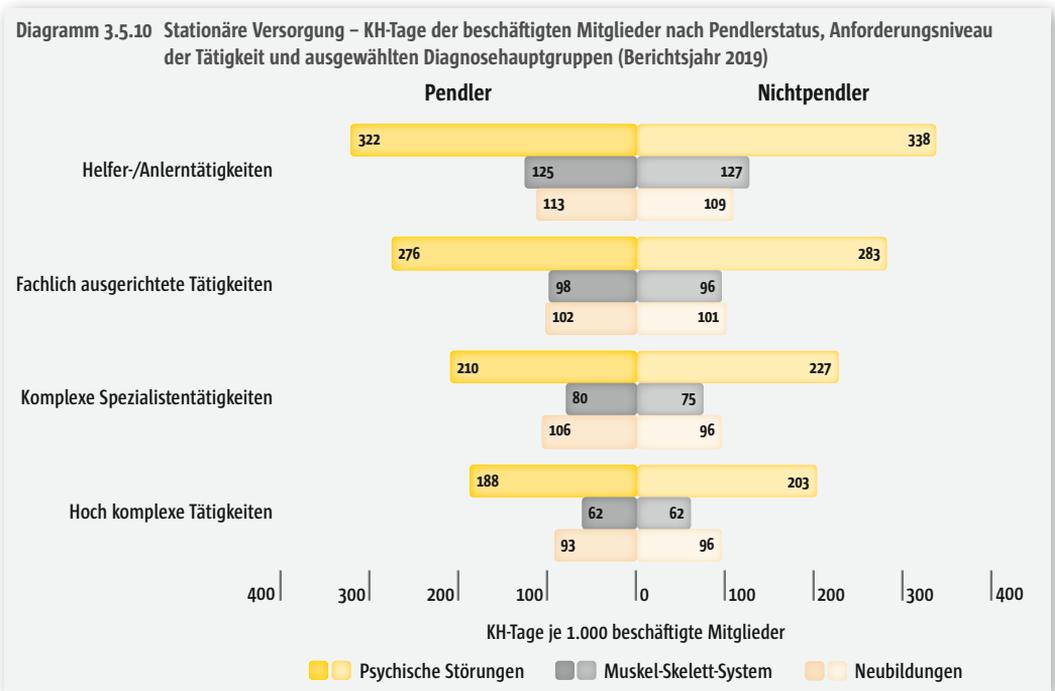
Wie schon in der Betrachtung für die Beschäftigten insgesamt (» Diagramm 3.4.8) zeigt sich auch bei Differenzierung nach Pendlerstatus eine deutliche Abnahme der durchschnittlichen Anzahl stationärer Behandlungstage mit steigendem Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit (» Diagramm 3.5.10). Anders als im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (» Kapitel 1.5.4) zeigt sich hierbei aber keine besondere Tendenz dazu, dass Pendler andere oder abweichende Kennwerte aufweisen als Nichtpendler. Vielmehr sind die größten Unterschiede bei den Beschäftigten, die komplexe Spezialistentätigkeiten ausführen, zu finden: Bei dieser Beschäftigtengruppe sind es die Pendler, für die +10% mehr stationäre Behandlungstage als bei Nichtpendlern aufgrund von Neubildungen dokumentiert sind. Andererseits sind für diese Nichtpendler aber +8% mehr Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen zu verzeichnen.

Aufsichts- und Führungsverantwortung

Im Vergleich der Beschäftigten mit sowie ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung zeigt sich ebenfalls ein heterogenes Bild (» Diagramm 3.5.11): Die relativ größte Differenz zeigt sich bei denjenigen mit Aufsichts-/Führungsverantwortung, von diesen waren Pendler aufgrund von Neubildungen +13% mehr Behandlungstage in stationärer Versorgung als Nichtpendler. Andererseits sind von den Beschäftigten ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung die Nichtpendler zumindest um +6% mehr Tage wegen psychischer Störungen behandelt worden.

Vertragsform

Von den unterschiedlichen Vertragsformen, die im » Diagramm 3.5.12 aufgeführt sind, ist es die Teilzeitbeschäftigung, die mit auffälligen Werten auf-



grund von psychischen Störungen besonders heraussticht: Sind die Pendler insgesamt weniger Behandlungstage aufgrund dieser Erkrankungsart in stationärer Behandlung gewesen als die Nichtpendler, so zeigt sich hier eine gegenläufige Tendenz bei den in

Teilzeit Tätigen (+3% KH-Tage im Vergleich zu den Nichtpendlern). Dagegen waren die Nichtpendler unter denjenigen mit Vollzeitvertrag +9% mehr Tage aufgrund psychischer Störungen im Krankenhaus als Pendler.

Diagramm 3.5.11 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach Pendlerstatus und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)

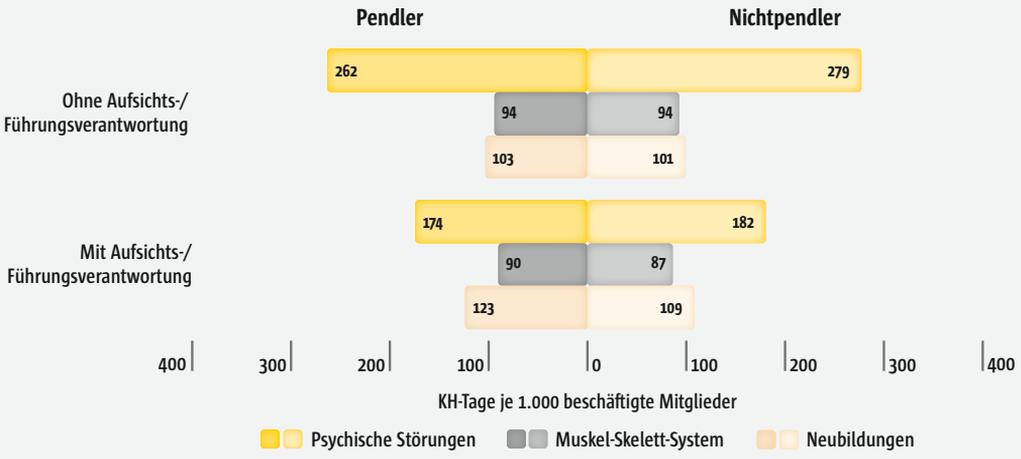
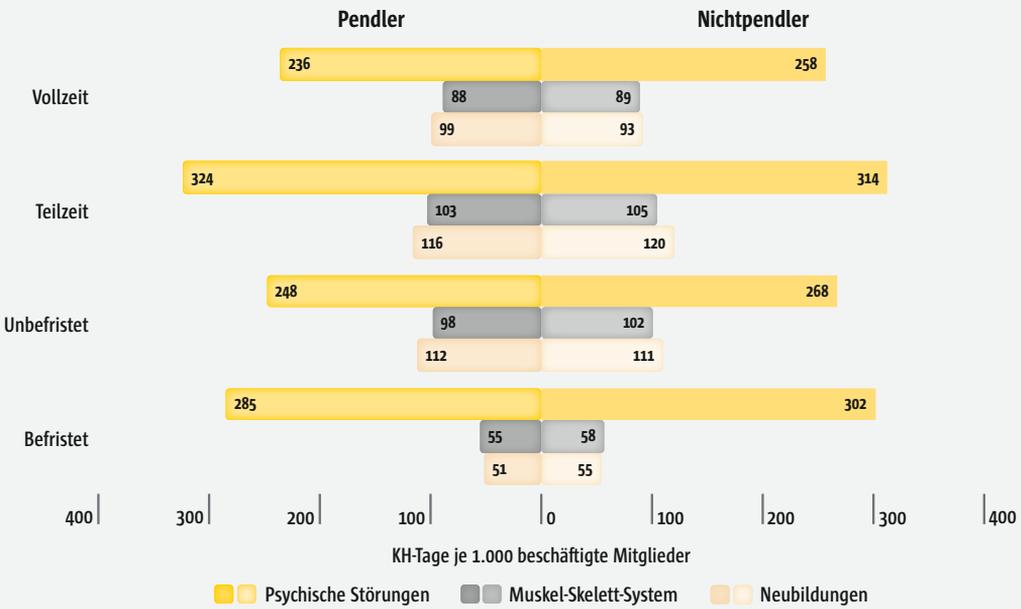


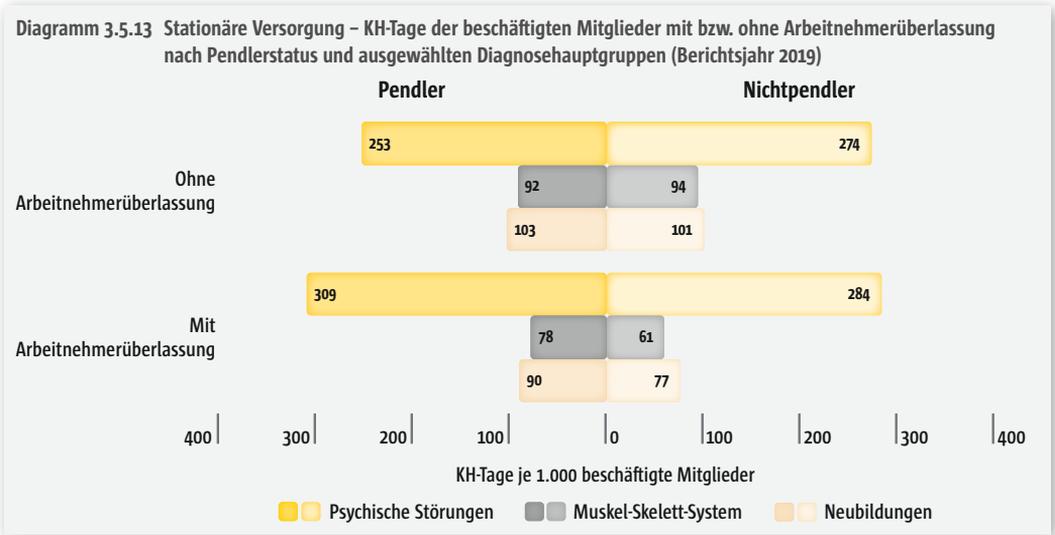
Diagramm 3.5.12 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, Vertragsformen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2019)



Arbeitnehmerüberlassung

Beim Vergleich der Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung mit denen ohne eine solche Beschäftigungsform (»» Diagramm 3.5.13) zeigt sich hingegen deutlich, dass hierbei die Pendler in Leih- und Zeitarbeit höhere Werte aufweisen, als die Nichtpendler. Dabei besteht die größte Differenz mit über

einem Viertel mehr Behandlungstagen aufseiten der Pendler in Arbeitnehmerüberlassung gegenüber solchen, die nicht pendeln, bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen (+28%). Auch bei den Neubildungen (+17%) und bei den psychischen Störungen (+9%) weisen die Leih- und Zeitarbeiter, die zur Arbeit pendeln, höhere Kennwerte gegenüber den Nichtpendlern auf.



3.6 Zusammenfassung und Ausblick

Die stationäre Versorgung ist wesentlich auf die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen ausgerichtet. Während mit über 90% der größte Teil der Versicherten irgendwann im Laufe des Jahres in ambulanter Behandlung gewesen ist, so musste sich im Gegensatz dazu nur ein relativ kleiner Teil in stationäre Behandlung begeben: Nur 13% der BKK Versicherten betraf dies im Jahr 2019, darunter vor allem Ältere im Rentenalter. Entsprechend sind die meisten Behandlungsfälle in diesem Versorgungssektor auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen: Jeder siebte Behandlungsfall geht auf diese Erkrankungsart zurück. Aber auch die psychischen Störungen haben in der stationären Versorgung eine besondere Rolle inne: Diese weisen mit durchschnittlich 4 Wochen je Fall eine deutlich längere Behandlungsdauer auf als andere Erkrankungsarten, entsprechend erfolgen die meisten Behandlungstage (rund 22%) aufgrund einer solchen Erkrankung, außerdem gehen auch viele Langzeitfälle mit mehr als 6 Wochen Dauer darauf zurück. Im Vergleich der Versichertengruppen ist dabei auffällig, dass besonders Arbeitslose deutlich häufiger aufgrund psychischer Störungen in stationärer Behandlung waren.

Auch in der Gruppe der beschäftigten Mitglieder (von denen nur rund 9% stationäre Versorgungsleistungen in 2019 in Anspruch genommen haben) sind es die psychischen Störungen, welche für die mit Abstand meisten Behandlungstage (rund 30%) ursächlich sind. Insgesamt zeigen die Analysen zur stationären Versorgung bei den Beschäftigten einige Übereinstimmungen mit dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen: Bestimmte Wirtschaftsgruppen und Berufe (wie etwa das Gesundheitswesen und darin tätige Gesundheitsberufe) fallen in beiden Leistungsbereichen durch hohe Kennwerte auf – andere (so etwa die IT-Branche und dementsprechende Berufe) hingegen sind sowohl bei Arbeitsunfähigkeit als auch von stationärem Behandlungsbedarf deutlich seltener betroffen. Auch zeigt sich ein dem AU-Geschehen ähnliches Muster bei den Krankenhauskennwerten je

nach (Aus-)Bildungs-, Anforderungsniveau und Führungs- bzw. Aufsichtsfunktion: Je höher die Qualifikation bzw. das Niveau der entsprechenden Tätigkeit, desto niedriger sind die Fallzahlen und die darauf zurückzuführenden Krankenhaustage. Für dieses Phänomen sind verschiedene Gründe denkbar: Mit höherer beruflicher Bildung geht vermutlich auch größeres Gesundheitswissen sowie ein stärkeres Bewusstsein für die eigene psychische und physische Gesundheit genauso wie eine höhere Motivation, diese zu erhalten oder zu verbessern, einher. Zudem bietet ein höheres (Aus-)Bildungsniveau in der Regel vielfältigere Möglichkeiten bei der beruflichen Entwicklung und größere Aufstiegschancen. Wiederum sind dann bei höherer beruflicher Stellung die Tätigkeiten – aber auch die damit einhergehenden Gestaltungsmöglichkeiten bei der Arbeit – andere, die damit verbundenen Belastungen verschieben sich hin zu mehr „Kopfarbeit“ bei gleichzeitig mehr Freiraum in puncto Arbeitsbedingungen und -inhalten. Außerdem sind nicht zuletzt bei diesen Beschäftigten die finanziellen Mittel größer, um sich die Begleitkosten für gesundes Verhalten (Sportausrüstung, Mitgliedsbeiträge usw.) genauso wie die Kompensation von Einschränkungen durch Erkrankungen, die über die GKV-Leistungen hinausgehen, leisten zu können. Zudem hängen weitere Lebensumstände, wie etwa die soziale Unterstützung, das Wohnumfeld etc., ebenfalls in nicht unerheblichen Teilen von Bildung und Einkommen ab.

Bei den Analysen zum diesjährigen Schwerpunktthema hat sich gezeigt, dass Pendeln sehr heterogene Zusammenhänge zu den Kennwerten in der stationären Versorgung aufweist. Zwischen Pendlern und Nichtpendlern zeigen sich in den Wirtschafts- und Berufsgruppen keine klar und eindeutig zu interpretierenden Differenzen. Vielmehr scheinen eher andere arbeitsweltliche Merkmale relevant zu sein, wie die Ergebnisse insbesondere bei Differenzierung nach Arbeitnehmerüberlassung, aber auch nach Vertragsform aufzeigen: Beschäftigung

in Arbeitnehmerüberlassung steht ohnehin mit überdurchschnittlichen Kennwerten in Verbindung, bei Pendlern in einem solchen Arbeitsverhältnis sind noch einmal darüber hinausgehend höhere Werte im Vergleich zu Nichtpendlern zu finden. Zumindest in der Tendenz kann man das auch für Beschäftigte in Teilzeit konstatieren, wo besonders die psychischen Störungen bei Pendlern mit einer im Schnitt größeren Anzahl an stationären Behandlungstagen verbunden sind. Dies hatte sich auch schon im

Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (»» Kapitel 1.5.4) gezeigt. Auf Basis empirischer Forschungsergebnisse, wie sie im »» Gastbeitrag von Rüger & Stawartz dargestellt sind, lässt sich aber darüber hinaus vermuten, dass auch hierbei zusätzliche Faktoren wie die Freiwilligkeit der Entscheidung für das Pendeln sowie ein hoher wahrgenommener Nutzen dadurch (Arbeitsinhalt, Gestaltungsmöglichkeiten, Gehalt etc.) einen Einfluss auf die gesundheitlichen Auswirkungen des Pendelns haben.

Schwerpunkt Politik



Interview mit Hans-Jürgen Urban



Dr. Hans-Jürgen Urban
Geschäftsführendes
Vorstandsmitglied der IG Metall

Welche Folgen hat die zunehmende arbeitsbezogene Mobilität sowie allgemein die Flexibilisierung der Arbeit?

Fragen flexibler, vor allem aber mobiler Arbeit haben im Zuge der Corona-Pandemie neue Aufmerksamkeit gewonnen. Nicht, dass es Telearbeit, Heimarbeitsplätze oder flexible Einsätze beim Kunden nicht auch schon vorher gegeben hätte. Aber die Sars-CoV-2-Krise hat alle Formen der Entkoppelung von Arbeitsstätte und Arbeitsvollzug in einem zuvor nicht gekannten Ausmaß aufgewertet.

Insgesamt wird der Trend zur Flexibilisierung der Arbeit von zumindest drei Treibern befördert. Zum einen liefern digitale Kommunikationsmedien und diverse Modelle mobiler Endgeräte neue Möglichkeiten. Zweitens treffen diese mitunter auf gewandelte Bedürfnisse der Beschäftigten. Aufgrund mangelnder öffentlicher Unterstützung für Erziehende und Pflegende wächst der Druck, Kindererziehung und Pflege von Angehörigen besser, eben flexibler mit der Erwerbsarbeit vereinbaren zu können. Und schließlich sind die Strategien der Unternehmen von hoher Bedeutung. Diese fallen durchaus unterschiedlich aus. Teilweise werden mobile Arbeit und Homeoffice nur sehr restriktiv gewährt, da die Angst vor dem Verlust von Anweisungs- und Kontrollbefugnissen

dominiert. Teilweise drängen die Unternehmen aber auch in die entgegengesetzte Richtung und erhoffen sich von der Auflösung fester Arbeitsorte Rationalisierungs- und Effizienzeffekte und Kostenreduzierungen im Sinne neuer Modelle der Raumbewirtschaftung und Büroorganisation.

Die konkreten Veränderungen in der Arbeitswelt sind sehr unterschiedlich. Teilweise arbeiten Beschäftigte überwiegend oder sogar vollständig mobil, häufig im Homeoffice. Sie arbeiten in digitalen Teams oder allein mit digitalen Endgeräten. Diese Entwicklung dürfte sich durch Erfahrungen aus der Corona-Zeit verstärken. Für andere bleibt die Anwesenheit im Büro, oder generell im Betrieb, dominant. Gerade die Arbeit im sogenannten „direkten Bereich“, etwa in der Fertigung oder Logistik, ist unverändert ganz überwiegend durch Präsenz im Betrieb geprägt. Mobiles Arbeiten ist hier kaum möglich. Die Arbeitswelt ist bunt und dürfte zukünftig noch bunter werden. Zugleich variieren Erfahrungen und Probleme, die damit für die Beschäftigten einhergehen.

Aber das Mobilitätsthema hat auch noch eine andere Dimension. Insbesondere in den städtischen Ballungszentren polarisieren sich Arbeits- und Lebenssituationen der Menschen. Zu geringe Entgelte und überbordende Wohnkosten in den Ballungsräumen zwingen viele, die Städte zu verlassen und in günstigere Regionen umzuziehen. Das gilt für Städte wie München, Frankfurt oder Düsseldorf, wo geringe Einkommen und hohe Wohn- und Lebenshaltungskosten zusammentreffen. Hier erzwingt die Situation eine zeitliche und verkehrstechnische Mobilität, um die Distanzen zwischen Wohn- und Arbeitsort zu überbrücken.

Diese erzwungene Mobilität ist mitunter mit hohen Belastungen verbunden. Sie zeigt zugleich erhebliche ökologische Folgekosten durch ein erhöhtes Pendleraufkommen und steigende Bedarfe an fossilen Brennstoffen. Hinzu kommen die enormen Energiebedarfe für die digitale Infrastruktur sowie die enormen Mengen an nur teilweise recycelbaren

Elektroschrotts, über die selten gesprochen wird. Der ökologische Fußabdruck mobiler und digitalisierter Arbeit ist mitunter größer als vermutet.

Welche Folgen ergeben sich daraus für Unternehmen, Belegschaften und Sozialversicherungssysteme?

Das alles bleibt nicht ohne Folgen für die Belastungssituation der Beschäftigten. Kein Zweifel, vor allem mit Blick auf die Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit mit den Bedarfen und Zwängen der Privatsphären eröffnen mobile Arbeitsformen neue Möglichkeiten. Diese können das Leben erleichtern und die Arbeitszufriedenheit erhöhen. Jedenfalls dann, wenn sie mit einem realen Zuwachs an Zeitsouveränität einhergehen und nicht durch Einkommenseinbußen und erhöhten Stress bezahlt werden müssen.

Gleichwohl dürfen aber nicht jene übersehen werden, deren Arbeit unverändert von hohen körperlichen Belastungen geprägt ist. Muskel-Skelett-Erkrankungen etwa stagnieren in der digitalisierten Arbeitswelt seit vielen Jahren auf hohem Niveau. Zugleich werden die Folgen des hohen Erwartungsdrucks, permanenter Erreichbarkeit und fehlender oder zu kurzer Phasen der Regeneration mehr und mehr sichtbar. Der enorme Anstieg psychischer Belastungen hat in den vergangenen Jahren zu einer signifikanten Steigerung der Arbeitsunfähigkeits-Tage aufgrund psychischer Störungen geführt. Die mobile Arbeit kann diesen Trend verstärken. Digitale orts- und zeitungebundene Tätigkeiten verleiten viele Arbeitgeber dazu, Arbeitsleistungen kurzfristig und außerhalb der vereinbarten Arbeitszeit einzufordern. Häufige Fehlzeiten aufgrund arbeitsbedingter Belastungen sind sowohl für die Sozialversicherungssysteme als auch für den Arbeitsprozess in den Unternehmen eine große Belastung. Sie führen zu Ausfallkosten in den Betrieben, zu Behandlungskosten der gesetzlichen Krankenversicherungen und zu Kosten der Reha-Träger.

Welche politischen Rahmensetzungen sind dazu nötig? Welche Rolle kommt außerdem Unternehmen und Arbeitnehmern zu?

Zunächst einmal stellen mobile Arbeit und Homeoffice neue Anforderungen an den traditionellen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Je ortsungebundener die Arbeit, umso schwieriger ist die Überwachung geltender Gesetze, Vorschriften und Regeln.

Klar muss aber sein: Die Unternehmen stehen in der Verantwortung, die Gesundheit ihrer Beschäftigten zu schützen. Arbeitsschutz- und Arbeitszeitgesetz sind hier eindeutig. Das gilt für alle Formen der Arbeit. Auch für mobile Arbeit und Homeoffice gelten die Schutzziele beider Gesetze. Die Betriebsräte sind hier gefordert, auf die Gefährdungsbeurteilung und die Unterweisung zur Gestaltung der Homeoffice-Arbeitsplätze zu achten und die notwendigen Maßnahmen in Form von Betriebsvereinbarungen zu regeln.

Um zielgenauer auf das sich wandelnde Belastungsspektrum in der modernen Arbeit reagieren zu können, hat die IG Metall darüber hinaus eine Anti-Stress-Verordnung ins Spiel gebracht. Sie soll die Maßnahmen zur Vorbeugung psychischer Erkrankungen zusammenfassen und präventiven Gesundheitsschutz in diesem Belastungsfeld erleichtern.

Nicht zuletzt zeigt die Corona-Pandemie aber auch, dass in Wirtschaft und Gesellschaft ein einfaches „Weiter-so“ nicht zielführend ist. Die permanente Beschleunigung von Produktion, Verteilung und Konsum ist Quelle eines zunehmenden Verschleißes von Gesundheit, Solidarität und Natur. Die globale Ökonomie wird dabei immer störanfälliger und fragiler. Ökonomische, ökologische und soziale Nachhaltigkeit lassen sich so nicht erreichen. Ein radikalerer Kurswechsel ist unverzichtbar. Die Arbeit der Zukunft sollte ihren Beitrag dazu leisten.

Interview mit Steffen Kampeter



Steffen Kampeter
Hauptgeschäftsführer
der Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände

© Foto: BDA | Christian Kruppa

Welche Folgen hat die zunehmende arbeitsbezogene Mobilität sowie allgemein die Flexibilisierung der Arbeit?

Unsere Arbeitswelt verändert sich. Technische Errungenschaften machen uns die Arbeit leichter, sie ermöglichen uns die bessere Vereinbarkeit unseres Berufs mit unserem Privatleben und die Risiken für Arbeitsunfälle nehmen kontinuierlich ab. Arbeit hat eine positive Wirkung auf die Gesundheit des Menschen. Ein strukturierter Tagesablauf tut den meisten Menschen gut, sie ziehen Selbstvertrauen aus ihrer beruflichen Tätigkeit. Arbeit ist ein wichtiger Schutzfaktor und kann zum Beispiel vor Depressionen schützen.

Diese positive Wirkung von Arbeit gilt auch in Zeiten des Wandels und einer zunehmenden arbeitsbezogenen Mobilität. Die Möglichkeit, sich die Arbeit frei und flexibel einzuteilen, auch von unterwegs zu arbeiten oder Anfahrtswege durch virtuelle Lösungen zu sparen – diese Autonomie wirkt sich außerordentlich positiv auf unsere Gesundheit aus¹.

Dass Betriebe vieles dafür tun, damit dieser Wandel hin zu mehr Flexibilität und mehr Zufriedenheit auch gelingt, zeigen auch die hohen Zufriedenheitswerte der deutschen Beschäftigten: 89 Prozent der befragten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind mit ihrer Arbeit zufrieden oder sogar sehr zufrieden².

Im Privatleben sind diese zeitliche Flexibilität und Mobilität, die auf die Arbeitswelt bezogen in den Medien immer noch als „Wandel“ dargestellt werden, übrigens schon längst Alltag geworden. Insbesondere die Generation, die jetzt gerade neu auf den Arbeitsmarkt kommt, fordert diese Flexibilität aktiv ein. Sie wünscht sich Arbeitsmodelle, die es erlauben, Lebensbereiche zu vereinen. Vielen ist das wichtiger, als „Karriere zu machen“ oder ein „hohes Gehalt“ zu bekommen. Das kann also auch ein entscheidender Faktor im Wettbewerb um junge Talente sein und etwas, mit dem sich Arbeitgeber im eigenen Interesse beschäftigen sollten.

Welche Folgen ergeben sich daraus für Unternehmen und Belegschaften?

Flexible Beschäftigungsformen werden in Zukunft noch zunehmen und schrittweise selbstverständlich zum Arbeitsalltag gehören.

Unsere jüngsten Erfahrungen durch die Corona-Pandemie zeigen, dass die Möglichkeit, mobil zu arbeiten, auch in Krisensituationen der Arbeitsfähigkeit ganzer Belegschaften dienen kann. Aber: Wer Tätigkeiten dort, wo es möglich ist, in das Homeoffice verlagern möchte, braucht die technischen Voraussetzungen dafür. Unsere Aufgabe – Unternehmen und Beschäftigte gleichermaßen – ist es, diese Flexibilisierung verantwortlich anzugehen

1 Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2016) Arbeitszeitreport Deutschland 2016. Dortmund/Berlin/Dresden: BAuA

2 Statistisches Bundesamt. (2019) Pressemitteilung Nr. 154 vom 30. April 2018

und notwendige Rahmenbedingungen nicht nur zögerlich zu schaffen. Unternehmen und Beschäftigte brauchen flexible Arbeitszeiten, mobile Lösungen und neue Formen der Arbeitsorganisation. Sicher wird es auch weiterhin Arbeitsmodelle geben, in denen verhältnismäßig weniger Flexibilität für den Einzelnen möglich ist. Wer auf dem Bau, im Supermarkt oder am Fließband arbeitet, kann das nicht aus dem ICE oder im Homeoffice tun. Aber in vielen anderen Branchen verändert sich unsere Arbeitswelt und diese Veränderung hat sicher durch Corona noch einen besonderen Schub erhalten.

Für Unternehmen bedeutet die Flexibilisierung einen Spagat: Einerseits müssen sie flexibel sein, um den Wünschen ihrer Kunden nachzukommen und erfolgreich am Markt zu bestehen. Andererseits müssen sie aber auch versuchen, ihren Beschäftigten flexible Arbeitsbedingungen zu ermöglichen.

Für Beschäftigte bietet diese Flexibilisierung mehr Freiräume in Bezug darauf, wann, wie und wo sie arbeiten. Diese Freiheit geht auch mit mehr Verantwortung einher: Beschäftigte benötigen eine gute Selbstfürsorge sowie die Kompetenz, ihre Arbeit gesund und effektiv zu gestalten. Selbstmanagement- und Erholungskompetenz gewinnen zunehmend an Bedeutung.

Gerade in diesen Wochen der Coronakrise zeigt sich die Flexibilität der Unternehmen. Die entscheidenden Faktoren sind letztlich immer die Bedürfnisse der Kunden und die betrieblichen Erfordernisse. Man darf bei all der Diskussion um individuelle Freiheiten bei der Gestaltung der Arbeit nicht vergessen, dass wirtschaftlicher Erfolg Grundlage für sichere Arbeitsplätze für die Beschäftigten ist. Die betrieblichen Belange müssen daher die Basis sein, um Entscheidungen über Freiräume für die Beschäftigten individuell und bedarfsgerecht zu treffen. Deshalb sind starre Rechtsansprüche der falsche Weg. Wer Bürokratie ausfern lassen, für Unruhe in den Betrieben sorgen und Konflikte schüren möchte, der verabschiedet einen solchen Rechtsanspruch. Wer wirklich daran interessiert ist, Flexibilität für Betriebe und ihre Beschäftigten möglich zu machen, der vereinfacht komplizierte Regelungen und schafft Gestaltungsspielraum für das individuelle Miteinander vor Ort.

Welche politischen Rahmenseetzungen sind dazu nötig? Welche Folgen ergeben sich daraus für Sozialversicherungssysteme?

Aus sozialpartnerschaftlicher Sicht ergeben sich eine Reihe von Punkten zum Umdenken und Um-

lenken. Zum einen ist es die noch bestehende Unterscheidung zwischen normalen und atypischen (weil flexiblen) Beschäftigungsformen. Sie erweckt den Eindruck, dass flexible Beschäftigungsformen per se schlecht sind. Das ist aber doch fern jeder Realität! Was ist mit der Grafikerin, die remote aus fernen Ländern arbeitet und eine geringfügige Beschäftigung mit Jobs als Freelancerin kombiniert? Was ist mit dem Projektmanager, der lebenslanges Lernen wörtlich nimmt und Weiterbildungen sowie seine berufliche Tätigkeit durch projektbezogene Arbeit oder eine Teilzeitanstellung vereinbaren möchte? Flexible Beschäftigungsformen sind nicht nur Ausdruck gestiegener Flexibilitätsanforderungen, sondern bedeuten auch mehr Beschäftigungschancen für alle. Das betrifft vor allem klassische flexible Beschäftigungsformen wie die Teilzeit, die Zeitarbeit und befristete Arbeitsverhältnisse, die oft ein regelrechtes „Sprungbrett“ in Arbeit sind. Das belegen auch die Zahlen der Bundesagentur für Arbeit, wonach jede vierte Beschäftigungsaufnahme in der Zeitarbeit durch Personen erfolgte, die zuvor langzeitarbeitslos oder noch nie beschäftigt waren. Es ist definitiv an der Zeit, diese stigmatisierende Unterscheidung zwischen normal und atypisch als überholt in die Mottenkiste zu verbannen.

Und auch das starre Arbeitszeitgesetz entspricht einer Auffassung, die der Realität unseres Arbeitsalltages längst nicht mehr gerecht wird. Wir brauchen unbedingt eine Modernisierung des Arbeitszeitrechts nach europäischem Vorbild. Die Arbeitszeit muss flexibler werden: Statt einer Tageshöchst-arbeitszeit muss es möglich sein, die Arbeitszeit auf die Woche flexibler zu verteilen. Gerade die letzten Monate haben verdeutlicht, dass die veralteten Gesetze dazu dringend in die digitale Welt von heute überführt werden müssen.

Die Herausforderung für unsere Sozialversicherungssysteme ist grundlegender Natur: Wir werden immer älter. Das ist einerseits natürlich positiv, hat aber andererseits große Auswirkungen auf den Generationenvertrag. Wenn immer weniger junge Menschen die Lasten der Beiträge schultern müssen, brauchen wir Reformen, damit unser Sozialstaat auch in Zukunft noch finanzierbar ist. Das gesellschaftspolitische Ziel muss es sein, dass der Gesamtsozialversicherungsbeitrag auch langfristig bei unter 40 Prozent bleibt. Nur so kann unsere Wirtschaft wettbewerbsfähig bleiben und das entsprechende Klima geschaffen werden, in dem die Jobs der Zukunft in Deutschland entstehen können. Schon ohne die Belastungen durch die Coronakrise

war klar, dass die 40 Prozent 2022 gerissen würden, die aktuelle Lage ist noch düsterer. Verantwortungsvolle Politik steuert hier entschieden gegen, damit das System nicht eines Tages wegen Unfinan-

zierbarkeit kollabiert. Zukunftsorientierte Reformen statt Leistungsausweitung als Credo – das ist die klare Erwartung der Arbeitgeber an den Gesetzgeber.

Interview mit Johannes Fechner



© Foto: KVBW/Jürgen Altmann

Dr. Johannes Fechner
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

möchten sich lieber anstellen lassen als selbst die Verantwortung für eine Praxis zu übernehmen. Hinzu kommt, dass bei der Wahl ihres Arbeitsplatzes auch die „weichen“ Faktoren eine große Rolle spielen: Infrastruktur und Schulen, bezahlbare Mieten und Freizeitangebot für die Familie. Städte und Ballungsgebiete bieten da oft einen Vorteil. All das wird auf dem Land zum Teil zu erheblichen Nachwuchsproblemen führen – insbesondere im hausärztlichen Bereich. Wir rechnen damit, dass wir für zwei auscheidende Ärzte künftig drei Nachfolger benötigen, um die gleiche Versorgungsdichte für die Patientinnen und Patienten zu erreichen.

Wie steht es mit der ambulanten ärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg?

Gut – oder besser: noch gut! Derzeit ist die ärztliche Versorgung überall im Ländle gewährleistet und insgesamt zumindest statistisch gesehen gut. Auch in der Corona-Krise hat es hervorragend funktioniert: 85 Prozent der an COVID-19 erkrankten Patienten wurden von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten versorgt. Klar ist aber auch: Wir stehen vor einem großen Wandel. Die Zahl der aus Altersgründen auscheidenden Medizinerinnen und Mediziner ist deutlich größer als die des ärztlichen Nachwuchses. Das stellt uns vor allem in ländlichen Regionen schon jetzt vor Probleme und wird auf Dauer die Versorgungspässe noch verschärfen.

Woran liegt das?

Dafür gibt es eine ganze Reihe von Gründen. Gesellschaftliche Trends machen vor jungen Ärztinnen und Ärzten – natürlich – nicht halt. Viele junge Kolleginnen und Kollegen wollen in Teilzeit arbeiten, sie bevorzugen die Arbeit im Team einer größeren Praxis gegenüber einer Einzelpraxis. Und viele

Was wird sich konkret ändern (müssen)?

Die oben beschriebenen Entwicklungen führen zu einem Umbruch in der Versorgungslandschaft. In Zukunft werden wir nicht mehr überall die Form von ärztlicher Versorgung antreffen, die wir bislang kennen. Es wird Regionen geben, in denen die hausärztliche Versorgung anders sichergestellt werden muss als durch die klassische Landarzt-Praxis. Ärztliche Versorgung wird zentralisierter sein, größere Praxen mit mehreren Ärzten werden die Versorgung übernehmen. Für die ländlichen Gebiete ist aber vieles denkbar, zum Beispiel die Einrichtung von Zweigpraxen, bei denen die Ärztin an bestimmten Tagen, zu bestimmten Uhrzeiten in einen Ort kommt. Ebenso wird die Delegation von bestimmten Aufgaben an qualifizierte medizinische Fachangestellte an Bedeutung gewinnen. Und was wir schon jetzt, verstärkt durch die Corona-Krise, sehen können: Die Telemedizin wird einen Teil der Versorgung übernehmen können.

Wie kann die Telemedizin die direkte ärztliche Versorgung ergänzen?

Inzwischen kann jede Praxis telemedizinische Sprechstunden anbieten und abrechnen – und zwar sowohl für bereits bekannte als auch für fremde Patientinnen und Patienten. Das eröffnet ganz neue Möglichkeiten. Chronisch kranke Menschen können engmaschig betreut werden, auch wenn die Praxis nicht direkt vor Ort ist. Einfache Nachfragen, zum Beispiel nach der richtigen Dosierung eines Medikaments oder die Abklärung von Laborergebnissen, können schnell und unkompliziert abgearbeitet werden. Vieles lässt sich auf Entfernung machen, wofür ein Besuch in der Praxis nicht zwingend notwendig ist. Dadurch kann Telemedizin einiges auffangen, wenn die Praxis vor Ort wegfällt und sich die ärztliche Versorgung zentralisiert. Aber die Telemedizin hat Grenzen: Das persönliche Gespräch, die emotionale Nähe und die körperliche Untersuchung kann sie nicht ersetzen.

Die KVBW hat vor zwei Jahren mit docdirekt das erste telemedizinische Modellprojekt für GKV-Versicherte gestartet. Gibt es eine erste Bilanz?

docdirekt ist im April als Modellprojekt zwar beendet worden, aber wir werden es weiterlaufen lassen und es langfristig in das Patiententelefon 116117 integrieren. Unsere Erfahrungen mit dem Projekt zeigen sehr deutlich, dass diese Art der Versorgung eine gute Ergänzung zum normalen Praxisbetrieb darstellt. Bei docdirekt rufen Patientinnen und Patienten an, die der jeweils behandelnde Telearzt nicht kennt. Und dennoch können ungefähr 80 Prozent der Anfragen per Videoanruf abschließend geklärt werden. Unsere Teleärztinnen und Teleärzte führen mit der gleichen Sorgfalt wie in der Praxis ein Anamnesegespräch und stellen eine Diagnose. Sie wissen aber auch ganz genau, wann sie an ihre Grenzen stoßen, weil sie keine *gesicherte* Diagnose stellen können und verweisen dann die Patientinnen und Patienten in eine Praxis vor Ort.

Bezüglich der allgemeinen Bedingungen der ärztlichen Versorgung: Was muss getan werden, um die ambulante Versorgung langfristig zu sichern?

Die KVBW setzt alle Hebel in Bewegung, um junge Medizinerinnen und Mediziner in Baden-Württemberg zu halten oder ins Ländle zu locken. Wo Ärzte in strukturschwachen Regionen fehlen, gibt es für Praxisübernahmen und -gründungen eine Anschubfinanzierung. Für die Anstellung einer Ärztin oder eines Arztes gibt es eine Förderung und auch die Medizin-Studierenden haben wir im Blick und unterstützen sie finanziell, wenn sie in unseren Praxen ihre Famulatur absolvieren.

Doch wir wissen, dass viele junge Medizinerinnen und Mediziner dennoch das unternehmerische Risiko einer Praxisübernahme scheuen. Und sie fürchten den hohen bürokratischen Aufwand, der mit einer eigenen Praxis einhergeht. Hier können wir als Selbstverwaltung – also KV und Krankenkassen – sowie der Gesetzgeber noch einiges tun. Wir arbeiten zum Beispiel gerade daran, das gesamte Antragswesen, das zwischen Arzt und KV stattfindet, zu digitalisieren; und zwar so, dass die Praxen damit zukünftig deutlich weniger Aufwand haben. Krankenkassen sind in der Pflicht, über die Vereinfachung von Genehmigungsverfahren und ähnlichem nachzudenken. Und auch der Gesetzgeber sollte endlich zu einfacheren Abläufen in Arztpraxen beitragen – und nicht mit jedem neuen Gesundheitsgesetz mit weiteren Vorschriften die Sache noch komplizierter machen. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz aus dem vergangenen Jahr ist dafür ein gutes Beispiel. Es ist voll von Maßnahmen, die dazu beitragen sollen, dass Patientinnen und Patienten schneller einen Termin beim Facharzt bekommen. Aber es verkompliziert die Praxisorganisation um ein Vielfaches – was dann im Ergebnis auch nicht zu mehr Terminen führt.

Gerade nach den letzten Wochen, die gezeigt haben, wie flexibel und schlagkräftig das ambulante System in Deutschland ist, muss der Gesetzgeber endlich anerkennen, dass es ohne den Arzt, die Ärztin vor Ort nicht geht. Und dass es dringend erforderlich ist, ihnen nicht noch mehr bürokratische Steine in den Weg zu legen, sondern diese, ganz im Gegenteil, aus dem Weg zu räumen.

Interview mit Christian Gravert



Dr. Christian Gravert
Leitender Arzt bei der
Deutschen Bahn AG

Wie kann Versorgung flächendeckend, d.h. auch in strukturschwachen Regionen, gewährleistet werden?

Die Stärkung der Versorgung des ländlichen Raums wird seit vielen Jahren als politisches Ziel betont. Es gibt dazu verschiedene Lösungsansätze, denn eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung ist natürlich auch für die Menschen auf dem Lande sehr wichtig. Dabei geht es nicht nur um die leichte zeitliche und räumliche Erreichbarkeit einer Hausarztpraxis, sondern auch darum, im Sinne einer Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse das medizinische Niveau auf dem Land im Prinzip genauso hoch wie in der Stadt zu halten.

Als Folge der Corona-Pandemie sind die telemedizinischen Angebote sprunghaft angestiegen. Nach einer aktuellen Umfrage im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums und der Stiftung Gesundheit bieten mehr als die Hälfte der Ärzte, die an der Umfrage teilnahmen, Videosprechstunden an. 2017 hatten nur knapp 2 Prozent ein solches Angebot.¹

Schon seit mehr als 10 Jahren werden darüber hinaus Möglichkeiten untersucht, speziell ausgebildete Pflegefachkräfte als verlängerten Arm des Hausarztes auftreten zu lassen, z.B. im Modellprojekt AGnES². Damit können Hausärzte bei einem erhöhten Versorgungsradius entlastet werden. Aber die Videosprechstunden werden nach der Pandemie wieder weniger werden. Eine vollständige Substitution von Ärzten durch Telemedizin und Pflegekräfte ist kaum vorstellbar und meines Erachtens nicht erstrebenswert, weil dies nicht der bereits erwähnten Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse von Stadt und Land entspräche.

Daher müssen wir uns Gedanken machen, wie wir in Zukunft den ländlichen Raum attraktiv für Allgemeinärzte halten. Kommunen und kassenärztlichen Vereinigungen setzen sich mit vielfältigen Initiativen für eine nachhaltige Verbesserung der Rahmenbedingungen für den Hausarztberuf im ländlichen Raum ein, wie zum Beispiel mit finanziellen Anreizen und neuen Praxisformen oder einer Erhöhung der Studienplätze für Studenten, die sich verpflichten, im Anschluss für einen gewissen Zeitraum in einer Landarztpraxis tätig zu sein. Die meisten dieser Modelle gehen allerdings nach meinem Eindruck zu oft noch von einem eigenwirtschaftlichen Kassenarztsitz der neuen Ärzte aus, also Landarzt in Vollzeit und als Lebensaufgabe. Ich glaube, und auch für mich persönlich würde ich das so sehen, viele Ärzte möchten in ihrer Lebensplanung unverbindlicher bleiben. Die Berufstätigkeit und der Arbeitsort des Partners, der gegenwärtige Familienmittelpunkt und die erwarteten Arbeitsbedingungen in einer ländlichen Praxis stehen einem Wunsch nach Teilzeitbeschäftigung und Flexibilität bei diesem Teil der Ärzte entgegen. Natürlich kann man jetzt sagen, solche Teilzeit-Landärzte möchte man gar nicht haben, aber damit vergibt man angesichts

1 Studie des Health Innovation Hubs, zitiert nach Dtsch Arztebl 2020; 117(25): A1232/B-1044

2 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/62886/AGnES>

der Wirklichkeit viel Potenzial. Die Zahl der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte hat sich in den letzten 15 Jahren von 8.500 auf über 44.000 Ärzte vervielfacht³, das ist ein Drittel der Gesamtzahl ambulant tätiger Ärzte. Außerdem kommen manche Lösungsansätze wahrscheinlich nicht rechtzeitig. Schon aktuell gibt es regionale Versorgungsmängel, bis 2035 wird selbst unter der Berücksichtigung der Zuwanderung von Medizinerinnen ein Absinken des Versorgungsgrades auf 71% des heutigen Niveaus erwartet⁴.

Für solche Ärzte, die sich zwar für den Beruf des Allgemeinarztes im ländlichen Raum interessieren, aber sich nicht langfristig auf eine Praxis auf dem Dorf festlegen möchten, sollten daher alternative Beschäftigungsmodelle gefunden werden. Dies kann zum Beispiel eine Tätigkeit als angestellter Allgemeinarzt über die Fortbildungszeit hinaus sein, wobei Landarztpraxen aber oft zu klein sind, um die Kollegen längerfristig attraktiv zu vergüten.

Wenn sich dagegen mehrere bereits vor Ort tätige Ärzte zusammenschließen, um Ärzte anzustellen, die die unbesetzten Arztsitze in ihrer Region betreuen, ist dies eine Win-Win-Situation für alle Seiten. Die angestellten Ärzte können entsprechend ihrer Lebenssituation in Voll- oder Teilzeit und ohne Residenzpflicht landärztlich tätig sein, die Patienten haben – wenn auch im Nachbarort – weiterhin eine Stammpraxis mit einem langfristig präsenten Arzt, die Ärzte haben Mehreinnahmen ohne große Mehrbelastung und die KV wird ihrem Sicherstellungsauftrag gerecht.

Welche Erfahrungen wurden insbesondere bei Projekten der Deutschen Bahn für mobile Gesundheitsversorgung gemacht?

Für die Anstellung eines Arztes zur Betreuung vakanter Kassenarztsitze durch benachbarte Praxen ist eine mobile Praxis mit dem DB Medibus eine attraktive Lösung, zumindest für Übergangszeiten. Näheres zum DB Medibus ist im **»»»** Beitrag Thielmann im Schwerpunkt Praxis zu finden. Mit dem Medibus

werden regelmäßig, d. h. mindestens zweimal in der Woche die temporär unbesetzten Kassenarztsitze bedient. Der angestellte, im Medibus tätige Arzt steht dabei nicht in Konkurrenz zu den ansässigen Landärzten, sondern fährt in enger Kooperation und Abstimmung mit ihnen, so wie es heute schon erfolgreich in Nordhessen vorgemacht wird. Gewinne aus den unbesetzten Kassenarztsitzen werden an alle ausgeschüttet. Über eine robuste Videotechnik können der angestellte Arzt und der Patient sich jederzeit mit dem Praxisinhaber sowie weiteren Fachärzten absprechen und beraten lassen. Da der Medibus konkret vorhanden ist, kann ein solches Modell innerhalb weniger Wochen zum Einsatz kommen. Und sobald eine dauerhafte Besetzung des Kassenarztsitzes gefunden ist, kann es genauso einfach wieder beendet werden.

Wir haben für die mobile Gesundheitsversorgung den Begriff „Gesundheitsmobilität“ geprägt. Ich kann den Patienten zum Arzt bringen oder den Arzt zum Patienten. Im Jahr 2018 hat die GKV fast 6 Milliarden Euro für Krankentransporte gezahlt, zusätzlich wenden die Patienten erhebliche eigene Mittel und viel Zeit für die Fahrten zu Ärzten auf. Ein Teil des Geldes wäre vermutlich wirtschaftlicher eingesetzt, wenn der Arzt zu der zu versorgenden Bevölkerung käme, und es ist umweltschonender, als wenn alle Menschen in die Stadt zum Arzt fahren.

Wir sehen, wie dankbar die Menschen vor Ort sind, wenn sie mit dem Medibus wieder eine ärztliche Versorgung haben. Auch in der Politik gibt es großes Interesse an mobilen Arztpraxen, sie werden im TSVG ausdrücklich erwähnt und zugelassen. Skepsis gibt es regional unterschiedlich noch bei einigen Verantwortlichen in den Ärztekammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen und unter den Kassenärzten, die sich nicht eingestehen wollen, dass der Medibus für ihre Überlastung im ländlichen Raum eine gute Lösung ist. Auch ein Bürgermeister eines Ortes wünscht sich manchmal lieber einen festen Arzt vor Ort als den Medibus und übersieht dabei, dass es die Alternative in der Wirklichkeit zumindest in dem Moment nicht gibt.

Für uns bei der DB ist die Botschaft wichtig, dass es uns nicht um eine Verdrängung von Ärzten geht, sondern um deren logistische und technische Unterstützung an der Schnittstelle zwischen Mobilität und Gesundheitsmanagement, um den wachsenden Herausforderungen besser gerecht zu werden.

Neben der hausärztlichen Praxis wird die mobile Praxis DB Medibus auch als Impfbus für Kampagnen eingesetzt, zur Gesundheitssurveillance des Robert Koch-Instituts und aktuell zur flächendeckenden

3 Bundesärztekammer, Ärzttestatistik 2019. <https://www.bundesaeztekammer.de/ueber-uns/aerzttestatistik/aerzttestatistik2019/>

4 ZI-Paper 14/2019 Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze in Deutschland. https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publicationen/ZI-Paper_14-2019_Bedarfsprojektion_fuer_Medizinstudienplaetze.pdf

Testung im Rahmen der Coronavirus-Pandemie. Zum Zeitpunkt dieses Interviews sind allein 4 Medibusse im Auftrag des RKI in Deutschland für Coronatests unterwegs. Innerbetrieblich haben wir den Medibus im vergangenen Jahr zusammen mit der BAHN-BKK intensiv für das Betriebliche Gesundheitsmanagement eingesetzt. Wir sind als DB so sehr in der Fläche verteilt, dass unsere einzelnen Standorte meist zu klein für aufwändige Gesundheitstage sind, oder es schwerfällt, ausreichend passende Räumlichkeiten am Standort zu finden. Mit dem Medibus sind wir durch ganz Deutschland gefahren und haben die Gesundheitstage meistens direkt vor dem Hauptgebäude der Geschäftsführung stattfinden lassen, das ist auch für die beteiligte BKK ein Hingucker. Wir bieten medizinische Mini-Checkups zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Cholesterin-Dreifachmessung, Blutdruck und Langzeitblutzucker als Point-of-Service-Messungen), zur Beweglichkeit (Mobee fit-Testung) und zur Stressbelastung (AVEM-Belastungstest am Computer) vor Ort mit Direktauswertung an. Auch zur zahnärztlichen Betreuung und zum Beispiel zur qualitativ hochwertigen Wundversorgung auf dem Lande eignen sie sich gut.

Welche politischen Rahmensetzungen sind dazu nötig? Welche Rolle kommt außerdem den weiteren Akteuren im Gesundheitswesen zu?

Wir sind überzeugt, dass der Medibus einen wertvollen Beitrag für die ärztliche Versorgung auf dem Land leisten kann und erhalten aus der Politik auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene dafür auch große Anerkennung und Unterstützung. Wie schon gesagt, werden mobile Praxen im neuen TSVG ausdrücklich als neue Versorgungsform erwähnt.

Aber konkret ist die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung nicht die Aufgabe der Politik, sondern der Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie müssen zulassen oder organisieren, dass unbesetzte Arztsitze vorübergehend oder längerfristig durch Modelle wie den Medibus versorgt werden können. Und dazu sind die Kassenärztlichen Vereinigungen darauf angewiesen, dass Ärzte vor Ort die Vorteile des Versorgungsmodells mit einer mobilen Praxis für ihre persönliche Situation erkennen und nutzen. Denn es geht nicht darum, mobile Praxen außerhalb der vorhandenen Praxisstrukturen aufzubauen, sondern sie müssen als eine sinnvolle und integrierte Unterstützung in der ärztlichen Versorgung erlebt werden.

Arbeiten im Homeoffice – höhere Zufriedenheit und geringerer Verkehr?

Weert Canzler, Andreas Knie und Gerlinde Vogl
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Arbeiten wir künftig alle zuhause? Zuletzt hat die Corona-Pandemie gezeigt: Arbeit muss nicht nur im Büro stattfinden. Dank Videokonferenzen, E-Mailing und dem klassischen Telefonieren kann fast überall gearbeitet werden, egal ob zu Hause, im Betrieb, im Café oder anderswo [1]. Der konkrete Arbeitsplatz verliert an Bedeutung, der Arbeitsplatz der Zukunft scheint multilokal, mobil und digital [2].

Die Durchdringung mobiler Kommunikationstechnologien in allen Arbeits- und Lebensbereichen ermöglicht die flexible Wahl des Arbeitsorts in immer mehr Berufsgruppen. Die Möglichkeit zum Homeoffice wird oftmals als Chance für die Beschäftigten gesehen, Arbeit und Privatleben besser vereinbaren zu können [3] und die Wünsche nach mehr Flexibilität mit den Anforderungen der Unternehmen in Einklang zu bringen.

Das Homeoffice¹ – verstanden als mobile Arbeit, die zeitweise von zu Hause aus erbracht wird – kann den Beschäftigten mehr Gestaltungsfreiheit und Zeitsouveränität bringen. Zudem lassen sich teilweise aufwendige und ressourcenzehrende Pendelfahrten einsparen. Die Belastungen durch arbeitsbedingtes Pendeln haben sich in den letzten Jahren stetig verschärft, mittlerweile pendeln fast 20 Millionen Bundesbürger täglich, d.h. sie überschreiten auf ihrem Arbeitsweg mindestens eine Gemeindegrenze [4]. Die durchschnittliche Länge der Wege für Pendler liegt bei mehr als 10 Kilometern für eine Strecke [5]. Daher stellt sich die Frage, ob durch das Homeoffice Arbeitswege eingespart und pendelbedingte Belastungen reduziert werden können. Dies ist auch unter ökologischen Gesichtspunkten von Belang, da mehr als zwei Drittel der Arbeitswege mit dem PKW zurückgelegt werden.

Die Chancen und Risiken veränderter arbeitsbezogener Mobilität und dezentraler Arbeitsstrukturen sind vor dem Hintergrund genereller Trends im Verkehr einzuordnen. Denn die Pendlergesellschaft wäre ohne das Automobil als Massenverkehrsmittel überhaupt nicht vorstellbar.

Trends im Verkehr

Das Auto dominiert in Deutschland wie in Europa sowie weiten Teilen der Welt das Verkehrsgeschehen. Der modal split – sozusagen die Aufteilung des Verkehrsmarktes – weist in Deutschland einen *Anteil des Autos* bei den zurückgelegten Kilometern im Personenverkehr von rund 80 Prozent aus [6]. Die Gründe liegen in einer über viele Jahrzehnte betriebenen aktiven Automobilpolitik. Das eigene Auto gehört immer noch wie das eigene Haus zum festen Bestandteil des Traums vom guten Leben. Der Aufbau der Infrastruktur, die rechtliche Bevorzugung sowie hohe finanzielle Unterstützungshilfen verschafften dem Auto erhebliche Vorteile gegenüber allen Alternativen. Damit waren Voraussetzungen gegeben, dass Menschen auch unabhängig von ihrem Wohnort Arbeitsplätze besetzen konnten.

Nun kommt dieser Politikansatz an seine Grenzen. Der bisher ungebrochen wachsende motorisierte Individualverkehr braucht sehr viel Platz – und zwar sowohl wenn er fließt als auch wenn er ruht. Autos stehen durchschnittlich mehr als 23 Stunden am Tag. Der massenhafte Individualverkehr kommt mit seinem *Raumbedarf* schon seit Jahren in vielen Ballungsräumen an seine Grenze bzw. hat diese längst überschritten.

Bereits seit mehreren Jahren wird in der Wissenschaft und Zivilgesellschaft sowie den kommunalen Spitzenverbänden eine *Verkehrswende* gefordert. Gemeint ist damit nicht nur ein Wechsel von Antriebstechniken und eine Schwerpunktverlagerung bei den Infrastrukturinvestitionen zugunsten anderer Verkehrsträger wie der Schiene, sondern auch

1 Das Homeoffice wird oft mit Telearbeit gleichgesetzt. Telearbeitsplätze sind vom Arbeitgeber fest eingerichtete Bildschirmarbeitsplätze. Dies ist beim Homeoffice meist nicht der Fall. Die gesetzlichen Regelungen der Telearbeit (z.B. Arbeitsstättenverordnung) gelten nur für fest eingerichtete Bildschirmarbeitsplätze, nicht für die Arbeit mit mobilen Geräten wie dem Laptop, mit denen im Homeoffice überwiegend gearbeitet wird.

Verhaltensänderungen mit dem Ziel, die bisherige Dominanz des Automobils schrittweise zurückzuschrauben. Damit wären aber auch die Grundlangen der Pendlergesellschaft infrage gestellt.

Aus der sozialwissenschaftlichen Verkehrsforschung ist bekannt, dass gerade im Alltagsverkehr ein *habitualisiertes Verhalten* der Normalfall ist. Ein Wechsel in der Wahl von Verkehrsmitteln ist bei ansonsten stabilen äußeren Umständen höchst unwahrscheinlich. Das Verkehrsverhalten ist in Routinen hinterlegt und folgt damit einem „nutzen ohne nachzudenken“. Verhaltensänderungen sind im Verkehr höchst voraussetzungsvoll, weil viele objektive und subjektive Faktoren zusammenspielen müssen und dies unter „normalen“ Umständen einer autogerechten Stadt- und Siedlungsentwicklung wenig wahrscheinlich ist.

Aber dennoch verändert sich langsam und gleichsam hinter dem Rücken der Akteure etwas. Die ständig länger gewordenen Wege hin und von den Arbeitsstellen werden angesichts der technischen Möglichkeiten orts- und zeitflexiblen Arbeitens zunehmend kritischer gesehen. Dazu kommt, dass verschiedene technische und gesellschaftliche Trends einen Wandel vorantreiben, der die ursprüngliche Dominanz des Automobils langsam untergräbt. Dabei sind ganz unterschiedliche Motive und Kontexte am Werk:

- **Erstens** der Gesundheitsschutz und das Bemühen um mehr **Lebensqualität** in den Städten: Um die Luftschadstoffbelastung gerade in den Städten zu senken, werden Emissionsgrenzwerte weiter verschärft. Ambitionierte Grenzwerte für Stickoxide und Feinstaub sind von Fahrzeugen mit Verbrennungsmotoren – wenn überhaupt – nur mit einem erheblichen technischen Aufwand und hohen zusätzlichen Kosten einzuhalten.
- **Zweitens** der Klimaschutz: Viele Kommunen setzen sich in lokalen Klimaschutzplänen ambitionierte **Klimaschutzziele**, die nicht zuletzt auch den Verkehr betreffen. CO₂-Reduktionsziele sind im Verkehr nur mit einer Verlagerung zum Umweltverbund und mit einer verstärkten Elektrifizierung des motorisierten Verkehrs auf Grundlage erneuerbarer Energien zu erreichen.
- **Drittens** die **Digitalisierung**: Globale Digitalunternehmen drängen mit neuen Geschäftsmodellen in die Verkehrsmärkte. Ein Boom an verkehrsbezogenen Apps hat eingesetzt. In vielen Städten gehören Sharing-Modelle für Autos und Fahrräder bereits zum selbstverständlichen Teil des öffentlichen Verkehrsangebotes. Sie erlauben Haus-zu-Haus-Verbindungen und können damit

einen Vorteil des privaten Autos ausgleichen, nämlich auch die „erste und letzte Meile“ eines Weges schnell und bequem zu überwinden. Umgekehrt sind angesichts von alltäglichen Staus und verbreiteter Parkraumknappheit die lange unbegrenzt erscheinenden Freiheiten des Autos eingeschränkt.

Gleichzeitig sind auch bei den Einstellungen und beim Verhalten insbesondere bei den jüngeren Generationen von Stadtbewohnern Veränderungen zu beobachten, die auf eine Relativierung der Bedeutung des eigenen Autos und auf eine verstärkte *pragmatische Inter- und Multimodalität* – also der täglichen Nutzung von ganz unterschiedlichen Verkehrsmitteln – hinweisen [7]. Die Optionen des mobilen Internets eröffnen in Sekundenbruchteilen Zugriffe auf Wagenparks und Dienstleistungen wie sie kein privates Automobil bieten kann. Weder die Marke des Fahrzeugs noch die des Carsharing-Anbieters sind dabei noch entscheidend. Der unmittelbare Fahrtenwunsch und dessen sofortige Ermöglichung sind vorranglich. Das Smartphone wird zum digitalen Generalschlüssel für den intermodalen Verkehr.

Neben den vielfältigen intermodalen Sharing-Angeboten, die vor allem die digitalen jungen Menschen in den Städten interessieren, erlebt der *Rad- und Fußverkehr* vielerorts eine Renaissance. Mittlerweile steigen auch in vielen Städten die Investitionen für Radstreifen, Radschnellwege und Abstellanlagen sowie die Ausweitung von öffentlichen Verleihsystemen. Die Entwicklung dürfte sich fortsetzen, da mehr und sichere Fahrradwege auch diejenigen auf das Rad bringen, die bisher ängstlich und zurückhaltend waren.

Die seit Jahren eingeleitete Verdichtung städtischer Räume erhöht schließlich die Erreichbarkeit vieler alltäglicher Ziele und erweitert damit die Spielräume für den Zufußverkehr. Umgekehrt profitieren die Fußgänger davon, dass der städtische Raum weniger von Autos blockiert wird – vorausgesetzt, dass es tatsächlich einen Rückbau von Autofahrbahnen und Parkflächen gibt. Ein steigendes Gesundheitsbewusstsein unterstützt diese Trends.

Dass sich mit den genannten Entwicklungen auch ein Wechsel in den Einstellungen zum Automobil zeigt, dokumentiert die Umweltbewusstseinsstudie des Umweltbundesamtes, die bereits seit einigen Jahren eine abnehmende Zustimmung zur „Automobilgesellschaft“ erkennen lässt. In der jüngsten Ausgabe stellt die große Mehrheit von über 80 Prozent der Befragten fest, dass es als ein „Beitrag zum guten Leben“ angesehen werden kann, wenn

es „weniger Autos in den Städten“ gäbe [8]. Dies gilt insbesondere für mittlere und große Städte.

Damit erodieren wichtige Grundpfeiler der Auto-gesellschaft – auch und gerade mit Blick auf lange und aufwendige Fahrten zur und von der Arbeit. Die lange gültige Selbstverständlichkeit des Pendelns nimmt damit deutlich ab.

Ortsflexibles Arbeiten – Folgen für Arbeit und Verkehr

Im Zuge der Industrialisierung sowie auch im modernen Städtebau, beginnend in den 1920er-Jahren, wurden Arbeit und Wohnen funktional und damit auch räumlich getrennt. Mit dem Auto als dominantes Verkehrssystem ließen sich Siedlungen weit ab von den Innenstädten oder Fabrikorten planen und realisieren [9]. Diese Trennung war letztlich die „Geburtsstunde“ der Pendlergesellschaft [10], denn mit dem Auto ließen sich die unterschiedlichen Räume einfach und bequem erreichen.

Im Homeoffice wird nun wieder zusammengeführt, was historisch getrennt wurde. Der Homeoffice-Boom während der Corona-Pandemie hat Arbeit demobilisiert, sie wurde – soweit überhaupt möglich – ins Homeoffice verlegt: Im April 2020 arbeitet annähernd jede/r fünfte Beschäftigte fast ausschließlich zuhause [11], im Jahre 2016 waren es nur ca. 8 Prozent, die mehrmals im Monat oder häufiger von zu Hause aus ihrer Arbeit nachgingen [12]. Der Berufsverkehr kam zu Beginn der Corona-Pandemie nahezu zum Erliegen. Nur noch 60 Prozent der aktiven Bevölkerung verließ täglich das Haus, die durchschnittliche Länge der Wege ging von 40 auf 10 Kilometer zurück. Unterwegs waren dabei in überdurchschnittlichem Maße Menschen mit geringeren und mittleren Einkommen [13].

Die Pandemie stoppte damit den Trend der beständigen Zunahme arbeitsbedingter Mobilität, sei es der *Weg zur Arbeit*, oder die *Mobilität in der Arbeit* (z. B. Dienstreisen), bei dem immer mehr Beschäftigte unterschiedlicher Qualifikationen beruflich unterwegs sind.

Aber nicht nur die Mobilität in der Arbeit stieg bis zum Ausbruch der Pandemie, gleiches gilt auch für die berufsassozierte Mobilität [14], d. h. die *Wege zur und von der Arbeit* [15, 16, 5]. Insbesondere die Hochqualifizierten nahmen viele Jahre lange Pendelstrecken auf sich, sei es aus Gründen der sozialen Verwurzelung, aufgrund eines Arrangements mit dem/der berufstätigen Partner/in oder schlicht und ergreifend deshalb, weil sich ein Umzug für einen befristeten Arbeitsvertrag nicht lohnt [15].

Dass sich Pendeldauer und Pendelentfernung negativ auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirken, ist bereits vielfach belegt und wird kritischer denn je diskutiert [vgl. exemplarisch dazu: 14, 17, 18, 19 mit weiteren Verweisen]. Hinzu kommen Auswirkungen auf die allgemeine Lebenszufriedenheit [20], insbesondere auf die Paarbeziehungen [21]. Das Homeoffice bietet zumindest die Chance, diese mobilitätsbedingten Belastungen teilweise zu reduzieren. So verwundert es nicht, dass die Arbeit zu Hause von den Beschäftigten als überwiegend positiv erlebt wird [22, 23]. Auch unter den verschärften Einschränkungen während der Corona-Pandemie, in der viele Beschäftigte ausschließlich und oftmals gar nicht freiwillig zu Hause arbeiten, ist die Zufriedenheit mit dieser Arbeitsform hoch. Allerdings gilt es festzuhalten, dass diese Form des Arbeitens über alle Beschäftigtengruppen und Lebenslagen sehr ungleich verteilt ist. Während des Lockdowns im April 2020 haben die Menschen in höheren Einkommensklassen zu rund 36 Prozent im Homeoffice gearbeitet, in den Beschäftigtengruppen mit geringem Einkommen konnten dies aber nur knapp 20 Prozent [24].

Es ist zu vermuten, dass nach der Überwindung der Pandemie Unternehmen zunehmend mit der Forderung konfrontiert werden, auch weiterhin zumindest teilweise von zu Hause aus arbeiten zu wollen. Dies könnte nicht nur die Zufriedenheit der Beschäftigten erhöhen, sondern gleichzeitig auch einen Beitrag zur Verkehrswende liefern.

Resümee und Aussichten

Das Pendelaufkommen und vor allem die Länge der Pendelstrecken haben in den letzten Jahren stetig zugenommen, dieses Wachstum hat zu erheblichen physischen und psychischen Belastungen geführt. Dezentrale Arbeitsstrukturen und flexiblere Arbeitsmodelle wie beispielsweise das Homeoffice können durch weniger und kürzere Arbeitswege sowohl eine Verkehrs-Entlastung voranbringen als auch den damit verbundenen individuellen Stress vermindern.

Die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie zeigen, dass durch Homeoffice Arbeitswege und auch physische Treffen auf Konferenzen oder Teamsitzungen in einem deutlichen Maße eingespart werden können. Vor allem Routineaufgaben lassen sich oft problemlos dezentral und am heimischen Bildschirm bearbeiten. Auch sind Meetings eingespielter Arbeitsteams durch Video- oder Telefonkonferenzen gut zu substituieren. Kreative Gruppenprozesse sowie das Kennenlernen in neuen Teams beispiels-

weise sind jedoch auf persönliche Präsenzen angewiesen. In vielen Arbeitszusammenhängen deutet sich daher eine Mischung von dezentralen Arbeitsorten im Homeoffice und klassischer Büropräsenz an. Hinzukommen könnten regelmäßige Arbeitsphasen und Teamsitzungen an „dritten Orten“, also in Satellitenbüros an Verkehrsknotenpunkten oder im Co-Working Space. Ein bis zwei Tage pro Woche im Homeoffice sind bei vielen Tätigkeiten eine realistische Perspektive und können die Arbeitswege um 20 bis 40 Prozent reduzieren. Bedenkt man, dass die Arbeitswege rund 30 Prozent des gesamten Verkehrsvolumens ausmachen, wäre dies eine deutliche Entlastung nicht nur des Verkehrsaufkommens, sondern auch bei den klimaschädlichen Emissionen.

Zugleich bedarf es einer Neuaufteilung von Arbeitsorten und der Anpassung betrieblicher Arbeitsabläufe und nicht zuletzt einer veränderten Arbeitszeitregulierung, die die Chancen dezentraler bzw. gemischter Arbeitsortmodelle für die Reduktion von berufsbedingtem Verkehr verbessert und zugleich die Risiken minimiert. Allerdings fehlt es noch an validen empirischen Erkenntnissen, die Erfahrungen während des Lockdowns der Corona-Pandemie reichen dafür nicht aus, weil dies keine freiwillig eingegangenen Arrangements sind.

Helfen könnte es, die überfälligen arbeitsorganisatorischen und arbeitsrechtlichen Veränderungen probeweise und *örtlich sowie zeitlich begrenzt* in „regulativen Experimentierräumen“ zu versuchen. Unternehmen dürften mit ihren Angestellten unter wissenschaftlicher Aufsicht und mit entsprechenden Kontrollgruppen, hierarchieübergreifend und freiwillig solche Optionen beispielsweise für ein Jahr versuchen [25]. Man hätte dann im Fall des Scheiterns oder beim Auftreten nicht-intendierter Negativeffekte die Möglichkeit, gegenzusteuern oder zum Ausgangspunkt zurückzukommen. Eine solche neue Kultur des Experimentierens würde es erlauben, den bereits schon erkennbaren neuen Praktiken auch einen entsprechenden Raum einzurichten, um auszutesten, ob sich diese Praxis verallgemeinern und stabilisieren lässt und welche Folgen möglicherweise zu erwarten sind, die man heute noch gar nicht absehen kann. Sozusagen ein Shutdown in kontrollierbarer Form.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Dominanz des Automobils – Grundlage für die Pendlergesellschaft – genauso in die Kritik gekommen ist wie die räumliche Trennung zwischen Wohn- und Arbeitsort. Neue technische Optionen und veränderte Wertepreferenzen sind die Treiber in eine neue Zukunft zeit- und ortsflexiblen Arbeitens, deren erste

Konturen während der Pandemie im Frühjahr 2020 bereits zu erkennen waren. In der Zukunft ist es daher wahrscheinlich, dass diese Trennung partiell wieder zurückgenommen wird und Siedlungstypen entstehen, in denen gewohnt, gearbeitet, eingekauft wird und auch kulturelle Angebote entstehen. Dies kann als „Dorf in der Stadt“ oder auch in Randgebieten großstädtischer Ballungsräume geschehen.

Literatur

1. Kesselring S, Vogl G. Betriebliche Mobilitätsregime, Berlin: edition sigma, 2010
2. Kratzer N (Hrsg.). Arbeit der Zukunft. Thesen und Gestaltungsansätze für den Arbeitsplatz der Zukunft. Fokusgruppe „Gesunde Arbeit durch innovative Arbeitsformen und Assistenzsysteme“ <http://www.prentimo.de/assets/Uploads/Fokusgruppe-Zukunft-der-Arbeit.pdf>, o.J. [Letzter Abruf: 1.7.2020]
3. BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Weißbuch. Arbeiten 4.0. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a883-weissbuch.pdf;jsessionid=D6CDB210E4A7A3B2BFA1FB3797E6178C?__blob=publicationFile&v=9,2016 [Letzter Abruf: 1.7.2020]
4. BBSR. Immer mehr Beschäftigte pendeln. <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Home/Topthemen/pendeln.html>, 2020 [Letzter Abruf: 1.7.2020]
5. Dauth W, Haller P. Berufliches Pendeln zwischen Wohn- und Arbeitsort: Klarer Trend zu längeren Pendeldistanzen. IAB, Berlin, <http://doku.iab.de/kurzber/2018/kb1018.pdf>, 2018 [Letzter Abruf: 1.7.2020]
6. Ifas (Institut für angewandte Sozialwissenschaft) Mobilität in Deutschland – Kurzreport. Eine Studie für das BMVI, Bonn. http://www.mobilitaet-in-deutschland.de/pdf/ifas_Mobilitaet_in_Deutschland_2017_Kurzreport.pdf, 2018 [Letzter Abruf: 1.7.2020]
7. Canzler W, Knie A, Ruhrort L, Scherf Ch. Erloschene Liebe? Das Auto in der Verkehrswende. Bielefeld: transcript, 2018
8. BMU. Umweltbewusstsein in Deutschland 2018. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung, Berlin/Dessau, 2019
9. Pütz Th. Verkehrsbild in Deutschland. Pendlerströme Quonavigant?, BBSR-Berichte kompakt, Nr. 15, Bonn, 2015
10. Ott E, Gerlinger Th. Die Pendlergesellschaft. Zur Problematik der fortschreitenden Trennung von Wohn- und Arbeitsort. Köln: Bund Verlag, 1992
11. Universität Mannheim. Mannheimer Corona-Studie. https://www.uni-mannheim.de/media/Einrichtungen/gip/Corona_Studie/2020-04-16_Schwerpunktbericht_Erwerbsstaetigkeit.pdf, 2020 [Letzter Abruf: 1.7.2020]
12. Hammermann A, Stettes O. Mobiles Arbeiten in Deutschland und Europa: Eine Auswertung auf Basis des European Working Conditions Survey 2015, IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung, ISSN 1864-810X, Institut der deutschen Wirtschaft (IW), Köln, Vol. 44, Iss. 3, 1–23, 2017
13. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2020) Pressemitteilung „Zu Fuß holt auf.“ <https://www.wzb.eu/de/pressemitteilung/zufussholt-auf> [Letzter Abruf: 1.7.2020]

14. Beermann B, Amlinger-Chatterjee M, Brenscheidt F, Gerstenberg S, Niehaus M, Wöhrmann A.M. Orts- und zeitflexibles Arbeiten: Gesundheitliche Chancen und Risiken. baua: Bericht. Dortmund/Berlin/Dresden, 2017
15. Haas A, Haman S. Pendeln ein zunehmender Trend vor allem bei Hochqualifizierten – Ost-West-Vergleich. IAB-Kurzbericht 6/2008, Nürnberg, 2008
16. Haas A. Zur wachsenden Bedeutung berufsbedingten Pendelns – neu gewonnene Freiheit oder Sachzwang? In: Schwedes O. (Hrsg.). Räumliche Mobilität in der zweiten Moderne – Freiheit und Zwang bei Standortwahl und Verkehrsverhalten, Berlin: IIT, 257–271, 2013
17. Rieder K, Kraus S, Vogl G. Mobile Arbeit: Arbeitsbedingungen und Erleben. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.). Fehlzeitenreport 2019. Digitalisierung. gesundes Arbeiten ermöglichen. Berlin, Heidelberg: Springer, 205–216, 2019
18. Ducki A, Nguyen H.T. Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Mobilität. Dortmund/Berlin/Dresden: baua, 2016
19. Gerstenberg S, Ducki A, Aich E. Mobile Arbeit und Pendeln. In: Romahn R. (Hrsg.) Arbeitszeit gestalten. Wissenschaftliche Erkenntnisse für die Praxis. Marburg: Metropolis-Verlag, 189–202, 2013
20. Stutzer A, Frey B. Stress That Doesn't Pay: The Commuting Paradox. Scand. J. of Economics, 2008, 110(2),339–366.
21. Kley S. Gefährdet Pendelmobilität die Stabilität von Partnerschaften? Einflüsse von Erwerbskonstellationen und Haushaltsarrangements in Ost- und Westdeutschland auf die Trennungswahrscheinlichkeit von Paaren. Zeitschrift für Soziologie, 2012, 41, 356–374.
22. Hammermann A. Mobile Arbeit. In Arbeitszeitpolitik. Zielkonflikte in der betrieblichen Arbeitszeitgestaltung lösen. In: Rump J, Eilers S. (Hrsg.). Arbeitszeitpolitik. Berlin: Springer Gabler, 83–95, 2019
23. Waltersbacher A, Maisuradze M, Schröder H. Arbeitszeit und Arbeitsort – (wie viel) Flexibilität ist gesund? In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.). Fehlzeitenreport 2019. Digitalisierung. gesundes Arbeiten ermöglichen. Heidelberg: Springer, 77–107, 2019
24. infas, Motiontag, WZB. Mobilitätsreport 01, Bonn, Berlin, mit Förderung des BMBF. https://www.infas.de/fileadmin/user_upload/infas_Mobilitätsreport_20200610.pdf, 2020 [Letzter Abruf: 1.7.2020]
25. Canzler W, Knie A. Die digitale Mobilitätsrevolution. Vom Ende des Verkehrs, wie wir ihn kannten. München: oekom, 2018



Dr. habil. Weert Canzler

Weert Canzler leitet zusammen mit Andreas Knie die Forschungsgruppe „Digitale Mobilität und gesellschaftliche Differenzierung“ am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, an dem er seit 1994 als Mitarbeiter tätig ist. Er habilitierte an der Technischen Universität Dresden und promovierte an der Technischen Universität Berlin. Seine Forschungsinteressen liegen in den Bereichen sozialwissenschaftliche Verkehrs- und Mobilitätsforschung, Energiepolitik, Innovationsforschung und Technologiepolitik. In den letzten Jahren konzentrierte er sich auf Innovationsprozesse in den konvergierenden Bereichen E-Mobilität und Smart Grids. Weert Canzler ist Sprecher der Leibniz-Forschungsgemeinschaft Energiewende sowie der Themengruppe Energietransformation der Deutschen Gesellschaft für Politische Wissenschaft (DVPW).



Prof. Dr. Andreas Knie

Andreas Knie ist Politikwissenschaftler am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und Hochschullehrer an der Technischen Universität (TU) Berlin. Am WZB leitet er zusammen mit Weert Canzler die Forschungsgruppe „Digitale Mobilität und gesellschaftliche Differenzierung“. Davor war er Forschungsgruppenleiter des Teams „Wissenschaftspolitik“. Im Juni 2018 übernahm er die Funktion des Head of Scientific Development (CSO) der Choice GmbH. 2006 gründete Andreas Knie das Innovationszentrum für Mobilität und gesellschaftlichen Wandel GmbH (InnoZ). Darüber hinaus war er von 2001 bis 2016 Bereichsleiter für Intermodale Angebote und Geschäftsentwicklung der Deutschen Bahn AG.



Dr. Gerlinde Vogl

Gerlinde Vogl absolvierte eine Ausbildung zur Bürokauffrau und studierte über den 2. Bildungsweg in München und Wien Soziologie (Schwerpunkt Arbeits- und Techniksoziologie, Arbeitspsychologie sowie Recht für Sozialwissenschaften). 2007 Promotion an der TU München zu „Selbstständigen Medienschaffenden in der Netzwerkgesellschaft“. Seit vielen Jahren beschäftigt sie sich mit dem Themenfeld Mobilität und Arbeit, ein wesentlicher Schwerpunkt liegt in der Gestaltung von mobiler Arbeit.

Automotive Health – eine Standortbestimmung

Manfred Knye
Volkswagen AG, Wolfsburg

Gesundheit für ihre Mitglieder ist ein zentrales Anliegen der Gesellschaft und ein wichtiger Wunsch des Einzelnen (vergl. Maslow'sche Bedürfnishierarchie).

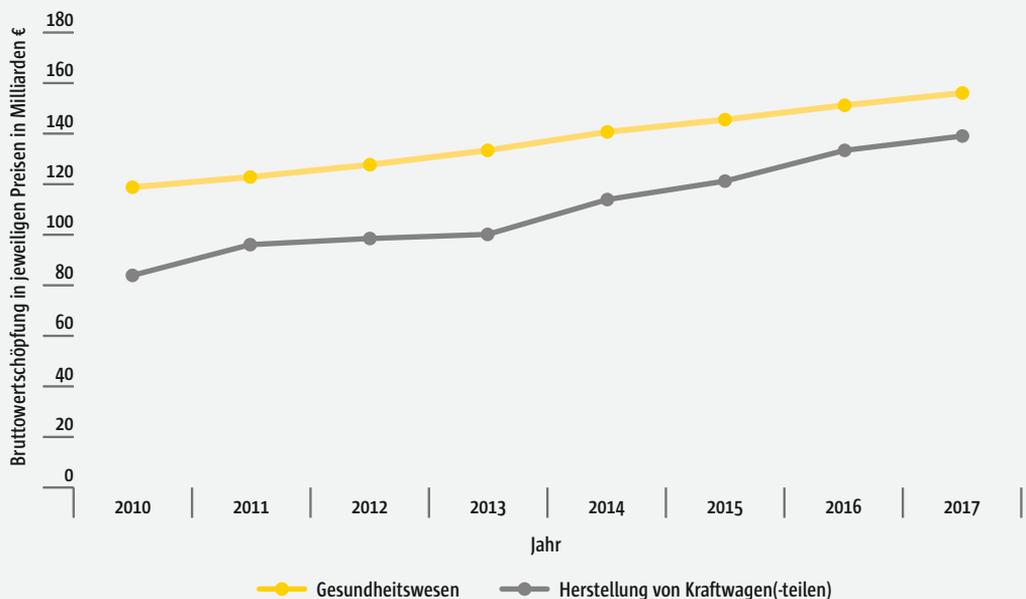
Gesundheit und somit der Bereich des Gesundheitswesens und der darüberhinausgehenden Gesundheitswirtschaft entwickelt sich aber auch immer mehr auch zu einer tragenden Säule der Volkswirtschaft. So ist die Bruttowertschöpfung von Gesundheitswesen und Automobilindustrie in Deutschland ähnlich hoch (»»» Abbildung 1), für die gesamte Gesundheitswirtschaft (bestehend aus der Medizinischen Versorgung, der industriellen Gesundheitswirtschaft sowie weiteren Teilbereichen

u. a. aus dem 2. Gesundheitsmarkt) beträgt die Bruttowertschöpfung sogar rund 355,6 Mrd. €¹.

Gesundheit (der Mitglieder und der Gesellschaft insg.) entwickelt sich auch immer mehr zum entscheidenden Faktor für die Konkurrenzfähigkeit der Unternehmen (Stichwort BGM und sROI) – aber auch zu einem originären Geschäftsfeld (Kondratieff-Zyklus 6)².

- 1 Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2019). Gesundheitswirtschaft – Fakten und Zahlen, Ausgabe 2018.
- 2 Nefiodow IA (2020). Kondratieff-Zyklus 6 – Gesundheit, Der sechste Kondratieff, Die neue, lange Welle der Weltwirtschaft. <https://www.kondratieff.net/der-sechste-kondratieff> [Zuletzt abgerufen: 24.7.2020]

Abbildung 1 Vergleich Gesundheitswesen vs. KFZ(-Teile)-Herstellung nach Bruttowertschöpfung (Quelle: Statistisches Bundesamt [2020]. Inlandsproduktberechnung – Fachserie 18 Reihe 1.4 – 2019 [Rechenstand: Mai 2020])



Da Gesundheit also ein zentrales Thema der zukünftigen Entwicklung der Gesellschaft und der Industrie werden wird, wird dies auch Auswirkungen und Chancen für die Automobilindustrie mit sich bringen.

Was ändert sich für VW?

Gesundheit 4.0

- hat Auswirkungen auf die **Mitarbeiter** selbst und deren Produktivität, Absentismus und Präsentismus (Ebene 1),
- ändert aber auch die Lebenssituation unserer **Kunden** und damit ihr Konsumverhalten und ihre Nachfrage (Ebene 2),
- schafft **neue Märkte** für gesundheitsassoziierte Leistungen und auch neue **Interessenten** für Leistungen oder Informationen (Ebene 3).

Automotive Health beschreibt die grundsätzlichen Entwicklungen auf dem Gesundheitsmarkt und der Mobilität und die sich daraus ergebenden Angebote und Geschäftsmodelle für Automobilhersteller/Mobilitätsanbieter (Ebene 2 und 3).

Digitalisierung (Auswirkungen auf die Gesundheitswirtschaft und Industrie)

Die *Digitalisierung* verändert nicht nur unser Wirtschaftssystem selbst, sondern analog (gleichzeitig) auch den Gesundheitsmarkt und unsere Gesundheitssysteme. Diese Veränderungen werden allumfassend und grundlegend sein³.

Digitalisierung Gesundheitssektor (Gesundheit 4.0)

- Die Digitalisierung wird auch die Medizin und die Gesundheitswirtschaft betreffen.
- Die Digitalisierung wird:
 - relativ schnell erfolgen,
 - alle Bereiche betreffen,
 - grundlegende Prozesse und Strukturen ändern oder neu definieren (K.H. Land).
- Es werden neue Akteure in den Markt eintreten.

- Es werden u.U. bisherige Akteure ihre Rolle verlieren oder neu definieren.
- Es wird sich das Verhältnis zwischen den Akteuren ändern (Stichwort patientenzentrierte Datenhaltung).
- Gesundheit wird auch zukünftig ein Grundwert (Daseinsfürsorge) für das Individuum sein. Ihre Bedeutung wird eher zu- als abnehmen.

Digitalisierung ändert dabei nicht nur die technischen Möglichkeiten von Medizin, sondern auch die Verhältnisse der Akteure zueinander und ihre Verortung im Gesamtprozess.

Erwartbare Entwicklungen

- Patienten-(Nutzer-)zentrierte Datenverarbeitung → Änderung der Rolle des Arztes.
- Neue Gesundheitsdefinition → neue Aufgabfelder (Optimierung) und neue Player.
- Neue Bewertungsmaßstäbe und Bewertungssysteme für Gesundheitsleistungen und Erbringer von Gesundheitsleistungen → andere (bessere?) Vergütungssysteme für Ärzte/andere Anbieter von Gesundheitsleistungen.
- Breite Verfügbarkeit von medizinischer Information für Nicht-Ärzte → partielle Aufhebung des Informationsvorsprungs des Arztes, Trend zur Selbstdiagnose.
- Kostenanstieg für Medizin/Medizinprodukte → Druck auf Krankenkassen/Leistungserbringer zur Verbesserung der Effektivität.

Dies ist ein disruptiver Prozess – auch im Hinblick auf die derzeitigen Strukturen, Regelungen und Arbeitsweisen.

Die Veränderungen für den Arzt sind jetzt schon in ihren Anfängen zu erleben und sie werden tiefgreifend sein.

Gesundheit 4.0 ändert die Rolle des Arztes

- medizinische Information wird immer besser verfügbar → Verlust von Informationsvorsprung, Information ist weitgehend auch für Patienten verfügbar.
- Ärztliche Behandlung wird z.T. durch Mustererkennung abgebildet → Verlust von Erfahrungsvorsprung.

3 S.a. K.H. Land, Digitaler Darwinismus

- Patientenzentrierte Datenspeicherung → Verlust der Datenhoheit → veränderte Machposition.
- Der Arzt ist nicht mehr der alleinige Behandler in Akutsituationen und auch nicht mehr immer Erstbehandler → Gesundheit 4.0 führt zu einer partiellen Emanzipation des Patienten (Kunden) vom Arzt.

Wenn man darüber nachdenkt, welche Auswirkungen dies auf den Gesundheitsbereich (insgesamt) haben wird, dann sollte man die Vorhersage daher auch nicht nur aus der Sichtweise eines Akteurs (z. B. der Krankenkasse, der ärztlichen Landesorganisationen oder einer staatlichen Stelle) entwickeln, sondern eine Gesamtbetrachtung – ausgehend von den zu erwartenden Entwicklungen – Top-down entwickeln.

Die Frage, wie unser Gesundheitssystem in 10–15 Jahren aussehen wird, hat eine direkte Bedeutung für uns als Unternehmen. Es verändert

1. Die Gesundheitsversorgung unserer Mitarbeiter und hat somit Einfluss auf deren Produktivität (Ebene 1).
2. Die Bedürfnisse und das Konsumverhalten unserer Kunden (Ebene 2)
3. Die Geschäftsmodelle und Geschäftsfelder – Stichwort: mobilitätsassoziierte Angebote (Ebene 3)

Warum ist das Thema Automotive Health überhaupt für uns (als Automobilhersteller) auch wirtschaftlich relevant – und dies nicht erst seit Corona?

- Gesundheit ist ein Grundbedürfnis aller Menschen und damit auch unserer Kunden⁴.
- Der Gesundheitsmarkt ist riesig, deutlich größer als der Markt für Automobile und Mobilität zusammen.
- Automotive Health ist ein expliziter Beitrag zur Transformation unserer Geschäftsfelder hin zu datengetriebenen, kontinuierlichen Angeboten an unsere Kunden und die Gesellschaft.
- Automotive Health ist aber auch ein Motor bei unserer eigenen Transformation zu einem Anbieter von Software/digitalen Produkten und Dienstleistungen und dem dazu erforderlichen Mindset unsererseits.

Aber auch die großen Internet-Konzerne haben das Thema Gesundheit für sich erkannt⁵, sind aber noch

nicht an dem Punkt angekommen, an dem sie das Gesundheitssystem in Gänze „neu denken“.

Dies ist aber wahrscheinlich nur eine Frage der Zeit. Die „Amazonisierung“ der Gesundheit/Medizin steht vor der Tür (III Abbildung 2).

Diese Entwicklung wird sich zunächst in den USA vollziehen – hier ist der Leidensdruck der Gesellschaft im Hinblick auf eine funktionierende medizinische Versorgung ungleich höher. Sollte es sich allerdings erweisen, dass eine bessere Distribution gesundheitlicher Angebote („Amazone Medicine“) auch ökonomisch effektiver ist, dann wird dies auch einen Veränderungsdruck auf die deutsche/europäische Gesundheitslandschaft haben. Vergleichbar sind diese Entwicklungen mit dem Einzelhandel (ökonomische Relevanz/Umfang/Geschwindigkeit).

Grundannahmen und Konsequenzen

K.-H. Land postuliert drei Grundannahmen:

- Alles, was digitalisiert werden kann, wird auch digitalisiert werden.
- Alles, was man vernetzen kann, wird auch vernetzt werden.
- Alles, was man automatisieren kann, wird auch automatisiert werden.

Dem ist zuzustimmen – auch wenn man die Folgen in vielen Aspekten als durchaus problematisch sein können.

Davon ausgehend ergeben sich für die Gesundheitsbranche folgende grundlegende Konsequenzen:

- Die Digitalisierung der Medizin/des Gesundheitsmarktes wird umfangreicher/weitgreifender sein, als dies bei der Digitalisierung der Industrie sein wird. Grund hierfür: Medizin ist eigentlich per se Datenverarbeitung, der Anteil materieller Wertschöpfung ist relativ gering.
- Anzunehmen ist auch, dass sich die digitale Transformation relativ schnell vollziehen wird. Alle bisherigen Digitalisierungswellen waren schneller, als dies vom (meist konservativ eingestellten) Marktumfeld erwartet wurde. Beispiele hierfür gibt es zur Genüge (Digitalfotografie, Amazon, Facebook, Smartphones etc.).
- Alle wichtigen Basis-Technologien erfahren zur gleichen Zeit einen Innovationsschub und werden in breiter Anwendung verfügbar (III Abbildung 3).
- Die Krise unseres bisherigen solidarischen Gesundheitssystems. Wir haben hier eine Diskrepanz der Interessen des Individuums (Zugang zur

4 Nicht erst seit der aktuellen IPSOS-Studie „Impact of Coronavirus to new car purchase in China“ 12.3.2020

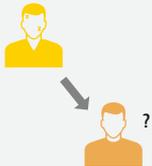
5 Bsp.: Amazon, Projekt 1492

Abbildung 2 Schlussfolgerungen hinsichtlich Veränderungen im Gesundheitsmarkt

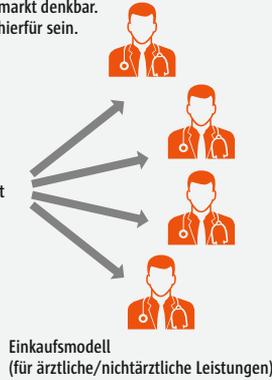
Schlussfolgerungen

Eine Veränderung (wie beim Online-Handel) ist auch beim Gesundheitsmarkt denkbar. Wenn dies kommt, dann werden Amazon/Alibaba & Co. die Blaupause hierfür sein.

Aus Patienten werden (z. T.) Kunden



Zentrale Distribution über Plattform und Dienst („Amazon medicine“)



Anmerkung: Ob Patient oder Kunde hängt hauptsächlich von der Bedrohlichkeit des Problems/der Erkrankung ab. In der Sportmedizin ist der Patient meist Kunde, in der akuten Lebenskrise (z.B. Tumor) ganz sicher auch in Zukunft Patient.

Einkaufsmodell (für ärztliche/nichtärztliche Leistungen)

- jeweils besten Behandlung/Optimierung) und den Vorgaben der Gesellschaft (§ 6. Innovationen werden immer teurer und somit faktisch für einzelne Versicherte auch nicht mehr zugänglich.
- Es treten neue Player auf, deren Geschäftsmodelle gegenläufig zu den bisherigen Steuerungsansätzen und Geschäftsmodellen sind. Die Bereitschaft der Kunden (bisher Patienten), diese auch zu nutzen, steigt.
- Es kommt zu einer partiellen Emanzipierung des Kunden (Patienten) vom bisherigen Gesundheitssystem. Medizin/Gesundheit wird zunehmend auch als Dienstleistungsangebot verstanden und die Beteiligten (Anbieter) werden demzufolge auch vermehrt als Dienstleister gesehen und verstehen sich z.T. auch so.
- Wie bereits ausgeführt: Medizin/Gesundheit ist ein Zukunftsmarkt mit unverändert hohen Wachstumsraten - auch im Vergleich zum produzierenden Gewerbe. Auch der Umfang der Wertschöpfung (annähernd gleich zur Automobilindustrie) macht den Gesundheitsmarkt für neue Marktteilnehmer hochinteressant. D.h. wir haben es hier mit einem Markt zu tun, der ein großes Volumen aufweist und (!) weiter wächst.

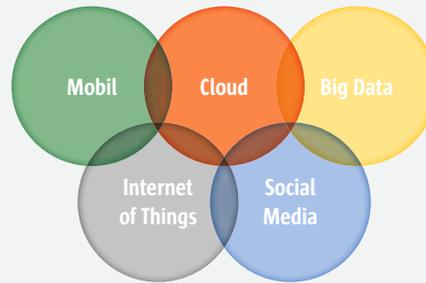
Für uns als Automobilhersteller (aber auch für andere Marktteilnehmer) ergibt sich zwangsläufig die Frage: „Kann man mit Gesundheit im Kontext zur Mobilität Geld verdienen?“ Diese Frage ist eindeutig mit JA zu beantworten. Allerdings dürften unsere bisherigen (überwiegend gesellschaftlich organisierten) Versorgungsmodelle dazu nur sehr eingeschränkt tauglich sein. Da aber Gesundheit und insb. die Optimierung ein wichtiges Grundbedürfnis des Individuums darstellt, wird sich hier ein Wachstumsmarkt ergeben, dessen Volumen zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht einmal ansatzweise zu bestimmen ist. Denken wir Gesundheit/Optimierung wirklich als Produkt, dann ergeben sich im Kontext zur Mobilität völlig neue Sichtweisen:

- Das Auto ist ein gut abgeschlossener Raum mit vielen Sensoren (aktuell schon vorhanden und in Zukunft denkbar).
- Wir kennen den Nutzer, der das Automobil benutzt.
- Wir haben ein datengetriebenes Geschäftsmodell.
- Die Daten des Nutzers sind auch Voraussetzung für eine stetige Kommunikation mit ihm.
- Wir werden diese aber nur bekommen, wenn wir dafür einen *Gegenwert* liefern (Therapie/Expertise/Training/Verbesserung Lebensqualität/Vermeidung Risiko u. a.).
- Wir haben genügend Rechenleistung/Datenkapazität, um die gemessenen Parameter auszuwerten und daraus ein Angebot/Produkt für den Kunden zu generieren.
- Es gibt vielfältige Möglichkeiten seitens des Automobils auf die einlaufenden Informationen

6 SGB V §12, Wirtschaftlichkeitsgebot: „... Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Abbildung 3 Basis-Technologien für die Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft

- Expertensysteme für fast alle medizinischen Bereiche
- Big Data/zentrale Datenhaltung in der Cloud
- soziale Netzwerke
- Internet of Things (IoT)
- Gentechnik
- Nanotechnologie
- digitale Bildgebung
- Virtual & Augmented Reality (VR/AR)
- Robotik/Mensch-Roboter-Kooperation (MRK)
- personalisierte Medizin/Präzisionsmedizin



zu reagieren (Bsp. Incar Wellbeing) oder auf den Nutzer einzuwirken (Bsp. Reaktion auf einen drohenden Herzinfarkt).

- Die erforderliche Technik ist bereits vorhanden. Es fehlt aber noch am konkreten Produkt für den Kunden.

Spannend ist auch die Frage: „Sollten wir uns wirklich auf dieses Geschäftsfeld (Gesundheit) begeben oder macht es eher Sinn, dies anderweitigen Partnern zu überlassen?“ Geht man davon aus, dass das Auto als Endprodukt für den Kunden in Zukunft durch die Mobilitätsdienstleistung (= Mobilität als Endprodukt) abgelöst werden dürfte, dann ist diese Frage berechtigt. Es ist aber zu erwarten, dass auch Mobilität als Produkt zunehmend billiger werden wird und assoziierte Angebote (wie z.B. Gesundheit) die Ertragsminderung kompensieren müssen. Das kann man durchaus analog der aktuellen Produktion von Smartphones und Tablets sehen. Hier werden wichtige Umsatzanteile auch durch das jeweilige Ökosystem und assoziierte Angebote/Dienstleistungen generiert. Dieser Trend wird weiter zunehmen.

Nachfrage, Gesundheit als Produkt

Natürlich kann man Gesundheitsdaten auch wirtschaftlich verwerten, mit ihrem Verkauf an Dritte („Data brokage“) Umsätze generieren. Ob dies allerdings die ökonomisch effektivste Verwertungsmöglichkeit darstellt, darf bezweifelt werden und auch das notwendige Einverständnis des Nutzers steht diesem Ansatz entgegen. Die Mitbewerber (z.B. Daimler-Benz) haben sich hier schon klar positioniert.

Diskutiert man einzelne Produkte, so fällt auf, dass Gesundheit im Kontext zum jeweiligen Indivi-

duum höchst unterschiedliche Produkt-Nachfragen aufweist. Man kann drei Cluster bilden:

- **Gesunde, junge Kunden ohne Krankheitserfahrung:** Gesundheit ist, i. a. vorhanden und wird meist nicht als eigenständiger Wert wahrgenommen. Das Interesse bezieht sich hauptsächlich auf *Optimierung* von Funktion (z.B. Leistungsfähigkeit im Sport, kognitive Funktionen) und die Vermeidung von Unfällen/unerwünschten Ereignissen.
- **Gesunde, ältere Kunden:** Hier ist die Vermeidung von Krankheiten mittlerweile ein wichtiges Ziel und der Wunsch nach gesundheitlicher *Optimierung* (möglichst lange, möglichst gut leben) bleibt bestehen.
- **Ältere Kunden mit Gesundheitsproblemen und/oder Krankheitserfahrung:** Hier wird der Wunsch nach Behandlung oder zumindest Minimierung von Krankheitsfolgen wichtig. Das Ziel, im Rahmen der Möglichkeiten möglichst gut leben zu können – sprich *Optimierung*, bleibt bestehen.

Zusammenfassend kann man sagen: Gesundheit ist für alle Alters- und Bevölkerungsklassen ein wichtiger Wert. Allerdings ist das konkrete Kundenbedürfnis unterschiedlich.

Optimierung ist aber ein Begriff, der für alle Altersgruppen Relevanz, aber unterschiedliche Bedeutung, hat.

Betrachtet man das Thema Gesundheit als Produkt, so muss unbedingt der Aspekt der **Regionalisierung** beachtet werden. Mehr noch als beim Automobil wird Gesundheit gesellschaftlich und regional determiniert und in den verschiedenen Ländern ganz unterschiedlich praktiziert. Schon die völlig unterschiedlichen Versorgungssysteme für die Absicherung der gesundheitlichen Grundrisiken bedingen divergente Kundenbedürfnisse. Auch der kultu-

Abbildung 4 Das Auto – Systemsicht

eine Vielzahl von Sensoren

- im Auto
- am Nutzer



Aktuatoren

- Sitz, Lenkrad, Pedale, Gurt
- akustische/optische/haptische Aktuatoren

ausreichend Rechenkapazität

- extern (Cloud)
- intern (steigend)

gute Kommunikation

- intern (Bus-System)
- extern (UMTS, C2C)

relle und religiöse Einfluss auf die Wertschätzung und auch Wahrnehmung von Gesundheit ist ein wichtiger Faktor.

Die Fragen des **Datenschutzes** sind ebenfalls regional unterschiedlich priorisiert und auch von der Involvierung des Individuums abhängig. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen tritt der Datenschutz in der Wahrnehmung und der Interessenslage des Einzelnen übrigens tendenziell in den Hintergrund⁶.

Gesundheit 4.0 und auch Automotive Health ändern den Zugang des Kunden zur Gesundheit. Schon die Digitalisierung der Medizin schafft die Voraussetzungen für eine teilweise **Emanzipierung des Gesundheitsmarktes vom Arzt**. Das ist oft schmerzhaft, vom Arzt meist nicht gewünscht und es zwingt ihn, seine Rolle neu zu definieren.

Vielleicht ist das auch der Grund, warum neuartige, systemische Ansätze für manche Beteiligte schlicht schwer vorstellbar sind und oft nicht weitergedacht werden.

Produkte

Wenn man einmal das Automobil als System für die Gewinnung von Daten (des Nutzers) und für die adäquate Reaktion darauf, definiert hat, dann ergeben sich zwangsläufig Produkte hieraus.

Der Hersteller hat drei Möglichkeiten der ökonomischen Verwertung:

1. Verkauf der Daten/des „Rohstoffes“.
2. Verbesserung des Basisproduktes (jetzt Automobil/später Mobilitätsangebot) und (im Optimalfall) Definition eines USP. Beispiel hierfür wäre – wie erwähnt – InCar Wellbeing oder InCar Sensibility/user adapted behavior of the car.
3. Eigenständiges Produkt- oder Dienstleistungsangebot an den Kunden (Kombinationen sind möglich).

Der „einfache“ Verkauf der Nutzerdaten an Andere ist sicher ethisch und datenschutzrechtlich problematisch – aber auch ökonomisch am wenigsten sinnvoll.

Denkt man aber erst einmal in den weitergehenden Kategorien (2.-3.), so sind die sich ergebenden Entwicklungen schlicht überwältigend. Sowohl seitens des Nutzens für den Kunden als auch hinsichtlich ihrer Perspektiven für die Automobilhersteller.

Dabei sind die möglichen Produkte als Einzelprodukte – aber auch als Teil eines Gesamtangebotes zu betrachten. Das Automobil hat – im Vergleich zum Smartphone oder den Wearables – vielfältige Vorteile. Auch die Kombination mit Daten vom Smartphone oder der Smartwatch ist ein mögliches/sinnvolles Szenario (hybrides System).

Die Vorzüge des Automobils (»» Abbildung 4)

- gut definierter Raum,
- Aktuatoren mit Bezug zum Nutzer,
- ausreichende Datenverarbeitungskapazität/gute Konnektivität,
- eigene Mobilität

bleiben ja bestehen.

Letztendlich brauchen wir eine **Grundsatzentscheidung**, ob Automotive Health ein Kern-

7 Vergl. EU-Datenschutz-Grundverordnung

8 Nicht aber seitens des Gesetzgebers

bereich unseres Angebotes an unsere Kunden werden soll und ob wir dieses Thema wirklich besetzen wollen.

Anzumerken ist dabei (etwas plakativ), dass wir in der digitalen Welt keine 2. Chance bekommen und dass es auch keinen 2. Sieger gibt.

Als Arzt möchte ich Automotive Health für meine Patienten haben, als Angehöriger von Volkswagen möchte ich, dass unser Unternehmen dieses Feld für sich erschließt. Ich bin mir sicher, dass diese Entwicklungen (Automotive Health) kommen werden – die Zeit dafür ist reif.



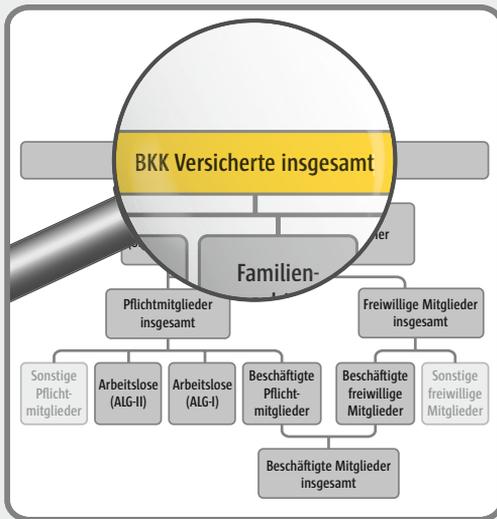
Dr. med. Manfred Knye

Dr. Manfred Knye ist Facharzt für Orthopädie, Kinderorthopädie, Sportmedizin, Chirotherapie, Medizinische Informatik und Biostatistik. Seit 2015 ist er für die Volkswagen AG tätig, zuerst als Leiter des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, dann seit 2017 als Projektleiter Einführung Exoskelette (SG-P) und Verantwortlicher Digitalisierung Gesundheitswesen, Automotive Health. Außerdem ist er Oberarzt in der Kinderorthopädie am Klinikum Wolfsburg.

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 auch hier die Gruppe der beschäftigten BKK Mitglieder im besonderen Fokus der arbeitsweltlichen Analysen.

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 anatomische Hauptgruppen unterteilt. Zur Einordnung und Interpretation der verwendeten Kenngrößen sei an dieser Stelle auf das Kapitel **»»** Methodische Hinweise verwiesen.

4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

4.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2019

Insgesamt sind für die 8,8 Millionen BKK Versicherten im Jahr 2019 67,7 Millionen Einzelverordnungen (EVO) zu verzeichnen. Das entspricht einem durchschnittlichen Wert von 7,7 EVO je BKK Versicherten, der zugehörige Wert bei den definierten Tagesdosen (DDD) beläuft sich auf 505 DDD je BKK Versicherten. Knapp drei Viertel (73,0%) aller BKK Versicherten haben im Jahr 2019 mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten. Dieser Anteil hat sich im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert (2018: 73,3%).

In **»** Tabelle 4.1.1 sind die wichtigsten Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen differenziert nach Versichertengruppen dargestellt. Nach wie vor ist der größte Anteil der Versicherten (91,1%) mit mindestens einer Arzneimittelverordnung in der Gruppe der Rentner zu verzeichnen. Gleiches gilt auch für die Anzahl der Einzelverordnungen (19,1 EVO je Rentner) sowie auch für die definierten Tagesdosen (1.421 DDD je Rentner). Mit Abstand folgen dann die Familienversicherten, von denen 67,8% mindestens eine Verordnung im Berichtsjahr erhalten haben. Allerdings liegen hier die Einzelverordnungen (4,8 EVO je Fami-

lienversicherten) und die definierten Tagesdosen (189 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 (68,6%) zu finden sind. Da in dieser Altersgruppe eher akute Erkrankungen von kurzfristiger Dauer auftreten, ist zwar der Verordnungsanteil mit mehr 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 (47,8%) 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 (7,6 EVO je Arbeitsloser im ALG-I-Bezug) sowie auch bei den definierten Tagesdosen (509 DDD je Arbeitslosen im ALG-I-Bezug) zusammen mit den ALG-II-Empfängern die zweithöchsten Werte nach den Rentnern auf. Weitere Detailbetrachtungen zu den Arzneimittelverordnungen nach Versichertengruppen sind im **»** Kapitel 4.2.2 zu finden.

Tabelle 4.1.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2019)

Versichertengruppen	EVO je BKK Versicherten	DDD je BKK Versicherten	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	4,7	303	66,6
Arbeitslose (ALG-I)	7,6	509	47,8
Arbeitslose (ALG-II)	7,2	451	60,9
Familienangehörige	4,8	189	67,8
Rentner	19,1	1.421	91,1
BKK Versicherte insgesamt	7,7	505	73,0

4.1.2 Langzeittrends

- Während sich die Anzahl der Einzelverordnungen sowie der Anteil der Versicherten mit mindestens einer Verordnung in den vergangenen Jahren kaum verändert hat, sind die zugehörigen definierten Tagesdosen zwischen 2012 und 2019 um +16,4% angestiegen.
- Der größte Rückgang beim Anteil der Versicherten mit mindestens einer Verordnung ist mit -5,3 Prozentpunkten bei den Antinfektiva zur systemischen Gabe (u.a. Antibiotika) zu verzeichnen.
- Am stärksten sind seit 2012 sowohl die Anteile der Versicherten als auch die zugehörigen Einzelverordnungen und definierten Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System und das Nervensystem angestiegen.

In **»** Tabelle 4.1.2 sind die Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen der BKK Versicherten im Zeitverlauf der letzten Jahre dargestellt.

Wie zu erkennen ist, hat sich der Anteil der Versicherten, die mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten haben, von 2012 bis 2019 nur wenig verändert und schwankt im Bereich zwischen 73% bis 75%. Gleiches gilt für die Anzahl der Einzelverordnungen, die sich über alle Berichtsjahre pro Versicherten im Durchschnitt kaum verändert hat. Anders sieht es bei den definierten Tagesdosen (DDD) aus: Hier ist im Zeitverlauf insgesamt eine Zunahme sichtbar, wobei die Steigerung zwischen den Jahren

2012 und 2019 +16,4% beträgt. Im Kontext der beiden anderen, relativ unveränderten Kennzahlen, ist der Anstieg der DDD unter anderem mit der demografischen Entwicklung begründbar. Ältere Versicherte erhalten nicht nur häufiger, sondern meist auch zur längerfristigen Einnahme Arzneimittel verordnet, da in dieser Gruppe der Anteil derjenigen mit chronischen Erkrankungen am höchsten ist (**»** Kapitel 2). Aber auch gesetzliche Änderungen in der Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln, wie z.B. bei den Kontrazeptiva, nehmen hierauf Einfluss (**»** Kapitel 4.2.1)

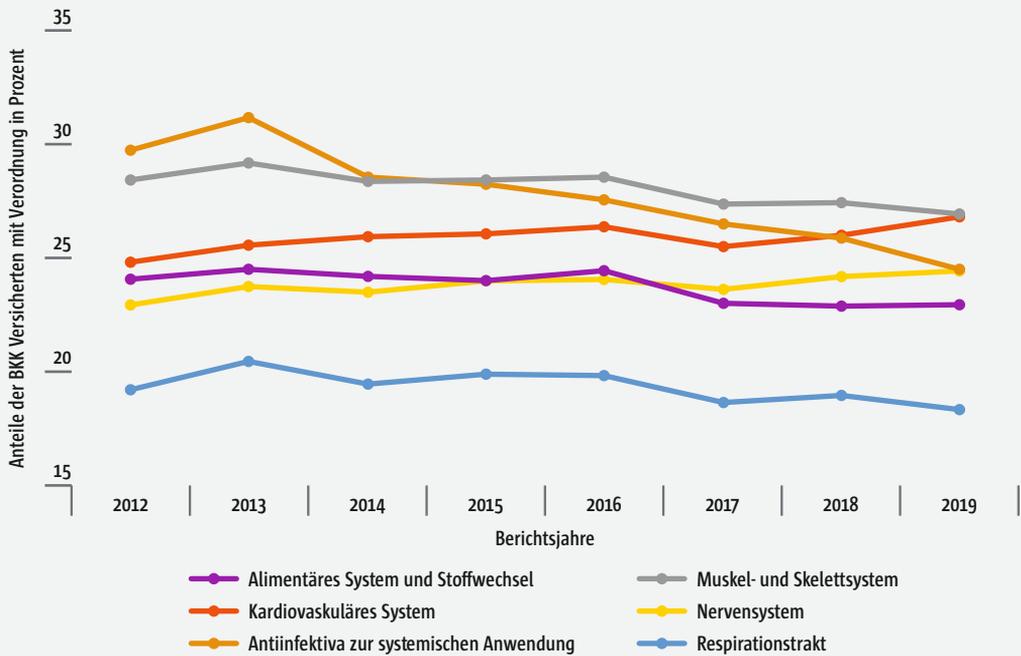
In **»** Diagramm 4.1.1 sind die jeweiligen Anteile der BKK Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung für ausgewählte anatomische Hauptgruppen (alternierend im Text auch Verordnungshauptgruppen genannt) im Zeitverlauf zwischen 2012 und 2019 dargestellt. Sowohl in der Reihung als auch in der Ausprägung der Anteile ist im Betrachtungszeitraum für die meisten hier dargestellten Wirkstoffgruppen nur wenig Dynamik zu erkennen. Die deutlichste Änderung zeigt sich bei den Verordnungen von Antinfektiva zur systemischen Anwendung, die im Berichtszeitraum um -5,3 Prozentpunkte zurückgegangen sind. Vermutlich ist diese Abnahme insbesondere in den vergangenen Jahren auf eine erhöhte Sensibilisierung gegenüber (häufig unnötigen) Antibiotikaverschreibungen, die dieser Wirkstoffgruppe zuzuordnen sind, zurückzuführen. Zugenommen haben hingegen die Verordnungen von Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem (+1,5 Prozentpunkte). Neben den Analgetika (No2: z.B. Schmerzmittel), sind es v.a. die Psychoanaleptika (No6: z.B. Antidepressiva), die in dieser Gruppe einen wesentlichen Teil der Verordnungen ausmachen und somit auch primär für die genannte Zunahme verantwortlich sind. Ein mit +2,0 Prozentpunkten ebenfalls substanzieller Anstieg im Beobachtungszeitraum ist bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zu verzeichnen. Dass es sich hierbei um eine für die Arzneimittelverordnungen besonders bedeutsame Wirkstoffgruppe handelt, wird im Folgenden sichtbar.

In der **»** Tabelle 4.1.3 sind zusätzlich zum **»** Diagramm 4.1.1 die Einzelverordnungen und definierten Tagesdosen der sechs wichtigsten anatomischen Hauptgruppen im Zeitverlauf zu sehen. Der deutlichste Rückgang sowohl bei den Einzelverordnungen (-23,1%) als auch bei den definierten Tagesdosen (-21,7%) ist bei den Antinfektiva zur systemischen Anwendung im Beobachtungszeitraum zu finden. Insbesondere der zu begrüßende Rückgang bei den nicht notwendigen Antibiotikaverordnungen

Tabelle 4.1.2 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2012–2019)

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

Diagramm 4.1.1 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2019)



gen (»» Tabelle 4.1.4) ist hierfür maßgeblich verantwortlich. Dagegen sind deutliche Anstiege vor allem bei den Wirkstoffgruppen sichtbar, die bei Langzeit- bzw. chronischen Erkrankungen zum Einsatz kommen. Dies ist unter anderem bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System (EVO: +14,1%; DDD: +21,1%) sowie bei den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem (EVO: +10,5%; DDD: +15,6%) erkennbar.

4.1.3 Die wichtigsten Arzneimittelverordnungen

- Die überwiegende Mehrheit aller Einzelverordnungen (55,7%) und definierten Tagesdosen (70,0%) geht auf Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System, das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie das Nervensystem zurück.
- Auf Ebene der therapeutischen Untergruppen ist der größte Rückgang mit –5,8 Prozentpunkten für die Anteile der Versicherten mit mindestens einer Verordnung bei den Antibiotika zur systemischen Anwendung zu finden.

Wie in »» Diagramm 4.1.2 für das aktuelle Berichtsjahr zu erkennen ist, dominieren – wie auch schon in den Vorjahren – die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System die Anteile der Einzelverordnungen sowie der definierten Tagesdosen. Mehr als jede vierte Einzelverordnung (27,9%) sowie 45,9% aller definierten Tagesdosen gehen insgesamt allein auf diese anatomische Hauptgruppe zurück. Die Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel bilden mit 11,8% 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 16,0% aller Einzelverordnungen und 8,3% aller Tagesdosen verantwortlich sind. Zusammen sind allein diese drei Wirkstoffgruppen im Jahr 2019 für die Mehrheit (55,7%) aller Einzelverordnungen und über zwei Drittel (70,0%) aller verordneten Tagesdosen bei den BKK Versicherten verantwortlich.

Neben der allgemeinen Übersicht zum Arzneimittelverordnungsgeschehen soll im Folgenden noch ein detaillierter Blick auf die nach Verordnungsanteilen wichtigsten therapeutischen Untergruppen erfolgen.

Tabelle 4.1.3 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2019)

Berichts- jahre	Alimentäres System und Stoffwechsel	Kardio- vaskuläres System	Antinfektiva 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
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

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 2019 dargestellt. Zunächst lässt sich feststellen, dass sowohl bei den zu den Top 10 gehörenden Wirkstoffgruppen selbst, als auch in ihrer Reihung im Berichtszeitraum nahezu keine Änderungen aufgetreten sind.

Der mit -5,8 Prozentpunkten deutlichste Rückgang bei den Anteilen der BKK Versicherten mit mindestens einer Verordnung ist seit 2012 bei den Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) beobachtbar. Eine weitere Abnahme ist mit -1,7 Prozentpunk-

ten bei den Antiphlogistika und Antirheumatika (M01) für die Verordnungsanteile zu verzeichnen. Eine Zunahme der Anteile der Versicherten mit mindestens einer Verordnung ist hingegen bei den drei Vertretern der Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System (C07; C09; C10) sowie bei den Analgetika (N02) aus der Gruppe der Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem festzustellen. Diese Entwicklungen im Zeitverlauf entsprechen im Wesentlichen denen auf Ebene der anatomischen Hauptgruppen, wie sie in **»»** Diagramm 4.1.1 bzw. in **»»** Tabelle 4.1.3 dargestellt sind.

Diagramm 4.1.2 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2019)

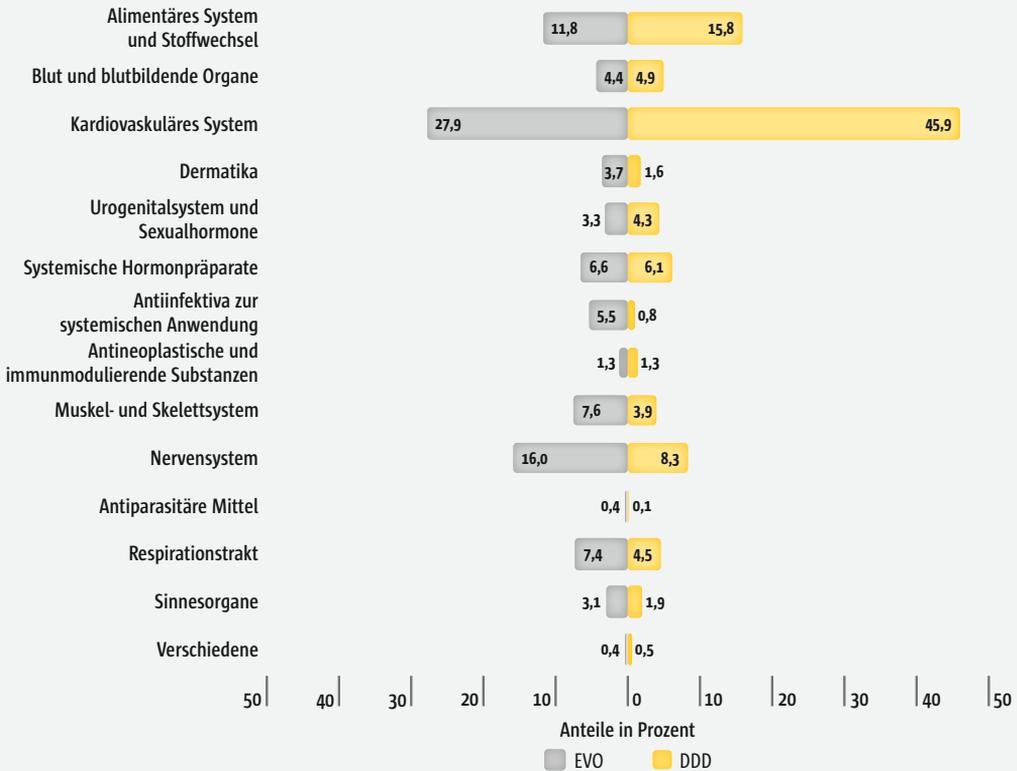


Tabelle 4.1.4 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung für die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen im Zeitverlauf (2012–2019)

ATC-Code	Therapeutische Untergruppen	Berichtsjahre							
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
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
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	28,4	29,7	27,2	26,8	26,0	25,0	24,2	22,6
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
N02	Analgetika	14,7	15,5	15,2	16,0	16,0	15,9	16,5	16,5
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	13,5	14,1	14,8	15,0	15,3	14,0	13,9	13,9
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten	12,6	12,9	13,0	12,9	12,9	12,2	12,3	12,7
H03	Schilddrüsentherapie	9,6	10,2	10,5	10,7	11,1	11,0	11,1	11,2
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	8,8	9,3	9,3	9,4	9,5	9,2	9,5	9,5
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	7,9	8,2	8,4	8,5	8,9	8,6	8,9	9,5
S01	Ophthalmika	8,5	8,9	9,0	8,8	8,9	8,8	8,8	9,1

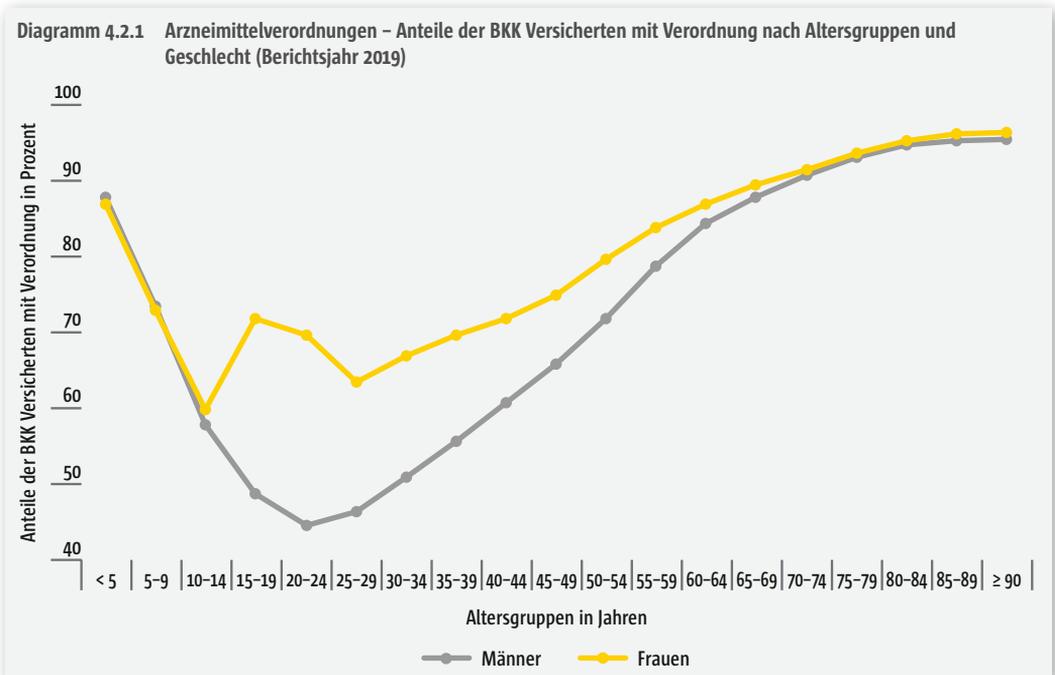
4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Wie auch schon in den vorhergehenden Kapiteln dieses Buches deutlich wurde, steht die Soziodemografie der BKK Versicherten in einem engen Zusammenhang mit dem Versorgungsgeschehen bzw. der gesundheitlichen Lage. Dass dies auch für die Verordnungen von Arzneimitteln gilt, 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

Das **»»** Diagramm 4.2.1 stellt die Anteile der BKK Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung im Jahr 2019 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 fiebersen-



kende Arzneimittel die am häufigsten verordneten Wirkstoffe. Eine Begründung 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 sein. 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.

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 +25,0 Prozentpunkte höher als bei den jungen Männern, was vor allem durch Verordnungen im Bereich der Kontrazeptiva (Verhütungsmittel) begründet ist. Bisher war der größte Unterschied immer in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen beobachtbar, eine Gesetzesänderung im Jahr 2019 ist primäre Ursache für diesen Effekt.

Seit Ende März 2019 haben gesetzlich Krankenversicherte bis zum vollendeten 22. Lebensjahr (2 Jahre länger als bisher) regulären Anspruch auf Kostenerstattung für Kontrazeptiva durch die GKV (§ 24a SBG V). Diese Änderung wurde im Rahmen des Gesetzes zur Verbesserung der Informationen über einen Schwangerschaftsabbruch eingeführt.

Die insbesondere bei den Frauen dann folgende deutliche Abnahme des Verordnungsanteils ist wiederum dadurch erklärbar, dass Kontrazeptiva nach dem 22. Lebensjahr i. d. R. nicht mehr zulasten der GKV verordnet werden dürfen, 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 jede(r) BKK Versicherte mindestens ein Arzneimittel (Gesamt: 95,0–96,1%) pro Jahr verordnet. Äquivalent zu den in der ambulanten Versorgung (» 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 kardiovaskuläre System zurück.

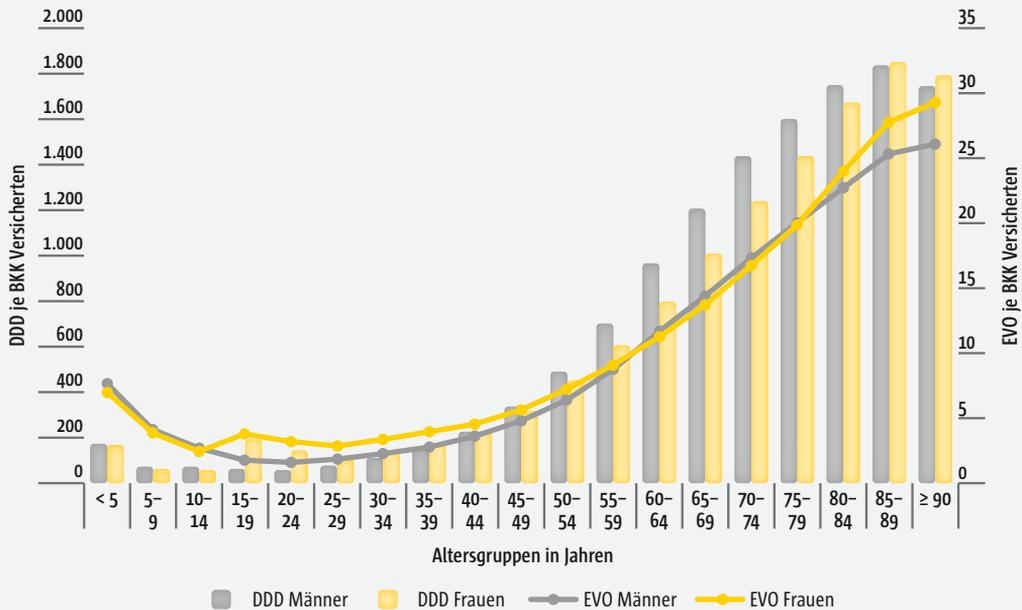
Auch bei der Betrachtung der Einzelverordnungen sowie definierten Tagesdosen der BKK Versicherten zeigt sich sowohl bezogen auf das Alter als auch auf das Geschlecht ein ähnliches Muster, wie es schon bei den Verordnungsanteilen zu erkennen ist (» Diagramm 4.2.2). Auch hier ist ein großer Geschlechtsunterschied 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 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 altersbedingten Geschlechtsunterschiede 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 zusammenhängt. Ein ähnliches Verlaufsmuster ist in der ambulanten (» Kapitel 2.2) und in der stationären (» Kapitel 3.2) Versorgung mit besonderem Bezug zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu beobachten.

- Der größte Anteil der Verordnungen von Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System ist in der Gruppe der 65-Jährigen und älteren zu finden.
- Dieser Anstieg korrespondiert mit der altersabhängigen Auftretenshäufigkeit entsprechender chronischer Erkrankungen, wie z. B. Bluthochdruck oder anderen oft vorkommenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- Dagegen unterscheiden sich z. B. die Verordnungsanteile bei Antibiotika zwischen den Altersgruppen bzw. Männern und Frauen nur geringfügig.

Das » Diagramm 4.2.3 zeigt die zehn bereits in » Tabelle 4.1.4 aufgeführten und nach Anteilen häufigsten Verordnungen auf Ebene der therapeutischen Untergruppen differenziert nach Alter und Geschlecht. 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-Kreislauf-Erkrankungen in der Gruppe der älteren Versicherten erklärbar sind (» Kapitel 2.2). Diese drei therapeutischen Untergruppen werden in der Gruppe der unter 20-Jährigen nur sehr selten verordnet,

Diagramm 4.2.2 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



da in dieser Altersgruppe die zugrundeliegenden Krankheitsbilder nahezu nicht auftreten. Ein ähnliches Altersmuster ist auch für die Mittel bei säurebedingten Erkrankungen (Ao2) 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; Ro3). Gleiches gilt auch für die Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) sowie die Antiphlogistika und Antirheumatika (Mo1). Auch Geschlechtsunterschiede treten deutlich zutage; Frauen weisen z.B. bei der Schilddrüsen-therapie (Ho3) 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 Schilddrüsen-erkrankungen betroffen sind.

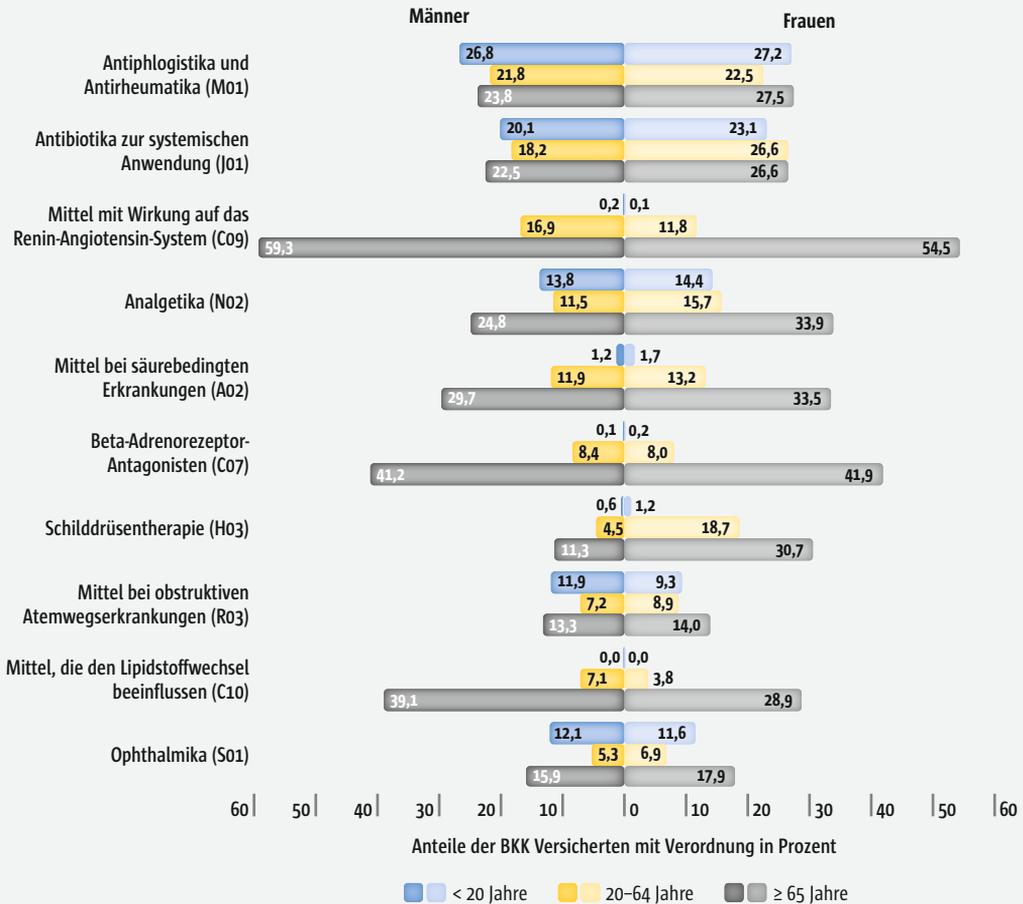
■ Mehr als die Hälfte aller Einzelverordnungen (53,3%) bzw. definierten Tagesdosen (57,4%) gehen allein auf diejenigen zehn therapeutischen Untergruppen zurück, die den BKK Versicherten 2019 am häufigsten verordnet wurden.

■ Mit jeder fünften Einzelverordnung (19,8%) und jeder dritten Tagesdosis (34,9%) nehmen die drei Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System hierbei den Spitzenplatz ein.

Für die zehn Wirkstoffgruppen mit den höchsten Verordnungsanteilen (III Tabelle 4.1.4) sind in III Diagramm 4.2.4 zusätzlich die Anteile der Einzelverordnungen bzw. definierten Tagesdosen 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 Wirkstoffklasse abgebildet.

Allein diese 10 therapeutischen Untergruppen vereinen über die Hälfte aller Einzelverordnungen (53,3%) bzw. aller definierten Tagesdosen (57,4%) bei den BKK Versicherten auf sich. Knapp jede zehnte Einzelverordnung (9,7%) bzw. fast jede vierte definierte Tagesdosis (23,6%) geht auf ein Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (Co9) zurück. Insgesamt vereinen die hier aufgeführten drei

Diagramm 4.2.3 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung für die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



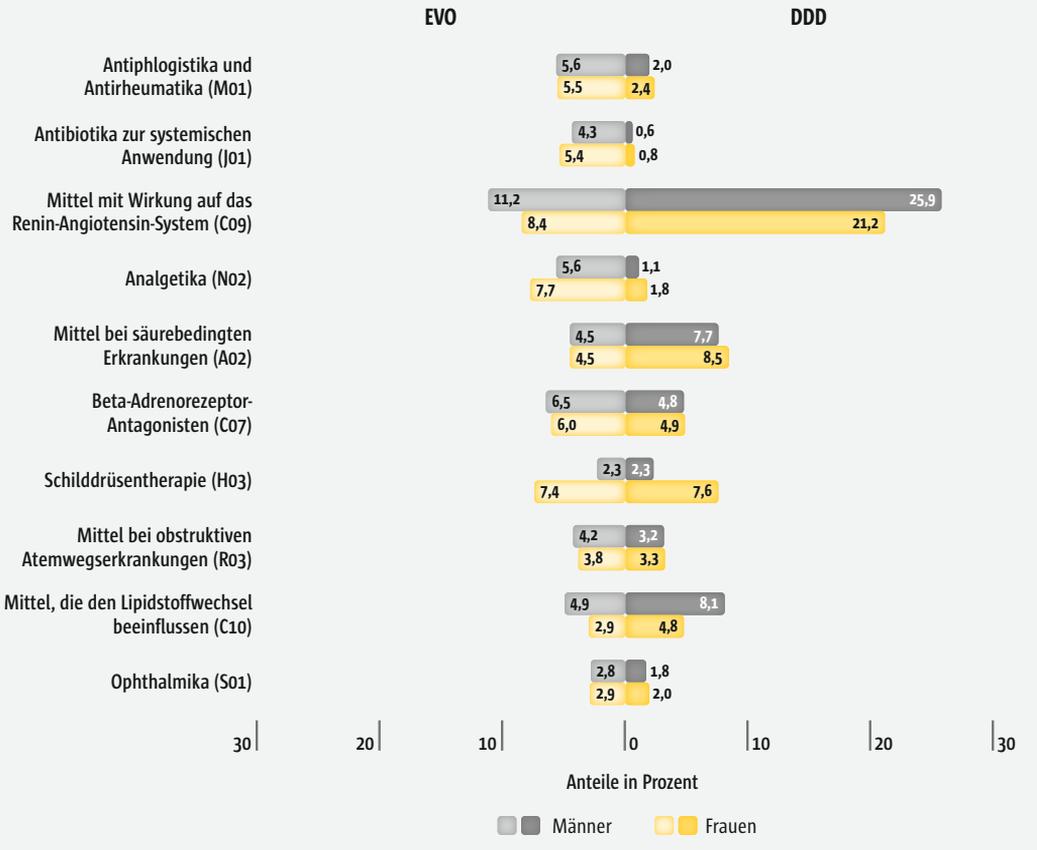
Arzneimittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System (ATC-Hauptgruppe C) allein 19,8% aller Einzelverordnungen und 34,9% aller definierten Tagesdosen auf sich. Dabei liegen die Verordnungskennzahlen dieser drei Wirkstoffe – äquivalent zu den höheren Prävalenzen der Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Kapitel 2 und 3) – bei den Männern (EVO: 22,6%; DDD: 38,8%) deutlich über denen der Frauen (EVO: 17,3%; DDD: 31,0%). Die beiden nach dem Anteil der BKK Versicherten mit einer Verordnung am stärksten vertretenen Wirkstoffgruppen, die Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) sowie die Antiphlogistika und Antirheumatika (M01), weisen im Verhältnis zu den Einzelverordnungen (4,9% bzw. 5,6%) niedrige Anteile an Tagesdosen (0,7% bzw. 2,2%)

auf. Das ist ein Hinweis, dass es sich hier um Arzneimittel zur Behandlung von Kurzzeiterkrankungen handelt, die zwar relativ häufig, allerdings meist nur in geringen Mengen verordnet werden.

4.2.2 Arzneimittelverordnungen nach Versichertenstatus

- Weniger als einem von zehn Rentnern (8,9%) wird pro Jahr kein Arzneimittel verordnet.
- Dagegen ist es bei den Arbeitslosen (ALG-I) mehr als jede(r) Zweite (52,2%), der im Jahr 2019 keine Arzneimittelverordnung erhalten hat.

Diagramm 4.2.4 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



Wie bereits in den vorhergehenden Kapiteln zu sehen war, ist der Versichertenstatus bzw. die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe auch ein mittelbarer Indikator für die Zugehörigkeit des Versicherten zu einer sozialen Schicht, die einen nicht unerheblichen Einfluss auf dessen gesundheitliche Lage ausüben kann. Dass dies ebenfalls für die Betrachtung der Arzneimittelverordnungen gilt, ist in **III** Tabelle 4.2.1 zu sehen.

Erwartungsgemäß sind insgesamt die meisten Verordnungsanteile (91,1%) in der Gruppe der Rentner zu finden, was weniger durch deren soziale Lage als durch das höhere Lebensalter und die damit verbundene höhere Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung und somit auch einer Arzneimittelverordnung gegeben ist. Ebenfalls altersabhängig stellt sich das Bild für die Familienangehörigen dar, die zum Großteil aus Kindern bzw. Jugendlichen bestehen. In die-

ser Gruppe erhalten mehr als zwei Drittel (67,8%) aller Versicherten mindestens eine Verordnung im Jahr 2019 – Frauen deutlich häufiger als Männer. Insgesamt nur geringfügig weniger Verordnungsanteile (66,6%) sind bei den beschäftigten Mitgliedern zu finden, wobei auch hier Frauen die höheren Verordnungsanteile im Vergleich zu den Männern aufweisen. Geringere Verordnungsanteile (60,9%) fallen hingegen bei Arbeitslosen mit ALG-II-Bezug an, mit 47,8% sind die geringsten Verordnungsanteile allerdings bei den Arbeitslosen mit ALG-I-Bezug zu finden. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch in der ambulanten Versorgung (**III** Kapitel 2.2.2): Dort weisen die Arbeitslosen mit ALG-I-Bezug den niedrigsten Anteil von Personen mit mindestens einer Diagnose auf, gefolgt von den Arbeitslosen mit ALG-II-Bezug und den beschäftigten Mitgliedern. Eine mögliche Erklärung liegt darin, dass die Arbeitslosen, insbe-

Tabelle 4.2.1 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

Versichertengruppen	Geschlecht	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Männer	61,4
	Frauen	73,1
	Gesamt	66,6
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	43,3
	Frauen	53,1
	Gesamt	47,8
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	53,5
	Frauen	68,4
	Gesamt	60,9
Familienangehörige	Männer	63,3
	Frauen	71,0
	Gesamt	67,8
Rentner	Männer	90,3
	Frauen	91,9
	Gesamt	91,1
BKK Versicherte insgesamt	Männer	68,4
	Frauen	77,7
	Gesamt	73,0

sondere bei (häufig vorkommenden) Kurzzeiterkrankungen, seltener ambulante Leistungen in Anspruch nehmen, da sie im Gegensatz zu den Beschäftigten nicht in jedem Fall (z. B. bei Kurzzeiterkrankungen) eine AU-Bescheinigung benötigen. Entsprechend werden in diesem Zusammenhang bei den Arbeitslosen im Vergleich zu den Beschäftigten zugleich seltener Arzneimittel verordnet.

- Mehr als jede(r) vierte Langzeitarbeitslose (26,7%) erhält mindestens einmal im Jahr ein Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem verordnet.
- Über zwei Dritteln der Rentner (71,8%) wird jährlich mindestens einmal ein Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System verschrieben.

- Vor allem aufgrund der Erstattungsfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen ist der Anteil der Verordnungen von Mitteln mit Wirkung auf den Respirationstrakt mit 29,7% bei der Versichertengruppe der Familienangehörigen am größten.

Altersbedingt sind für nahezu alle anatomischen Hauptgruppen die meisten Verordnungsanteile bei der Gruppe der Rentner zu finden (»»» Tabelle 4.2.2). Besonders auffällig ist hier wiederum der hohe Anteil der Verordnungen bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System (71,8%). Ebenfalls die mit Abstand höchsten Werte sind in dieser Gruppe bei den Verordnungsanteilen für Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel (46,1%) sowie den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem (43,5%) 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 (29,7%) zeigt. Auf den ersten Blick überraschend sind in dieser Gruppe auch die Verordnungsanteile für die Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem (24,7%) 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 in einem bedeutsamen Maß von der sozialen Lage und der zugehörigen gesundheitlichen Lage der jeweiligen Gruppe beeinflusst. Am Beispiel der Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem bzw. auf das kardiovaskuläre System soll dieser Einfluss verdeutlicht werden.

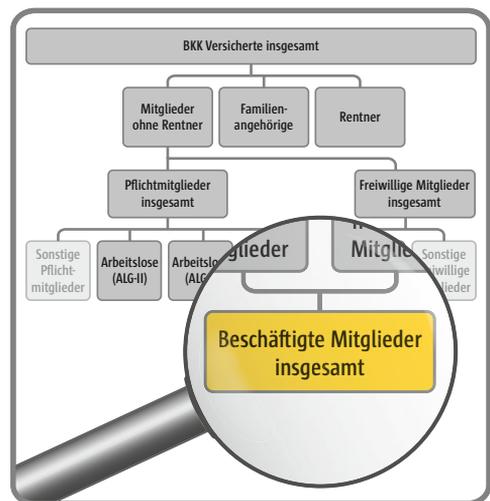
Mehr als jeder vierte ALG-II-Empfänger (26,7%) erhält mindestens eine Verordnung aus dieser Wirkstoffgruppe im Berichtsjahr. Das sind fast +10 Prozentpunkte mehr als die entsprechenden Verordnungsquoten bei den ALG-I-Empfängern (17,9%) bzw. den beschäftigten Mitgliedern (18,4%). Diese Unterschiede sind in ähnlicher Relation in der ambulanten Versorgung (»»» Kapitel 2.2.2) zu finden. Auch dort liegen die Anteile der ALG-II-Empfänger, die

Tabelle 4.2.2 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Versichertengruppen und Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2019)

Verordnungshauptgruppen	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	16,2	12,7	19,8	16,5	46,1	22,9
Blut und blutbildende Organe	5,9	5,0	7,7	3,4	30,6	10,5
Kardiovaskuläres System	19,0	16,6	17,4	6,7	71,8	26,8
Dermatika	11,4	6,3	10,1	17,7	20,5	15,4
Urogenitalsystem und Sexualhormone	6,8	4,3	6,5	6,9	15,9	8,7
Systemische Hormonpräparate	14,3	10,2	11,1	9,4	28,5	16,2
Antiiinfektiva zur systemischen Anwendung	23,1	11,0	20,5	23,3	25,8	24,5
Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	1,9	1,7	1,6	2,1	5,6	2,7
Muskel- und Skelettsystem	23,4	13,0	21,0	24,7	35,8	27,0
Nervensystem	18,4	17,9	26,7	18,0	43,5	24,3
Antiparasitäre Mittel	1,3	0,8	2,2	2,8	1,7	1,9
Respirationstrakt	12,1	7,5	12,5	29,7	18,5	18,3
Sinnesorgane	6,9	3,5	5,0	11,8	16,7	10,4
Gesamt	66,6	47,8	60,9	67,8	91,1	73,0

mindestens 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 16,6% bis 19,0% liegen. Hier ist das Lebensalter, das bei allen drei Gruppen im Mittel sehr ähnlich ist, und weniger die soziale Lage ausschlaggebend, wie auch die zugehörigen Diagnoseraten in der ambulanten Versorgung zeigen (» Kapitel 2.2.2).

4.2.3 Arzneimittelverordnungen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen



Wie schon in den vorangegangenen 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 in Bezug zu 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 alimentäre System und den Stoffwechsel sowie für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System deutlich.

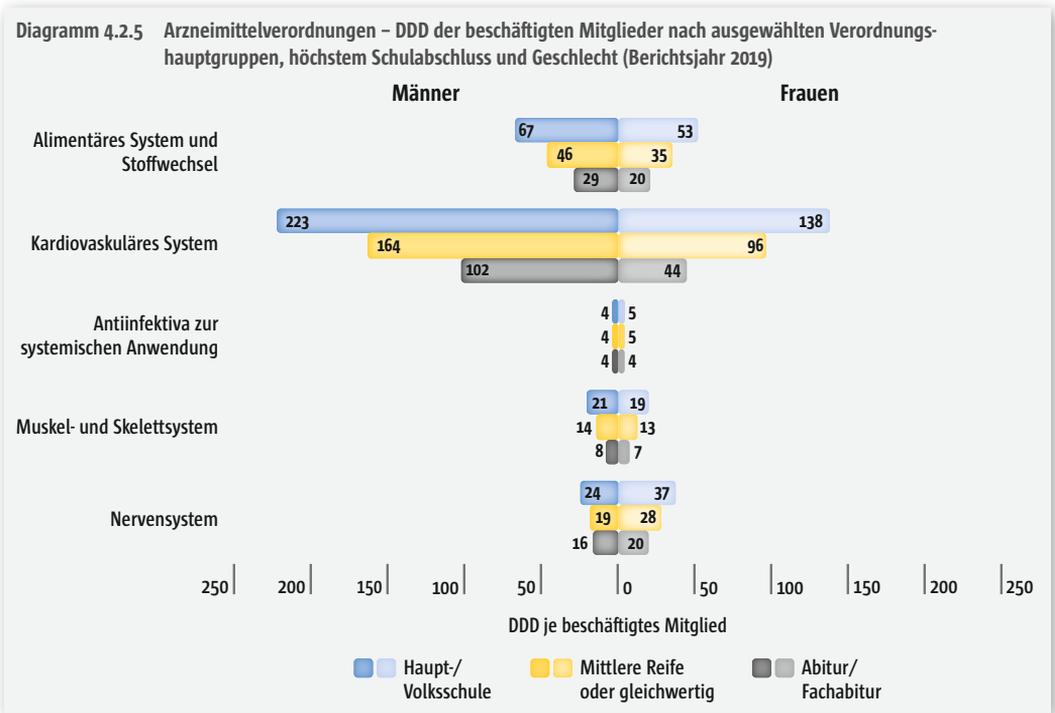
Welchen Einfluss der höchste Schulabschluss bei den beschäftigten Mitgliedern auf die Arzneimittelverordnungen ausübt, ist in **»** Tabelle 4.2.3 zu sehen. Hinsichtlich des Anteils der Beschäftigten mit mindestens einer Verordnung im Jahr 2019 zeigt sich für beide Geschlechter, dass die Berufstätigen mit einem Haupt- bzw. Volksschulabschluss jeweils die höchsten Anteile aufweisen. Die geringsten Verordnungsanteile 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 (so vorhanden bzw. bekannt), desto weniger EVO und DDD werden im Durchschnitt verordnet.

In **»** Diagramm 4.2.5 sind die definierten Tagesdosen der Beschäftigten für die wichtigsten anatomischen Hauptgruppen sowie die drei wichtigsten Schulabschlussformen nach Geschlecht dargestellt. Auch hier zeigt sich relativ deutlich, dass mit höherem 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 unterscheiden sich beide Gruppen immerhin noch um mehr als das Doppelte. Ebenfalls große Unterschiede zeigen sich zwischen o.g. Schulabschlüssen auch bei den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel. Lediglich bei den Antiinfektiva zur systemischen Anwendung sind keine Unterschiede zwischen den betrachteten Schulabschlüssen zu beobachten, was auch mit den entsprechend gleichgroßen Anteilen der von einer Atemwegserkrankung betroffenen Männer und Frauen in der ambulanten Versorgung korrespondiert (**»** Kapitel 2). Da es sich in der Regel um zugrundeliegende akute bzw. übertragbare Erkrankungen, wie z.B. die saisonale Atemwegserkrankung, handelt, sind hier alle Beschäftigten, unabhängig

Tabelle 4.2.3 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

Höchster Schulabschluss	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	58,0	4.743	345.734	70,8	5.470	317.047
Ohne Schulabschluss	55,1	5.469	399.888	62,9	5.820	333.034
Haupt-/Volksschulabschluss	67,5	5.654	415.814	77,0	6.457	381.860
Mittlere Reife oder gleichwertig	61,5	4.272	307.522	75,0	5.223	296.739
Abitur/Fachabitur	53,1	3.112	211.570	66,6	3.783	191.654
Gesamt	61,4	4.433	319.438	73,1	5.022	281.899



von der Höhe des Schulabschlusses, in gleichem Maße betroffen und zeigen zudem auch 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.
- Beschäftigte ohne beruflichen Ausbildungsabschluss bzw. mit Bachelorabschluss weisen v.a. aufgrund ihres niedrigeren Durchschnittsalters im Vergleich zu denjenigen mit anderen Abschlüssen wesentlich geringere Arzneimittelverordnungen auf.

Ähnlich wie beim höchsten Schulabschluss zeigt sich auch im Vergleich der Kennzahlen bei den Arzneimittelverordnungen, dass ein höherer beruflicher Abschluss mit geringeren Verordnungsanteilen, Einzelverordnungen und Tagesdosen einhergeht. Beschäftigte ohne beruflichen Ausbildungsabschluss (zu denen auch die Auszubildenden gehören)

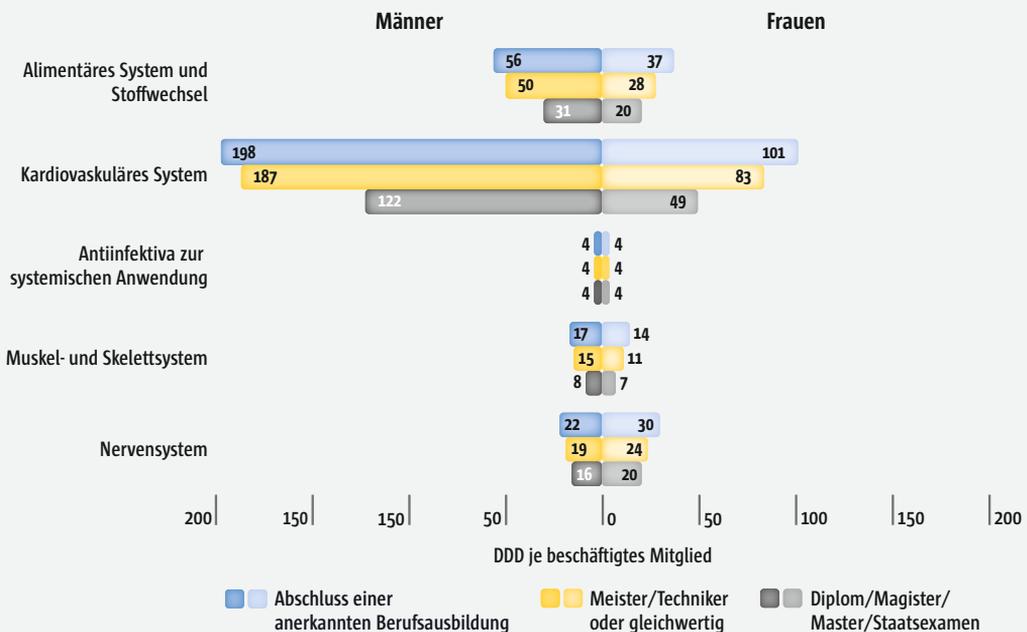
sowie solche mit einem Bachelorabschluss fallen aus dem beschriebenen Muster heraus, da hier im Vergleich zu den anderen dargestellten Gruppen das deutlich niedrigere Durchschnittsalter den größeren Einfluss auf die Verordnungskennzahlen ausübt (»»» Tabelle 4.2.4).

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 häufig wesentlich mehr Tagesdosen verordnet als die beiden anderen betrachteten Gruppen. Auch hier ist v.a. 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. Antiiinfektiva zur systemischen Anwendung), die eher bei akuten und kurzfristigen Erkrankungen Anwendung finden, im Verordnungsgeschehen nahezu unabhängig vom beruflichen Bildungsgrad sind, wie auch durch die Analysen der zugrundeliegenden Diagnosen in der ambulanten Versorgung bestätigt wird (»» Kapitel 2.2).

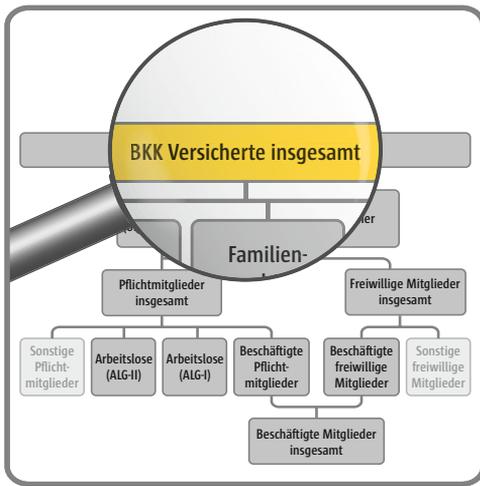
Tabelle 4.2.4 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

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	50,9	4.021	280.624	67,3	5.157	291.343
Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	49,8	3.721	238.160	70,7	5.466	306.083
Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	65,6	4.977	366.825	75,0	5.280	300.693
Meister/Techniker oder gleichwertig	64,8	4.623	343.325	71,7	4.601	258.567
Bachelor	45,0	2.117	122.169	58,5	2.879	120.557
Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	55,4	3.346	239.957	64,4	3.716	194.248
Promotion	50,8	2.927	210.742	60,8	3.319	167.940
Gesamt	61,4	4.433	319.438	73,1	5.022	281.899

Diagramm 4.2.6 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen, höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



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 nimmt wiederum die BKK Versicherten insgesamt in den Fokus.

4.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise

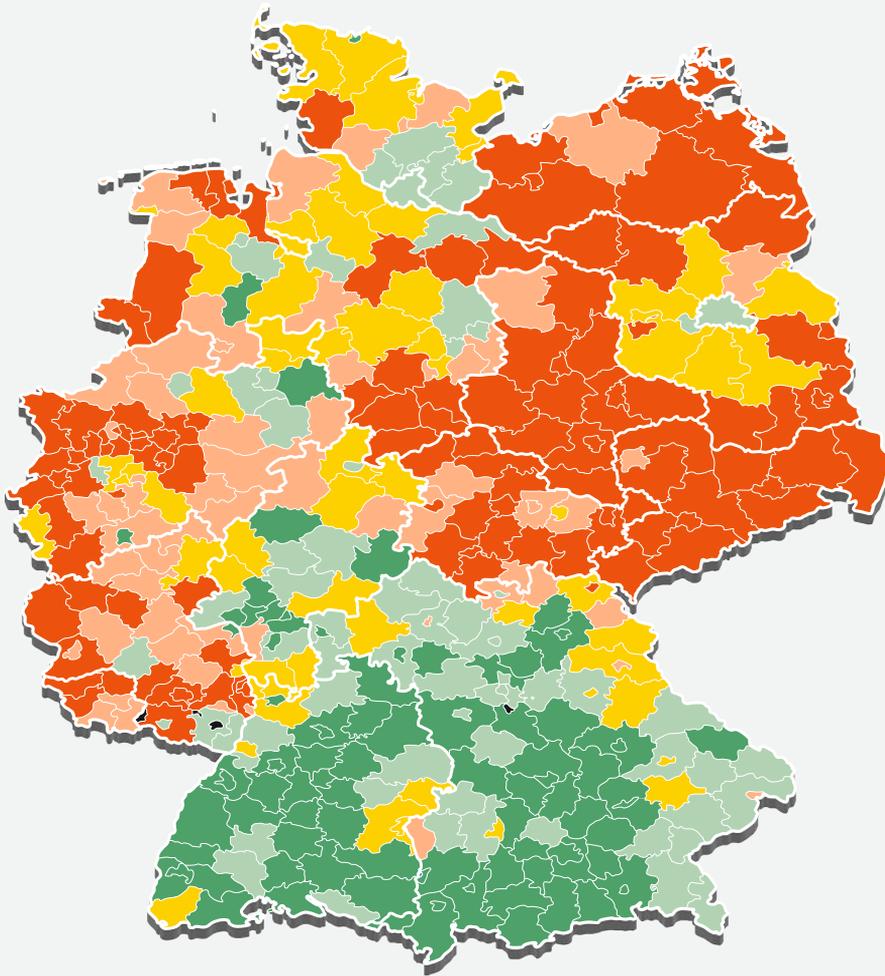
- Die Stadtstaaten Hamburg (67,0%) und Berlin (67,4%) weisen im Bundeslandvergleich den geringsten Anteil an Versicherten mit einer Arzneimittelverordnung auf.
- Die geringsten Werte bei den definierten Tagesdosen sind in Baden-Württemberg und Bayern zu finden.

- Zwischen einzelnen Landkreisen innerhalb eines Bundeslandes schwanken die Verordnungskennzahlen teils stärker als zwischen den Bundesländern selbst.

Tabelle 4.3.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)

Bundesländer	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent	EVO je BKK Versicherten	DDD je BKK Versicherten
Baden-Württemberg	70,7	6,6	412
Bayern	71,8	6,8	428
Berlin	67,4	6,6	468
Brandenburg	72,3	7,8	569
Bremen	72,4	7,9	529
Hamburg	67,0	6,7	431
Hessen	72,0	7,2	467
Mecklenburg-Vorpommern	76,1	8,9	630
Niedersachsen	74,6	8,2	538
Nordrhein-Westfalen	75,3	9,0	586
Rheinland-Pfalz	75,4	8,8	582
Saarland	76,5	9,0	583
Sachsen	72,2	8,6	641
Sachsen-Anhalt	76,9	10,4	741
Schleswig-Holstein	71,8	7,5	496
Thüringen	73,0	8,4	625
Gesamt	73,0	7,7	505

Diagramm 4.3.1 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2019)



Prozentuale Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (505 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 geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

In **III** Tabelle 4.3.1 sind die Verordnungskennzahlen der BKK Versicherten im Vergleich zwischen den Bundesländern für das Jahr 2019 zu sehen. Spitzenreiter ist Sachsen-Anhalt mit einem Anteil von BKK Versicherten mit mindestens einer Verordnung von 76,9% sowie mit durchschnittlich 10,4 EVO bzw.

741 DDD je BKK Versicherten. Allgemein werden in den Ostbundesländern im Mittel mehr Einzelverordnungen und definierte Tagesdosen 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 jedoch nur knapp über 41 Jahre (»»» Tabelle o.1.3). Wie auch bereits im »»» Kapitel 4.2.1 gezeigt werden konnte, wird insbesondere die Anzahl der verordneten Tagesdosen stark vom Lebensalter beeinflusst, weshalb hier auch die größte Spreizung im Bundeslandvergleich zu erkennen ist.

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 auf Ebene der Bundesländer erkennbare generelle Muster: In den Ostbundesländern werden im Mittel wesentlich mehr Tagesdosen verordnet als in den Westbundesländern. Aber auch im Saarland, in Rheinland-Pfalz, in Nordrhein-Westfalen sowie in Niedersachsen sind für eine nicht unerhebliche Anzahl von Kreisen deutlich überdurchschnittliche Verordnungsmengen zu erkennen. Spitzenreiter mit durchschnittlich 886 DDD je BKK Versicherten ist, wie schon in den vergangenen Jahren, der Saalekreis in Sachsen-Anhalt. Im Verhältnis fast nur ein Drittel dieser Menge sind es dagegen in Heidelberg in Baden-Württemberg (302 DDD je BKK Versicherten). Wie heterogen das Verordnungsgeschehen auch innerhalb eines Bundeslandes sein kann, wird am Beispiel von Nordrhein-Westfalen deutlich: Bochum liegt mit durchschnittlich 784 DDD je BKK Versicherten weit über dem Bundesdurchschnittswert (505 DDD je BKK Versicherten), dagegen sind in Bonn gerade einmal 390 DDD je BKK Versicherten zu verzeichnen. An diesem und den folgenden Beispielen zeigt sich, dass eine differenzierte Regionalbetrachtung für eine gezielte Steuerung und Planung der Versorgung vor Ort hilfreich sein kann.

4.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Verordnungen

- In den Ostbundesländern sowie im südwestlichen Bayern bzw. Baden-Württemberg werden Antibiotika seltener bzw. in geringeren Mengen verordnet.
- 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.

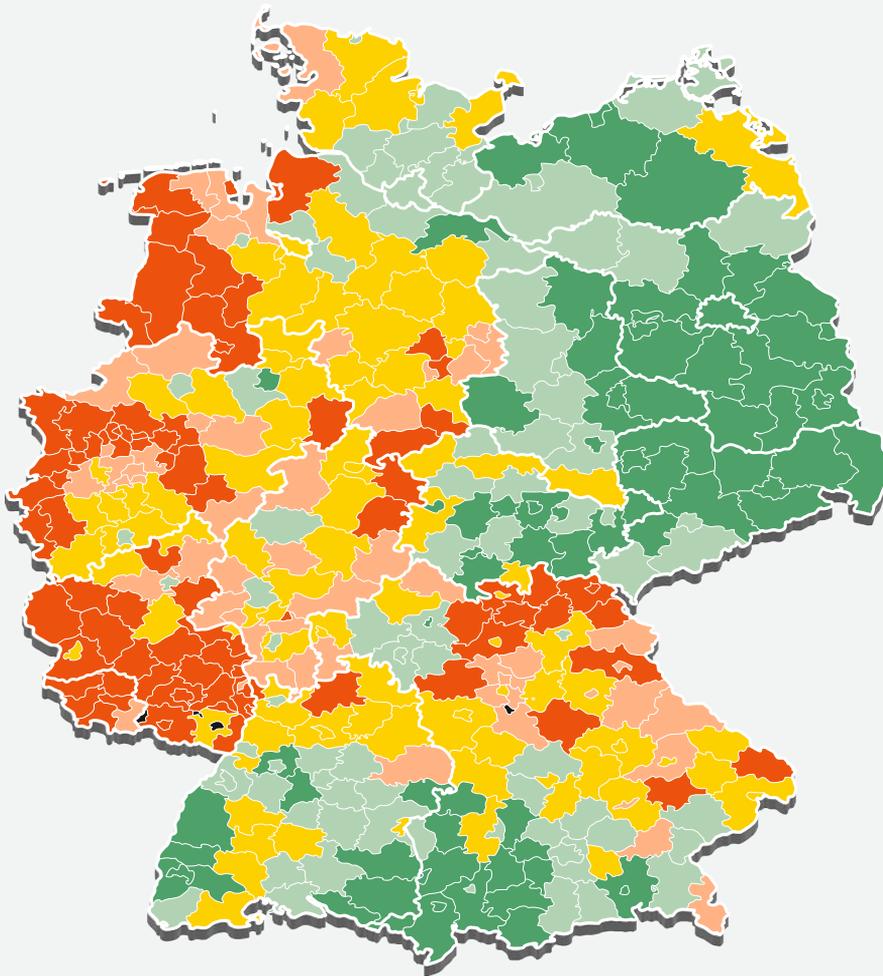
Neben der Betrachtung der Gesamtverordnungen lohnt es sich, zusätzlich einen Blick auf die regionalen Variationen von verordneten Tagesdosen bezogen auf einzelne therapeutische Untergruppen zu werfen.

Betrachtet man zunächst die durchschnittliche Anzahl der Tagesdosen der BKK Versicherten auf Landkreisebene für Antibiotika zur systemischen Anwendung (Jo1), so zeigt sich ein deutlicher Ost-West-Unterschied. In den Ostbundesländern liegen die verordneten Tagesdosen deutlich unter denen der Westbundesländer mit Ausnahme von südwestlichen Teilen Bayerns und Baden-Württembergs (»»» Diagramm 4.3.2). Die Spannweite reicht dabei von durchschnittlich 2,2 DDD je BKK Versicherten in Dresden (Sachsen) bis hin zu 5,5 DDD je BKK Versicherten im Cochem-Zell (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 (Jo6) oder der Mittelohrentzündung (H66). Als Ursache dieses Regionalmusters kann ein nach wie vor unterschiedlich sozialisiertes Verordnungsverhalten der niedergelassenen Ärzte in Ost und West bzw. auch eine unterschiedliche Erwartungshaltung der Patienten vermutet werden¹. Ergänzend sei noch erwähnt, dass auch bei den Verordnungsanteilen ein gleiches Regionalmuster mit ähnlich großen Unterschieden zu finden ist. So erhalten gerade einmal 14,7% der BKK Versicherten in Dresden eine Antibiotikaverordnung pro Jahr, während es dagegen in Veichta (Niedersachsen) mehr als doppelt so viele (30,9%) sind.

Unabhängig von den berichteten regionalen Unterschieden bleibt insgesamt festzuhalten, dass Antibiotika insbesondere bei Erkrankungen mit primär viralem Ursprung, wie zum Beispiel der erwähnten akuten Infektion der oberen Atemwege (Jo6), häufig fälschlicherweise verordnet werden, obwohl sie in diesen Fällen keine Wirkung zeigen, sondern eher unerwünschte Nebenwirkungen verursachen und sogar eine Zunahme von Resistenzen begünstigen können. Die positive Nachricht ist, dass es unter anderem auch den Aktivitäten von Betriebskrankenkassen² in den letzten Jahren zu verdanken ist, dass insgesamt ein Rückgang der Verordnungs-

- 1 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.
- 2 KVNO Aktuell (2019) Antibiotika: Weniger ist mehr. Heft 11, 28. (https://www.kvno.de/downloads/kvno_aktuell/kvno_aktuell_19_11.pdf)

Diagramm 4.3.2 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten für Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2019)



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*

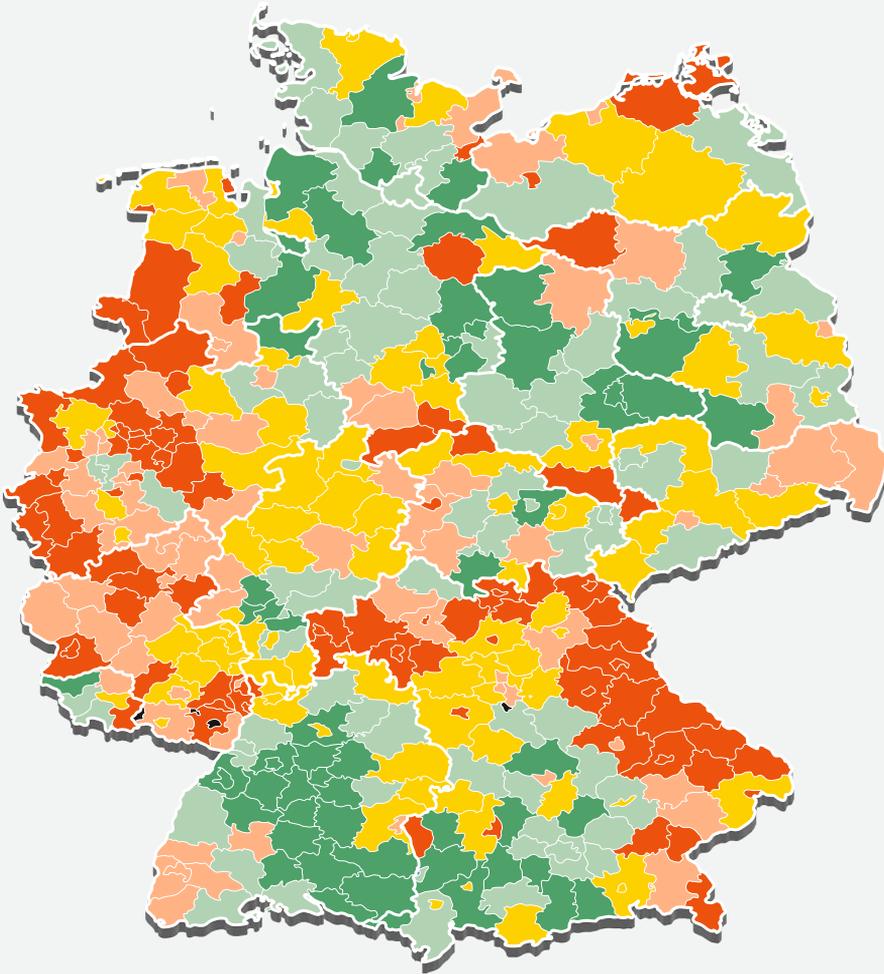
* Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

mengen und -anteile für Antibiotika (» Tabelle 4.1.3) erreicht wurde.

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 hohe Verordnungsmengen in mehreren Landkreisen Nordrhein-Westfalens sowie in Rheinland-Pfalz zu ver-

Diagramm 4.3.3 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten für Psychoanaleptika (N06) nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2019)



Prozentuale Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (22 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 geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

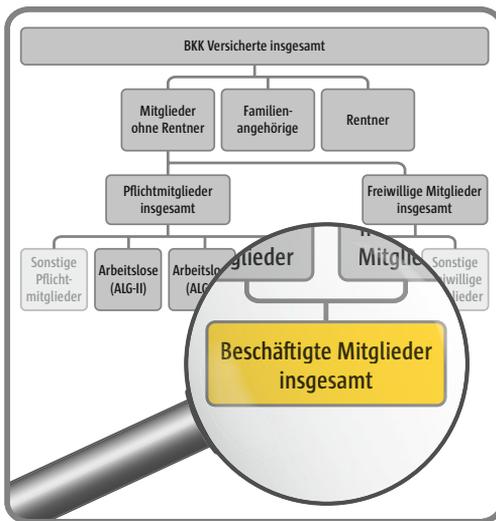
zeichnen. Wie bereits schon bei den Antibiotikaverordnungen zeigen sich ebenfalls die Kreise im östlichen bzw. südlichen Bayern mit besonders hohen durchschnittlichen Tagesdosen. Im Jahr 2019 ist es der Landkreis Straubing in Bayern, der mit durchschnittlich 36,2 DDD je BKK Versicherten die Rang-

liste anführt. Das sind fast dreimal so viele Tagesdosen wie im unweit entfernten Baden-Baden (Baden-Württemberg) mit den wenigsten Verordnungen (13,2 DDD je BKK Versicherten). Die zehn Landkreise mit den meisten Verordnungen liegen ausnahmslos in den Westbundesländern mit

Schwerpunkten in Bayern und Nordrhein-Westfalen. Gleiches gilt für die zehn Landkreise mit den wenigsten Tagesdosen je BKK Versicherten, wobei diese ihren regionalen Schwerpunkt in sieben Fällen in Baden-Württemberg und in den restlichen drei Fällen wiederum in Bayern haben. Ein ähnliches Mus-

ter zeigt sich auch für den Anteil der Versicherten mit mindestens einer Verordnung aus dieser Wirkstoffgruppe. Sind es in Herne (Nordrhein-Westfalen) 11,3%, für die mindestens einmal im Jahr 2019 eine solche Verordnung abgerechnet wurde, so sind es in Tübingen (Baden-Württemberg) lediglich 5,2%.

4.4 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

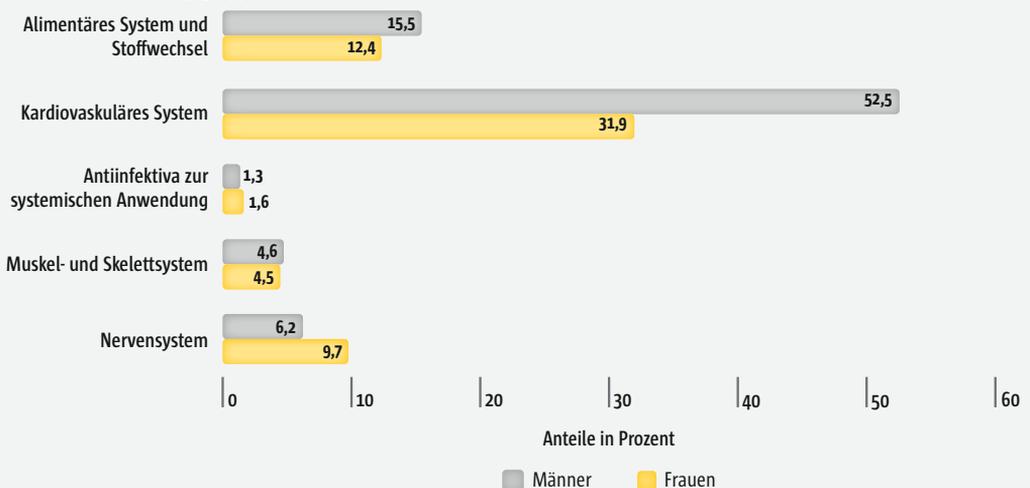


- Mehr als vier von zehn verordneten Tagesdosen (43,9%) gehen bei den Beschäftigten auf Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zurück.
- Dieser Anteil liegt bei den beschäftigten Männern mit 52,5% erwartungsgemäß höher als bei den beschäftigten Frauen (31,9%).

Die folgenden arbeitsweltlichen Betrachtungen beziehen sich auf alle beschäftigten BKK Mitglieder.

In **»»** Diagramm 4.4.1 sind zunächst die Anteile der Tagesdosen für die wichtigsten anatomischen Hauptgruppen nach Geschlecht dargestellt. Wie bei den BKK Versicherten insgesamt (**»»** Diagramm 4.1.2) bilden auch hier die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System für beide Geschlechter den größten Anteil an allen definierten Tagesdosen. Insgesamt gehen mehr als vier von zehn verordneten Tagesdosen (43,9%) allein auf diese

Diagramm 4.4.1 Arzneimittelverordnungen – Anteile der DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



Wirkstoffgruppe zurück, bei den Männern liegt deren Anteil dabei deutlich über dem der Frauen (52,5% vs. 31,9%). Danach folgen mit deutlichem Abstand die Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel, die insgesamt 14,2% aller verordneten Tagesdosen auf sich vereinen. Mit etwa jeder zehnten Tagesdosis (9,7%) nehmen die Anteile der DDD für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem bei berufstätigen Frauen einen größeren Stellenwert als bei den Männern (6,2%) ein. Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem sowie Antinfektiva werden zwar relativ häufig, allerdings meist nur für Kurzzeiterkrankungen und somit in geringeren Dosierungen, verordnet, was sich in den entsprechend niedrigen Anteilen an allen Tagesdosen widerspiegelt.

4.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Wirtschaftsgruppen mit überdurchschnittlich vielen verordneten definierten Tagesdosen, wie z.B. Verkehr und Lagerei oder Wasser- und Abfallentsorgung, weisen auch überdurchschnittlich hohe Werte im AU-Geschehen 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.
- In dem Maß, in dem sich die Arbeitsbelastungen zwischen den Wirtschaftsgruppen unterscheiden, differieren auch die zugehörigen verordneten definierten Tagesdosen untereinander.

Wie sich die verordneten Tagesdosen zwischen den verschiedenen Wirtschaftsgruppen sowie zwischen Männern und Frauen unterscheiden, zeigt das **»»** Diagramm 4.4.2. 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 358 DDD je Beschäftigten den höchsten Wert aufweisen. Im Vergleich dazu ist bei den weiblichen Beschäftigten in freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen bzw. im Bereich Information und Kommunikation jeweils mit durchschnittlich 224 DDD je Beschäftigten 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

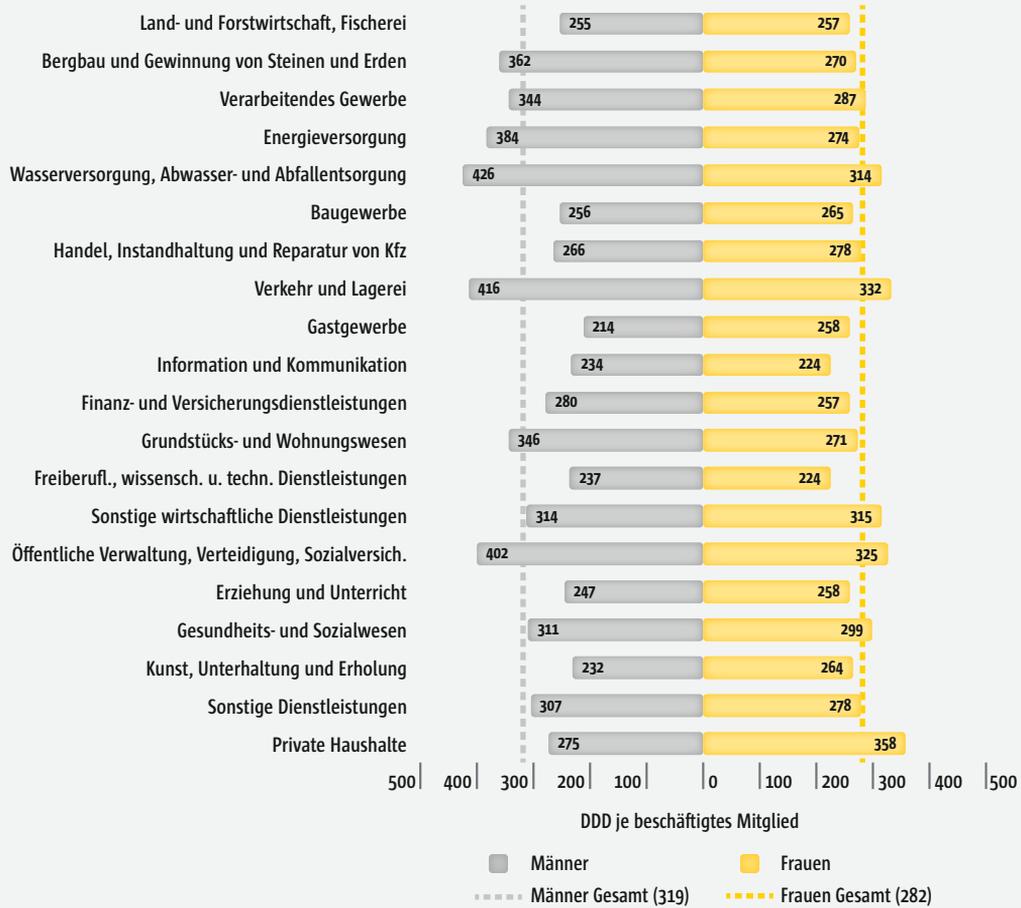
Schnitt 426 DDD je Beschäftigten verordnet, so sind es im Gastgewerbe lediglich 214 DDD je Beschäftigten. Die Spannweite der Verordnungsmengen zwischen den verschiedenen Wirtschaftsgruppen aber auch innerhalb einer Wirtschaftsgruppe zwischen den Geschlechtern zeigt, dass u.a. die dort vorzufindenden Arbeitsbedingungen der unterschiedlichen Tätigkeiten von Männern und Frauen einen Einfluss auf Höhe und Umfang des Arzneimittelverbrauchs der jeweiligen Beschäftigten ausüben. Die hier vorliegenden Ergebnisse decken sich zum Teil auch mit den Auswertungen zum Fehlzeitengeschehen (**»»** Diagramm 1.4.3).

In **»»** Diagramm 4.4.3 sind die Tagesdosen für die wichtigsten Wirkstoffe auf Ebene der anatomischen Hauptgruppen im Wirtschaftsgruppenvergleich dargestellt. Beschäftigte in der Wasserversorgung bzw. Abwasser- und Abfallentsorgung 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 Nervensystem v.a. solche Wirtschaftsgruppen mit überdurchschnittlichen Tagesdosen, die einen relativ hohen 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, zeigen sich bei den Mitteln für den Respirationstrakt nur geringe Variationen, was u.a. mit der unterschiedlichen Verordnungshäufigkeit bzw. Einnahmedauer für beide Arzneimittelklassen zusammenhängen dürfte.

- 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 deutlich unterdurchschnittliche Werte für definierte Tagesdosen in den 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 4.4.1 zu sehen. Die größte regio-

Diagramm 4.4.2 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



nale Spannbreite zeigt sich bei den Beschäftigten im Bereich Abfallbeseitigung und zwar zwischen Thüringen (583 DDD je Beschäftigten) und Hamburg (291 DDD je Beschäftigten). Ebenfalls deutliche regionale Variationen sind im Bereich der Postdienste zwischen Sachsen-Anhalt (437 DDD je Beschäftigten) und Hessen (261 DDD je Beschäftigten) zu finden. Die geringsten Abweichungen sind hingegen im Gesundheitswesen (Thüringen: 302 DDD je Beschäftigt-

ten; Saarland: 218 DDD je Beschäftigten) zu beobachten. 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 für diese regionalen Unterschiede wurden bereits in [Kapitel 4.3](#) thematisiert.

Diagramm 4.4.3 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2019)

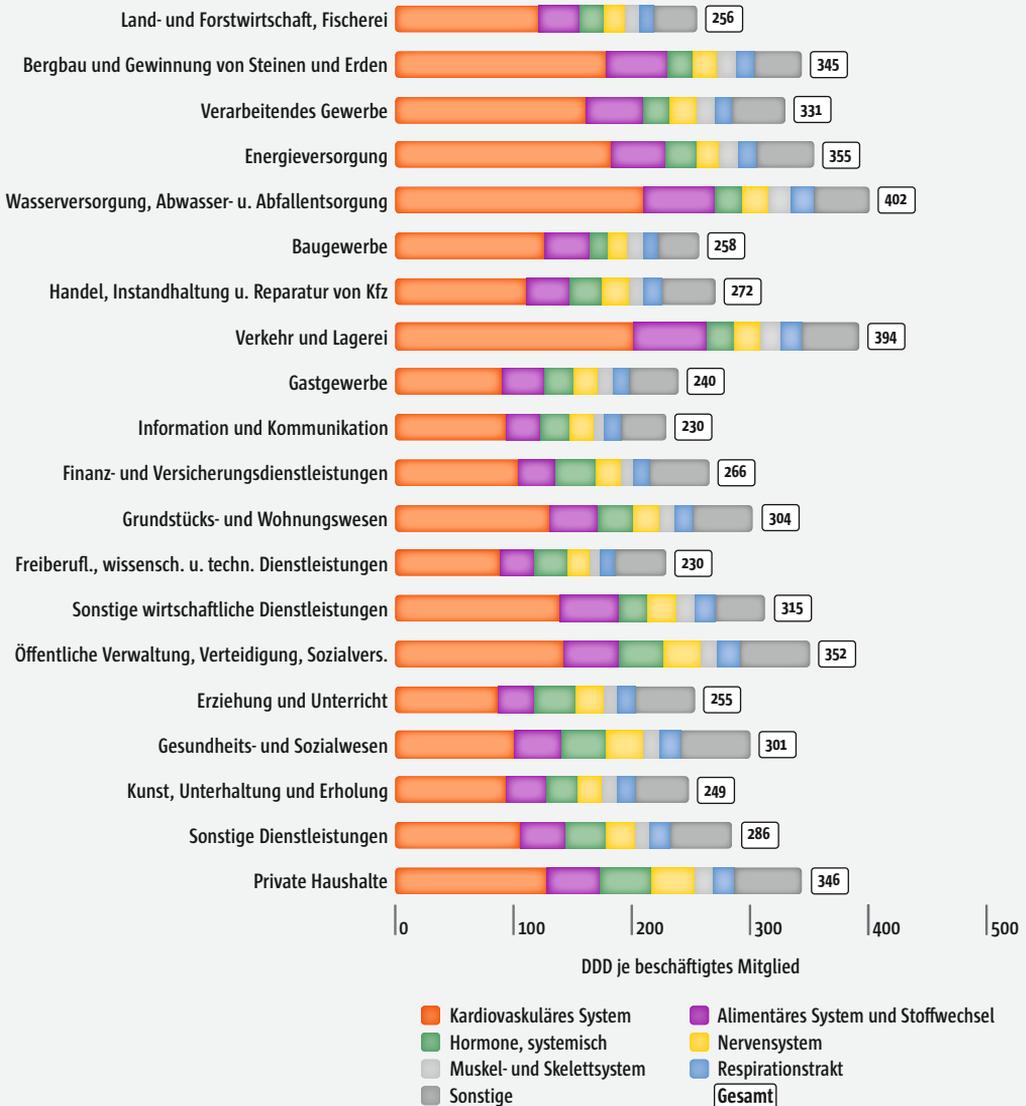


Tabelle 4.4.1 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2019)

Bundesländer	Wirtschaftsabteilungen					Gesamt
	Maschinenbau	Finanzdienstleistungen	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen	Post-, Kurier- und Expressdienste	Gesundheitswesen	
	DDD je beschäftigtes Mitglied					
Baden-Württemberg	263	248	347	281	234	260
Bayern	275	253	343	300	229	270
Berlin	319	257	505	292	258	290
Brandenburg	357	278	505	347	283	356
Bremen	250	273	363	332	252	311
Hamburg	280	203	291	315	222	239
Hessen	316	278	399	261	274	295
Mecklenburg-Vorpommern	380	312	526	378	315	383
Niedersachsen	317	289	366	330	275	328
Nordrhein-Westfalen	353	294	418	291	302	335
Rheinland-Pfalz	343	280	408	344	281	331
Saarland	347	267	508	312	218	325
Sachsen	312	247	414	309	280	330
Sachsen-Anhalt	348	313	466	437	291	402
Schleswig-Holstein	339	300	435	291	265	308
Thüringen	362	285	583	400	302	381
Gesamt	299	272	416	305	264	303

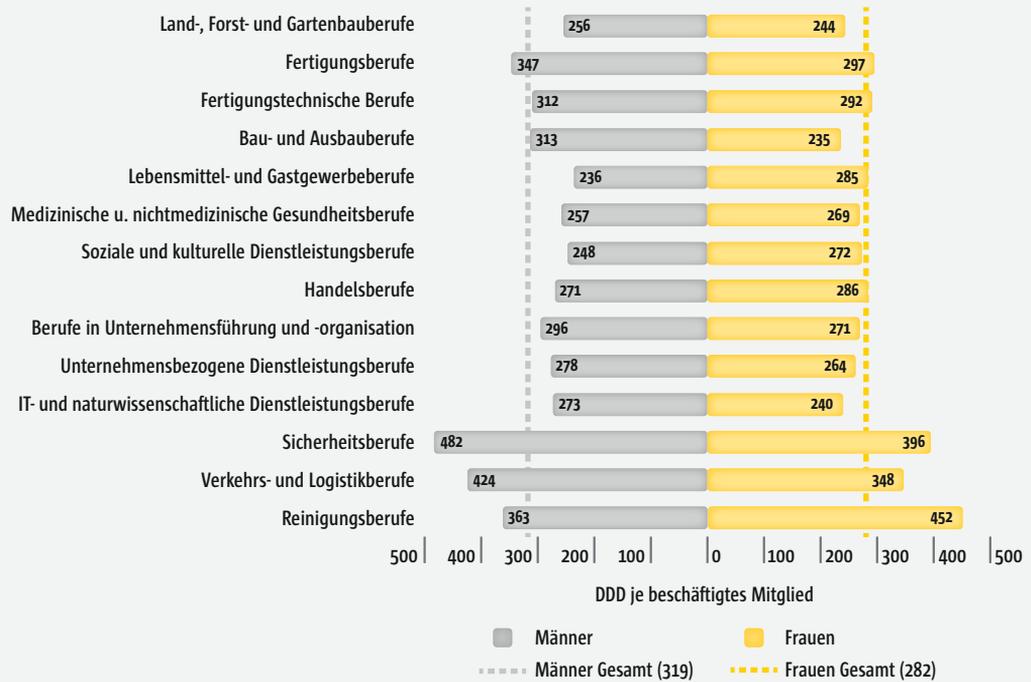
4.4.2 Auswertungen nach Berufen

- Wie in 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.
- Überdurchschnittlich viele Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System erhalten neben Beschäftigten in den Sicherheitsberufen auch die in den Verkehrs- und Logistikberufen sowie in den Reinigungsberufen Tätigen.

Innerhalb einer Wirtschaftsgruppe sind Beschäftigte vieler verschiedener Professionen zu finden. So sind zum Beispiel im Bereich der Postdienste 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 diese 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 insgesamt betrachtet (»» Diagramm 4.4.4). Mit insgesamt

Diagramm 4.4.4 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

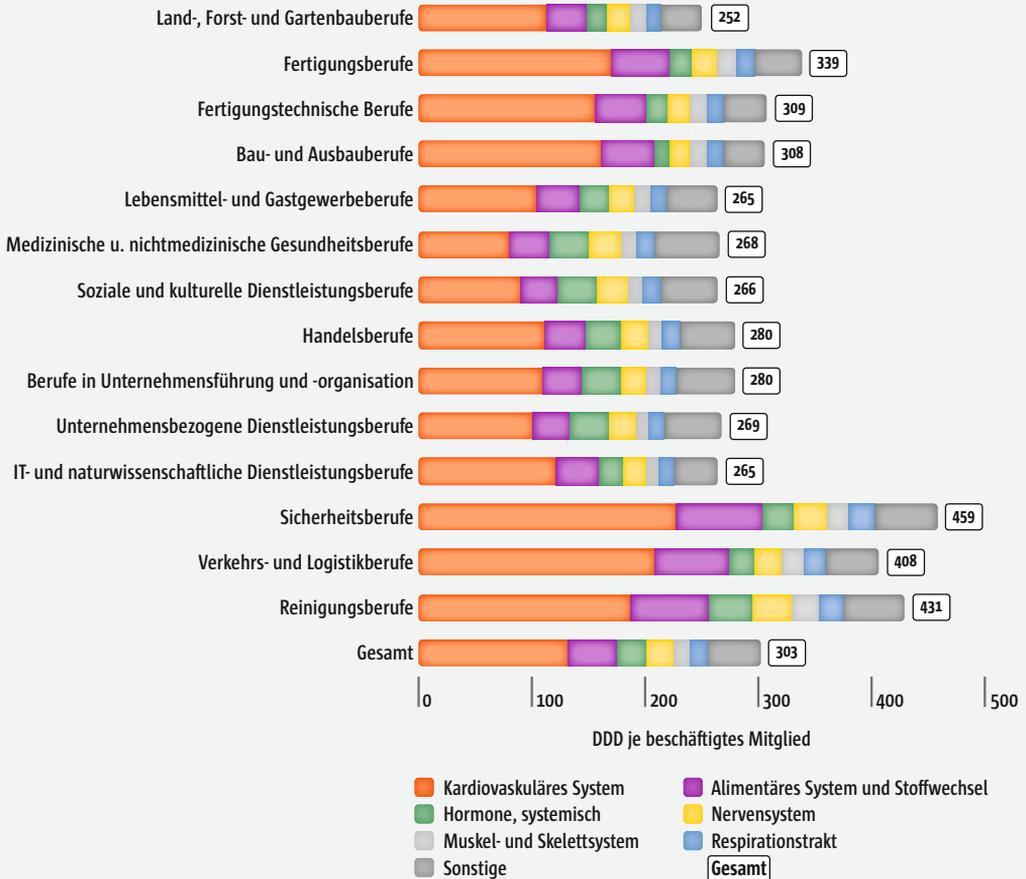


459 DDD je Beschäftigten erhalten die in Sicherheitsberufen Tätigen die meisten Tagesdosen verordnet, wobei die entsprechenden Werte der Männer die der Frauen deutlich übersteigen. Auch bei Beschäftigten in den Reinigungsberufen sind überdurchschnittlich viele Tagesdosen zu finden (431 DDD je Beschäftigten). Hier sind es die Kennzahlen der Frauen, die deutlich über denen der Männer liegen. Mit 391 DDD je Beschäftigten liegen die Verkehrs- und Logistikberufe (zu denen auch die Postdienste zählen) ebenfalls über dem Durchschnitt, bei stärkerer Betroffenheit der männlichen Beschäftigten. Die wenigsten Tagesdosen sind hingegen bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen sowie in IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen zu finden.

Der Vergleich der verordneten Tagesdosen der anatomischen Hauptgruppen zwischen den einzelnen Berufssegmenten ist in **»»»** Diagramm 4.4.5 zu sehen. Die sechs hier ausgewählten Verordnungshauptgruppen bilden bei den Beschäftigten insgesamt 84,5% aller verordneten Tagesdosen im Jahr 2019 ab. Für die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System sind die identischen drei Berufs-

segmente, 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 fast dreimal so viele verordnete Tagesdosen für diese Wirkstoffgruppe auf wie die medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe (229 DDD vs. 81 DDD je Beschäftigten). 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- und Skelettsystem 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 psychische Störungen) betroffen sind.

Diagramm 4.4.5 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2019)



In **»»»** Diagramm 4.4.6 sind für ausgewählte Berufshauptgruppen die verordneten Tagesdosen im Vergleich zwischen den Bundesländern dargestellt. Die mit einer Spanne von 267 DDD je Beschäftigten größte Differenz zwischen den Bundesländern findet sich bei den Beschäftigten der Verkehrs- und Logistikberufe. Mit 542 DDD je Beschäftigten ist hier Sachsen-Anhalt an der Spitze zu finden, während in Hamburg mit 274 DDD je Beschäftigten nur fast die Hälfte der Tagesdosen in dieser Berufsgruppe verordnet werden. Mit einer ähnlich großen Differenz von 241 DDD zwischen Thüringen (406 DDD je Beschäftigten) und Hamburg (165 DDD je Beschäftigten) gibt es auch für die Hoch- und Tiefbauberufe bedeutsame regionale Variationen: Die mit 96 DDD geringste Abweichung in diesem Vergleich ist bei den medizini-

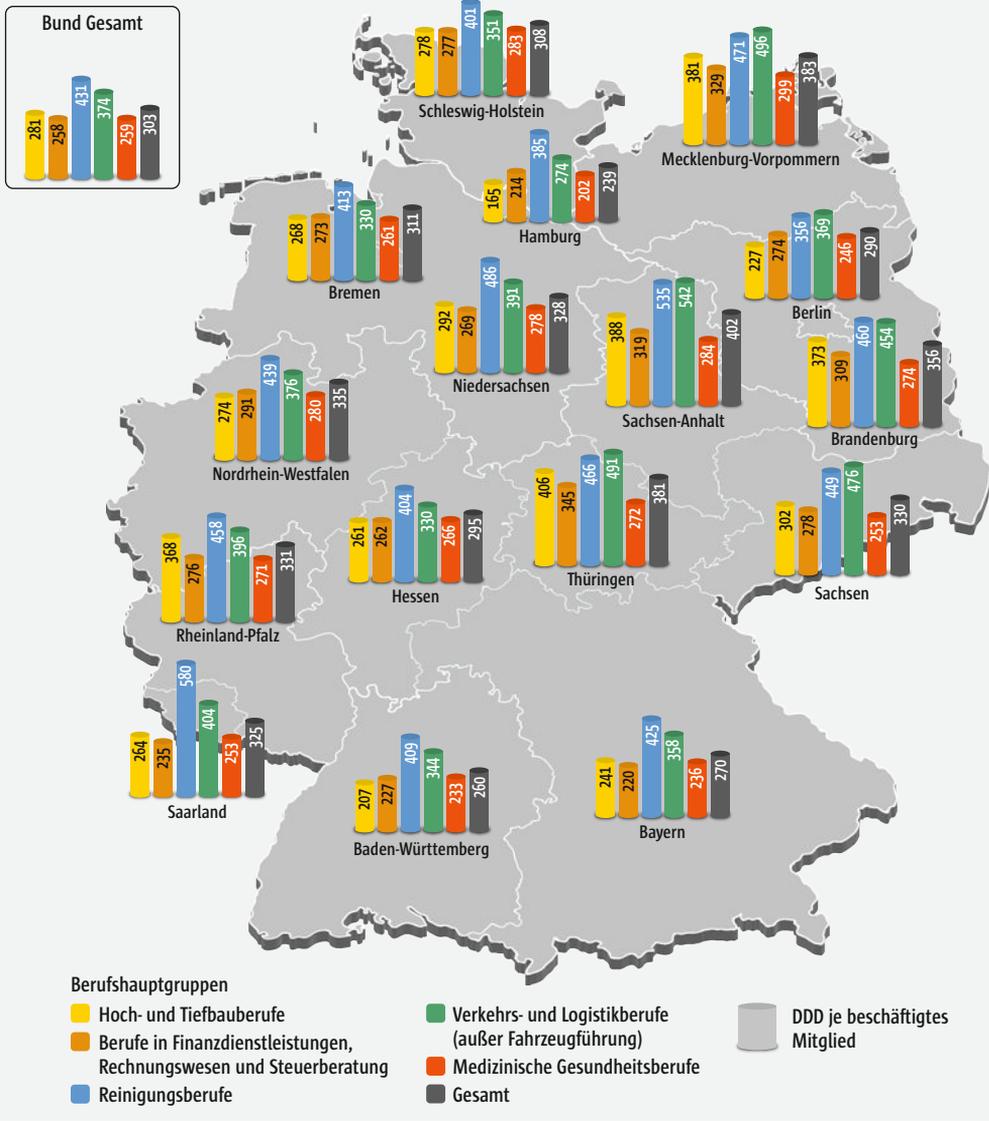
schen Gesundheitsberufen zu finden. Für nahezu alle betrachteten Berufshauptgruppen fällt wiederum auf, dass die Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg bei den definierten Tagesdosen jeweils unterhalb des Bundesdurchschnitts liegen.

4.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

■ Mit zunehmendem Anforderungsniveau einer Tätigkeit nehmen die verordneten definierten Tagesdosen sukzessive ab.

Diagramm 4.4.6 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufshauptgruppen (Berichtsjahr 2019)



ist bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System zu erkennen, dass männliche Beschäftigte mit fachlich ausgerichteten Tätigkeiten im Vergleich die höchsten durchschnittlichen Tagesdosen erhalten. Nur bei den männlichen Beschäftigten mit hoch komplexen Tätigkeiten sind im Vergleich zu den anderen Anforderungsniveaustufen deutlich geringere Tagesdosen aus dieser Wirkstoffgruppe feststellbar. Ähnliche geschlechtsspezifische Zusammenhänge sind auch in der ambulanten und stationären Versorgung sowie dem AU-Geschehen nachweisbar.

Aufsichts- und Führungsverantwortung

- Männliche Aufsichts- und Führungskräfte erhalten vor allem aufgrund ihres höheren Lebensalters mehr Tagesdosen von Herz-Kreislauf-Medikamenten verordnet als Beschäftigte ohne eine Leitungsfunktion.
- Bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem bzw. das Nervensystem bekommen vor allem weibliche Beschäftigte ohne Führungsverantwortung tendenziell mehr Tagesdosen 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 (47,4 vs. 42,4 Jahre). Dementsprechend treten in der ambulanten Versorgung bei den männlichen Führungskräften höhere Anteile mit einer Herz-Kreislauf-Erkrankung im Vergleich zu den Beschäftigten ohne Führungsverantwortung auf. 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 nahezu keine 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 (44,0 vs. 42,3 Jahre) deutlich geringer als bei den Männern ausfällt.

Diagramm 4.4.7 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

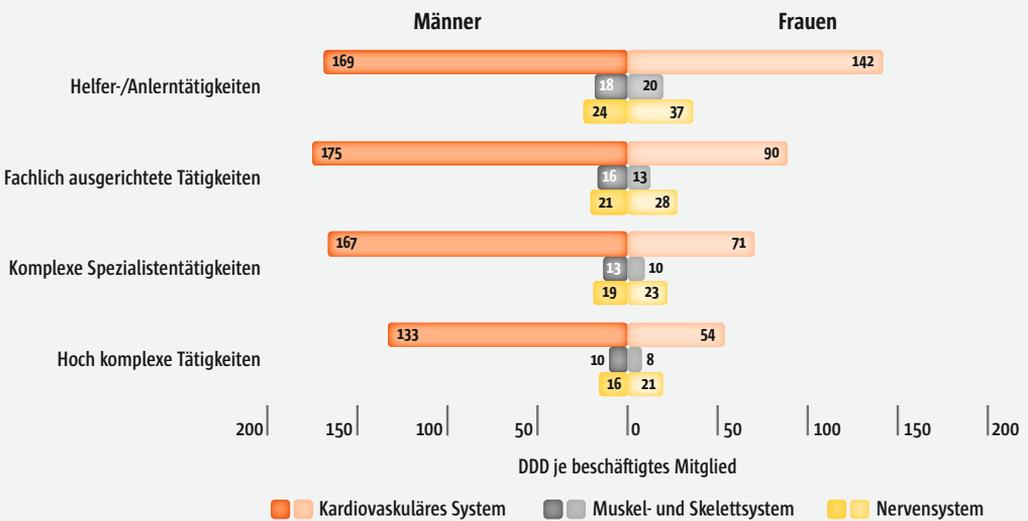
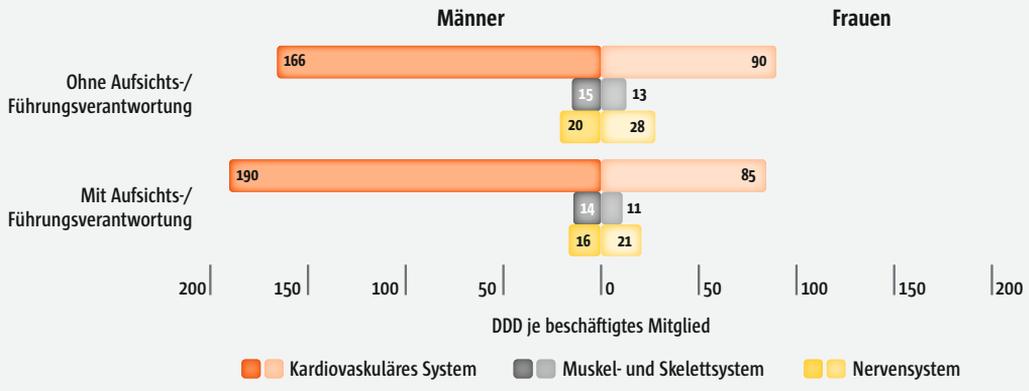


Diagramm 4.4.8 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



Vertragsformen

- Die mit Abstand geringsten verordneten Tagesdosen sind bei den befristet Vollzeitbeschäftigten – häufig junge Berufsanfänger oder Auszubildende – zu finden.
- Unbefristet in Teilzeit Beschäftigte – häufig Frauen – erhalten die meisten Tagesdosen verordnet. Vermutlich steht dies mit der Doppelbelastung durch Beruf und Familie (Betreuung von Kindern und/oder Pflege von Angehörigen) in Verbindung.

Die nach Vertragsform 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 mit dem niedrigen 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 oder 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 oder die Pflege von Angehörigen kümmern.

Arbeitnehmerüberlassung

- Männer, die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, erhalten bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen weniger Arzneimittel verordnet als solche in einem regulären Anstellungsverhältnis.
- Starke Variationen gibt es bei den verordneten Tagesdosen in Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf – ein Indiz dafür, dass berufsbezogene Belastungen mehr 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 (114 vs. 168 DDD je Beschäftigten). Bei den Frauen ist dieses Muster in geringerer Ausprägung ebenfalls vorhanden (74 vs. 90 DDD je Beschäftigte). Dieses Muster deckt sich mit den deutlich nied-

Diagramm 4.4.9 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

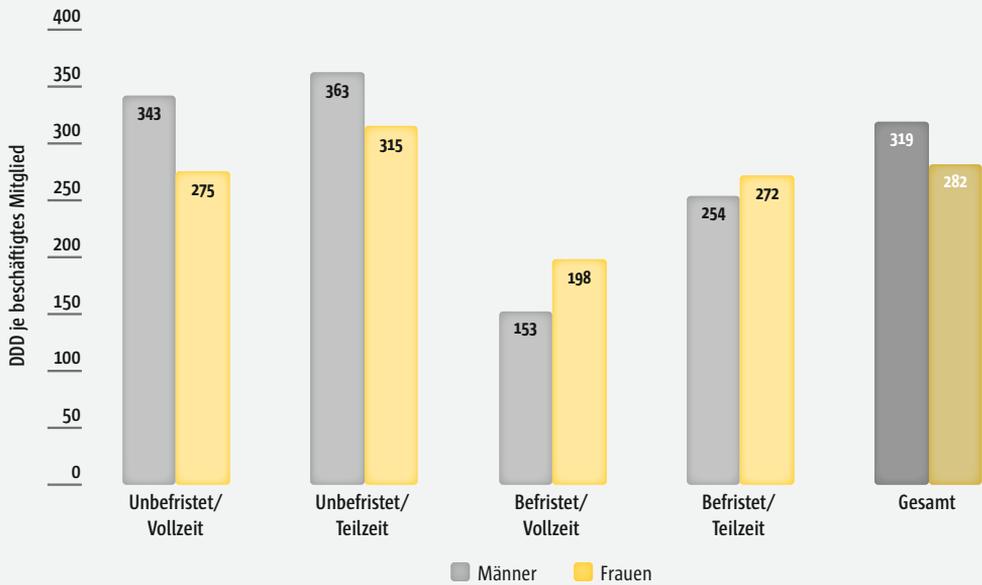
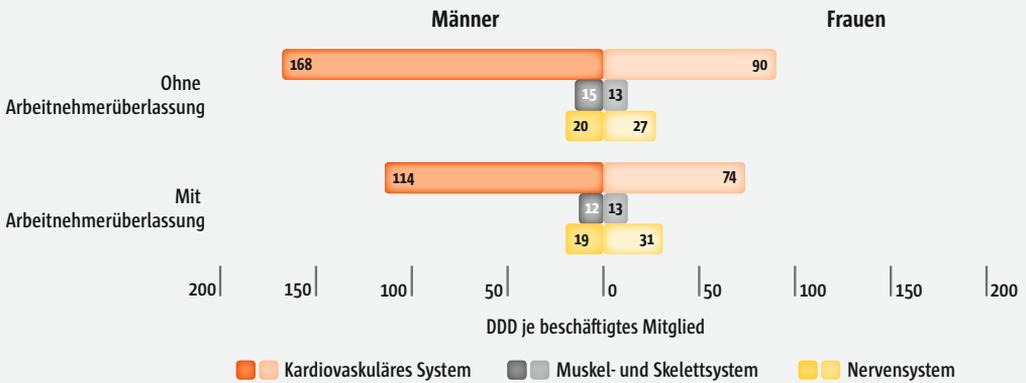


Diagramm 4.4.10 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



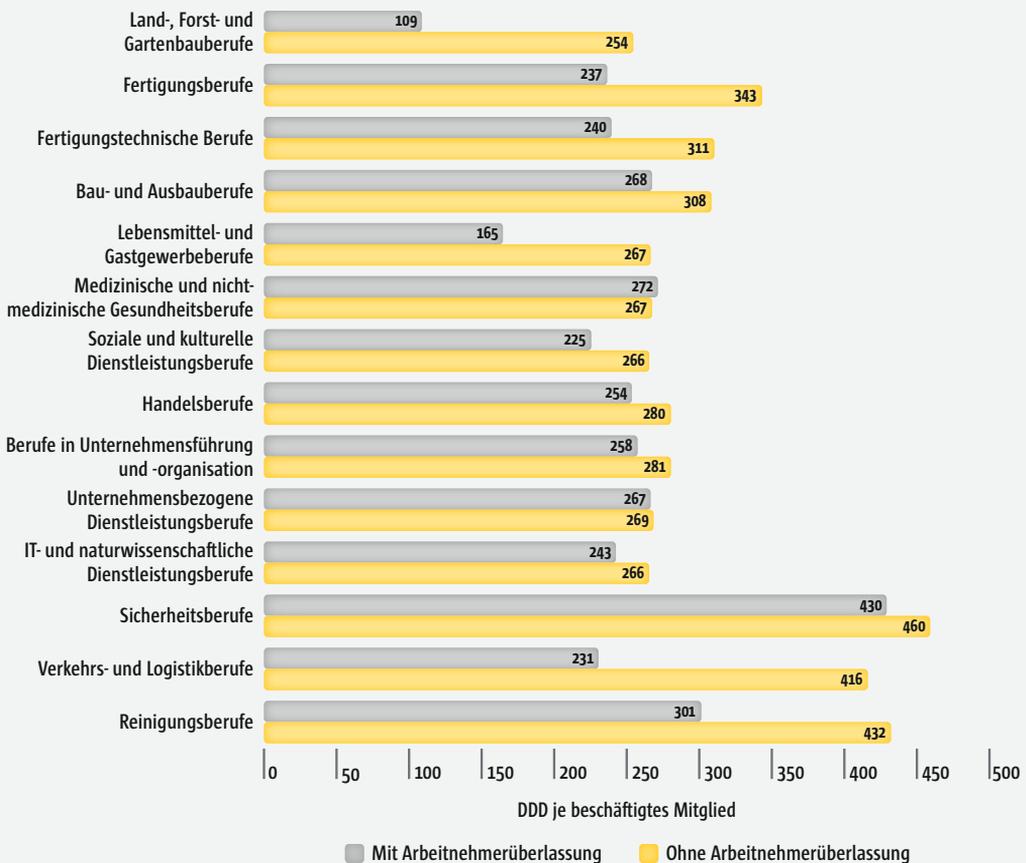
rigeren Inanspruchnahmequoten im ambulanten Bereich insbesondere auch bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen (»»» Diagramm 2.4.9). Vermutlich nehmen Leiharbeiter aus Zeitgründen bzw. für vermeintlich bessere Übernahmechancen in eine Festanstellung insgesamt seltener ärztliche Leistungen in Anspruch, was andererseits zu mehr krankheitsbedingten Fehlzeiten im Vergleich zu den regulär Angestellten (»»» Diagramm 1.4.13) führt.

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 Schnitt +185 Tagesdosen pro Jahr und Beschäf-

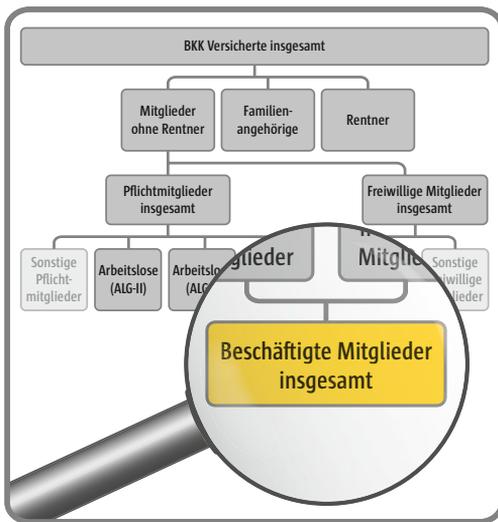
tigten mehr verordnet als die in Leih- bzw. Zeitarbeit Tätigen. Ähnliche Unterschiede in gleicher Richtung sind auch bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen, den Fertigungsberufen sowie den Reinigungsberufen zu finden. Für diese Berufssegmente zeigen sich auch im AU-Geschehen bei den Leiharbeitern deutlich niedrigere Fehltagelast als bei den regulär angestellten Berufstätigen (»»» Diagramm 1.4.14). Andererseits gibt es aber auch Berufe, deren Verordnungsmengen sich zwischen beiden Anstellungsformen nahezu nicht unterschei-

den (z.B. [nicht-]medizinische Gesundheitsberufe, Handelsberufe, Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe). 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 Beschäftigten aus den verschiedenen Berufssegmenten in Kombination mit den bereits erwähnten Altersunterschieden haben.

Diagramm 4.4.11 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2019)



4.5 Schwerpunktthema Mobilität – Arbeit – Gesundheit



Abschließend werden die Arzneimittelverordnungen der beschäftigten Mitglieder ebenfalls im Zusammenhang mit deren Pendlerstatus im Kontext verschiedener arbeitsweltlicher Merkmale betrachtet. Für die ausführliche Beschreibung der Mobilitätsmerkmale der Beschäftigten sei auf das [»» Kapitel 1.5.1](#) verwiesen. Einleitend werden zunächst die allgemeinen Zusammenhänge zwischen dem Pendlerstatus und ausgewählten Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen dargestellt. Im arbeitsweltlichen Teil sind die Analysen vor allem auf die definierten Tagesdosen, welche die Beschäftigten im Berichtsjahr 2019 erhalten haben, fokussiert.

4.5.1 Einleitung

- Bei berufstätigen Pendlerinnen sind im Vergleich zu den Nichtpendlerinnen durchweg weniger Arzneimittelverordnungen mit gleichzeitig geringeren definierten Tagesdosen erteilt worden, während sich das Bild bei den beschäftigten Männern genau umgekehrt darstellt.
- Dieses geschlechtsspezifische Muster setzt sich auch bei der Betrachtung ausgewählter anatomischer Hauptgruppen fort und tritt bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System am deutlichsten zu Tage.
- Die größten regionalen Unterschiede treten bei den Arzneimittelverordnungen zugunsten der Pendler in den Stadtstaaten Berlin und Bremen auf.
- Anders bei den definierten Tagesdosen: Dort sind es – neben Hamburg – vor allem die ostdeutschen Bundesländer, in denen die Pendler höhere Werte als die Nichtpendler aufweisen.

Wie sich der Unterschied zwischen den Pendlern und den Nichtpendlern bezogen auf die Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen nach Geschlecht darstellt, zeigt die [»» Tabelle 4.5.1](#). Während bei den männlichen Beschäftigten alle drei Kennzahlen bei den Pendlern höher als bei den Nichtpendlern ausfallen, zeigt sich bei den beschäftigten Frauen ein umgekehrtes Muster mit größeren Unterschieden zugunsten der Pendlerinnen. Der Anteil der weiblichen Beschäftigten, die mindestens eine Verordnung pro Jahr erhalten haben, ist bei den pendelnden Kolleginnen –3,2 Prozentpunkte niedriger als bei den Nichtpendlerinnen. Ähnliche Unterschiede zugunsten der Pendlerinnen zeigen sich auch für die EVO und die DDD.

Die Unterschiede bei den Arzneimittelverordnungen zwischen Pendlern und Nichtpendlern bezogen auf die definierten Tagesdosen und die Anteile derjenigen mit mindestens einer Verordnung pro Jahr

Tabelle 4.5.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

Arzneimittelkennzahlen	Männer		Frauen	
	Pendler	Nichtpendler	Pendler	Nichtpendler
EVO je Beschäftigten	4,5	4,4	4,8	5,2
DDD je Beschäftigten	323	317	265	294
Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	60,1	59,5	69,4	72,6

sind, differenziert nach Altersgruppen, in **»»** Diagramm 4.5.1 dargestellt.

Über alle Altersgruppen hinweg sind die Verordnungsanteile der Pendler niedriger als die der Nichtpendler. Mit +3,5 Prozentpunkten ist dieser Unter-

schied in der Gruppe der 20- bis 24-Jährigen am größten zugunsten der Pendler ausgeprägt. Mit zunehmendem Alter wird die Differenz immer geringer und erreicht mit 1,1 Prozentpunkten ihr Minimum in der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den definierten Tagesdosen, einzig im Alter zwischen 55 und 64 Jahren liegen die Werte der Pendler leicht über denen der Nichtpendler.

Neben der allgemeinen Betrachtung gibt eine Differenzierung nach für die Beschäftigten relevanten anatomischen Hauptgruppen weitere Hinweise auf den Einfluss des Pendlerstatus. Das **»»** Diagramm 4.5.2 zeigt zunächst die entsprechenden Anteile der Beschäftigten mit mindestens einer Verordnung im Jahr nach Geschlecht. Die größten Unterschiede zeigen sich bei den beschäftigten Frauen und zwar durchgehend zugunsten der Pendlerinnen. Mit 2,8 Prozentpunkten ist der Unterschied dabei für die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System am größten. Zwar zeigt sich bei den Männern in der gleichen Wirkstoffgruppe ebenfalls mit 0,8 Prozentpunkten der größte Unterschied, allerdings hier zugunsten der Nichtpendler. Gleiches gilt bei den Männern unter anderem für die Mittel mit Wirkung auf den Respirationstrakt (0,2 Prozentpunkte) und bei

Diagramm 4.5.1 Arzneimittelverordnungen – DDD und Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung nach Pendlerstatus und Altersgruppen (Berichtsjahr 2019)

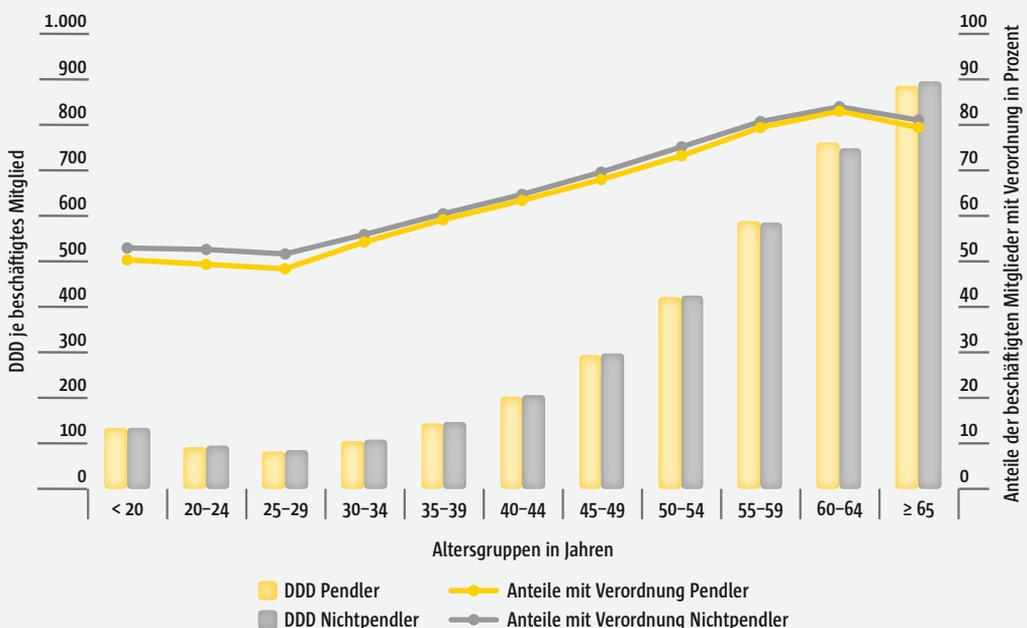
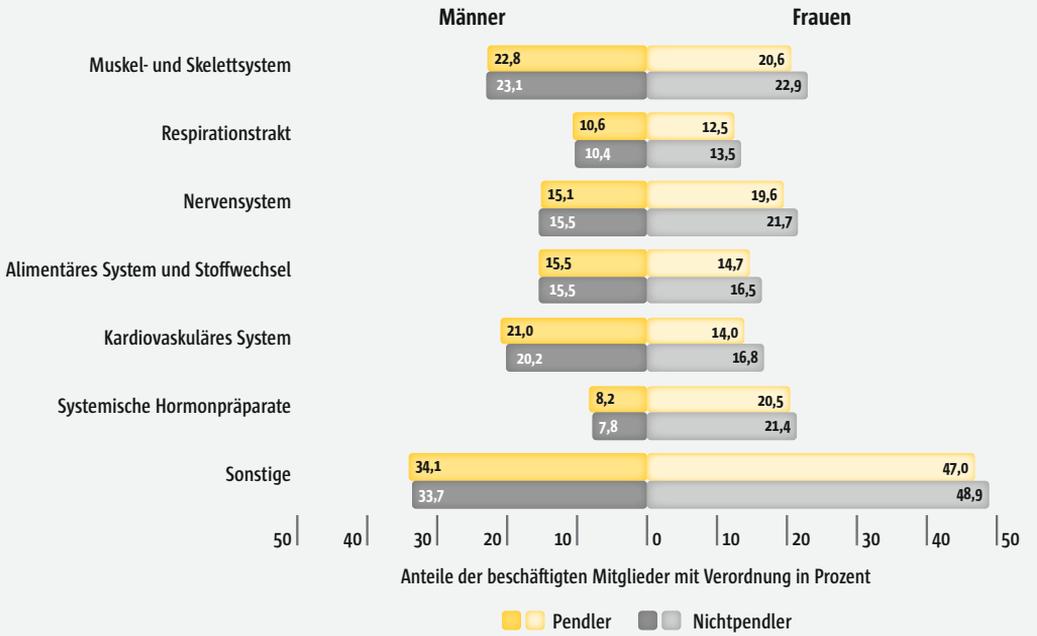


Diagramm 4.5.2 Arzneimittelverordnungen – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung nach Pendlerstatus, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



den systemischen Hormonpräparaten (0,4 Prozentpunkte). Lediglich bei den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem bzw. das Muskel- und Skelettsystem liegen die Verordnungsanteile der männlichen Pendler unter denen der Nichtpendler.

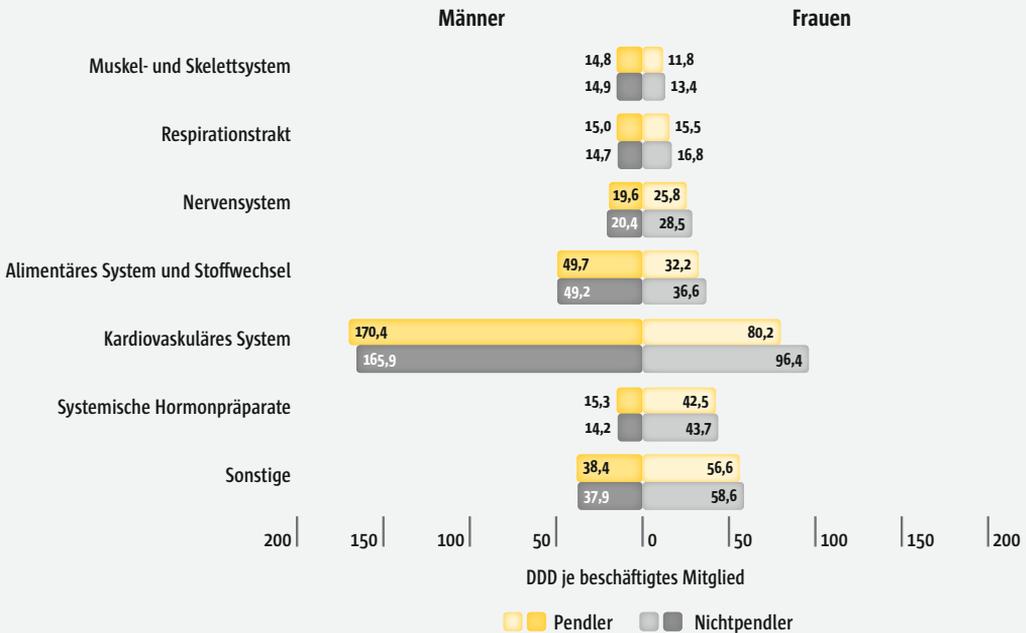
Diese Geschlechtsunterschiede finden sich in ähnlicher Weise auch bei den definierten Tagesdosen wieder (»»» Diagramm 4.5.3). Wie schon bei den Verordnungsanteilen sind die deutlichsten Unterschiede bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zu erkennen. Während männliche Pendler im Durchschnitt +4,6 DDD je Beschäftigte mehr verordnet bekommen als ihre nichtpendelnden Kollegen, ist der Unterschied mit 16,1 DDD je Beschäftigte bei den Frauen wesentlich höher, aber zugunsten der Pendler ausgeprägt. Auch hier zeigt sich, dass beschäftigte pendelnde Frauen durchweg weniger definierte Tagesdosen erhalten, während bei den Männern die Unterschiede nach Pendlerstatus wesentlich kleiner bzw. teils mit umgekehrtem Vorzeichen ausfallen. Insofern bestätigt sich in der wirkstoffspezifischen Betrachtung das Bild, was bereits im allgemeinen Vergleich zwischen beschäftigten Männern und Frauen zu erkennen war (Tabelle 4.5.1).

Wie und in welchem Maß die Arzneimittelverordnungen regional variieren, wird in der »»» Tabelle 4.5.2 deutlich.

Für alle Bundesländer zeigt sich, dass die Pendler im Jahr 2019 weniger häufig als die Nichtpendler mindestens einmal im Jahr ein Arzneimittel verordnet bekommen haben. Mit einer Differenz von 11,3 Prozentpunkten ist dieser Unterschied bei in Berlin wohnhaften Beschäftigten am stärksten ausgeprägt, gefolgt von Bremen mit einer Differenz von 9,8 Prozentpunkten ebenfalls zugunsten der Pendler. Im Stadtstaat Hamburg fällt der Unterschied mit 2,5 Prozentpunkten zugunsten der Pendler jedoch wesentlich geringer aus. Hamburg weist allerdings bei den Nichtpendlern den mit Abstand niedrigsten Wert im Bundeslandvergleich auf. Die geringsten Unterschiede bei den Anteilen Beschäftigter mit mindestens einer Verordnung im Jahr sind mit jeweils 1,7 Prozentpunkten in Sachsen-Anhalt und in Brandenburg zu finden.

Ein differenziertes Regionalmuster zeigt sich bei der Betrachtung der verordneten Tagesdosen im Zusammenhang mit dem Pendlerstatus und dem Wohnort der Beschäftigten (»»» Tabelle 4.5.3).

Diagramm 4.5.3 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



Während die definierten Tagesdosen insgesamt tendenziell bei den Pendlern niedriger als bei den Nichtpendlern ausfallen, zeigen sich regional unterschiedliche Muster. Wiederum sind es Berlin und Bremen, die mit 41 bzw. 38 DDD je Beschäftigten die größten Unterschiede zugunsten der Pendler aufweisen. Am anderen Ende findet sich mit einer Differenz von 35 DDD je Beschäftigten zuungunsten der Pendler der Stadtstaat Hamburg wieder. Ein gleiches Bild zeigt sich auch für die Mehrheit der ostdeutschen Bundesländer (außer Brandenburg), in denen durchweg die Pendler mehr definierte Tagesdosen als die Nichtpendler verordnet bekommen.

Für die folgenden arbeitsweltlichen Betrachtungen werden exemplarisch die definierten Tagesdosen im Zusammenhang mit dem Pendlerstatus der Beschäftigten für ausgewählte anatomische Hauptgruppen betrachtet.

4.5.2 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Beim Wirtschaftsgruppenvergleich wird ebenfalls deutlich, dass vor allem pendelnde Männer mehr definierte Tagesdosen als ihre nichtpendelnden Kollegen erhalten.
- Über alle Branchen hinweg zeigt sich dagegen in der Mehrheit der Fälle, dass die weiblichen Pendler durchschnittlich weniger Tagesdosen bezogen auf die betrachteten Wirkstoffgruppen als die weiblichen Nichtpendler erhalten.
- Während im Gesundheits- und Sozialwesen in nahezu allen Bundesländern weniger verordnete Tagesdosen bei den Pendlern zu finden sind, zeigt sich z.B. im Bereich Verkehr und Lagerei ein weit aus heterogeneres Regionalmuster.

In **III** Diagramm 4.5.4 sind die definierten Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem in Abhängigkeit von der Wirtschaftsgruppe, dem Pendlerstatus und dem Geschlecht der Beschäftigten dargestellt.

In der überwiegenden Mehrheit der Fälle erhalten pendelnde Männer und Frauen weniger Tages-

Tabelle 4.5.2 Arzneimittelverordnungen – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung nach Pendlerstatus und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)

Bundesländer	Pendler	Nichtpendler	Differenz zwischen Pendlern und Nichtpendlern
Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent			
Baden-Württemberg	60,8	64,5	-3,8
Bayern	63,1	64,9	-1,9
Berlin	49,5	60,8	-11,3
Brandenburg	64,1	65,8	-1,7
Bremen	56,1	65,9	-9,8
Hamburg	56,0	58,5	-2,5
Hessen	62,9	65,8	-3,0
Mecklenburg-Vorpommern	65,3	69,3	-4,0
Niedersachsen	65,6	67,9	-2,3
Nordrhein-Westfalen	65,2	68,1	-2,9
Rheinland-Pfalz	64,5	70,8	-6,3
Saarland	65,2	69,4	-4,1
Sachsen	59,8	62,8	-3,1
Sachsen-Anhalt	66,2	67,9	-1,7
Schleswig-Holstein	62,1	65,7	-3,5
Thüringen	63,9	66,0	-2,1
Gesamt	63,9	65,9	-2,1

dosen für Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem als die Nichtpendler verordnet. Die größten Unterschiede zugunsten der Pendler zeigen sich dabei für die beschäftigten Frauen in der Land- und Forstwirtschaft sowie in den privaten Haushalten mit einer Differenz von jeweils rund 5 DDD je Beschäftigte. Bei den Männern ist dieser Unterschied im Bereich öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung mit einer Differenz von rund 3 DDD zugunsten der Pendler am stärksten ausgeprägt. Auf der anderen Seite liegen die Tagesdosen bei den pendelnden Frauen und Männern im Bereich Information und Kommunikation sowie bei den sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen zwischen 1–2 DDD je Beschäftigten über den Werten der Nichtpendler.

Ein ähnliches Muster ist auch für die Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem beobachtbar (»» Dia-

gramm 4.5.5), wobei hier bei den männlichen häufiger als bei den weiblichen Beschäftigten die Pendler mehr Tagesdosen als die Nichtpendler aufweisen. Mit einer Differenz von 9 DDD ist der Unterschied zuungunsten der Pendler bei den in privaten Haushalten beschäftigten Männern am größten. In gleicher Richtung, allerdings mit geringerer Differenz (5 DDD je Beschäftigte) gilt dies auch für die dort berufstätigen Frauen. Im Baugewerbe ist das Pendeln ebenfalls für Männer und Frauen mit mehr verordneten Tagesdosen für das Nervensystem verbunden. Dagegen finden sich gleichfalls für beide Geschlechter – beispielsweise in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung sowie im Gesundheits- und Sozialwesen – bei den Pendlern geringere Tagesdosen als bei den Nichtpendlern. Ein Sonderfall ist der Bereich Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden: Während die dort beschäf-

Tabelle 4.5.3 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)

Bundesländer	Pendler	Nichtpendler	Differenz zwischen Pendlern und Nichtpendlern
DDD je beschäftigtes Mitglied			
Baden-Württemberg	252	264	-12
Bayern	268	270	-2
Berlin	254	295	-41
Brandenburg	355	357	-2
Bremen	280	318	-38
Hamburg	268	233	35
Hessen	287	302	-16
Mecklenburg-Vorpommern	389	379	10
Niedersachsen	331	324	7
Nordrhein-Westfalen	325	342	-17
Rheinland-Pfalz	321	344	-23
Saarland	304	339	-35
Sachsen	346	319	27
Sachsen-Anhalt	413	392	21
Schleswig-Holstein	305	311	-7
Thüringen	386	377	9
Gesamt	300	306	-6

tigten pendelnden Männer deutlich weniger Tagesdosen mit Wirkung auf das Nervensystem erhalten (15 vs. 23 DDD je Beschäftigten), zeigt sich bei den Frauen genau der umgekehrte Effekt (28 vs. 19 DDD je Beschäftigte). Vermutlich liegt dies darin begründet, dass Männer und Frauen in dieser Branche meist grundverschiedene Tätigkeiten ausüben, die auch mit unterschiedlichen Arbeitsanforderungen und Belastungen verbunden sind.

Abschließend soll noch ein Blick auf die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System geworfen werden. Während für die männlichen Beschäftigten bei der Hälfte aller Wirtschaftsgruppen die Pendler mehr Tagesdosen als die Nichtpendler verordnet bekommen, tritt dies bei den beschäftigten Frauen nur im Bereich Information und Kommunikation auf. Diese Branche ist bei den männlichen Berufstätigen mit einer Differenz von 28 DDD je Be-

schäftigten gleichzeitig die mit dem zweitgrößten Unterschied zuungunsten der Pendler. Die größte Differenz zuungunsten der männlichen Pendler tritt mit 37 DDD je Beschäftigten im Baugewerbe auf. Das umgekehrte Bild mit Differenzen zugunsten der Pendler beiderlei Geschlechts zeigt sich besonders deutlich bei Beschäftigten im Grundstücks- und Wohnungswesen, in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung sowie im Bereich der Land- und Forstwirtschaft bzw. Fischerei.

Wie bereits in **»»** Kapitel 4.5.1 gezeigt werden konnte, variieren die Arzneimittelverordnungen regional je nach Pendlerstatus. Wie sich dieses Bild für ausgewählte Wirtschaftsgruppen darstellt, zeigt das **»»** Diagramm 4.5.7. Bei den Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen zeigt sich im Bundeslandvergleich dergestalt ein sehr homogenes Muster, als dass für fast alle Bundesländer – mit

Diagramm 4.5.4 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem nach Pendlerstatus, Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

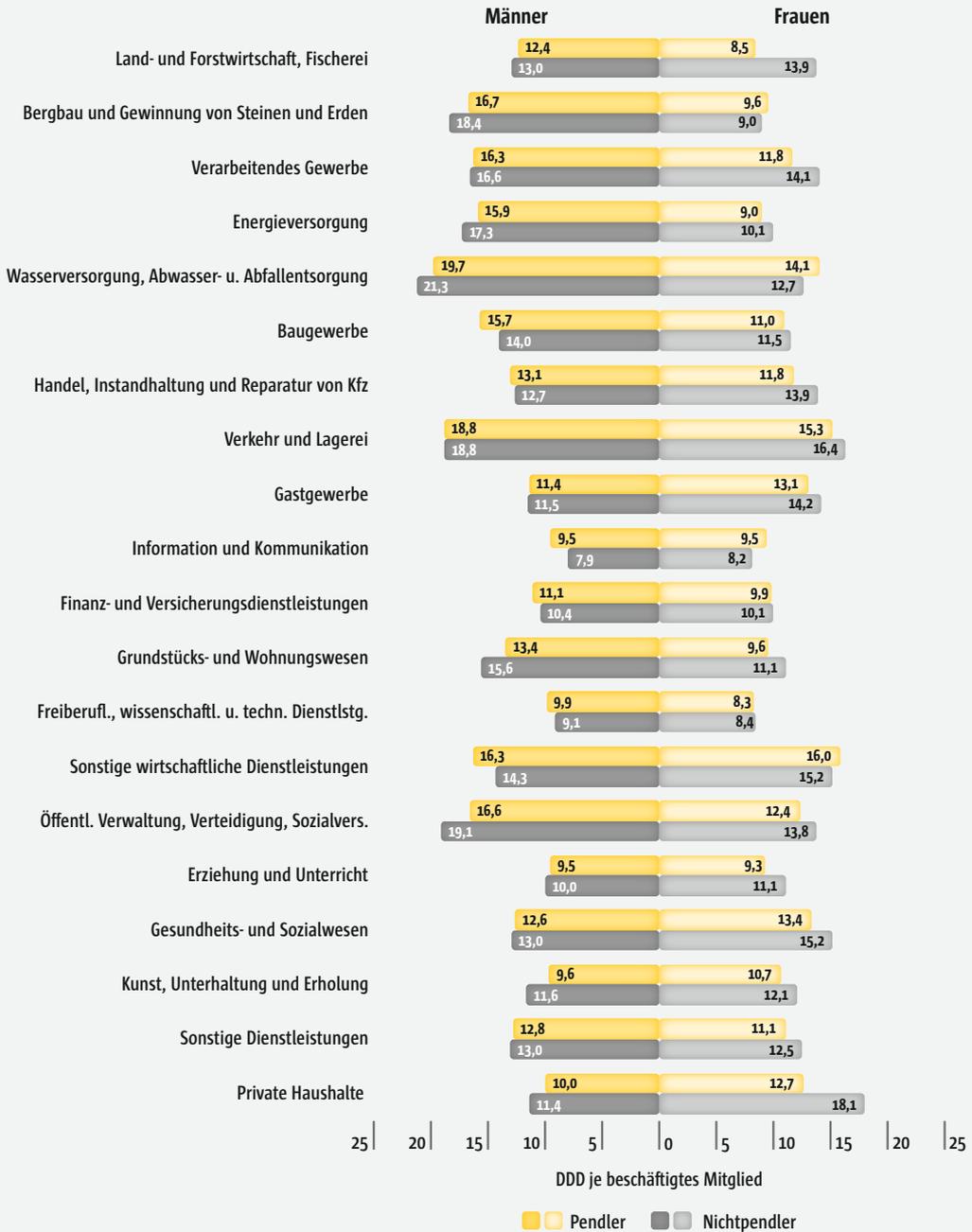


Diagramm 4.5.5 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem nach Pendlerstatus, Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

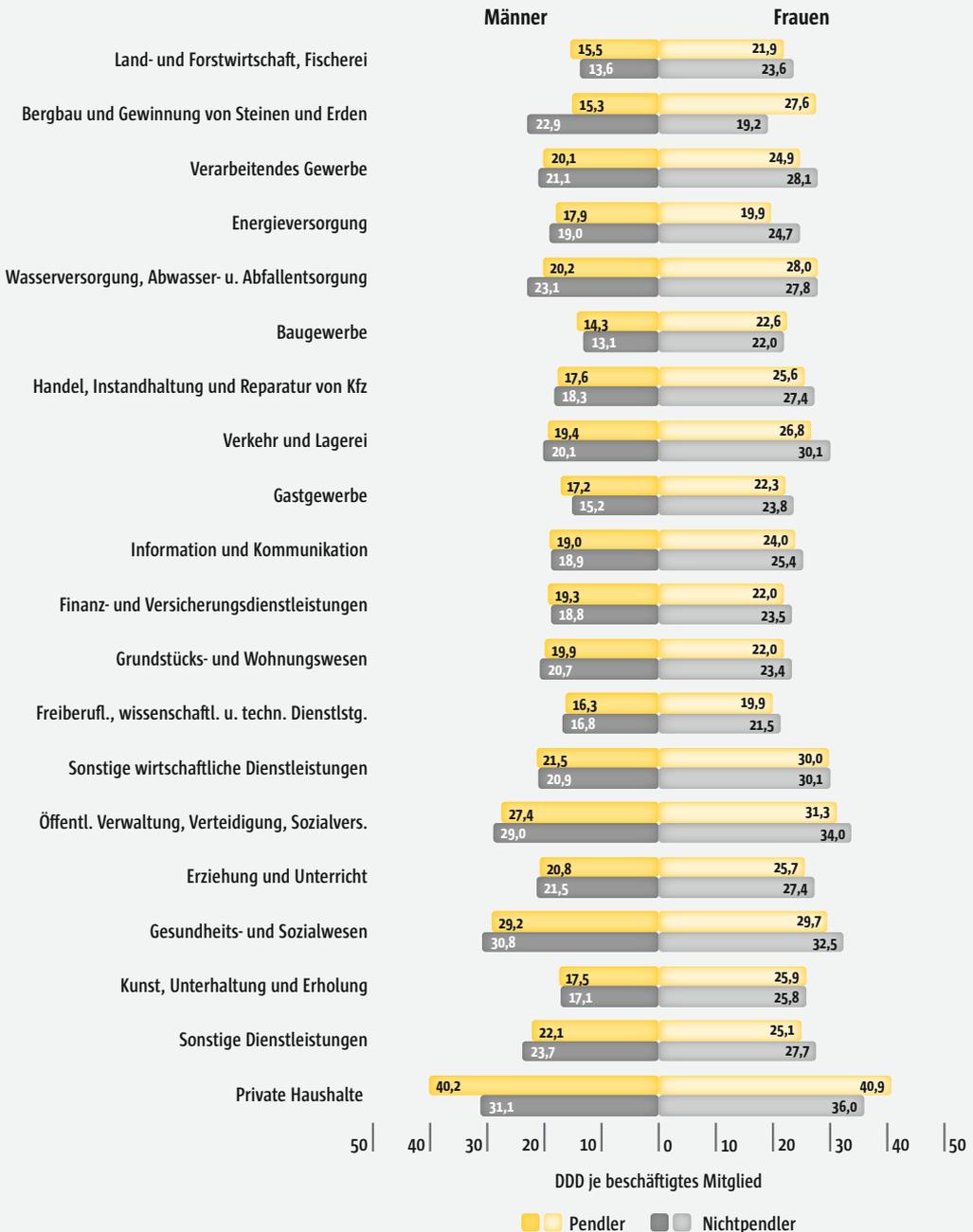


Diagramm 4.5.6 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System nach Pendlerstatus, Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

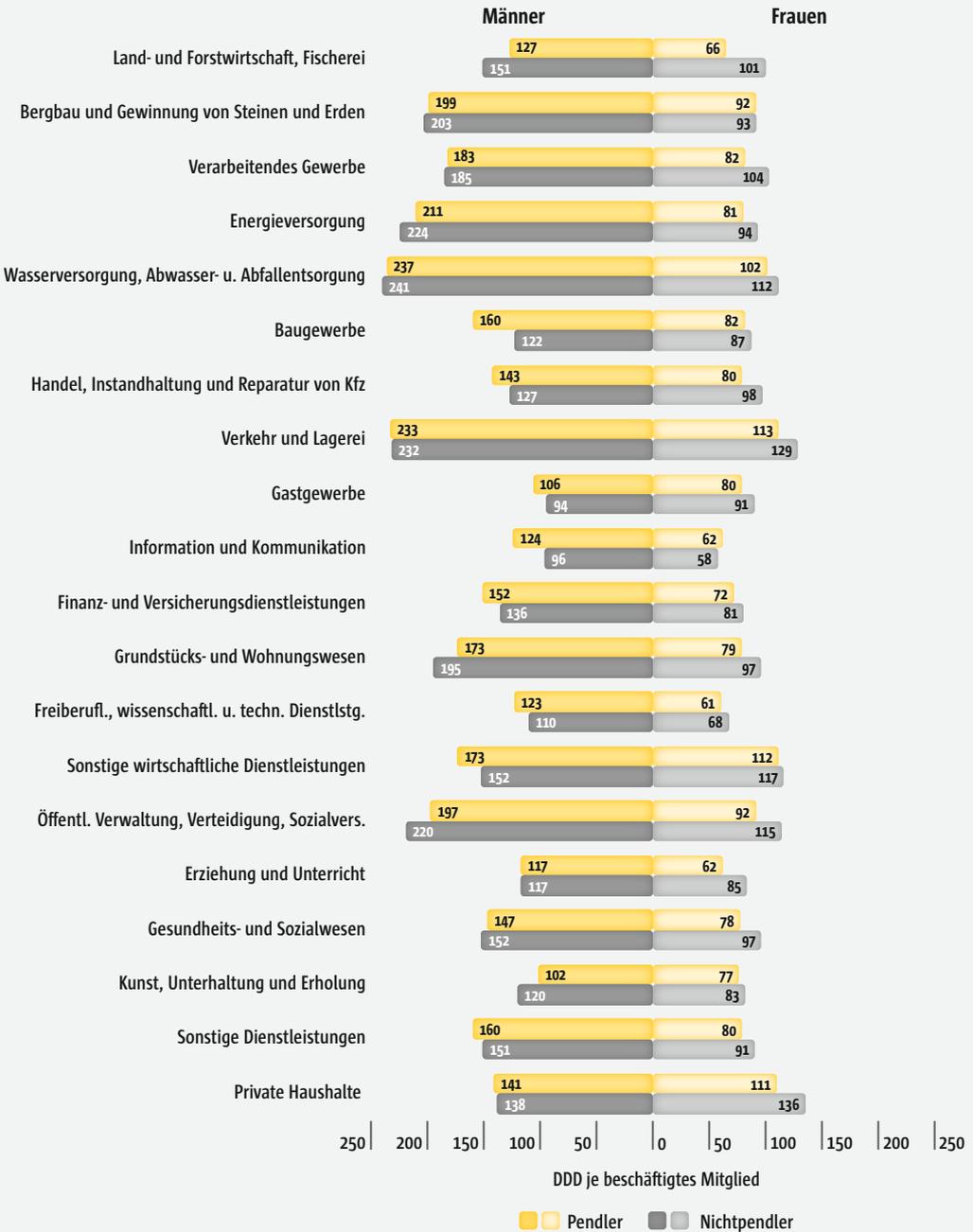
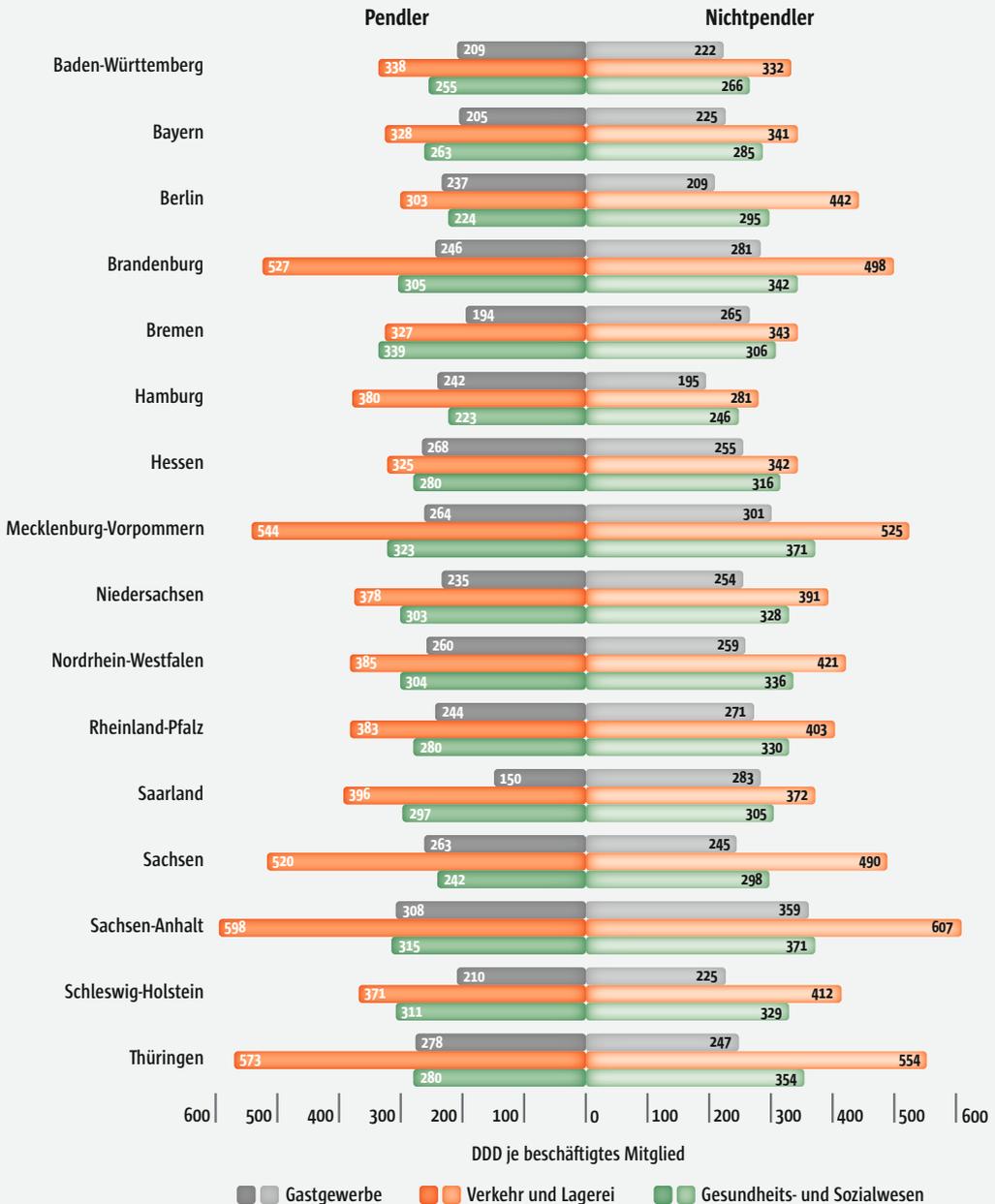


Diagramm 4.5.7 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Wirtschaftsabschnitten und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)



Ausnahme von Bremen – die pendelnden Beschäftigten weniger Tagesdosen als deren nichtpendelnde Kollegen verordnet bekommen haben. Bei den beiden anderen Branchen zeigt sich hingegen in knapp der Hälfte der Fälle ein anderes Bild mit höheren Tagesdosen zuungunsten der Pendler. Mit einer Differenz von 99 DDD je Beschäftigten sind die mit Wohnort in Hamburg im Bereich Verkehr und Lagerei tätigen Pendler am stärksten betroffen. In dieser Wirtschaftsgruppe findet man aber auch gleichzeitig mit 139 DDD je Beschäftigten in Berlin die größte Differenz zugunsten der Pendler. Besondere regionale Muster, wie sie bei der allgemeinen Betrachtung der Arzneimittelverordnungen deutlich werden, lassen sich hier nicht erkennen.

4.5.3 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Bei vielen Berufen zeigt sich, dass vor allem pendelnde Männer mehr Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem bzw. das Herz-Kreislauf-System als ihre nichtpendelnden Kollegen verordnet bekommen.
- Für die Pendlerinnen sind hingegen mehrheitlich weniger Tagesdosen für die betrachteten Wirkstoffgruppen im Vergleich zu den Nichtpendlerinnen in den unterschiedlichen Berufsgruppen feststellbar.
- Zusätzlich zum Pendlerstatus schwanken die Unterschiede auch innerhalb einer Berufsgruppe in Abhängigkeit vom Wohnort der Beschäftigten, ein eindeutiges Regionalmuster ist allerdings nicht erkennbar.

Neben der Zuordnung eines Unternehmens zu einer bestimmten Branche steht für den Beschäftigten der konkret ausgeübte Beruf in einer noch direkteren Beziehung zur Arbeitsbelastung und wirkt sich somit auf dessen gesundheitliche Lage aus. Im Folgenden werden deshalb die Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen im Zusammenhang mit dem ausgeübten Beruf und dem Pendlerstatus betrachtet.

Wie viele verordnete Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem in Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf, dem Geschlecht des Beschäftigten und dessen Pendlerstatus im Jahr 2019 angefallen sind, zeigt das **III** Diagramm 4.5.8. Bei den beschäftigten Frauen liegen für alle betrachteten Berufsgruppen die Werte für die Tagesdosen der Pendlerinnen unter denen der Nichtpendlerinnen (Ausnahme: Reinigungsberufe mit einem Unterschied von 0,1 DDD je Beschäftigte zuungun-

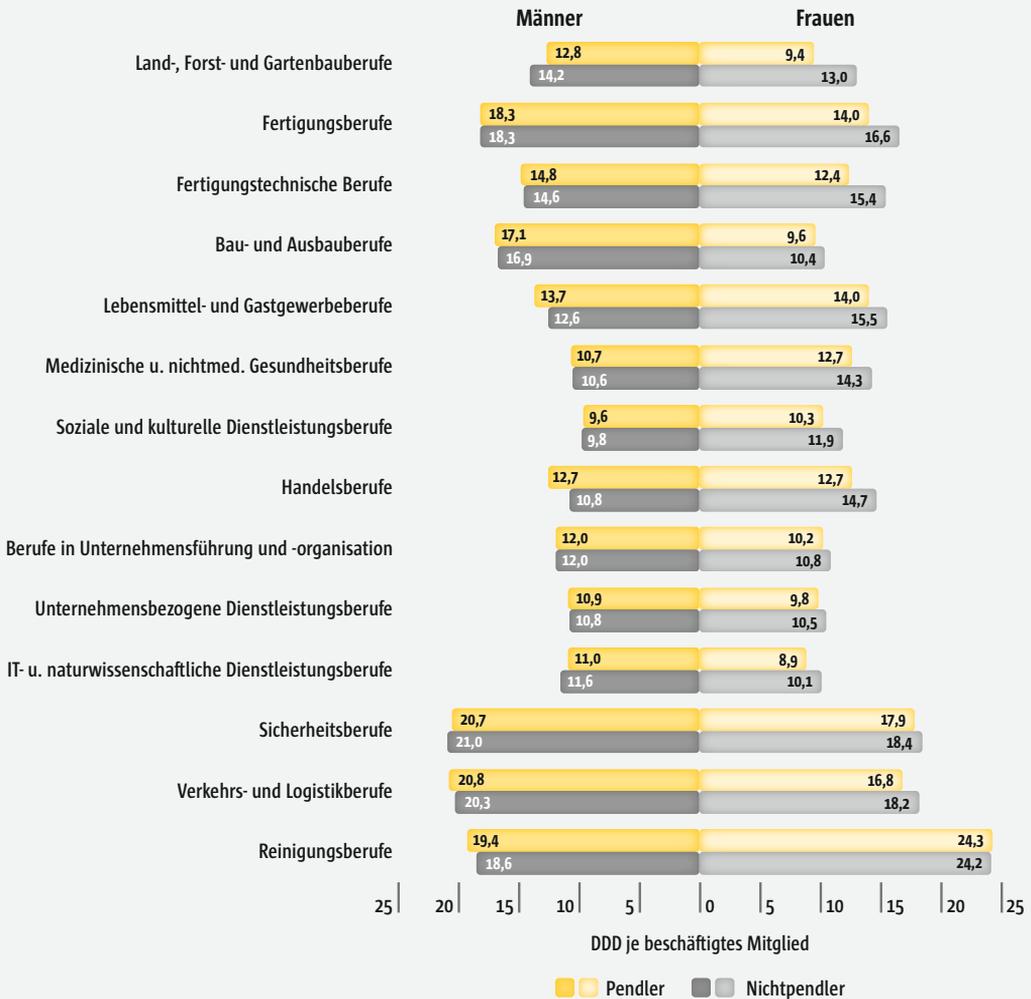
sten der Pendlerinnen). Mit einer Differenz von 3,6 DDD je Beschäftigte ist dieser Unterschied bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen am größten ausgeprägt. Ein heterogeneres Bild zeigt sich bei den berufstätigen Männern. Bei acht der 14 Berufssegmente liegen die verordneten Tagesdosen der Pendler über denen der Nichtpendler, wobei mit einer Differenz von 1,9 DDD je Beschäftigten zuungunsten der Pendler die Handelsberufe an der Spitze zu finden sind. Der mit einer Differenz von 1,4 DDD größte Unterschied zugunsten der männlichen Pendler ist ebenfalls bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen zu finden.

Noch deutlicher zeigt sich das Bild zugunsten der Pendler in Bezug auf die Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem (**III** Diagramm 4.5.9). Lediglich bei den männlichen Beschäftigten in den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen bzw. den Land-, Forst- und Gartenbauberufen weisen die Pendler mehr verordnete Tagesdosen als die Nichtpendler aus dieser Wirkstoffgruppe auf. Bei den weiblichen Beschäftigten zeigen sich hingegen durchweg weniger Tagesdosen zugunsten der Pendlerinnen, wobei mit 6 DDD je Beschäftigte die größte Differenz bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen auftritt. Über alle betrachteten Berufssegmente hinweg fallen die Unterschiede für die Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem zugunsten der Pendler bei den Frauen größer als bei den Männern aus.

Die deutlichsten Geschlechtsunterschiede zeigen sich im Zusammenhang mit dem Pendlerstatus und den Berufssegmenten bei den verordneten Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System (**III** Diagramm 4.5.10). Bei den weiblichen Beschäftigten werden für alle Berufssegmente für die Pendlerinnen weniger definierte Tagesdosen als für die Nichtpendlerinnen aus dieser Wirkstoffgruppe verordnet. Mit einer Differenz von jeweils 30 DDD je Beschäftigte zugunsten der Pendlerinnen stehen die Land-, Forst- und Gartenbauberufe sowie die Fertigungsberufe an der Spitze des Vergleichs. Für die männlichen Beschäftigten zeigt sich hingegen in der Mehrheit der Fälle ein umgekehrtes Bild zuungunsten der Pendler mit den größten Differenzen bei den Handelsberufen (29 DDD je Beschäftigten) sowie den Bau- und Ausbauberufen (15 DDD je Beschäftigten).

Neben den Unterschieden für die Tagesdosen nach Pendlerstatus und Berufssegmenten zeigen sich zusätzlich deutliche regionale Variationen, wie in **III** Diagramm 4.5.11 zu erkennen ist. Diese sind bei den Bau- und Ausbauberufen am größten und mehrheitlich zuungunsten der Pendler ausgeprägt: Mit

Diagramm 4.5.8 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem nach Pendlerstatus, Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)



einer Differenz von 78 DDD je Beschäftigten findet sich bei dieser Berufsgruppe in Sachsen der größte Unterschied zuungunsten der Pendler, mit umgekehrtem Vorzeichen und 86 DDD je Beschäftigten Differenz zeigt sich in der gleichen Berufsgruppe der Unterschied zugunsten der Pendler in Bremen. Insgesamt überwiegen bei den Bau- und Ausbauberufen die negativen Effekte des Pendelns, während bei den

beiden anderen Berufsgruppen überwiegend die Nichtpendler höhere Werte für verordnete Tagesdosen als die Pendler aufweisen. Für insgesamt fünf Bundesländer (Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Hessen und Rheinland-Pfalz) zeigt sich über alle drei betrachteten Berufsgruppen hinweg ein Effekt zugunsten der Pendler, ausschließlich in Hamburg ist für alle Berufssegmente das Gegenteil beobachtbar.

Diagramm 4.5.9 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem nach Pendlerstatus, Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

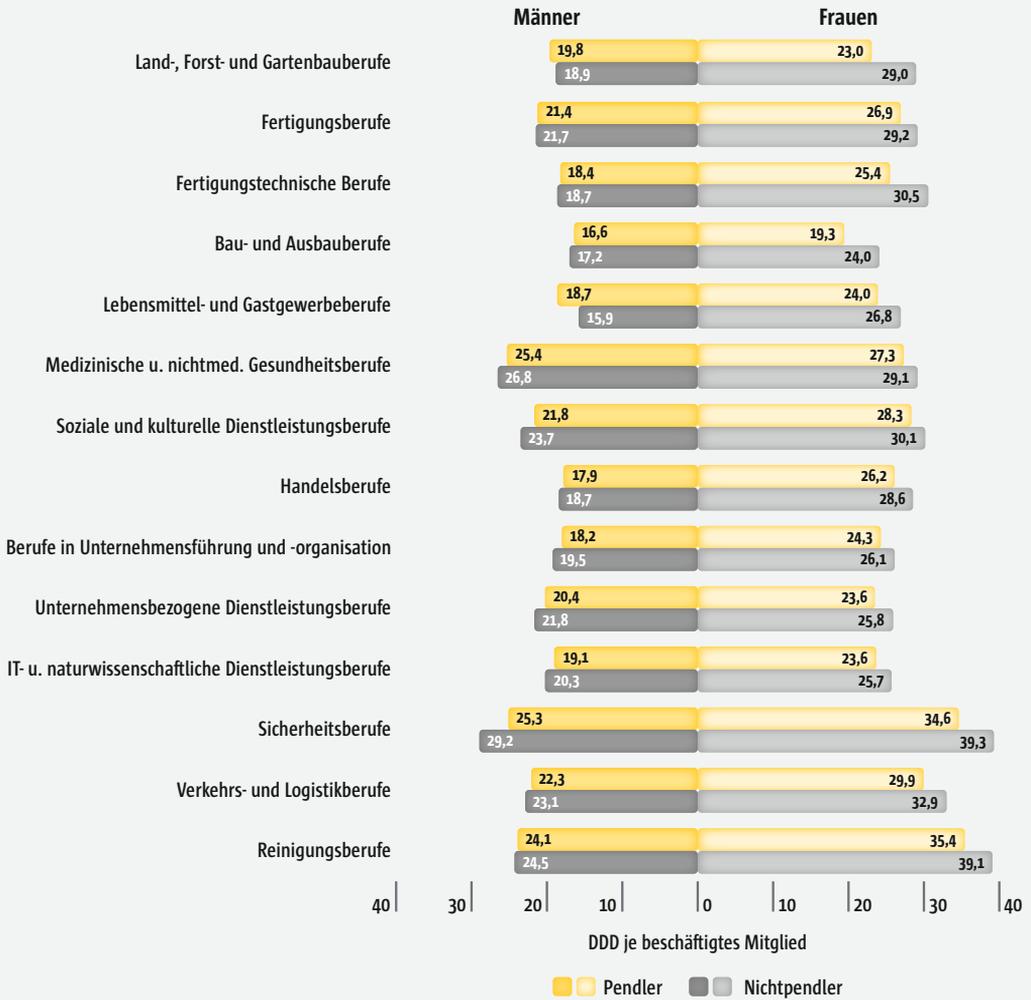


Diagramm 4.5.10 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Mittel mit Wirkung auf das kardio-vaskuläre System nach Pendlerstatus, Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

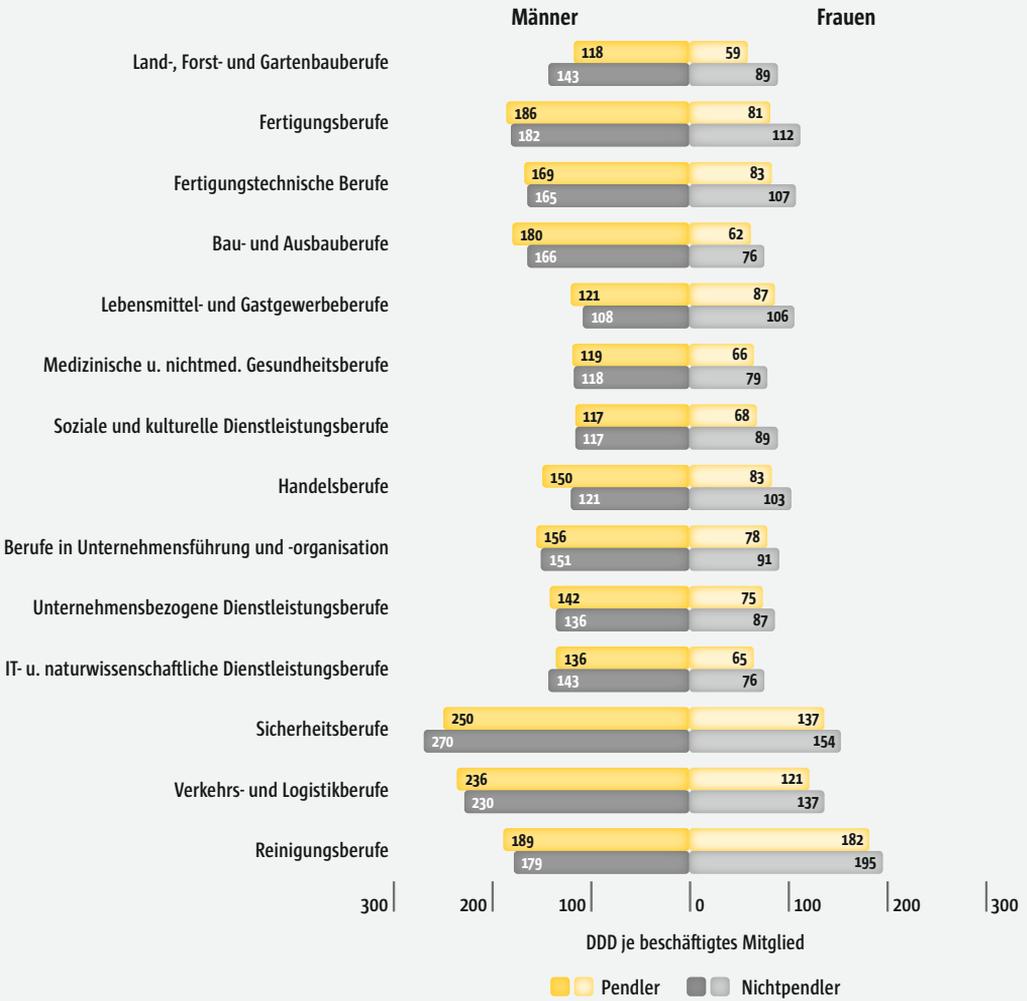
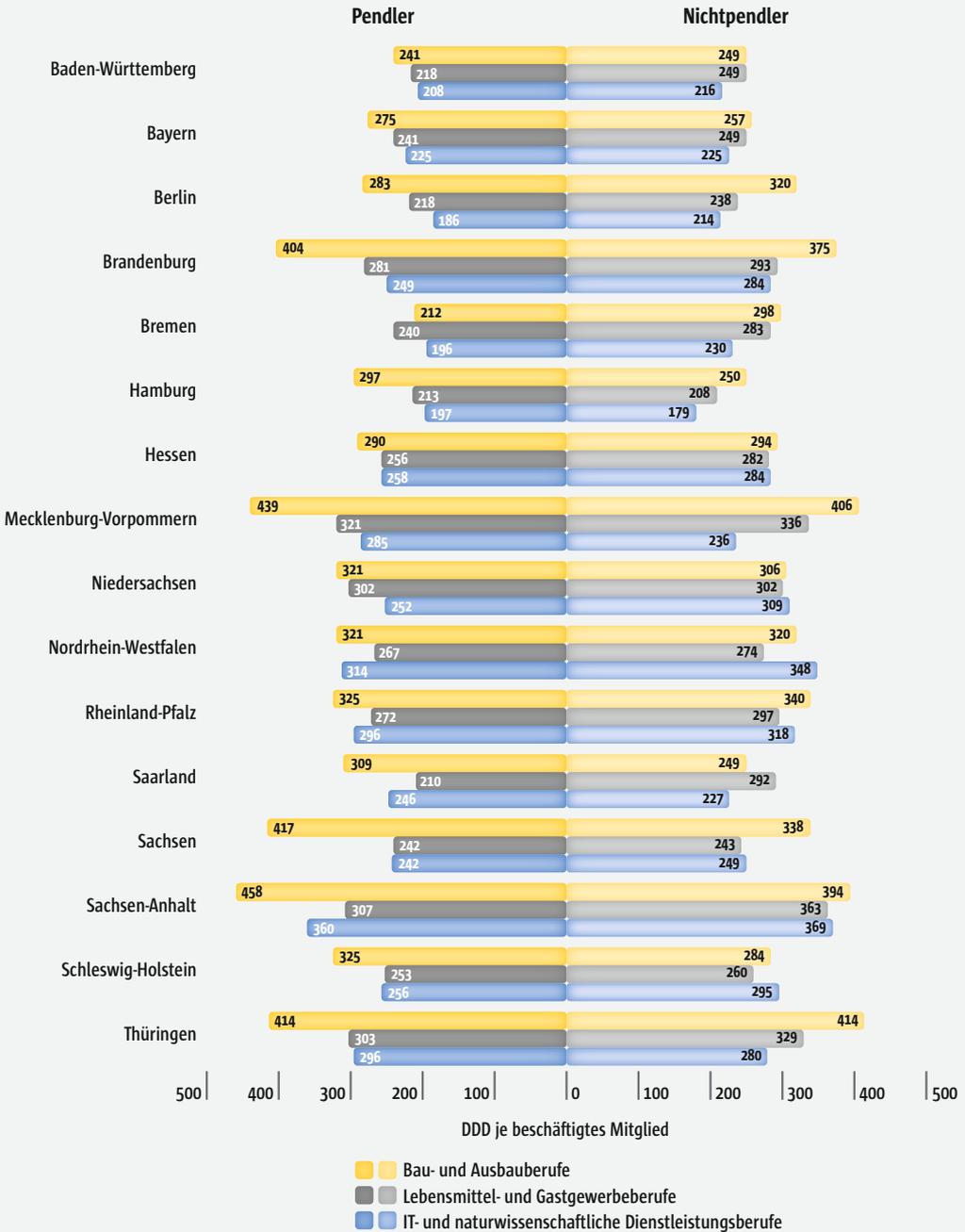


Diagramm 4.5.11 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Berufssegmenten und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2019)



4.5.4 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen

- Für die weiteren arbeitsweltlichen Merkmale werden für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System die deutlichsten Unterschiede im Zusammenhang mit dem Pendlerstatus sichtbar.
- Insbesondere mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit und bei einer Beschäftigung über eine Arbeitnehmerüberlassung werden jeweils mehr Tagesdosen der genannten Wirkstoffgruppe bei den Pendlern im Vergleich zu den Nichtpendlern verordnet.
- Für Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem bzw. das Nervensystem zeigen sich keine substantiellen Unterschiede im Zusammenhang mit dem Pendlerstatus der Beschäftigten.

Parallel zu den bisherigen Analysen der Routinedaten werden in dieser abschließenden Betrachtung ebenfalls ergänzend weitere arbeitsweltliche Merkmale im Kontext des Pendlerstatus in den Blick genommen.

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

Die verordneten Tagesdosen für ausgewählte anatomische Hauptgruppen in Abhängigkeit vom Anforderungsniveau der Tätigkeit

derungsniveau der Tätigkeit und dem Pendlerstatus sind in **»»»** Diagramm 4.5.12 abgebildet. Während sich für die Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem bzw. das Nervensystem nahezu keine Unterschiede zwischen Pendlern und Nichtpendlern zeigen, sind bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System tendenziell höhere Werte zuungunsten der Pendler feststellbar, die mit 11 DDD je Beschäftigten in der Gruppe der hochkomplexe Tätigkeiten Ausübenden am stärksten ausgeprägt sind. Lediglich bei den in Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten Beschäftigten liegen die Tagesdosen für diese Wirkstoffgruppe bei den Pendlern unter denen der Nichtpendler.

Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung

Inwieweit die Rolle als Aufsichts- bzw. Führungskraft einen Einfluss auf die verordneten Tagesdosen im Zusammenhang mit dem Pendlerstatus ausübt, zeigt das **»»»** Diagramm 4.5.13. Auch hier ist erkennbar, dass sich die verordneten Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem sowie das Nervensystem zwischen den Pendlern und den Nichtpendlern kaum unterscheiden. Etwas anders und zwar tendenziell zuungunsten der Pendler stellt sich das Bild bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System dar, wobei die Unter-

Diagramm 4.5.12 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Anforderungsniveau der Tätigkeit (Berichtsjahr 2019)

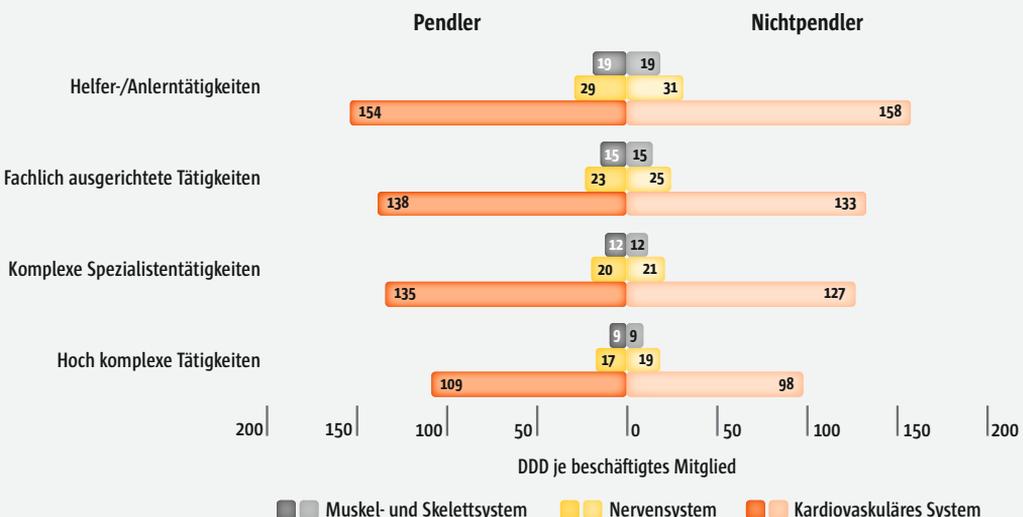
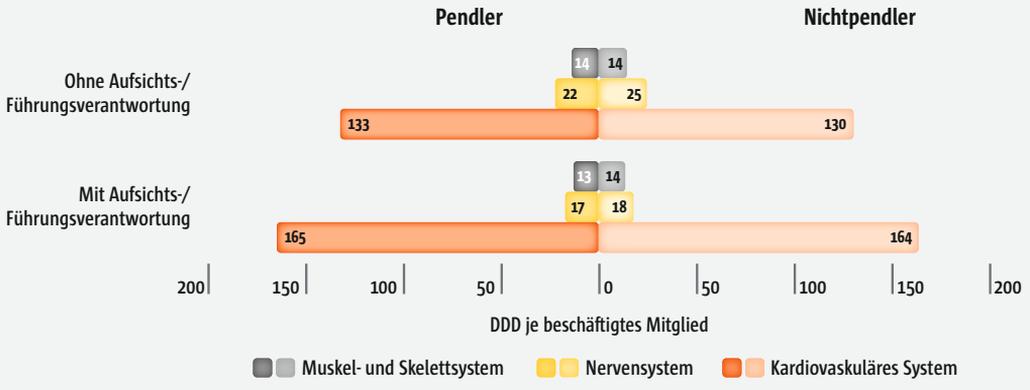


Diagramm 4.5.13 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung (Berichtsjahr 2019)



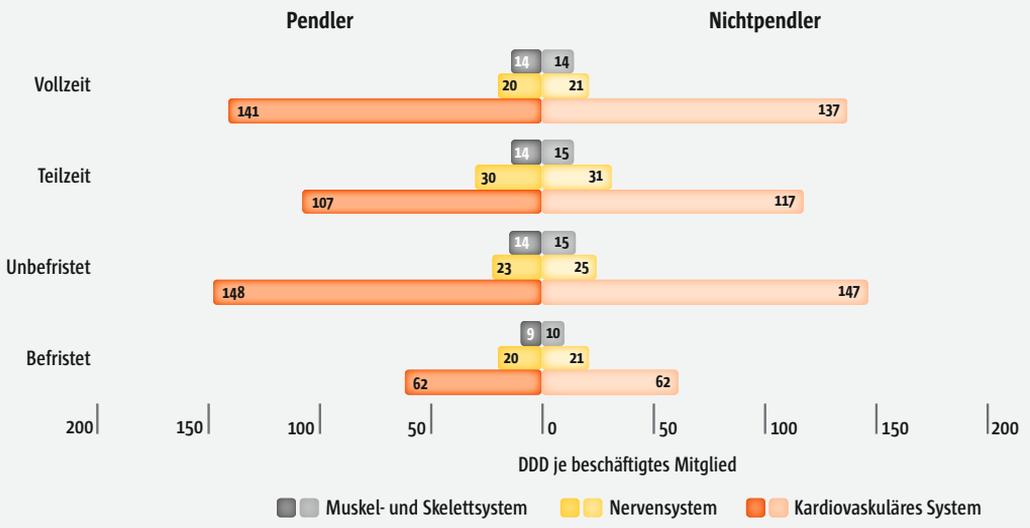
schiede bei den Beschäftigten ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung etwas stärker ausgeprägt sind.

Vertragsformen

Ein nahezu identisches Muster bezogen auf die Zusammenhänge zwischen den verordneten Tagesdosen und dem Pendlerstatus zeigt sich auch im Kon-

text der Vertragsform der Beschäftigten (»» Diagramm 4.5.14). Während bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem bzw. auf das Nervensystem keine substantiellen Unterschiede nach Pendlerstatus feststellbar sind, zeigt sich bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System ein heterogeneres Muster. Während sich bei den in Teilzeit Beschäftigten die größte Differenz zugunsten der Pendler zeigt (10 DDD je Beschäftigten), tritt der mit umgekehrten Vorzeichen größte Unter-

Diagramm 4.5.14 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Vertragsformen (Berichtsjahr 2019)



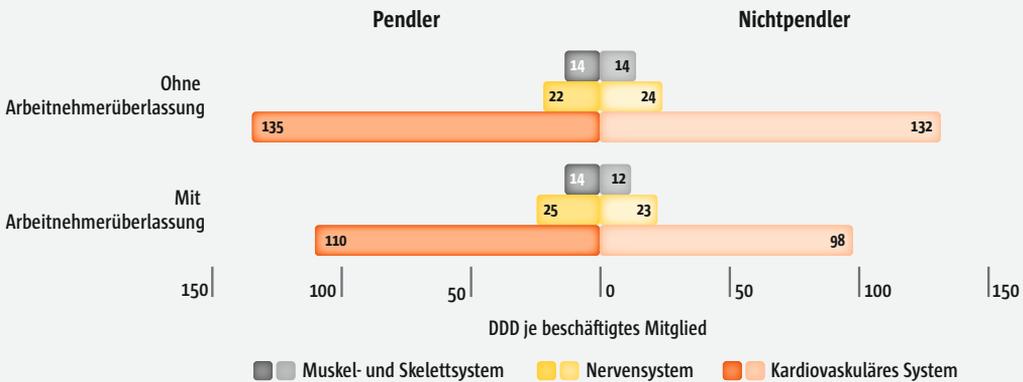
schied (4 DDD je Beschäftigten) zuungunsten der Pendler bei den in Vollzeit Beschäftigten auf. Bezogen auf die Art der Befristung zeigen sich hingegen auch bei dieser Wirkstoffgruppe keinerlei Unterschiede im Zusammenhang mit dem Pendlerstatus der Beschäftigten.

Arbeitnehmerüberlassung

Abschließend soll noch die Beschäftigung im Zusammenhang mit einer Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) im Kontext ausgewählter Arzneimittelverordnungen und dem Pendlerstatus in den Fokus genommen werden (»» Diagramm 4.5.15). Wäh-

rend bei den Beschäftigten ohne Arbeitnehmerüberlassung für die Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem tendenziell mehr Tagesdosen bei den Nichtpendlern im Vergleich zu den Pendlern auftreten, zeigt sich bei den Beschäftigten, die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, ein umgekehrtes Muster. Am deutlichsten wird der Unterschied jedoch wiederum bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System sichtbar: Während bei den regulär Angestellten der Unterschied mit einer Differenz von 2 DDD je Beschäftigten tendenziell zuungunsten der Pendler ausfällt, ist diese Differenz mit 12 DDD je Beschäftigten zuungunsten der Pendler bei den Leih- bzw. Zeitarbeitern wesentlich größer ausgeprägt.

Diagramm 4.5.15 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Pendlerstatus, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Arbeitnehmerüberlassung (Berichtsjahr 2019)



4.6 Zusammenfassung und Ausblick

Insgesamt haben sich die Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen in den vergangenen Jahren kaum verändert. Insbesondere die Einzelverordnungen und die Anteile der Versicherten mit mindestens einer Verordnung sind stabil geblieben, einzig die verordneten Tagesdosen haben einen Anstieg zu verzeichnen, was unter anderem durch den demografischen Wandel, aber auch mit gesetzlichen Änderungen bei der Erstattungsfähigkeit für bestimmte Medikamente begründet ist. Unter den BKK Versicherten sind es vor allem die Rentner, die einen Großteil der Verordnungen auf sich vereinen. In diesem Kontext ist auch die zahlenmäßige Dominanz von solchen Wirkstoffen, wie z.B. Herz-Kreislauf-Mitteln bzw. solche mit Wirkung auf den Stoffwechsel, zu bewerten, die aufgrund ihrer vorrangigen Anwendung bei chronischen Erkrankungen meist in großen Mengen vor allem im fortgeschrittenen Lebensalter verordnet werden. Zudem zeigt sich im Längsschnitt eine als positiv zu bewertende Entwicklung hinsichtlich der – häufig nicht notwendigen – Verordnung von Antibiotika, die in den vergangenen Jahren insbesondere durch Mitwirkung der Betriebskrankenkassen deutlich abgenommen hat. Weiterhin zeigt sich für diese Wirkstoffgruppe das deutlichste Regionalmuster mit den durchgehend geringsten Werten in den ostdeutschen Bundesländern.

Bei der besonders im Fokus stehenden Gruppe der beschäftigten Mitglieder wird deutlich, dass soziodemografische und arbeitsweltliche Merkmale im Zusammenhang mit den Verordnungen ein stringentes Muster aufzeigen. 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 Arbeitnehmerüberlas-

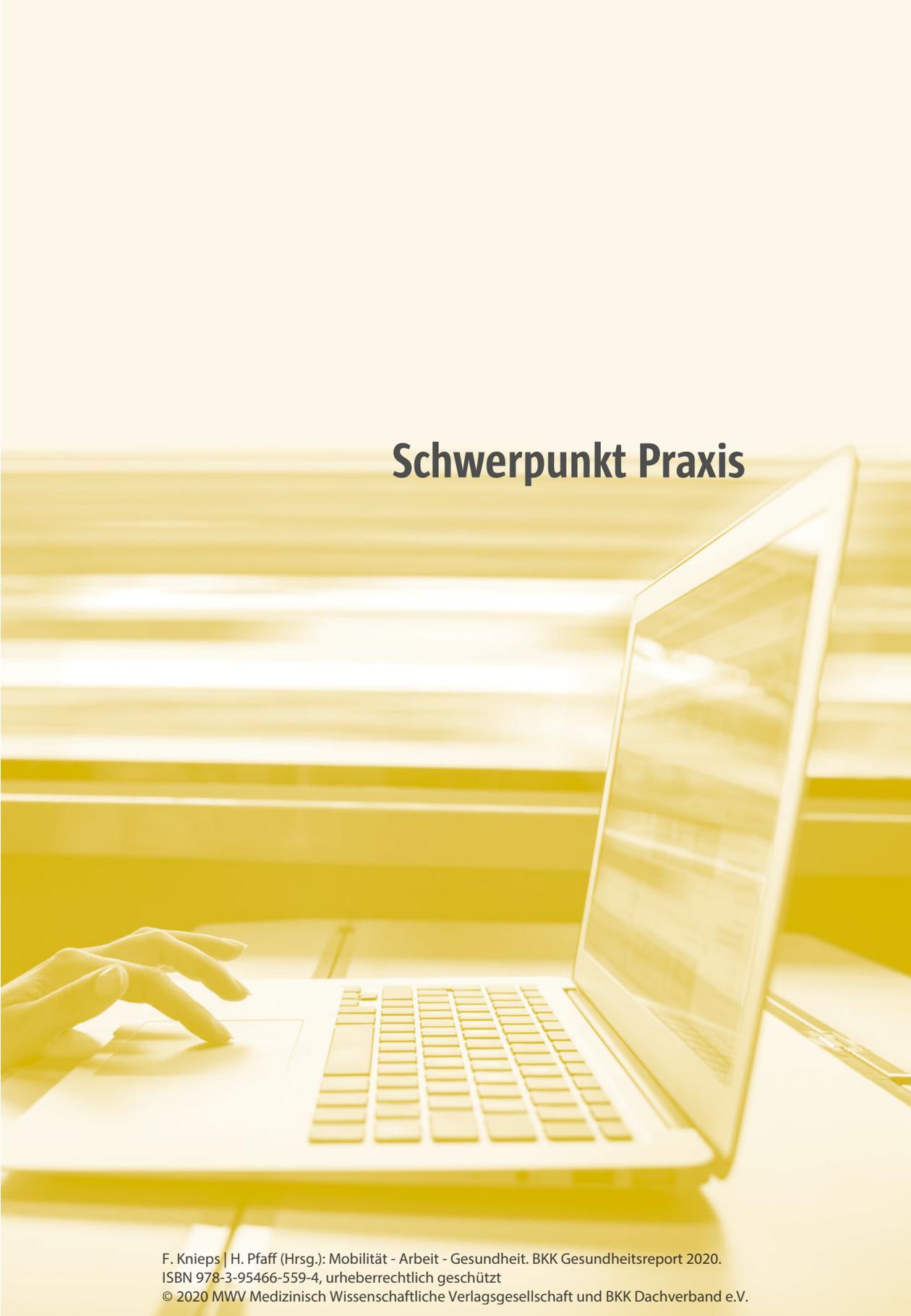
sung sichtbar. Dass zudem auch die unterschiedlichen Arbeitsbeanspruchungen und -belastungen eine Rolle spielen, wird in der differenzierten Betrachtung nach Wirtschafts- und Berufsgruppen deutlich. Je nachdem, ob ein Beschäftigter bei seiner Tätigkeit eher physischen oder psychischen (oder beiden) Belastungen 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 sichtbare Muster mit den entsprechenden Kennzahlen aus den anderen Leistungsbereichen.

Inwieweit die Mobilität eines Beschäftigten Einfluss auf die Arzneimittelverordnungen ausübt, steht im diesjährigen Schwerpunktteil im Fokus. Zunächst lässt sich feststellen, dass über alle Betrachtungen hinweg ein deutlicher Geschlechtseffekt sichtbar wird: Männliche Beschäftigte, die pendeln, weisen meist höhere Anteile bzw. mehr verordnete Tagesdosen auf als ihre nichtpendelnden Kollegen, während bei Frauen mehrheitlich der umgekehrte Effekt beobachtbar ist. Über alle Betrachtungen hinweg tritt dieser Unterschied am deutlichsten für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System zutage. In der Mehrheit der Betrachtungen zeigen sich allerdings nur geringe Unterschiede nach Pendlerstatus bzw. sind es oftmals auch die Pendler, die als vermeintlich gesünder im Sinne geringerer Tagesdosen auffallen. Zwei mögliche Erklärungen sollen an dieser Stelle abschließend aufgeführt werden: Zum einen kann aufgrund der in [»»»](#) Tabelle 1.5.2 aufgeführten Merkmale davon ausgegangen werden, dass es sich bei den Pendlern tendenziell um eine positiv selektierte Gruppe handelt, bei denen die potenziell gesundheitlichen Nachteile des Pendelns durch die Vorteile der sozialen Lage bzw. Stellung im

Beruf ausgeglichen werden. Zum anderen liegt die Vermutung nahe, dass Pendler nicht so häufig wie nichtpendelnde Beschäftigte den Arzt aufsuchen und schon deshalb weniger Arzneimittelverordnungen in Anspruch nehmen. Unabhängig von diesen weiteren Einflussfaktoren lässt sich die bereits im Vorwort des diesjährigen Reports formulierte Frage,

ob Pendeln gut oder schlecht für die Gesundheit ist, mit dem bereits aus den vorherigen Kapiteln bekannten „es kommt darauf an“ beantworten. Im arbeitsweltlichen Kontext wird die aktuelle Entwicklung der Mobilität im Rahmen der massiven Ausweitung des mobilen Arbeitens bzw. von Homeoffice zukünftig weiterhin von hoher Relevanz sein.

Schwerpunkt Praxis



Mobiles Arbeiten – Innovation oder Selbstverständlichkeit?

Markus Schreier und Rüdiger Schüller
pronova BKK, Ludwigshafen

Die pronova BKK unterstützt mobile Arbeit und berichtet über Vor- und Nachteile der Arbeitsform.

Ist mobiles Arbeiten besonders innovativ? Oder ist es in Zeiten schneller Veränderungen nur noch eine von vielen Voraussetzungen, um agil und erfolgreich zu sein?

Der erste Teil des Beitrages beleuchtet die Aspekte der Entgrenzung der Arbeit, das Thema Führung, die möglichen Auswirkungen des Teambuildings sowie Aspekte der Ergonomie und der Arbeitssicherheit. Im zweiten Teil des Beitrags dreht sich alles um eigene Erfahrungen: Die pronova BKK startete vor mehreren Jahren das Projekt „Mobile Workplace“ – zahlreiche Beschäftigte arbeiten seitdem größtenteils außerhalb der Betriebsstätte.

Mobiles Arbeiten ist doch eigentlich keine neue Erfindung

Im Grunde ist mobiles Arbeiten so alt wie das Arbeiten selbst. Denn die Arbeit hat sich schon immer dem Aufgabenzweck und den entsprechenden Bedingungen angepasst. Der Post-Kutscher war beispielsweise häufig unterwegs, der Waffenschmied hingegen an seiner Feuerstelle an einem Ort gebunden. Mit der Industrialisierung wurden jedoch die Tätigkeiten von der ursprünglichen Bindung einer Aufgabe gelöst (Taylorismus [4]). Seitdem entstehen vermehrt Arbeitssituationen, die ortsunabhängig sind.

Eine wichtige Erkenntnis: Fortwährende Zergliederung und Spezialisierung von Arbeitsschritten und -prozessen bei komplexen Aufgabenstellungen tragen nicht weiter zur Ergebnisverbesserung bei. Außerdem entstehen seit Längerem weitere Anforderungen an Arbeit, wie etwa Zufriedenheit, Handlungsspielraum [3] und Bindung der Beschäftigten, persönliche und gesellschaftliche Ressourcen aber auch Sicherheits- und Umweltaspekte. Hierzu kann mobiles Arbeiten einen positiven Beitrag leisten.

Die Corona-Krise wirkt wie ein Brennglas der Möglichkeiten, denn hinter allen diesen genannten

Aspekten stecken lang geübte und gelebte Gewohnheiten, Entscheidungsbegründungen und Traditionen, die durch einen heftigen externen Impuls in kürzester Zeit verändert werden mussten. Im weiteren Verlauf ist es unbedingt notwendig, diese Einstellungen auch zu hinterfragen. Denn die Resultate geben uns Recht. Das Arbeitsergebnis in einer Zeit der erzwungenen Mobilität und der Heimarbeit ist gut. Einige Befürchtungen, die vermeintlich fehlende Orientierung und das fehlende organisatorische Korsett führe zu Ineffizienz, hat sich nach aktuellem Kenntnisstand nicht bewahrheitet. Im Gegenteil, es gibt Anzeichen, dass sich Personen und virtuelle Teams dadurch vielfältig selbst organisieren und dass das Arbeitsergebnis besser ist als vor der Corona-Pandemie.

Herausforderungen mobiler Arbeit

Entgrenzung im Rahmen mobiler Arbeit

Ohnehin aufkommende Arbeitsmarktprozesse hin zu einer stärkeren Individualisierung und Selbstvermarktung der eigenen Arbeitskraft werden durch die Möglichkeit, mobil zu arbeiten, beschleunigt. Arbeit wird so nach und nach entgrenzt, dies bezieht sich auf verschiedene Perspektiven: räumlich, zeitlich, sozial und technisch (III Abbildung 1)

Mit der Entgrenzung der Arbeit durch mobiles Arbeiten gehen vielfältige Chancen und Risiken einher (III Tabelle 1). Als Folge bedarf es einer verstärkten selbständigen Planung, Steuerung und Überwachung der eigenen Tätigkeit (Selbstkontrolle). Der (Arbeits-)Alltag zu Hause, sogar der ganze Lebenslauf, muss selbständig organisiert werden (Selbst-Rationalisierung). Der „Betrieb“ hält Einzug in das private Leben, etwa in die Lebensräume, und beeinflusst die persönliche Lebensführung [2]. Viele haben diese Entgrenzung auch bereits vorher durch Gespräche und Gedanken praktiziert. Nun ist der Kontakt jedoch fast unweigerlich auch da. Das betriebliche

Abbildung 1 Die Dimensionen von Entgrenzung



- innere Haltung überdenken (etwa Einstellung zur Arbeit, Abgrenzung, Perfektionismus ablegen)
- sich selbst motivieren: Positives der mobilen Arbeit sich selbst gegenüber verdeutlichen
- Erholungszeiten einhalten, regelmäßige störungsfreie und entspannende Pausen vorsehen
- Entspannungstechniken anwenden (beispielsweise Atemübungen)
- zwischendurch bewegen
- private Sozialkontakte pflegen
- bei Unter- oder Überforderung das Gespräch mit der Führungskraft suchen

Führen und mobiles Arbeiten: Passt das zusammen?

Der zweite Aspekt zum Thema dreht sich um Führung. Dazu beleuchten wir zwei Fragestellungen:

1. Benötigen mobil arbeitende Beschäftigte eine besondere Führung?
2. Ist das Führen von Personen mit mobilen Arbeitsmöglichkeiten eine besondere Herausforderung?

Die Frage nach guter Führung

Was bedeutet gutes Führen? Das wollen wir kurz zusammentragen und schauen, ob es dann Unterschiede zwischen den Beschäftigtengruppen geben kann.

Geschehen ereignet sich „vor den Augen“ des persönlichen Umfelds beispielsweise der Familie.

Um die Chancen und Risiken des mobilen Arbeitens gut auszugleichen, gibt es hilfreiche Techniken des Selbstmanagements.

Was ist Selbstmanagement?

Selbstmanagement setzt voraus, dass eine Person weiß, was ihr guttut und was sie gut kann. Es ist wichtig zu wissen, was zu tun ist, um herausfordernde Situationen gut zu meistern.

Um sich im Arbeitsalltag zu Hause oder unterwegs gut selbst steuern zu können, gibt es vielfältige Möglichkeiten:

- Arbeiten an ruhigen und ergonomisch gestalteten Arbeitsplätzen
- Zeiten und Aufgaben realistisch planen (Zeitmanagement)
- störungsfreie Zeiten für anspruchsvolle Tätigkeiten
- Einhalten von Arbeitszeiten

Gute Führung ...

- ... **orientiert sich an Resultaten:** Wichtig ist, welches Arbeitsergebnis am Ende herauskommt. Ist das Arbeitsergebnis gut messbar? Das ist weniger eine Frage der Arbeitsform (mobil, nicht-mobil) als vielmehr der Komplexität der Aufgabe.
- ... **verbindet Themen zu einem Ganzen:** Die Resultate sind sinnvoll für das Gesamtergebnis. Jedem ist klar, dass er in seinem Umfeld für die Organisation wirkt und handelt. Mobilisten und Nichtmobilisten arbeiten in einem Team zusammen an gemeinsamen Zielen.
- ... **beachtet Menschen:** Menschen sind nicht gleich, jeder hat Stärken und Schwächen, Vorlieben und Abneigungen. Es ist günstiger, die Stärken zu betonen und auszubauen, als mühselig die Schwächen zu beseitigen.

Tabelle 1 Chancen und Risiken mobilen Arbeitens

Chancen	Risiken
■ Familie/Private und Beruf können besser vereint werden	■ nach Feierabend nicht abschalten können
■ Anfahrtszeiten zum Dienstort entfallen größtenteils	■ keine Pausen und Ruhezeiten einhalten
■ Autonomie und selbstbestimmte Gestaltung des Tagesablaufs	■ Kontakt zu den direkten Kolleginnen und Kollegen kann leiden

gen. Die Entwicklung der Fähigkeiten sollte bei allen Mitarbeitenden auf eine angepasste Art und Weise erfolgen.

- ... ist **positiv**: Sowohl in der Sprache als auch in der Darstellung der Themen.
- ... **benötigt Zeit!** Aber welche Führungsaufgabe benötigt keine Zeit? Häufig ist es keine Frage der absoluten Sekunden und Minuten, sondern der konzentrierten Aufmerksamkeit, die dem Thema und dem Menschen zukommen. Die aufgewendete Zeit scheint sich daher nicht in der Führung von mobilen zu nichtmobilen Mitarbeitenden zu unterscheiden.

Also gibt es vielleicht gar nicht so viele Unterschiede in der Führung, ob wir nun mobil arbeiten oder nicht. Grundsätzlich bleibt es aber hingegen für die Führungskräfte eine Herausforderung, Mitarbeitende mit unterschiedlichen Arbeitsbedingungen zu führen – die folgenden Tools können dabei helfen (»»» Abbildung 2).

Vertrauen und loslassen können

Mitarbeitende sind einen Großteil der Arbeitszeit nicht mehr „unter direkter Beobachtung“ der Führungskraft. Eine physische Präsenz konnte den Anschein von Kontrolle und Sicherheit erwecken. Führungskräfte sollten gemeinsam mit ihrem Team herausfinden, wie (gegenseitiges) Vertrauen auch in dieser Arbeitsform entstehen und aufrechterhalten werden kann.

Fürsorgepflicht der Führungskraft

Das mobile Arbeiten bringt nicht nur Chancen, sondern auch gewisse Risiken mit sich. Ist der Arbeitsplatz ergonomisch? Isolieren sich Mitarbeitende? Kommen die Beschäftigten mit der neuen Arbeitssituation zurecht? Die Führungskraft hat auch weiterhin Fürsorge für das gesamte Team zu tragen.

Teamdynamiken steuern

In gemischten Teams (Mobilisten, Nichtmobilisten und weitere Formen) kann es zu Diskussionen über Arbeitsmenge oder den Inhalt der Aufgaben kommen. Auch das soziale Gefüge der unterschiedlichen Mitarbeitergruppen sollte im Auge behalten werden. Die Führungskraft kann mehr darauf achten, Kompetenzen auszubauen, als Vorgaben und Regeln zu verteilen, um weiterhin eine günstige Atmosphäre im Team aufrecht zu erhalten.

Kommunikationsformen, um im Team Arbeitsinhalte zu besprechen

Nicht alle Aufgaben können warten, bis am Präsenztage alle Mitarbeitenden vor Ort sind. Manche benö-

Abbildung 2 Führungserwartungen und Instrumente für (mobiles) Führen



tigen kurzfristig eine gemeinsame Klärung im Team. Hier gilt es zu erproben, welche Form von Kommunikation sich wann anbietet (kurzfristige Telefon- oder Videokonferenzen, Rundmails, geteilte und für alle einsehbare Dokumente, Chat-Rooms).

Also: Führungsansprüche bei unterschiedlichen Arbeitsformen sind gar nicht so groß. Eine gute Führungskraft muss nicht vieles anders machen, wenn sie oder er mobile Beschäftigte begleitet.

Teambildung

Ein Team sein – auch wenn die Teammitglieder an unterschiedlichen Orten arbeiten. Geht das überhaupt? Welche Möglichkeiten ergeben sich dabei? Nachfolgend sind zwei Ansatzpunkte für die Teambildung dargestellt.

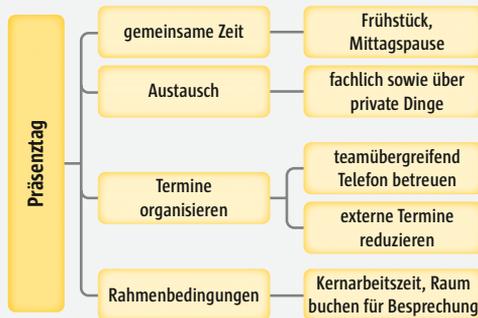
Den Präsenztage gestalten

Ein Präsenztage bringt verschiedene Facetten mit sich, aus denen sich wiederum weitere Möglichkeiten ergeben können (»»» Abbildung 3).

Vor der Einführung des mobilen Arbeitens haben die Beschäftigten in der Regel jeden Tag gemeinsam im Büro verbracht. Jederzeit war ein fachlicher (oder ab und zu auch ein privater) Austausch im Team möglich. Dieser persönliche Austausch konzentriert sich nun vor allem auf den Präsenztage. Grund genug, aus diesem einen „Team-Erlebnistage“ zu machen!

Unser Tipp: Zeit nehmen für das persönliche Gespräch untereinander, dienstliche Termine auf die anderen Arbeitstage verteilen. Muss die Kundenbetreuung durchgängig sichergestellt werden? Können sich beispielsweise auch zwei Teams gegenseitig

Abbildung 3 Den Präsenztage gestalten



vertreten oder teamübergreifend die Telefonie betreuen? Auch eine gemeinsame Mittagspause kann den Zusammenhalt im Team fördern. Oder wie wäre es einmal im Monat mit einem gemeinsamen Frühstück?

Im (digitalen) Austausch bleiben

Auch weiterhin im Austausch zu bleiben, ist wichtig. Welche Möglichkeiten es gibt, abseits des Präsenztages verbunden zu bleiben, zeigt die ►►► Abbildung 4.

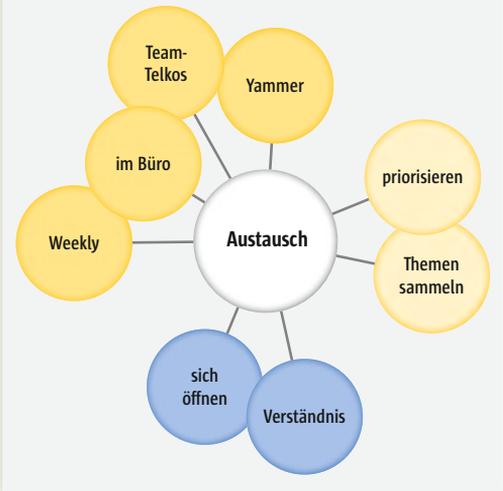
Ob Intranet, regelmäßige Team-Telkos oder „Weekly“-Treffen: Jedes Team darf für sich den passenden Weg finden. Beispielsweise können Themen oder Fragen, die nicht sofort bearbeitet werden müssen, bis zum Präsenztage in einem „Themenspeicher“ gesammelt werden. Dringendes wird natürlich weiterhin direkt über Telefon oder E-Mail geklärt.

Unabhängig von all diesen Techniken und Möglichkeiten des Austausches ist es für alle zentral, gegenseitiges Verständnis füreinander aufzubringen. Ein Team war und ist heterogen: So arbeiten beispielsweise Teilzeit- und Vollzeitkräfte, Jung und Alt zusammen. Mit der mobilen Arbeit kommt nur eine weitere Dimension hinzu. Ein mobiler Arbeitsplatz kann durchaus auch ein Treiber für Teamfähigkeit und keinesfalls ein Hemmschuh sein. Denn die neue Situation kann Zufriedenheit erzeugen und Freiräume für einen wohlwollenden Austausch mit allen Teammitgliedern geben – egal wo sie sind.

Arbeitsschutz und gesunde Arbeitsmöglichkeiten

Unter Arbeitsschutz werden die Maßnahmen, Mittel und Methoden zum Schutz der Beschäftigten vor arbeitsbedingten Sicherheits- und Gesundheitsge-

Abbildung 4 Im (digitalen) Austausch bleiben



fährdungen verstanden. Ziel ist die Verhütung von Arbeitsunfällen und der Schutz der Gesundheit der Beschäftigten.

Das Thema Arbeitsschutz hat bei der mobilen Arbeit eine besondere Bedeutung. Mobiles Arbeiten kann und soll „überall“ stattfinden. Die Voraussetzungen zur Einhaltung der Arbeits- und Gesundheitsbestimmungen an anderen Arbeitsorten können jedoch nicht flächendeckend geprüft werden. Das Unternehmen beziehungsweise die Arbeitssicherheit kann nur in den Diensträumen für die entsprechende Ausstattung und Prüfung sorgen. Die Mitarbeitenden müssen sich daher mit darum kümmern, dass sie unter gesunden Arbeitsbedingungen arbeiten.

Ein wichtiger Faktor beim Thema Arbeitszeit ist die „Entgrenzung“. Der zweite große Faktor betrifft die Ergonomie mobiler Arbeitsplätze. Hier gelten vorwiegend dieselben Grundsätze wie an allen anderen Bildschirmarbeitsplätzen auch. Besonders bedeutsam: Belastende Körperhaltungen (etwa Einklemmen des Telefons am Kopf, gebückt mit dem Tablet oder Laptop auf dem Schoß schreiben) sind zu vermeiden, da sonst Schulter- und Nackenverspannungen entstehen können.

Mobiles Arbeiten: So geht es besser

- Wer mit dem Notebook arbeitet, sollte auf eine gute technische Ausstattung achten, etwa auf entspiegelte (matte) Bildschirme. Auch die Umgebungsbeleuchtung ist wichtig, um Spiegelungen zu vermeiden. Eine zusätzliche PC-Maus kann technisch hilfreich sein.

- Außerhalb des Büros nicht am erstbesten Ort losarbeiten, sondern nach einem halbwegs ruhigen und bequemen Platz Ausschau halten. Zwischen Bildschirm und Auge sollte eine Entfernung von 50 bis 60 cm sein.
- Der Mensch braucht regelmäßige Pausen und Erholungsphasen. Nicht nur, um zu essen und zu trinken, sondern vor allem auch, um sich zu bewegen. Menschen sind nicht fürs „Dauersitzen“ konstruiert. Am besten zwischendurch immer mal wieder aufstehen, Blick in die Ferne schweifen und ein paar Schritte gehen – am besten an der frischen Luft. Wer sich die Zeit nimmt, um sich ein wenig zu strecken und zu dehnen, kann sich auch wieder besser auf die Arbeit konzentrieren.
- Zeiten festlegen, in denen alle Ablenkungen vorübergehend ausgeschaltet sind, um wirklich konzentriert zu arbeiten. Es ist unbestritten, dass der Versuch, mehrere Aufgaben nebeneinander zu erledigen, die Arbeit behindert statt erleichtert und im Endeffekt kostbare Zeit kostet.
- Wer viel unterwegs arbeitet, sollte proaktiv den Kontakt mit den Kollegen und Kolleginnen halten und sich ebenso um regelmäßiges Feedback seiner Vorgesetzten kümmern.
- Feierabend ist Feierabend! Die Zeit für Regeneration, Ausgleich und soziale Kontakte ist wichtig für die Erholung und sollte nicht vom beruflichen Tagesgeschäft beeinträchtigt werden.
- Auch Berufsgenossenschaften haben gute Tipps, wenn es um Ergonomie geht (z.B. [1]).

Mobile Arbeit bei der pronova BKK – Wir machen es!

Die pronova BKK ist selbst ein gutes Beispiel für die Einführung und das Nutzen von Ressourcen rund um mobiles Arbeiten. „Mobile Workplace“ ist seit Einführung bei der pronova BKK 2016 ein bei vielen Mitarbeitenden beliebtes und begehrtes Arbeitsmodell. Bis 2021 können nun alle Mitarbeitenden, die wollen und mobilfähig sind, ins mobile Arbeiten wechseln. So der bisherige Plan, doch aufgrund der Corona-Pandemie dreht sich auch unsere Welt ein wenig schneller.

„Wir haben glücklicherweise bereits vor einigen Jahren begonnen, unser Arbeitsmodell ‚Mobile Workplace‘ in verschiedensten Bereichen der pronova BKK auf seine Einsatzfähigkeit zu testen.“

Diese Erfahrungen konnten wir schnell in eine breite Umsetzung bringen – zum Vorteil von Mitarbeitenden und Arbeitgeberin. Heute arbeiten mehr als die Hälfte aller Mitarbeitenden mobil – mit weiter steigender Tendenz.“

Lutz Kaiser, Vorstand der pronova BKK

„Anders wie bei herkömmlichen Telearbeitsplätzen handelt es sich nicht um feste Heimarbeitsplätze, sondern das Arbeiten ist grundsätzlich von überall in der Bundesrepublik erlaubt.“

Frank Wimmer, Personalratsvorsitzender der pronova BKK

Die Personalentwicklung der pronova BKK führte zwei Befragungen unter mobil Arbeitenden und im Büro Arbeitenden zu gleichen Teilen durch. Die Umfrageergebnisse zeigen, dass „Mobile Workplace“ grundsätzlich positiv bewertet wird. Beide Befragungsgruppen sind sich darin einig:

1. Die Beteiligung der mobil arbeitenden Kolleginnen und Kollegen am Teamgeschehen ist vorbildlich und wird mit den Schulnoten „gut“ bis „sehr gut“ bewertet.
2. Obwohl viele Teams sogenannte Misch-Teams sind, also aus stationären und mobilen Beschäftigten zusammengesetzt sind, leiden das Wir-Gefühl und die Zusammenarbeit nicht unter dem räumlichen Abstand der Teammitglieder. Im Gegenteil: Die Befragten bewerteten den Zusammenhalt ebenfalls positiv („gut“ bis „sehr gut“).
3. Kritischere Stimmen gab es hingegen bei der Betreuung von Auszubildenden, dem Drucken von Unterlagen und der Übernahme von Spätdiensten: Diese Alltagsaufgaben werden laut der Umfrage als die größten Herausforderungen am mobilen und stationären Arbeitsplatz gesehen.

Mit Blick auf die Umfrageergebnisse lässt sich sagen: Die Corona-Pandemie rüttelt nicht an den positiven Errungenschaften des „Mobile Workplace“, im Gegenteil! Die positiven Rückmeldungen der verstärkten Zusammenarbeit „auf Abstand“ bestätigen dies. Mit Mobile Workplace konnten wir uns schnell auf die coronabedingten Veränderungen einstellen.

Wir merken, dass mobiles Arbeiten im Grunde nur eine Arbeitsform unter mehreren ist. Diese ist von ihrem Wesen weder positiv noch negativ. Mobiles Arbeiten zahlt dann besonders in Effizienz, Kreativität und Tempo der Arbeitsleistung ein, wenn es mit weiteren Eigenschaften verbunden wird. Hierzu zählen die technischen Bedingungen, Wertschätzung

und Vertrauen sowie agile Arbeitsmethoden. Für die pronova BKK ist die Bilanz nach vier Jahren positiv:

„Durch diese neue Arbeitsform haben wir die Möglichkeit einer besseren Work-Life-Balance für unsere Kolleginnen und Kollegen erreicht. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist dadurch gestiegen. Der Krankenstand ist gesunken. Die Einhaltung der Arbeitsschutzgesetze ist auch gewährleistet. Alles in allem ein weiterer Baustein, um die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen.“

Frank Wimmer, Personalratsvorsitzender der pronova BKK

„Mobiles Arbeiten erleichtert aus Gleichstellungssicht immens die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die Work-Life-Balance für alle. Wenn wir uns vorstellen, dass unter anderem der Fahrtweg wegfällt, bleibt viel mehr Zeit für die Versorgung der Kinder oder die Pflege von Angehörigen. Die Arbeitsstunden können individueller und flexibler eingeteilt werden, die Zufriedenheit steigt und die Arbeitsunfähigkeitsrate sinkt.“

Beate Tiemann, Gleichstellungsbeauftragte der pronova BKK

„Die Zeit der Weiterentwicklung konnten wir gut nutzen, um Arbeitsstrukturen zu prüfen bzw. anzupassen und neue Anforderungen auch an die Führungskräfte zu berücksichtigen. Damit leisten wir einen – auch unternehmenskulturellen – Beitrag zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Pflege. Ein Angebot, das unsere Mitarbeitenden sehr zu schätzen wissen und nicht mehr missen möchten, wie unsere internen Umfragen belegen.“

Lutz Kaiser, Vorstand der pronova BKK

Literatur

1. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2015): Einsatz mobiler Informations- und Kommunikationstechnologie an Arbeitsplätzen. DGUV Information 211-040, Berlin
2. Pongratz, H.J., & Voss, G.G. (2004): Typisch Arbeitskraftunternehmer?: Befunde der empirischen Arbeitsforschung. Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung: Vol. 56. Berlin: Edition sigma.
3. Schüller, R. (1999): „Modell-theoretische Grundannahmen eines modernen betrieblichen Gesundheitsmanagement – Möglichkeiten zur Einordnung von sogenannten weichen Faktoren“. In: ErgoMed. Jg. 23. Nr. 3
4. Taylor, F.W. (1911): The principles of scientific management. Cosimo, New York 2006. Nachdruck der Ausgabe: Harper & Brothers, London 1911



Markus Schreier

Der Krankenkassenbetriebswirt ist ein Kind der gesetzlichen Krankenversicherung und begann seine Ausbildung bei einer großen Krankenkasse bereits 1983. Die Aufgaben und Herausforderungen in den verschiedenen Aufgabenbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung kennt er sowohl aus operativen als auch leitenden Positionen. Durch die Tätigkeit bei Unternehmen lernte er darüber hinaus auch die verschiedenen Kassenarten sehr gut kennen. Seit 2011 ist Markus Schreier für die Gesundheitsförderung der pronova BKK als Abteilungsmanager verantwortlich.



Rüdiger Schüller

Der Diplom-Sportlehrer studierte bis 1994 an der Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS) mit dem Schwerpunkt Sportsoziologie und Trainingslehre. Anschließend hatte er 1995/1996 eine Tutorenstelle am Soziologischen Institut der DSHS und war ab 2007 Doktorand am Institut für Arbeitsmedizin und Hygiene der Universitätsklinik Duisburg-Essen. Seit 1998 ist er als Berater für Betriebliches Gesundheitsmanagement in verschiedenen Betriebskrankenkassen tätig, seit 2010 bei der pronova BKK in der Abteilung Gesundheitsförderung.

Betriebliches Mobilitätsmanagement bei Bosch: Beitrag zu Umweltschutz und Gesundheit

Ruth Schulze

Robert Bosch GmbH, Stuttgart

Für Bosch ist die Gesundheit der Mitarbeiter ein wichtiges Anliegen: nicht nur im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements versucht das Unternehmen, die Mitarbeiter gesund zu erhalten. So werden neben Sportangeboten auch Konzepte erarbeitet, um Stress für die Mitarbeiter zu reduzieren. Dabei nutzt der Konzern agile Kooperationsmethoden und sämtliche modernen Kommunikationskanäle. Und er profitiert von der engen Zusammenarbeit mit der Bosch BKK: E-Learning-Tools zum Umgang mit psychischen Belastungen wurden unternehmensspezifisch angepasst und ins „befit“-Gesundheitsmanagement integriert, BKK Kampagnen stärken mittels Online-Seminaren und anderen digitalen oder Präsenz-Angeboten die Gesundheitskompetenz der Beschäftigten. Kompakte Programme wie „Health4you“, „Zeit für mich“ und „fokussiert“ finden regen Zuspruch und werden von den Teilnehmern sehr positiv und als nützlich bewertet. Die Angebote in der Gesundheitsförderung konzentrierten sich bisher stark auf den Arbeitsplatz im Betrieb, ergänzt wird der Blick auf das tägliche Pendeln der Mitarbeiter: Das Auto ist nach wie vor das Haupttransportmittel für den Weg zur Arbeit für unsere rund 130.000 Mitarbeiter in Deutschland. Im Ballungsraum Stuttgart verbringen rund 46% der Autopendler täglich über 60 Minuten auf dem Fahrersitz. Die betrieblichen Gesundheitsexperten sehen die zusätzlichen Zeiten auf dem starren Autositz und die teilweise erhöhte psychische Mehrbelastung aufgrund des steigenden Verkehrsaufkommens als lohnendes und wichtiges Handlungsfeld der Gesundheitsförderung an. Es bildet sich eine wertvolle Verbindung zwischen den betrieblichen Playern im Mobilitätsmanagement und Gesundheitsmanagement heraus. Die Mobilität körperlich aktiver, sicherer und psychisch entspannter zu gestalten, um die Gesundheit der Mitarbeiter beim täglichen Pendeln zu stärken, lautet die gemeinsame Zielsetzung.

Bosch kündigte vor knapp einem Jahr an, als erstes global agierendes Industrieunternehmen bereits

Ende 2020 weltweit an allen 400 Standorten klimaneutral zu werden und hält trotz Corona-Krise an diesem Ziel fest. *„Wenngleich andere Themen gegenwärtig im Fokus stehen, dürfen wir die Zukunft unseres Planeten nicht aus dem Blick verlieren“*, sagte Volkmар Denner, Vorsitzender der Geschäftsführung.

Die Bosch Gruppe ist ein international führendes Technologie- und Dienstleistungsunternehmen mit weltweit rund 400.000 Mitarbeitern (Stand: 31.12.2019). Sie erwirtschaftete im Geschäftsjahr 2019 einen Umsatz von 77,7 Milliarden Euro. Die Aktivitäten gliedern sich in die vier Unternehmensbereiche Mobility Solutions, Industrial Technology, Consumer Goods sowie Energy and Building Technology. Als führender Anbieter im Internet der Dinge (IoT) bietet Bosch innovative Lösungen für Smart Home, Industrie 4.0 und Connected Mobility.

Bosch verfolgt die Vision einer nachhaltigen, sicheren und begeisternden Mobilität. Und das nicht nur als Automobilzulieferer, sondern auch im Sinne eines gesellschaftlichen Beitrags für die Regionen, in denen Bosch aktiv ist. So engagiert sich Bosch aktiv in mehreren Initiativen im Großraum Stuttgart, um gemeinsam mit anderen Arbeitgebern der Region Erfahrungen im betrieblichen Mobilitätsmanagement auszutauschen.

Der Großraum Stuttgart ist die Region, in der die meisten Bosch Mitarbeiter leben und arbeiten: Jeden Tag investieren die ca. 55.000 Mitarbeiter von Bosch – einem der größten Arbeitgeber im Großraum Stuttgart – gemeinsam 6,4 Jahre auf ihrem Weg zur Arbeit. Kumuliert wird dabei die Strecke von 1,6 Mio. km zurückgelegt. Im Durchschnitt legt damit jeder Mitarbeiter auf dem Arbeitsweg 36 km zurück. Diese Zahlen waren für das Unternehmen Anlass, im April 2019 die Initiative „go for mobility“ für die Pilotregion Stuttgart zu starten. Die Zielsetzung: mit

betrieblichem Mobilitätsmanagement die Mobilitätsbedürfnisse der Mitarbeiter zu treffen, Verkehr zu reduzieren und gleichzeitig zum Umweltschutz beizutragen. Diese teilweise konkurrierenden Ziele miteinander zu verbinden, ist die Herausforderung.



„Wir sind Automobilzulieferer, aber gerade in den Ballungsräumen helfen wir unseren Mitarbeitern, das eigene Auto stehen zu lassen.“

Volkmar Denner, Chairman of the board

Das Team des betrieblichen Mobilitätsmanagements nimmt diese Herausforderung gern an und arbeitet, gemeinsam mit den mehr als 15 Bosch Standorten im Raum Stuttgart daran, die „richtige“ Mobilität zu fördern: Entscheidend dafür ist – nach der Zielsetzung von Bosch – neben dem Beitrag eines Mobilitätsangebotes zum Umweltschutz und zur Verbesserung der Luftqualität auch immer der Aspekt, ob die Nutzung für die Mitarbeiter attraktiv ist. Eine zusätzliche Intention der Initiative ist es, die Gesundheit der Mitarbeiter zu fördern – beispielsweise durch aktive Förderung des Fahrradfahrens oder auch durch Mobilitätsangebote, die die Belastung durch Stress stark reduzieren sollen.

Einfach, bequem und umweltschonend zum Arbeitsplatz – das Mobilitätsportfolio der Robert Bosch GmbH

Das sogenannte Mobilitätsportfolio (»»» Abbildung 1) ist das zentrale Element, über das Mobilitätsangebote systematisch analysiert und für den jeweiligen Bosch Standort angepasst werden können. Betriebliche Mobilität sollte aus Sicht des Unternehmens Bosch flexibel, multi-modal und dynamisch sein – nur so können die unterschiedlichen Bedürfnisse der Mitarbeiter getroffen werden. Dies ergab auch eine Umfrage unter den Mitarbeitern in der Pilotregion Stuttgart, die im Frühjahr 2019 durchgeführt wurde. Die hohe Teilnahmequote von 49 Prozent an den Umfragen verdeutlichte, dass die tägliche Mobilität eine hohe Bedeutung für die Mitarbeiter hat. Die Erkenntnisse speisen sich aus zwei Quellen: Neben einer Online- Befragung wurden parallel Face-to-Face-Interviews durchgeführt, mit dem Ziel, die persönliche Mobilitätssituation, Treiber und Barrieren der Verkehrsmittelwahl, Bedürfnisse und Wünsche der Mitarbeiter im Detail zu verstehen.

Hier ein kleiner Einblick in die Ergebnisse der Umfrage: PKW-Fahrer nennen Flexibilität und ge-

ringe Fahrtzeit als Gründe für die Verkehrsmittelwahl. Für ÖPNV-Nutzer und Radfahrer stehen Umweltaspekte, aber auch die Vermeidung von Stau im Vordergrund. Radfahrer treiben gesundheitliche Gründe und Bewegung an.

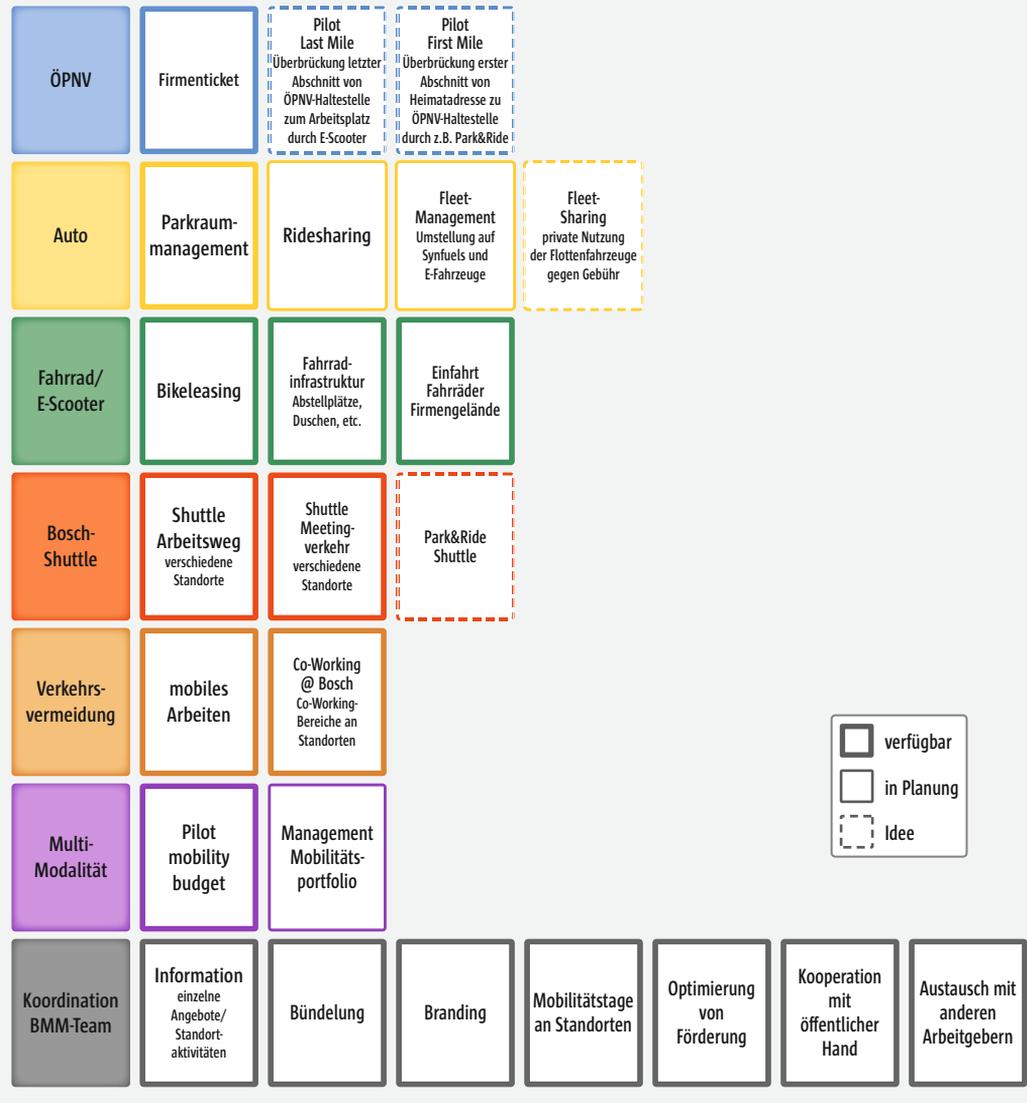
Ziel ist es, an jedem der mehr als 15 Bosch-Standorte im Großraum Stuttgart ein für die lokalen Herausforderungen passendes Mobilitätsportfolio umzusetzen: Konkret heißt das, dass die Anbindung mit und an den ÖPNV optimiert wird. Hier kann Bosch natürlich nur mittelbar Einfluss nehmen, d.h. konstruktive Zusammenarbeit mit Städten, Kommunen und den Verkehrsbetrieben wird bereits aktiv gelebt.

Bisher ist das Auto das Hauptverkehrsmittel aller Bosch Mitarbeiter. Aktuell wird daran gearbeitet, die passende „Ridesharing-Plattform“ zu identifizieren, auf der sich Bosch Mitarbeiter via App fürs Mitfahren finden und suchen können – so werden Emissionen und Kosten reduziert. Angestrebt ist auch eine effiziente und nachhaltige Nutzung von Parkraum: zum Beispiel die Buchung von Parkplätzen oder auch die Reservierung für Mitarbeitergruppen, die aufgrund eines frühen Schichtbeginns nicht auf den ÖPNV ausweichen können. Am größten Standort Feuerbach ist eine Pilotierung dieses Ansatzes geplant.

Neben dem Auto wird zunehmen das Fahrrad – auch verstärkt durch den „Corona Effekt“ – zur ernstzunehmenden Alternative für den täglichen Arbeitsweg. Bosch stellt entsprechende Infrastruktur wie gute Abstellmöglichkeiten, Duschen, Umkleiden und Reparaturkits zur Verfügung. Zudem können Bosch Mitarbeiter seit 2018 auch über Entgeltumwandlung bis zu zwei Fahrräder, dazu gehören auch E-Bikes, leasen – ein Angebot, das sehr aktiv genutzt wird: Aktuell fahren bereits mehr als 15.000 Räder mit Boschlern auf deutschen Straßen. Die Mitarbeiter radeln am stressigen Stau vorbei und tun etwas für ihre Gesundheit.

Ein relativ neues Element im Portfolio sind Bosch Shuttle Busse, die entweder für die Fahrt zu Besprechungen oder auch für den Arbeitsweg zu etwas entlegeneren Standorten eingesetzt werden. Das Angebot wurde extrem gut angenommen – aufgrund von COVID-19 pausiert aktuell allerdings deren Betrieb, der Wiederanlauf ist mit zunehmender Rückkehr der Mitarbeiter an die Standorte geplant. Die Attraktivität der Busse geht vor allem darauf zurück, dass Mitarbeiter die Fahrtzeit aktiv als Arbeitszeit nutzen oder aber auch für Lesen oder Schlafen. So wird der Arbeitsweg zur „quality time“ – WLAN an Bord und mobiles Arbeiten machen es möglich. Der positive

Abbildung 1 Das Mobilitätsportfolio der Robert Bosch GmbH



Nebeneffekt, dass Stress beim alternativen Autofahren bzw. Zeit im Stau vermieden wird, hat ebenfalls einen hohen Wert für die Mitarbeiter und trägt zum entspannten Ankommen am Arbeitsplatz bei.

Mobiles Arbeiten

Mobiles Arbeiten hatte schon vor COVID-19 und dem damit verbundenen Shutdown von Bosch Standort-

ten eine hohe Bedeutung im Bosch Konzern: Bereits seit 2014 ermöglicht eine interne Regelung den Mitarbeitern in Deutschland das „mobile Arbeiten“ – sie können Zeit und Ort der Arbeitsleistung flexibel und eigenverantwortlich in Abstimmung mit der Führungskraft wählen. Auch unter dem Aspekt der Mobilität hat diese Möglichkeit große Vorteile: Der Arbeitsweg entfällt; der Verkehr wird reduziert. Eine Alternative sind „Co-Working Spaces“ für Bosch Mitarbeiter, die sukzessive an vielen Bosch Standorten

umgesetzt werden sollen und den Mitarbeitern einen vollwertigen Arbeitsplatz in der Nähe ihres Wohnorts ermöglichen: Viele der Mitarbeiter fahren auf dem Weg zu ihrem Büro an mindestens einem weiteren Bosch Standort vorbei, den sie – wenn Homeoffice für sie keine attraktive Alternative ist – ebenfalls als Arbeitsort nutzen können.

Die Initiative „go for mobility“

Neben aktiven Mobilitätsangeboten ist Information und Kommunikation wesentlich für den Erfolg der Initiative „go for mobility“: Die Mitarbeiter finden an einem Ort im Intranet bzw. der internen Informationsplattform alle relevanten Mobilitätsinformationen für ihren Standort. Zusätzlich wurde eine Kommunikationskampagne gestartet, die darauf abzielt, Mitarbeiter für die Nutzung neuer Angebote zu motivieren und zum Umdenken anzuregen. Unter dem Motto „go for mobility“ werden Bosch Mitarbeiter über das Portfolio des betrieblichen Mobilitätsmanagements informiert und mit einem Augenzwinkern zum Mitmachen aufgefordert (» Abbildung 2 und 3).

Die Initiative wird durch ein zentrales Core-Team vorangetrieben, das gemischt aus den Funktionen Real Estate, Fleet Management und Personalbereich zusammengesetzt ist. Von dort wird das Netzwerk

der Standorte koordiniert, welches darauf abzielt, den Austausch und das Lernen über best practices zu fördern. Zudem werden neue Mobilitätsangebote für das Portfolio entwickelt und gemeinsam mit Standorten erprobt. Wichtig ist selbstverständlich auch der Austausch mit anderen Arbeitgebern der Regionen sowie mit Städten und Kommunen – Mobilität ist in allen Dimensionen ein Netzwerk-Thema.

Für Bosch ist ein wesentlicher Schlüsselfaktor für den Erfolg der betrieblichen Mobilität das lokale Mobilitätsmanagement an jedem Standort, das am besten beurteilen kann, wie die Bedürfnisse der Mitarbeiter vor Ort aussehen und welche Mobilitätsmaßnahmen sinnvoll und erfolgsversprechend sind. In der Regel wird Mobilität aus einem Team aus Facility Management, People Management und oft auch Arbeitnehmervertretern gestaltet. Aus Sicht des Unternehmens führt die Vielfalt an Perspektiven zu den besten Ergebnissen.

Aktuell arbeiten gemischte Teams mithilfe der Szenariotechnik an der Frage, wie sich Arbeiten bei Bosch – auch vor allem ausgelöst durch die Erfahrungen während des Shuttdowns der Corona Pandemie – verändern wird. Neben unmittelbarem Einfluss auf die Planung von Liegenschaften würden sich dementsprechend natürlich auch die Anforderungen bzw. der Umfang von betrieblicher Mobilität ändern. Mobilität ist und bleibt ein hoch dynamisches Thema!

Abbildung 2 Bus „go for mobility“



Abbildung 3 Poster „go for mobility“

The poster features the Bosch logo at the top right with the tagline 'Technik fürs Leben'. The main text reads 'Warum müssen wir jeden Tag 4x zum Mond?' where '4x' and 'Mond?' are highlighted with blue brushstrokes. At the bottom, it includes the text: 'Unglaublich, aber wahr: Allein wir Boschler*innen im Großraum Stuttgart pendeln täglich 1,6 Mio. Kilometer. Es wird Zeit, dass wir unsere Mobilität überdenken. Und überholen. Jetzt mit Go for Mobility. Machen Sie mit bei unserer Initiative für neue Mobilität. Im BGN unter bgn.bosch.com/alias/goformobility' and the 'GO FOR MOBILITY' logo with the slogan 'Wir denken um'.

The poster features the Bosch logo at the top right with the tagline 'Technik fürs Leben'. The main text reads 'Warum hat unser Fußabdruck Größe 257?' where 'Fußabdruck' and '257?' are highlighted with blue brushstrokes. At the bottom, it includes the text: 'Unglaublich, aber wahr: Allein wir Boschler*innen im Großraum Stuttgart erzeugen beim Pendeln täglich 257 Tonnen CO₂. Es wird Zeit, dass wir unsere Mobilität überdenken. Und überholen. Jetzt mit Go for Mobility. Machen Sie mit bei unserer Initiative für neue Mobilität. Im BGN unter bgn.bosch.com/alias/goformobility' and the 'GO FOR MOBILITY' logo with the slogan 'Wir denken um'.



Ruth Schulze

Ruth Schulze studierte Betriebswirtschaftslehre und Unternehmensführung an der Handelshochschule Leipzig (HHL), in Freiberg, Prag und Aix-en-Provence bevor sie 2002 als Management-Trainee bei der Robert Bosch GmbH einstieg.

Nach unterschiedlichen Stationen mit Fach- und Führungsaufgaben in Bosch Geschäftsbereichen ist sie seit 2015 als Director Employment Conditions im People Management für Bosch tätig. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt darin, das betriebliche Mobilitätsmanagement von Bosch nachhaltig weiterzuentwickeln: Neben dem Ausbau des Mobilitätsportfolios, den sie gemeinsam mit dem Core Team koordiniert, arbeitete sie z.B. an der Einführung des Fahrradleasings für Bosch in Deutschland und aktuell an einer an CO₂-Zielwerten orientierten Neuausrichtung der Dienstwagenflotte.

„MADAM – Mobile Arbeit wird digital – Digitale Arbeit wird mobil“: auf dem Weg zur agilen Organisation durch Beteiligung und Mitbestimmung der Belegschaft

Aleksandra Lewandowska¹, Beate Hunold¹, Ines Roth² und Ronald Petzold¹

¹ Leipziger Verkehrsbetriebe

² INPUT Consulting, Stuttgart

MADAM – Quo Vadis?

Auf dem Weg zur Agilität in der neuen Arbeitswelt

In Zeiten der digitalen Transformation ist die Fachkräftesicherung eine große Herausforderung für Wirtschaft und Gesellschaft. Besonders in kommunalen Betrieben verläuft die Transformation in unterschiedlichen Geschwindigkeiten und nimmt verschiedene Dimensionen an [1]. Viele Betriebe leiden unter dem vielfach diskutierten Fachkräftemangel. Der öffentliche Personennahverkehr (ÖPNV) soll modern, digital und zukunftsfähig werden. Aber sie können in der Regel nicht mit hohen Gehältern aufwarten und stellen den Beruf des Fahrers nicht ausreichend attraktiv dar. Umso wichtiger ist es, bestehende Potenziale besser zu nutzen und attraktive Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten zu schaffen. Um dies zu meistern, haben sich die Leipziger Verkehrsbetriebe (LVB) mit dem Lern- und Experimentierraum MADAM (Mobile Arbeit wird digital, digitale Arbeit wird mobil) im November 2018 auf den Weg gemacht, die Digitalisierung zu nutzen, um ein attraktives Arbeitsumfeld zu schaffen – nicht nur für zukünftige Mitarbeiter*innen, sondern auch für die bestehende Belegschaft.

MADAM will auch klein- und mittelständische Unternehmen (KMU) aus der Kommunalwirtschaft ermutigen, ähnliche Transformationsprozesse in ihren Unternehmen anzustoßen. Die Erfahrungen und Lösungsansätze aus MADAM werden den Unternehmen in Form von Handlungsleitfäden, Transferworkshops und einer digitalen Toolbox zur Verfügung gestellt.

MADAM ist ein Lern- und Experimentierraum, welcher vom Bundesministerium für Arbeit und So-

ziales (BMAS) im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA, www.inqa.de) gefördert wird (Projektlaufzeit 01.11.2018 bis 31.10.2021). Die Lern- und Experimentierräume sind ein zentrales Instrument der INQA, um Unternehmen und ihre Beschäftigten dabei zu unterstützen, die Herausforderungen der digitalen Transformation sozialpartnerschaftlich zu bewältigen.

Das Ziel des Vorhabens besteht in der innovativen und partizipativen Gestaltung von Lösungen für digital-mobile Arbeit und Führung für verschiedene Beschäftigtengruppen unter den besonderen Bedingungen eines kommunalen Verkehrsbetriebs. Die entwickelten Lösungen sollen vor allem die Kommunikation und das Zugehörigkeitsgefühl im Unternehmen stärken, die Selbstorganisation und Selbstwirksamkeit der Beschäftigten steigern und Führungskompetenzen für eine erfolgreiche digitale Transformation ermitteln und stärken. Um den Prozess und die Effekte der entwickelten Lösungen bewerten zu können, wird das Projekt extern evaluiert.

Projektziele und Zielgruppen

In drei Teilprojekten widmen sich interdisziplinäre Projektteams den nachfolgend erläuterten Fragestellungen.

Teilprojekt 1: Mobile Arbeit wird digital

Die bislang mobil und gleichzeitig isoliert arbeitenden Fahrer*innen sollen mithilfe mobiler Endgeräte, z. B. eines bereits durch Fahrer*innen verwendeten Tablets, besser vernetzt werden, um sie stärker in die betrieblichen und sozialen Prozesse des Unternehmens zu integrieren. Die Lösung soll gleichzeitig als Informations- und Kommunikationskanal ge-

nutzt werden und als Austauschplattform für die Fahr-Mannschaft sowie den Betriebsrat dienen. Denn moderne Mitarbeiterkommunikation ist keine Einbahnstraße. Mit digitalen Kanälen die Beschäftigten zu beteiligen, mit Themenvorschlägen, Diskussionsbeiträgen und vielem mehr, steigert die Motivation. Das ist ein Garant für Leistungsbereitschaft und Leistungssteigerung.

Teilprojekt 2: Digitale Arbeit wird mobil

Für die Beschäftigten mit kaufmännischen bzw. administrativen Aufgaben sollen innovative Arbeits- und Zeitmodelle erarbeitet werden, die über die vorhandenen Teilzeit- und Telearbeitsoptionen hinausgehen und die Bedürfnisse der Beschäftigten berücksichtigen. Die Lösung soll ein stärkeres selbstbestimmtes, orts- und zeitflexibles sowie digital-mobiles Arbeiten ermöglichen. Ziele sind, die Arbeitszufriedenheit und Mitarbeiterbindung zu erhöhen und eine bessere Vereinbarkeit von beruflichen und privaten Angelegenheiten zu garantieren. Mitarbeiter- und Arbeitszufriedenheit sind die einflussreichsten Frühindikatoren von Arbeitsunfähigkeiten. Damit deckt sich die Zielsetzung des Projektes auch mit dem formulierten Unternehmensziel im strategischen Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) „Erhalt und Förderung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten“.

Teilprojekt 3: Führung und Qualifizierung

Aufbauend auf den Lösungen, die in den Teilprojekten 1 und 2 entstehen, werden im dritten Teilprojekt Qualifizierungskonzepte entwickelt, mit denen die Mitarbeiter*innen und ihre Führungskräfte zur digital-mobilen Interaktion und Führung befähigt werden. Dies ist eine wichtige Voraussetzung, um die Chancen digital-mobiler Arbeit nachhaltig zu erschließen und gleichzeitig ihre Risiken zu minimieren. Die Lösungen sollen vor allem die Führungskräfte dabei unterstützen, ihre Mitarbeiter*innen in der digitalen Transformation zu begleiten. Dabei müssen Aspekte einer gesundheitsfördernden Führung mitgedacht werden. Gerade in Zeiten von Homeoffice und Desksharing braucht es digitale Lösungen, um diesen Ansprüchen auch gerecht werden zu können.

Die für die Erreichung dieser Ziele erforderlichen Gestaltungslösungen werden in dem Lern- und Experimentierraum partizipativ unter Einbindung aller relevanten betrieblichen Stakeholder (Mitarbeiter*innen, Führungskräfte, Betriebsrat, Personalbereich) entwickelt. Der Entwicklungsprozess richtet sich nach dem systematischen Design Thinking-Ansatz (DT). Durch die erprobte Herangehensweise sol-

len im Unternehmen innovative Methoden und das agile Arbeiten nachhaltig etabliert werden [2].

Beteiligung der Beschäftigten – das Projektteam

Egal ob Fahrer, Büroangestellter, Werkstattmitarbeiter oder Führungskraft, in MADAM arbeiten 60 Beschäftigte aus unterschiedlichen Unternehmensbereichen in interdisziplinären Projektteams zusammen und teilen ihre Erfahrungen und Expertise, um die zukünftige Arbeitswelt der LVB gemeinsam zu gestalten. Die Teilnehmer*innen sind gleichmäßig auf drei Teilprojekte verteilt, sodass sich in jedem Experimentierraum ca. 20 Personen an der Entwicklung von Lösungen beteiligen.

Begleitet werden diese Projektteams durch ein Steuerungsteam, das die Schnittstelle zwischen den Projektteams und der Projektleitung bildet. Das zwölf-köpfige Steuerungsteam (4 Vertreter*innen je Teilprojekt) zeichnet sich, wie die Projektteams auch, durch flache Hierarchien aus. Die Mitglieder des Steuerungsteams sind selbst auch Teil der Projektteams und tragen die Verantwortung für den reibungslosen Ablauf des Entwicklungsprozesses in den Teams. Zu Beginn des Projektes wurden 12 Personen als Design-Thinking Moderatoren ausgebildet, um damit für einen sicheren und erfolgreichen Ablauf des Prozesses und eine bessere Beteiligung zu sorgen. Die Vertreter der Betriebsräte sind Partner im Projekt und wirken aktiv im Steuerungsteam mit. Sie agieren als Schnittstelle zu der Arbeitnehmerseite, unterstützen bei der Gestaltung von Mitarbeiterbefragungen oder teilnehmenden Beobachtungen und beraten das Projektteam.

Die Steuerungsteammitglieder formulieren die anfallenden Aufgaben und organisieren die Verteilung im Team. In den gemeinsamen Treffen wird über die aktuellen Entwicklungen in den Teams berichtet, auftretende Schwierigkeiten diskutiert sowie Themen und Ergebnisse der Teilprojekte verzahnt. Die Arbeit im Steuerungsteam ist inhaltlich und methodisch herausfordernd. So lernen die Mitglieder beispielsweise neue Methoden und neue Formen der Arbeitsorganisation kennen. Sie müssen zudem den Umgang mit einer hohen Ergebnisunsicherheit und Eigenverantwortung lernen und die hohen Anforderungen an Selbstorganisation bewältigen. Daher ist es unumgänglich, projektbegleitend und bedarfsorientiert inhaltliche Impulse und Schulungen anzubieten. Es wurden beispielweise in unterschiedlichen Phasen des Projektes Impulsvorträge zu Themen wie Agilität, New Work oder Change-Management gehalten, um das Team auf mögliche Herausforderungen vorzubereiten und ein

gemeinsames Verständnis zu den Trendthemen zu gewinnen.

„Wie können wir ...?“ – mit Design Thinking zum Ziel



Zentrale Elemente im durchgeführten Design Thinking Prozess

- die Bedürfnisse der Zielgruppe im Blick: erfolgreiche Innovationen schaffen
- Beschäftigte einbeziehen: kreativ in interdisziplinären Teams zusammenarbeiten
- dem Prozess vertrauen: mit Unsicherheiten umgehen lernen, geistig flexibel bleiben

Die Methode Design Thinking

Innovationen zu entwickeln, die niemand braucht, ist frustrierend und obendrein teuer. DT richtet sich stark an den Bedürfnissen derjenigen aus, für die die Innovationen entwickelt werden und erhöht damit die Chance, dass sich neue Ideen auch tatsächlich durchsetzen. Das Motto „fail often, fail early“ sorgt zudem dafür, dass man sich nicht zu lange mit Ideen aufhält, die nicht funktionieren. Das spart nicht nur Kraft und Nerven, sondern auch Geld [4].

Daher haben sich die Leipziger Verkehrsbetriebe entschlossen, in ihrem Projekt „MADAM“ auf Design Thinking zu setzen. Die Besonderheit: Die Beschäftigten selbst sind maßgeblich in die Prozesse eingebunden – sie entwickeln Ideen und probieren sie aus.

DT gliedert sich in die sechs Phasen „Verstehen“, „Beobachten“, „Synthese“, „Ideenentwicklung“, „Prototypen entwickeln“ und „Test“ und ist iterativ aufgebaut (»» Abbildung 1).

Design Thinking fördert Kreativität, baut auf interdisziplinäre Teams und ermöglicht es, im Tun zu lernen. Dadurch entdecken Beschäftigte auch für sich unerkanntes Potenzial, die Motivation steigt und auch die Freude an der abteilungsübergreifenden Zusammenarbeit. Da Scheitern Teil des DT-Prozesses ist, wird zudem eine positive Fehlerkultur im Unternehmen gefördert.

Aber! Design Thinking ist anders, es widerstrebt und stellt sich quer. Die Methode erfordert den Mut, bisher bekanntes Terrain zu verlassen und sich in eine hohe Ergebnisunsicherheit zu begeben. Folglich ist ein hohes Maß an individueller und organisatorischer Flexibilität gefragt, um auf kurzfristige Änderungen reagieren zu können. Gleichzeitig nimmt sie den Einzelnen stärker in die Verantwortung. Das ist ungewohnt und erfordert daher eine wachsame, proaktive Begleitung.

Die Rollen neu verteilt – interdisziplinäres Team

Herzstück des Design Thinking-Prozesses sind interdisziplinäre Teams, in denen Beschäftigte bereichsübergreifend und auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten. Die Aufgabe der Teams liegt darin, ihre jeweilige Herausforderung bzw. Fragestellung (im DT „Design Challenge“ genannt) zu bearbeiten, Ergebnisse zusammenzutragen, auszuwerten, Ideen zu entwickeln, Prototypen zu bauen und diese auch zu testen. Beschäftigte werden dadurch zu Moderatoren, Forschern, Ideengebern, Umsetzern und Prüfern. Doch nicht jede dieser unterschiedlichen Rollen kann sofort kompetent ausgefüllt werden. Sie erfordern verschiedene Fähigkeiten und Kompetenzen der Projektteilnehmer*innen, die nicht als gegeben vorausgesetzt werden können. Daher ist es erforderlich, den Prozess mit entsprechenden Qualifizierungsangeboten und Impulsen zu begleiten. Ein Beispiel hierfür ist das Training zur Durchführung von Interviews. Den Projektteilnehmenden wurden theoretische Grundlagen der Leitfadentwicklung und Gesprächsführung vermittelt, angereichert mit Beispielen und praktischen Tipps. Zudem bekamen sie die Möglichkeit, selbst Interviews in der Fußgängerzone zu führen und sich anschließend in der Gruppe über ihre Erfahrungen auszutauschen.

Vertraue dem Prozess – die Vorgehensweise

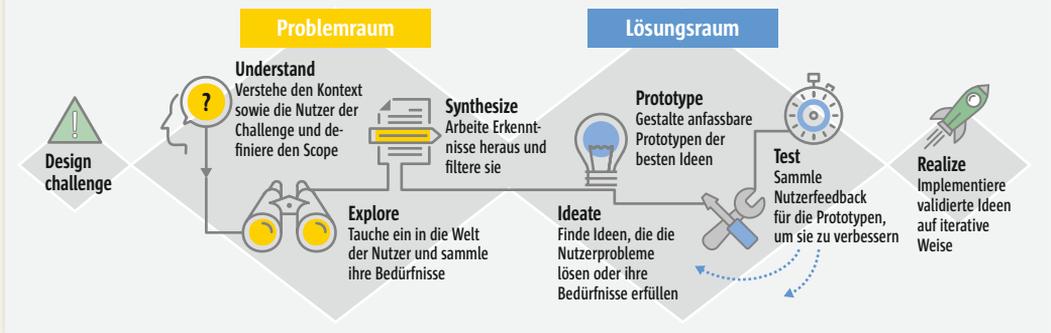


Die Design Thinking-Phasen

- Phase 1: „Verstehen und Informieren“: ein gemeinsames Verständnis finden
- Phase 2: „Beobachten“: Erkenntnisse über die Zielgruppe sammeln
- Phase 3: „Synthese“: die Erkenntnisse clustern und Bedürfnisse ableiten
- Phase 4: „Ideenentwicklung“: Ideen entwickeln, die die Bedürfnisse stillen
- Phase 5: „Prototypen entwickeln“: Ideen mithilfe von Prototypen „anfassbar“ machen
- Phase 6: „Testen“: die erstellten Prototypen mit Testnutzern testen

Bisher wurde in den Leipziger Verkehrsbetrieben fast ausschließlich mit klassischen Projektmethoden gearbeitet. Mit Design Thinking halten nun auch kreative und agile Methoden Einzug. Nicht nur die LVB, auch viele andere Unternehmen setzen immer häufiger auf agile Methoden. Sie versprechen sich davon schnellere Innovationszyklen und erfolgreichere Produkte und Dienstleistungen. Diese Hoffnung gründet auf den Vorteilen der Methoden: Sie versprechen

Abbildung 1 Der Design Thinking-Prozess (mit freundlicher Genehmigung von DETECON)



eine hohe Effektivität durch die Selbstorganisation der Projektteams, eine kurzfristige Problemidentifikation und eine zeitnahe Realisierung von Zwischen- und Teilergebnissen, die unmittelbar geteilt werden können [3]. Die Einführung agiler Methoden ist für die Unternehmen mit vielen neuen Erfahrungen verbunden. Hierzu gehören unter anderem die starke Beteiligung der Beschäftigten selbst und die hohen Anforderungen an die Selbstorganisation der Teams.

Die Phase „Verstehen und Informieren“ ist die erste des Design Thinking-Prozesses und war mit zwei Aufgaben verbunden: Die Beschäftigten über das Projekt zu informieren und in den Projektteams zu einem gemeinsamen Verständnis über das zu lösende Problem zu gelangen. So standen die Projektteams vor der Aufgabe, die zukünftigen Nutzer*innen der Lösungen zu identifizieren (Zielgruppenanalyse) und die Fragestellungen umzuwandeln.

In der Phase „Beobachten“ wurden möglichst viele Informationen und Erkenntnisse über den Nutzer künftiger Lösungen gesammelt. Die Teilnehmer*innen mussten sich in die Nutzer*innen hineinversetzen. Die Beobachtungsphase bestand im Rahmen des Projekts MADAM aus drei Schritten: teilnehmenden Beobachtungen, Beschäftigten- und Experteninterviews.

Die teilnehmenden Beobachtungen und Beschäftigteninterviews wurden von den Projektteilnehmer*innen selbst durchgeführt. Im Mittelpunkt stand die Frage, wie die Kolleg*innen aktuell arbeiten, welchen Herausforderungen sie sich in ihrer Arbeit gegenübersehen und welche Bedürfnisse sie haben. Die Interviewfragen wurden, angepasst an die jeweilige Design Challenge, von den Moderatoren in Zusammenarbeit mit den Teammitgliedern entwickelt.

Gute Lösungen begegnen nicht nur den Bedürfnissen der Nutzer*innen, sie berücksichtigen auch die Bedingungen des Umfelds, in dem sie implementiert sind. Daher wurden im Rahmen des Projekts „MADAM“ auch Interviews mit Vertretern des erweiterten Netzwerks der Zielgruppen geführt, u. a. mit der IT, dem Datenschutz, der Ausbildung, dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement und dem Betriebsrat.

In der Phase „Synthese“ wurden die Erkenntnisse zusammengetragen, verdichtet, geclustert und priorisiert. Ziel war es, zu entscheiden, welche Themen weiterbearbeitet und für welche Probleme Lösungen entwickelt werden sollen. Der Alltag der Fahrer*innen bei den Leipziger Verkehrsbetrieben prägen nicht nur reibungslose Fahrten durch die Stadt oder die Kundenberatung. Die Fahrer*innen werden täglich mit stressigen Situationen, Verkehrsunfällen oder Verspätungen konfrontiert, die durch Dritte verursacht werden. Dies führt dazu, dass sie Frust und wenig Anerkennung durch Fahrgäste erfahren. Auch die persönliche Kommunikation innerhalb der Fahrmannschaft findet deswegen nicht immer in der gewünschten Form statt. Um zu erfahren, welche der Probleme die Fahrer*innen am meisten betreffen, wurden die teilnehmenden Beobachtungen und Interviews in den Teams ausgewertet. Auf dieser Grundlage und unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus den Experteninterviews, entwickelten die Teilprojekte ihre Insights und insgesamt 12 Personas (Beispiel siehe ►►► Abbildung 2).

Mit der Phase „Ideenentwicklung“ war das Ziel verbunden, so viele Ideen wie möglich zu finden. Qualität war hier weniger entscheidend als Quantität, denn es ging darum, der Kreativität der Teammitglieder freien Lauf zu lassen und in viele verschiedene Richtungen zu denken. Dabei darf und soll es auch ganz

Abbildung 2 Beispiel einer Persona

Kai-Uwe

Busfahrer



Wir trafen Kai-Uwe,

47 Jahre, hat zwei erwachsene Kinder (19 und 21 Jahre), wohnt in einer 3-Zimmer-Wohnung in Paunsdorf; ist geschieden und sucht im Internet nach einer neuen Partnerin; er ist leidenschaftlicher Fußballfan und gerne Fahrer.



Kai-Uwe sagte:

„Fahrer sein ist leben nach der Uhr.“



Wir entdeckten,

dass Kai-Uwe sich öfters wie ein Objekt behandelt fühlt und als Fahrer gelegentlich einsam ist.



Wünsche und Bedürfnisse von Kai-Uwe:

sichtbare Anerkennung, Wertschätzung



Design Challenge (angepasste Fragestellung):

Wie können wir Kai-Uwe helfen, dass er mithilfe digitaler Technologien von den Fahrgästen als Mensch wahrgenommen wird und sich so wertgeschätzt fühlt?

wild zugehen, denn hinter verrückten Ideen verbergen sich oftmals vielversprechende Innovationen, die genau den Nerv der Bedürfnisse treffen. Im Projekt MADAM wurde im Rahmen von Workshops mit unterschiedlichen Kreativitätstechniken gearbeitet – die Besonderheit: Diese Phase fiel in die Zeit des Corona-Lockdowns. Daher mussten neue Lösungen gefunden werden, um einen als Präsenzveranstaltung geplanten Workshop digital durchführen zu können.

Beispiel Persona „Kai-Uwe“:

Für Kai-Uwe wurden zahlreiche Ideen entwickelt, von digitalen Feedback-Möglichkeiten durch Fahrgäste bis zu digitalen Schulungen. Nach der Auswertung der Brainstorming-Phase wurden folgende Ideen priorisiert:

- **„Fahrgast sieht, was Fahrer sieht“:** Mit der Idee soll vor allem die **Anerkennung und Wertschätzung der Fahrer*innen** durch Fahrgäste erhöht werden. Im Fahrgast-TV (kleine Bildschirme in den Bussen und Straßenbahnen) sollen z.B. eine freiwillige Vorstellung des/der Fahrer*in erscheinen, Bilder und Informationen zu wichtigsten Sehenswürdigkeiten auf der Linie eingeblendet und

durch Fahrer kommentiert werden, bei Verspätungen durch Autos, die auf der Schiene stehen, sollen die Fahrer*innen die Möglichkeit haben, das Bild aus der Kamera einzublenden, um den Fahrgästen eine transparente Information zum Grund der Verspätung zu geben.

- **„Interessenplattform“:** Um die **Kommunikation und das Zugehörigkeitsgefühl** im Fahrservice zu verbessern, sollen neue Wege des persönlichen Austauschs erprobt werden, z.B. durch gemeinsames Hobby, Freizeitaktivitäten oder Nachbarschaftshilfe.
- **„Digitale Dienstplangestaltung“:** Dem Wunsch nach **Entlastung und einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und privatem Leben** soll durch innovative Formen der Dienstplangestaltung nachgegangen werden. Gestaltung des Dienstplans „nach Wunsch“ erhöht die Selbstwirksamkeit der Mitarbeiter*innen und führt zu einer besseren Work-Life-Balance.

Techniken wie das stille Brainstorming und Brainwriting funktionieren auch virtuell. Vorteil der virtuellen Workshops ist das konzentrierte und effiziente Arbeiten, zu dem auch eine gute Moderation beiträgt. Allerdings geht auch ein Stück Spontaneität

und Kreativität verloren, weil spontane Diskussionen nur schwer möglich sind. Je nach Zielsetzung eines Workshops bieten sich virtuelle Workshops als gute und zeitsparende Alternative an.

An die Entwicklung der Ideen schließt sich aktuell deren Priorisierung und der Abgleich der Lösungen mit im Unternehmen bereits laufenden Initiativen und Projekten an. Nach einem erfolgreichen Abschluss der Konzeptionsphase und der Erstellung von 12 Personas geht es darum, die konkreten Lösungsansätze zu entwickeln. Bevor jedoch mit der Entwicklung von Prototypen begonnen wird, wurden zahlreiche Retrospektiven und Feedbacks aus den vergangenen Phasen des Vorhabens ausgewertet.

In der folgenden Phase „Prototypen entwickeln und testen“ werden die Lösungen prototypisch umgesetzt und mit möglichen Nutzer*innen getestet.

In mehreren Iterationsschleifen entwickeln die Teams Prototypen mit immer höherer Detailgenauigkeit und Aufwand. Einfache Prototypen wie z.B. Skizzen, Modelle aus Papier oder Lego und Rollenspiele helfen, im Team ein gemeinsames Verständnis von der Lösung zu erzeugen, eine Idee konzeptionell besser zu durchdenken und mit verschiedenen Stakeholdern wie z.B. Testnutzern ins Gespräch zu kommen und Feedback einzuholen. Schritt für Schritt werden dann mithilfe von immer aufwendigeren Prototypen Annahmen und verschiedene Elemente der Idee getestet. Ziel der kurzzyklischen Entwicklungs- und Testphasen ist, zeitnah Nutzerfeedback einzuholen und ein noch genaueres Bild vom Nutzer und seinen Bedürfnissen zu entwickeln. Die Prototypen sollen dafür möglichst interaktiv sein und die Idee bzw. einzelne Elemente der Idee für den Testnutzer erlebbar machen. Durch die neuen Erkenntnisse kann sich die Idee noch einmal grundlegend ändern. Mit einem erfolgreich getesteten Prototyp geht es dann in die Umsetzung, wobei die erste Phase der Umsetzung auch als eine Testphase angesehen wird, nach der es ggf. noch zu Anpassungen kommen kann.

Bisherige Erkenntnisse aus dem Projekt



■ **Das haben wir erreicht:** Probleme und Bedürfnisse der Mitarbeiter*innen sind bestimmt, Ideen zur Lösung der Probleme sind entwickelt, der Spaß an kreativem Arbeiten wurde gestärkt, ein offenes Mindset im Team ist entwickelt, neue Impulse sind im Unternehmen angekommen und werden akzeptiert.

- **Daran arbeiten wir:** die Ideen zu testen, die Verzahnung mit anderen Projekten und Initiativen im Betrieb zu stärken

Lessons learned

MADAM sorgte von Anfang an für Begeisterung vieler Beschäftigten der LVB. Zugleich wurden von Beginn an auch viele Anforderungen an das Projekt gestellt. Durch die Zusammenarbeit mit Kolleg*innen aus verschiedenen Abteilungen und die Einblicke in andere Unternehmensbereiche wurde das Projekt als sehr positiv und bereichernd wahrgenommen.

Im Laufe des Prozesses hat sich herausgestellt, dass die Einführung von innovativen und agilen Methoden im Unternehmen, wie Design Thinking, eine aktive und menschenorientierte Begleitung verlangt. Um innovative Prozesse und eine erfolgreiche Entwicklung von Lösungen sicherzustellen, müssen alle Beteiligten ihre Rollen verstehen und wissen, welchen Beitrag sie leisten.

Das Erstrecken eines Design Thinking-Prozesses auf zwei Jahre ist mit viel Aufwand in der Koordination von Aufgaben, Verzahnung der einzelnen Teilprojekte sowie Motivationsarbeit verbunden. Die unterschiedlichen Dynamiken und Reifegrade der Teams, der nicht immer gleiche Fortschritt im Prozess und die fehlenden Kapazitäten der Beschäftigten können zu einem Stillstand im Projekt führen. Um dies zu vermeiden, wird empfohlen, auch in den etwas ruhigeren Phasen für eine konstante Vernetzung der Teammitglieder durch regelmäßige Treffen und Verteilen von kleinen Aufgaben zu sorgen.

In der ersten Phase des Projektes wurde der Problemraum sehr weit geöffnet, um möglichst viele Informationen zu sammeln und ein ausführliches Bild der potenziellen Nutzer darzustellen. Diese Phase hat sich als sehr ermüdend erwiesen, da die Menge der zu verarbeitenden Daten groß war und die Entwicklung einer möglichen Lösung, also der Spaßfaktor, weit entfernt war. Inzwischen ist der Punkt erreicht, an dem die Projektteams den Problemraum verlassen und den Lösungsraum betreten haben. Nun geht es darum, eine Vielzahl an Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln, diese prototypisch umzusetzen und zu testen.

Das hat uns positiv überrascht

Bemerkenswert ist der Wille der Beschäftigten, etwas zu gestalten. Viele Mitarbeiter*innen sind stolz auf ihre langjährige Zugehörigkeit zum Unternehmen und wünschen sich eine Teilhabe an der Gestaltung ihrer Zukunft und der des Unternehmens. Im Rahmen der externen Evaluation des Projektes

haben wir gelernt, dass sich die Mitarbeiter*innen, die an dem Projekt mitwirken, wertgeschätzt fühlen und die LVB als einen guten Arbeitgeber weiterempfehlen würden.

Das müssen wir noch lernen

Innovative Projekte haben oftmals einen organisationsübergreifenden Charakter und sind sehr komplex. Dadurch können sie bei den Beschäftigten das Gefühl wecken, dass im Unternehmen an unterschiedlichen Stellen die gleichen Themen bearbeitet werden. Dies kann zu Chaos führen und die Akzeptanz der Mitarbeiter*innen für das Projekt schwächen. Daher sollte es von Anfang an eine möglichst klare Abgrenzung zu anderen bereits laufenden Maßnahmen geben. Durch verschiedene Kommunikationskanäle (Mitarbeiterzeitschrift, Projekt-Webseite www.madam-leipzig.de, Intranet, etc.) sollte es regelmäßige Informationen zum aktuellen Stand und den Erkenntnissen des Projektes geben, um das Projekt kontinuierlich im Bewusstsein der Belegschaft zu halten und zu zeigen, dass es inhaltlich voranschreitet. Den beteiligten Beschäftigten wird signalisiert, dass ihr Engagement etwas bewirkt und die neuen Maßnahmen auch tatsächlich umgesetzt werden. So erfahren die Mitarbeiter*innen die gewünschte Wertschätzung und beteiligen sich künftig noch bereitwilliger an innovativen Vorhaben.

Bisherige Ergebnisse

Die bisherigen Ergebnisse des Projektes deuten darauf hin, dass sich die Beschäftigten mehr Möglichkeiten der Vernetzung wünschen, sowohl bezüglich der sozialen Kontakte als auch des Aufbaus von Methodenkompetenz. Beispielweise haben viele Mitarbeiter*innen während der Corona-Pandemie zu Hause und mobil gearbeitet. In kurzer Zeit haben auch die Skeptiker zu digitalen Lösungen gegriffen, um ihre Tätigkeit weiterhin auszuüben oder im Kontakt zu Kolleginnen zu bleiben. Basierend auf dieser Erfahrung und verbunden mit dem Wunsch nach flexiblen und mobilen Arbeitsformen sollen digitale Schulungen und der Aufbau von digitalen Kompetenzen der Belegschaft angeboten werden. Klare und transparente Regelungen zu Arbeitsmodellen oder Spielregeln für eine erfolgreiche Meetingkultur sind ebenso gefragt. Im Projekt MADAM haben wir während der Brainstorming-Phase viele Workshops digital durchführen müssen, da die persönlichen Treffen nicht möglich waren. Welche Erfragungen haben wir damit gemacht, wie funktionieren kreative Formate digital oder wie können wir die digitale Kommunikation persönlich gestalten, das sind nur

einige der Fragen, die wir in unseren Handlungsempfehlungen im Rahmen des Projektes beantworten werden. Die Wertschätzung und die Anerkennung der Fahrer*innen sollen nicht nur intern, sondern auch extern stattfinden. Dafür sind entsprechende Image-Kampagnen oder Maßnahmen zur Steigerung der Sichtbarkeit von Fahrer*innen in der Öffentlichkeit explizit gewünscht (siehe Beschreibung von Kai-Uwe). Innovative Ansätze zur Flexibilisierung der Arbeitszeit und des -ortes sind nicht nur in den administrativen, sondern auch in den gewerblichen Bereichen stark gewünscht. Die sichere und transparente Kommunikation kann durch eine strukturierte und bedarfsorientierte Aufbereitung von Informationen auf Kommunikationsplattformen sichergestellt werden und zur Entlastung der Beschäftigten und Produktivitätssteigerung führen.

So geht es weiter – Zusammenfassung

Design Thinking ist eine hilfreiche Methode, Innovationen im Unternehmen zu generieren. Der Prozess garantiert einen engen Nutzerbezug, der auch im Projekt MADAM sehr wichtig ist. Durch viele Interviews und teilnehmende Beobachtungen ist ein klareres Bild von den Zielgruppen entstanden, für die die Lösungen entwickelt werden.

Aktuell steht das Projekt MADAM am Ende der Design Thinking Phase „Ideenfindung“. Die darin entstandenen Ideen werden im nächsten Schritt in Form verschiedener Prototypen für den Nutzer erleb- und testbar gemacht. Das Feedback fließt in das Konzept für die Lösung mit ein. In dieser Phase werden bereits verschiedene betriebliche Akteure mit einbezogen und ein Umsetzungskonzept erarbeitet.

Ab Januar 2021 werden die ersten Lösungen im Unternehmen umgesetzt. Um die Ergebnisse und Erfahrungen auch für andere Unternehmen nutzbar zu machen, werden die erprobten Lösungen und Maßnahmen sowie die Lessons learned aus dem Design Thinking-Prozess in Form einer digitalen Toolbox zur Verfügung gestellt. Die Toolbox ist ab Juli 2021 kostenlos im Internet verfügbar.

Literatur

1. Rump J, Zapp D, Eilers S (2017): Erfolgsformel: Arbeiten 4.0 und Führung 4.0; Institut für Beschäftigung und Employability IBE, Ludwigshafen; online verfügbar unter https://www.ibe-ludwigshafen.de/download/arbeitschwerpunkte-downloads/digitalisierung/Erfolgsformel-Arbeiten-4.0-und-FuCC88hrung-4.0_NEU_2.pdf [Letzter Abruf am 29.6.2020]

2. Creusen U, Gall B, Hackl O (2017): Führung von Mitarbeitern im digitalen Wandel. In: Digital Leadership: Springer Gabler, Wiesbaden, S. 101–181.
3. Agiles Projektmanagement (o.J.): Vor- und Nachteile von Scrum; online verfügbar unter <http://agiles-projektmanagement.org/scrum-vorteile-nachteile> [Letzter Abruf am 18.06.2020]
4. Kerguenne A (2018): Was ist Design Thinking? Eine Einführung; online verfügbar unter <https://hpi-academy.de/design-thinking-eine-einfuehrung.html> [Letzter Abruf am 18.06.2020]



Aleksandra Lewandowska

Das Leben von Aleksandra Lewandowska ist von Neugierde und Fantasie geprägt. Ihr breites Interessenspektrum spiegelt sich in ihrem Werdegang wider. Sie absolvierte ihren Master im Fach Japanologie an der Universität Leipzig und konnte während des Auslandsaufenthalts an der Chiba Universität in Japan neues Wissen im Fach Erziehungswissenschaften sowie Kunst erwerben. Die fachliche Expertise erweiterte sie nach dem Abschluss des Higher National Diploma in Business HND in ihrer fast fünfjährigen Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fraunhofer Zentrum für Internationales Management und Wissensökonomie IMW in Leipzig. Dort lagen ihre Arbeitsschwerpunkte in der Entwicklung von innovativen Geschäftsmodellen, Gestaltung internationaler Zusammenarbeit und Employer Branding-Strategien. Seit November 2018 arbeitet sie für die Leipziger Verkehrsbetriebe als Projektleiterin von MADAM.



Beate Hunold

Beate Hunold studierte Politikwissenschaft, Interkulturelle Wirtschaftskommunikation und Humangeografie in Jena, Barcelona und Frankfurt. Von 2015 bis 2018 baute sie im ländlichen Raum in Thüringen die Freiwilligenagentur Eichsfeld auf und koordinierte 200 ehrenamtliche Helferinnen und Helfer in der Jugend-, Senioren- und Flüchtlingshilfe. Seit 2019 ist sie bei den Leipziger Verkehrsbetrieben (LVB) als Projektmanagerin für das Innovationsprojekt MADAM tätig und begleitet das Unternehmen bei der Entwicklung von Lösungen für digital-mobile Arbeit.



Ines Roth

Ines Roth studierte Soziologie und Politikwissenschaften in Tübingen (M.A.). Seit 2009 arbeitet sie als wissenschaftliche Projektleiterin bei INPUT Consulting in Stuttgart. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind der Wandel der Arbeit durch Technik und Digitalisierung und die Gestaltung guter Arbeit. Im Projekt MADAM übernimmt Ines Roth die Transferarbeit und berät das Team bei der Durchführung von Design Thinking-relevanten Maßnahmen.



Ronald Petzold

Ronald Petzold ist als fachverantwortlicher für Betriebliches Gesundheitsmanagement bei den Leipziger Verkehrsbetrieben tätig. Er wirkt aktiv an der Entwicklung von Lösungen für digital-mobile, vor allem gesunde Arbeit im Projekt MADAM mit. Ronald Petzold ist seit 1984 Mitarbeiter der Leipziger Verkehrsbetriebe in den verschiedensten Bereichen der LVB-Gruppe.

Der DB Medibus – mit der rollenden Arztpraxis Versorgungslücken im ländlichen Raum schließen

Felix Thielmann und Arndt Hecker
DB Regio AG, Frankfurt am Main

Was ist der DB Medibus und wer steckt dahinter?

Eine alternde Gesellschaft und damit die Notwendigkeit häufigerer Arztbesuche bei gleichzeitig fehlendem ärztlichem Nachwuchs, sind große Herausforderungen für die medizinische Versorgung in ländlichen Regionen. Die Deutsche Bahn hat deshalb den DB Medibus entwickelt. Diese mobile Arztpraxis bietet eine innovative Möglichkeit, den Zugang zu medizinischer Infrastruktur zu verbessern.

Der DB Medibus ist ein umgebauter 12,7-Meter-Linienbus, in dem sich eine voll ausgestattete mobile Praxis für Allgemeinmedizin befindet. Er ist somit ein Angebot zur Unterstützung der medizinischen Infrastruktur an die gesamte Gesundheitsbranche von Politik und Verwaltung über Krankenkassen bis zu den Ärzten, die i. d. R. das medizinische Personal für den Bus stellen.

Der Ärztemangel im ländlichen Raum rückt durch den demografischen Wandel zunehmend in den Fokus. Gerade ältere Menschen haben zumeist einen erhöhten Bedarf an medizinischer Versorgung und sind nicht selten gezwungen, weite Strecken bis zur nächsten Praxis zurückzulegen. Hinzu kommt, dass es in vielen Regionen Deutschlands an ausreichend medizinischem Nachwuchs auf dem Land fehlt. Um dem Ärztemangel entgegenzuwirken und der demografischen Entwicklung Rechnung zu tragen, ist der DB Medibus als Arztpraxis unterwegs mit einem Wartezimmer, einem Labor, einem Behandlungsraum sowie einem Arztgesprächszimmer und bietet den Patienten eine moderne Versorgung vor Ort (» Abbildung 1). Medizinische Geräte wie Ultraschall und EKG werden im DB Medibus ebenso vorgehalten wie eine telemedizinische Station, mit der der behandelnde Arzt im Bedarfsfall Kontakt zu Fachärzten oder Dolmetschern (ausgebildete Dolmetscher gewährleisten reibungslose Kommunikation in 50 verschiedenen Sprachen) aufnehmen kann. Möglich wird das mithilfe einer digitalen Vernetzung im Medibus, die dafür sorgt,

dass der Bus zur mobilen Hightech-Praxis der Zukunft wird.

Die Stromversorgung kann über Solarzellen auf dem Dach des Busses gewährleistet werden, die zusätzlich drei Hochleistungsakkus aufladen. Somit werden die elektrischen Geräte wie Kühlschränke, medizinisches Equipment, Klimaanlage und Netzwerktechnik emissionsfrei und autark betrieben.

Welche Erfolge können bisher verbucht werden?

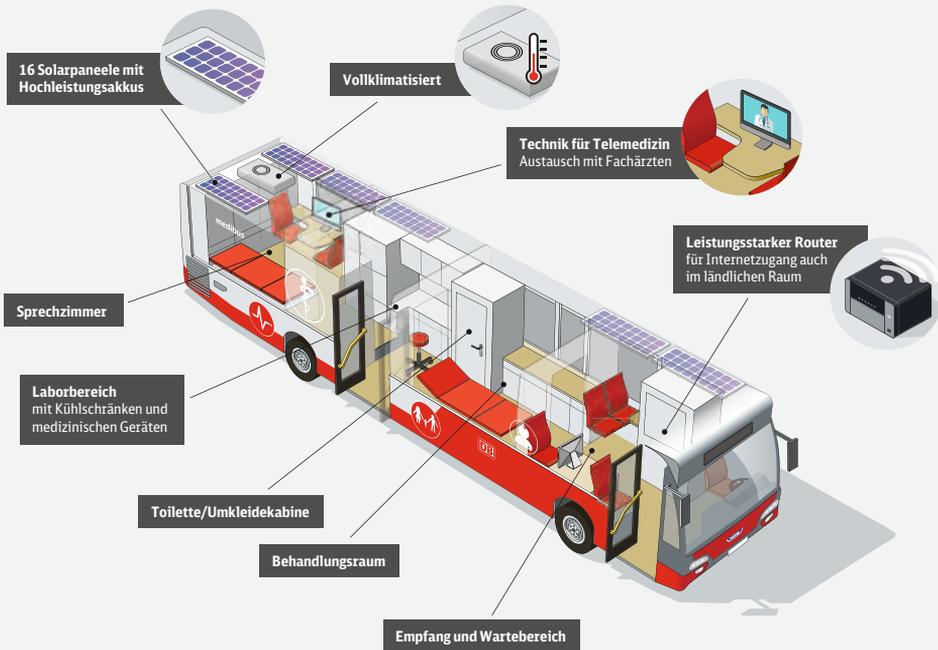
Wenn man sich den Weg des Projektes DB Medibus innerhalb der letzten 2 Jahre anschaut, kann man eine beachtliche Anzahl von Erfolgen erkennen.

Im Frühling 2018 hatten wir nur einen einzigen Medibus im Einsatz. Dieser war ein 12 Jahre alter ehemaliger Linienbus, den wir in Eigenregie durch Mitarbeiter in einer unserer Werkstätten mit viel „Blut, Schweiß und Tränen“ zur allerersten rollenden Arztpraxis auf Busbasis umbauen ließen. Der erste Bus allein hat das Projekt auf Anhieb bekannt gemacht, da er auf dem Höhepunkt der „Flüchtlingskrise“ durch die Berliner Charité zur Versorgung der Geflüchteten berlinweit eingesetzt wurde und seitdem in Berlin und Brandenburg durch die Charité für Impfkampagnen an Schulen im Einsatz war.

Im Sommer 2018 kamen dann erstmals zwei brandneue Medibusse dazu, die bereits vom Hersteller nach unseren Anforderungen und ab Werk konfiguriert wurden.

Die beiden neuen Busse waren zum einen ein erster Prototyp für das Robert Koch-Institut (RKI) und zum anderen ein Medibus, der im Auftrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH), die für die medizinische Grundversorgung im Land verantwortlich ist, eingesetzt wird, um sechs Gemeinden in Nordost-Hessen allgemeinärztlich zu versorgen. Dieser Einsatz hat dem Projekt schließlich auch politisch zum Durchbruch verholfen, da die Bundespolitik und der Gesundheitsminister auf das Projekt und

Abbildung 1 Der DB Medibus und seine zentralen Elemente



Deutsche Bahn AG, 04/2019

das darin enthaltene Lösungspotenzial aufmerksam wurden. Der Bundestag hat unmittelbar im Anschluss an eine Vorstellung des Medibus vor über 100 Mitgliedern des Bundestages (Gesundheits- und Verkehrsausschuss) das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) verabschiedet. Darin werden Kassenärztliche Vereinigungen u. a. verpflichtet, in medizinisch unterversorgten Regionen Eigeneinrichtungen wie zum Beispiel mobile Arztpraxen einzusetzen.

Mittlerweile ist noch ein weiterer DB Medibus in Betrieb genommen, der DB intern bundesweit im Einsatz ist und im Rahmen von Gesundheitstagen in DB Niederlassungen konzernweit genutzt wird. Diese Tage haben sich in der Vergangenheit großer Beliebtheit erfreut und sollen auch in Zukunft weitergeführt und ausgebaut werden.

Die größte Auszeichnung war schließlich die Verleihung des Deutschen Mobilitätspreises 2019 durch den Bundesverkehrsminister in Berlin. Den Preis konnte das gesamte Team inklusive unserer Kooperationspartner von VDL (Bushersteller), Cisco (IT und Connectivity) und Videoclinic (Telemedizinanbieter) am 27.11.19 entgegennehmen (»»» Abbildung 2).

Wie wurde das Konzept DB Medibus u.a. in ländlichen Regionen angenommen?

Wenn man die Ausgangssituation im ländlichen Raum kennt und das hohe Durchschnittsalter der Bewohner anschaut, sind viele der anfänglich sehr skeptischen Reaktionen erwartbar gewesen. So wünschen sich sehr viele Menschen ihren „alten“ niedergelassenen Arzt zurück. In der Regel hat aber eben der letzte niedergelassene Arzt im Ort schon lange seine Praxis aufgegeben und sich selbst zur Ruhe gesetzt. Es bestehen große Probleme, Nachfolger für Allgemeinarztpraxen im ländlichen Raum zu finden, vielfach bleiben diese unbesetzt.

Dennoch konnten wir fast alle Patienten innerhalb kurzer Zeit von der Qualität des Medibus überzeugen. Schließlich kommt der Medibus in der Regel 2 x pro Woche zu festen Terminen für jeweils 4 Stunden an die „Medibus-Haltestelle“ in der Regel vor dem lokalen Rathaus der Gemeinde (»»» Abbildung 3). Der Arzt/die Ärztin ist festangestellt, wodurch ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient aufgebaut werden kann.

Abbildung 2 Der Medibus wurde 2019 mit dem Deutschen Mobilitätspreis ausgezeichnet.



Wir haben uns bei der rollenden Arztpraxis bewusst für einen handelsüblichen und bekannten Niederflur-Linienbus entschieden. Dieser hat zum einen den großen Vorteil, dass Menschen einem Bus generell unerschrockener gegenüber treten, da er vertrauter aber auch deutlich geräumiger und vor allem heller ist als Container- oder Truck-Lösungen, zum anderen sind unsere Medibusse komplett barrierefrei über die ausklappbare Rampe an der mittleren Tür zugänglich.

Mittlerweile stellen wir immer häufiger fest, dass bereits viele Menschen auf den Medibus warten, wenn dieser auf den Marktplatz fährt. Darunter sind auch häufig Menschen, die gar nicht zum Arzt wollen, sondern schlicht mal wieder mit Nachbarn plaudern wollen, die man in den ansonsten nahezu ausgestorbenen Orten immer seltener trifft. Schließlich gibt es in vielen Gemeinden häufig keine Geschäfte oder Gastronomie mehr und kaum Anlässe sich zu begegnen.

Abbildung 3 Der DB Medibus unterwegs in ländlichen Regionen



Wenn Patienten zu ihrer Meinung zum DB Medibus vor Ort befragt werden, hört man mittlerweile immer öfter den Wunsch, dass der Medibus nicht nur ein Pilotprojekt bleiben, sondern zur Dauerlösung werden soll. Für uns das tollste Lob!

Grundsätzlich erfreut sich die rollende Arztpraxis in Hessen mittlerweile großen Zulaufs und konnte bisher bereits 3.600 Patienten behandeln. Die meisten davon mehrmals! Die Praxis ist damit aktuell sogar schon besser ausgelastet, als eine normale niedergelassene Arztpraxis.

Was wollen wir mit dem DB Medibus verändern?

Wir möchten die Infrastruktur so anpassen, dass der Arzt auf dem Land wieder zu den Menschen kommt. Regionen werden somit nicht mehr flächendeckend abgehängt, weil sie für einen kostendeckenden Praxisbetrieb zu dünn besiedelt sind.

Durch die mobile medizinische Versorgung des ländlichen Raumes können Menschen dort leben und auch arbeiten, wo sie wollen. Die notwendige Infrastruktur hierfür wird effizient und zuverlässig zur Verfügung gestellt. Dies gilt auch für den Arzt, der sich durch die Mobilität der Praxis und geregelte Arbeitszeiten für seine Wahlheimat entscheiden kann. Ein neues Jobprofil des Medibus-Arztes ist hier genauso entstanden, wie das des Medibus-Fahrers, welcher durch eine Zusatzqualifikation als Sanitäter ebenso Abläufe im Praxisalltag übernehmen kann (III Abbildung 4). Zudem ist auch mindestens eine medizinische Fachangestellte beim klassischen Hausarztseinsatz an Bord.

Des Weiteren dient die betriebsärztliche Untersuchung innerhalb des Medibusses der Gesundheitserhaltung der Arbeitnehmer. Große Firmen können auf diese Infrastruktur schnell zurückgreifen, ohne sich Inventar oder Räume hierfür vorzuhalten. Hierbei wird der nächste Schritt zur Telemedizin und Ferndiagnose immer greifbarer. Dafür ist der Medibus bereits technisch komplett ausgerüstet und vernetzt.

Auch in der aktuellen Corona-Krisensituation ist der Medibus durch den Einsatz des RKI zu einem Akzeptanz-Symbol in der Bevölkerung geworden, welches für einen innovativen und agilen Kampf gegen das Corona-Virus steht.

Welchen Beitrag leistet der DB Medibus in Hinblick auf die Herausforderungen der Corona-Krise?

Bis zu vier Medibusse der DB kommen seit Mai 2020 für die Antikörperstudie des Robert Koch-Instituts zu SARS-CoV-2 zum Einsatz (III Abbildung 5). Den Forschenden wird mit der rollenden Arztpraxis eine hochwertige Laborumgebung bereitgestellt, die flexibel an unterschiedlichen Orten eingesetzt werden kann. Ziel der Studie ist es, in bundesweiten verteilten Hotspots Freiwillige auf Antikörper zu testen. Im ersten Anlauf sollen hier in vier Regionen jeweils 2.000 Menschen untersucht werden. Bis Mitte Juni 2020 waren hierfür beispielsweise zwei Medibusse in Kupferzell (Baden-Württemberg) stationiert. Die jeweiligen Einsatzorte werden jeweils zwei Wochen vor Beginn festgelegt. Es ist geplant, die bundesweite Antikörperstudie noch mindestens bis Ende 2020 fortzusetzen. Hintergrund ist, ein besseres Verständnis

Abbildung 4 Das Medibus-Personal



Abbildung 5 Einsatz bei der Corona-Studie des RKI



für die Ausbreitung und Ansteckungswege des neuen Coronavirus zu erlangen. Insbesondere sogenannte Super-Spreader-Events werden hierbei betrachtet.

Hierfür machen die Studien-Ärzte an Bord der Medibusse Corona-Abstrich-Tests, nehmen Blut für den Antikörper-Test ab, führen Interviews zur Anamnese des sozialen Umfelds. Hierfür sind die Medibusse ideal ausgerüstet und in enger Abstimmung mit dem RKI entwickelt worden. Mit diesem gemeinsamen Projekt wird einer von vielen Grundsteinen für den Weg aus der Pandemie-Krise geschaffen.

Wie wird das Projekt weitergeführt? Gibt es auch Planungen, die über 2020 hinausreichen?

Aktuell befinden sich 7 Medibusse im bundesweiten Einsatz, die wie bereits beschrieben in den unterschiedlichsten Einsätzen und Einsatzorten unterwegs sind. Parallel sind wir derzeit mit verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen und Gemeinden in Verhandlungen für weitere DB Medibusse. Hinzu kommt eine vorfristige Vertragsverlängerung des hessischen DB Medibus, der auch über das Jahr 2020 hinaus aller Voraussicht nach für die KVH in die Regelversorgung übergehen wird.

Für die Zukunft ist aber auch schon jetzt abzusehen, dass sich der schon mehrfach erwähnte Ärztemangel im ländlichen Raum sehr wahrscheinlich weiter verschärfen wird: Laut dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem höchsten Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen, gab es in 2019 bereits bundesweit ca. 4.200 unbesetzte Hausarztsitze. Das Durchschnittsalter der Hausärzte beträgt derzeit ca. 56 Jahre¹, im ländlichen Raum hingegen liegt dieses nochmal ein bisschen höher. Ältere Ärzte haben zunehmend große Probleme Nachfolger für ihre Praxen zu finden, da junge Mediziner/-innen (die derzeit zu zwei Dritteln weiblich sind) heute zunehmend nach Anstellungsverhältnissen zum Beispiel in der Forschung, an Kliniken, in der Pharma-Industrie oder der Gesundheitsvorsorge großer Unternehmen streben. All diese Faktoren und eine schnell voranschreitende Urbanisierung führen zu einer sich schnell verschärfenden Versorgungslage im ländlichen Raum.

1 Quelle: Deutsches Ärzteblatt (2919). 3.466 neue Vertragsarztsitze in Deutschland möglich. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/103130/3-466-neue-Vertragsarztsitze-in-Deutschland-moeglich> [Letzter Zugriff: 10.7.2020]

Entsprechend wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für das Jahr 2030 prognostiziert, dass die Anzahl der offenen Hausarztstühle auf über 10.000 ansteigen wird. Hier bietet der DB Medibus ein riesiges Lösungspotenzial, da die Ressource Arzt sehr effizient eingesetzt werden kann und zum Beispiel

6 Gemeinden, die keinen eigenen Arzt mehr haben, wieder grundlegend versorgt werden können. Wir wünschen uns nun, dass natürlich auch die übrigen Kassenärztlichen Vereinigungen den Ball aufnehmen und unsere Lösung nutzen, um den ländlichen Regionen mehr Versorgung zukommen zu lassen.



Felix Thielmann

Felix Thielmann hat Hospitality Management in Bad Honnef und Melbourne studiert. Nach einigen Jahren in der Geschäftsentwicklung der DB Regio AG in Frankfurt (M) lebt und arbeitet er mittlerweile in Berlin. Felix Thielmann hat langjährige Erfahrung im regionalen ÖPNV und kennt die demografischen Probleme. Als Projektleiter begleitet er derzeit den DB Medibus vom Prototypen in den schnell wachsenden Markt und profitiert hierbei insbesondere von einem starken unternehmensübergreifenden Partnernetzwerk mit engagierten Mitstreitern. Der Medibus schafft derzeit zunehmend mögliche Lösungen bei der medizinischen Versorgung von ansonsten abgeschnittenen Regionen.



Arndt Hecker

Arndt Hecker hat Wirtschaftswissenschaften an der Universität Paderborn studiert und ist ausgebildeter Automobilkaufmann. Nach fünfjähriger Tätigkeit im Geschäftskundenvertrieb für die Daimler AG im Bergischen Land und in Ostwestfalen-Lippe ist Arndt Hecker seit 2016 für die DB Regio AG, Sparte Bus, in der Geschäftsentwicklung aktiv. Ebenfalls als Projektleiter des DB Medibus ist er seit den ersten Stunden an der Seite des Produktes und hat den Weg in den Markt begleitet. Die Möglichkeit, auf einer mobilen Plattform, inkl. Infrastruktur, eine medizinische Dienstleistung zu platzieren, ist wegweisend und hat das Potenzial, den Markt für weitere mobile Einsatzmöglichkeiten, neben dem „Verkehrsmittel Bus“, zu öffnen.

Die Initiative DocStop für Europäer e.V.: medizinische unterwegsversorgung für Berufskraftfahrerinnen und -fahrer

Rainer Bernickel

Initiator DocStop für Europäer e.V., Ladbergen

Der Verein DocStop setzt sich für die Gesundheit der Fernfahrerinnen und -fernfahrer und deren Sicherheit im Fernverkehr ein und kooperiert mit Medizinerinnen und Krankenhäusern in ganz Deutschland, damit Fahrerinnen und -fahrer dort, wo sie sind, schnell und unbürokratisch medizinische Versorgung in Anspruch nehmen können.

Wie DocStop entstand

Kollektiv wurden im Jahr 2006 zusammen mit den Autobahnpolizeien der Länder Fernfahrerstammtische ins Leben gerufen. Diese gibt es heute an fünf- und dreißig Orten in Deutschland und in vierzehn Bundesländern. Nur Hamburg und das Saarland haben sich aufgrund Personalmangels nicht dem System angeschlossen.

Am Anfang des Projekts traf die geplante Zusammenarbeit mit der Zielgruppe aber zunächst auf starke Skepsis aus vielen Bereichen des Transportgewerbes und der Polizei, weil es solche Zusammenkünfte bis dato nicht gab.

Bei einem dieser Stammtische, die heute jeden ersten Mittwoch im Monat stattfinden, sagte ein Fahrer:



„Wir fühlen uns medizinisch unterversorgt!“

Da der Alltag der Berufskraftfahrerinnen und -fahrer vielen unbekannt ist, besteht oft kein Bild davon, wie Mangelsituationen in Bezug auf die medizinische Versorgung unterwegs entstehen und welche Auswirkungen diese haben können: Durch das lange Sitzen, ungesunde Ernährung aufgrund fehlender Angebote und Zeitressourcen und die Angst vor längeren Ausfällen und Arbeitsplatzverlust werden oftmals Symptome verschleppt oder ignoriert. Also bedurfte es vieler Gespräche mit der Zielgruppe und der Erstellung eines komplett neuen Versorgungs-

konzepts, das noch heute unbürokratisch und reibungslos funktioniert.



Nur gesunde Fahrer sind sichere Fahrer und verursachen keine Unfälle aufgrund einer nicht behandelten Krankheit oder die dadurch entstehenden Material- und Zeitausfälle.

Der Beginn von DocStop war in der Aufbauphase allerdings sehr zögerlich. Als erstes musste geklärt werden, wie den Fahrerinnen und Fahrern unterwegs überhaupt geholfen werden kann, welche Möglichkeiten sie haben, zu pausieren, wie und wo sie dann zügig behandelt werden können und wer dafür überhaupt infrage kommen könnte. Es mussten vorrangig Mediziner gewonnen werden, die bereit waren, das Projekt zu unterstützen, und die der Vorgabe einer zeitnahen Behandlung der hilfesuchenden Fahrerinnen und Fahrer zustimmten. Das ist durch den erheblichen Zeitdruck, dem die Fahrerinnen und Fahrer unterliegen, zwingend notwendig, da sie ansonsten auf den dann erforderlichen Kontakt zu einem Mediziner verzichten und eventuell eine gefährliche Eigenmedikation durchführen oder schlimmstenfalls ihre Fahrten mit erheblichen gesundheitlichen Beschwerden fortsetzen würden. Beides wird durch die Gesetzgebung geregelt und ist demnach streng untersagt.

Straßenverkehrsordnung: § 1 Grundregeln

Die Teilnahme am Straßenverkehr erfordert ständige Vorsicht und gegenseitige Rücksicht.

Jeder Verkehrsteilnehmer hat sich so zu verhalten, dass kein anderer geschädigt, gefährdet oder mehr als nach den Umständen unvermeidbar behindert oder belästigt wird.

Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV):
§ 2 Eingeschränkte Zulassung

Wer sich infolge körperlicher oder geistiger Beeinträchtigungen nicht sicher im Verkehr bewegen kann, darf am Verkehr nur teilnehmen, wenn Vorsorge getroffen ist, dass er andere nicht gefährdet.

Kommt es dadurch zu einem Verkehrsunfall, kann das zu hohen Bußgeldern oder in Einzelfällen sogar zu Freiheitsstrafen oder zum Entzug der Fahrerlaubnis durch einen Richter führen. Verlieren die Fahrer Zeit auf ihren Fahrten, gehen sie nicht zum Arzt, da sie Probleme mit dem Disponenten fürchten – dies versucht die Initiative zu vermeiden. Es galt, Partner im öffentlichen Verkehrsraum in der Nähe von Raststätten, Autohöfen oder Truckstops zu finden, die helfen und als Anlaufpunkte fungieren konnten, und an denen die Fahrer ihre LKWs parken können, um von dort auf kurzem Weg zu den kooperierenden Ärzten zu gelangen.

Damit Fernfahrerinnen und Fernfahrer DocStop erkennen, durften anfangs DocStop-Aufkleber auf allen teilnehmenden Autobahnen- und Schnellstraßenrastplätzen angebracht werden, wenn sich Mediziner in unmittelbarer Nähe des Rastplatzes bereiterklärt hatten, als DocStop-Partner den Fernfahrern ärztliche Hilfe bzw. Behandlung zu gewähren. Es wird allerdings hier ausdrücklich darauf hingewiesen, dass diese Initiative den Besuch beim eigentlichen Haus- oder Facharzt nicht ersetzen kann. Ebenso wenig ersetzt DocStop den Notruf 112. Das Ansinnen der Initiative ist es, die medizinische Versorgung im akuten Einzelfall unterwegs sicher zu stellen.

Ziele von DocStop

Der Verein DocStop für Europäer e.V. wurde zur besseren medizinischen Unterwegsversorgung für Bus- und Berufskraftfahrer auf den transeuropäischen Verkehrswegen gegründet.

DocStop ist eine Serviceleistung ohne jede Verpflichtung für die Initiative „DocStop für Europäer e.V.“

Als europäisches Pilotprojekt geplant, wollen die Gründer einen Beitrag zur Verkehrssicherheit und die Schaffung eines humanen Arbeitsplatzes für alle Bus- und Berufskraftfahrerinnen und -fahrer im Transportgewerbe leisten.

Eine hierzu im Vorfeld initiierte bundesweite Befragung der Zielgruppe im Jahr 2006 im Rahmen der bundesweiten Fernfahrerstammtische hatte ergeben, dass über 85% der Fahrerinnen und Fahrer über eine mangelhafte medizinische Versorgung am Arbeitsplatz klagten. Um zu verhindern, dass durch das Fahren mit gesundheitlichen Problemen und/oder Eigenmedikation schwere Verkehrsunfälle passieren, wurde DocStop gegründet. Die gemeinsamen Planungen zur Vereinsgründung und die Projektentwicklung begannen im Jahr 2007.

Praktische Tipps

Es kann nicht oft genug erwähnt werden: Nur ein gesunder Fahrer ist auch ein sicherer Fahrer und gefährdet weder sich noch andere Verkehrsteilnehmer!

Die Initiative DocStop für Europäer e.V. hat für alle wichtigen Handlungsabläufe kompetente Partner gewinnen können. Ein Top-Partner war von Beginn an der ADAC Truck Service, der mit seiner Hotline DocStop unterstützt. Alle Anrufe innerhalb Deutschlands werden bei der kostenfreien **DocStop Hotline 00800 03627867 (008000 DOCSTOP)** in der Servicezentrale des ADAC angenommen. In Österreich übernimmt diesen Part ein weiterer Top-Partner, der Service 24, eine Tochtergesellschaft des ÖAMTC. Die Mitarbeiter können dort zum jeweiligen Standort des Anrufers direkt den nächstgelegenen DocStop-Mediziner und dessen Adresse und Rufnummer nennen. Die Service-Zentralen sind 24 Stunden am Tag erreichbar. Die Hilfesuchenden werden mehrsprachig bedient. In Deutschland umfasst dieses Netzwerk (Stand Juni 2020) ca. 500 Anlaufadressen mit Medizinerinnen, in Österreich, wo sich das Netzwerk im Aufbau befindet, sind es zurzeit an die 70 Anlaufpunkte und Mediziner.

Darüber hinaus wurden zu Beginn zunächst in die Software der Firma Map & Guide, später aber auch in viele andere Apps die Adressen der teilnehmenden Ärzte und Krankenhäuser von DocStop integriert. Auf der DocStop-Homepage findet man eine Karte mit den Standorten der Mediziner zum Download. Zeitnah wird es auch eine DocStop-Telefon-App geben, die alle Abläufe deutlich erleichtern wird und Hilfesuchenden die Standorte und die Mediziner noch einfacher finden lässt. Viele weitere Partner haben mittlerweile in ihre Internet- und Social Media-Auftritte Informationen zur Nutzung der medizinischen Unterwegsversorgung integriert.

Was erwartet die LKW-Fahrer bei Inanspruchnahme?

Sollte sich ein Fahrer oder eine Fahrerin gesundheitlich eingeschränkt fühlen, hat er oder sie über das DocStop-Angebot die Möglichkeit, einen Mediziner in der Nähe zum jeweiligen Standort zu finden. Über die DocStop-Hotline werden ihnen der Name und die Adresse und ein Parkplatz genannt. Dort können sie sich dann telefonisch voranmelden. Bei Eintreffen werden die Patienten dann vorrangig behandelt. Alle an der Initiative beteiligten Mediziner haben sich bereiterklärt, Fahrerinnen und Fahrer, die als Patient in ihre Praxen kommen, zeitnah und ohne längere Wartezeiten zu behandeln. Jede erfasste ärztliche Praxis oder jedes Krankenhaus ist vom jeweiligen DocStop-Standort (Autohof oder Autobahnabfahrt) meistens in einer maximalen Entfernung von 2,5 Kilometern erreichbar. Die Durchschnittsentfernung beträgt 1,5 Kilometer oder weniger. Dadurch verkürzen sich die Wege und der Zeitaufwand enorm und oftmals sind Parkplätze in Praxisnähe mit aufgeführt. Die Versorgungsleistungen der Ärztinnen und Ärzte erfolgen dann wiederum „herkömmlich“ auf der Grundlage der Gebührenordnung. Die erbrachten Leistungen werden durch die europäische Gesundheitskarte abgedeckt oder müssen, wenn die Fahrerin oder der Fahrer keine Karte hat, bar bezahlt werden. Sie erhalten dann eine Rechnung, die anschließend bei den jeweiligen Kostenträgern eingereicht werden kann.

Das bedeutet für die Berufskraftfahrer:

Kurze Wege – schnelle Verbindungen – geringster Zeitverlust zur Dispositionsplanung – optimale Hilfeleistung – mehr persönliche Sicherheit – Gesundheitsförderung.

Wir erhalten immer wieder Dankschreiben von Fahrerinnen und Fahrern, denen völlig unbürokratisch geholfen wurde und denen DocStop teilweise sogar das Leben gerettet und damit auch wesentlich zur Verkehrssicherheit beigetragen hat.

Ein „Highlight“ ist außerdem die bundesweite DocStop-Weihnachtsaktion, die immer am ersten Weihnachtsfeiertag stattfindet und von den Fahrerinnen und Fahrern, die nicht zu Hause feiern können, besonders emotional aufgenommen wird. Dabei wird ihnen eine gefüllte Weihnachtstüte mit Give-aways überreicht und es werden zum Teil sehr bewegende und emotionale Gespräche mit den Betroffenen geführt.

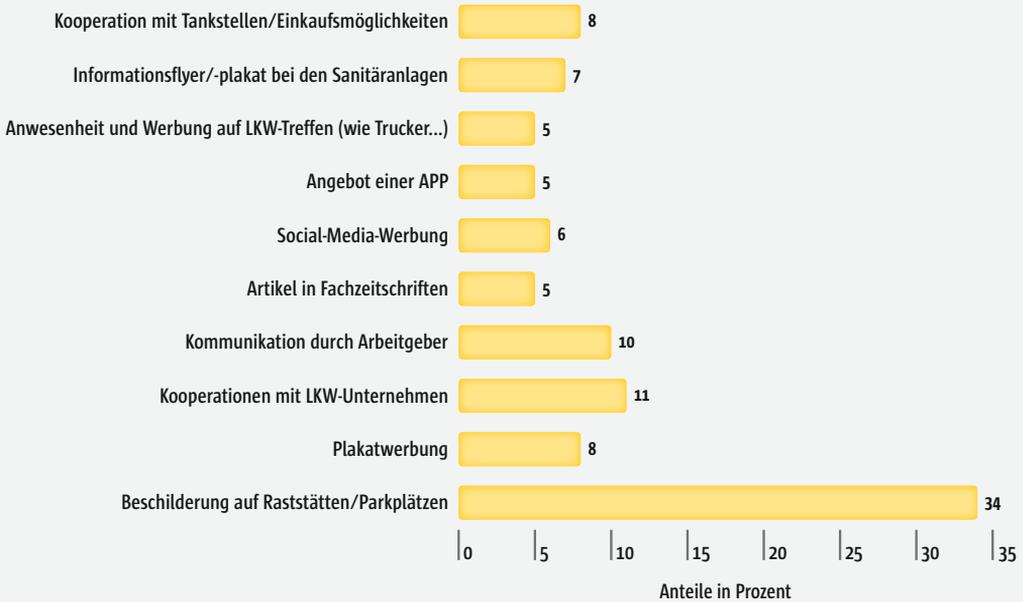
DocStop-Informationen für alle europäischen Bus- und Berufskraftfahrer auf Raststätten und Autohöfen in Autobahnnähe

„Der Weg ist das Ziel“, dieses Sprichwort traf auch auf den Aufbau des DocStop-Vereins und das angestrebte Projektergebnis zu. Nach vier Jahren Kontakt und einer Vielzahl an Schriftwechseln mit dem Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) ist es gelungen, in sechs Bundesländern das Konzept einer bundesweiten DocStop-Beschilderung im Bereich der Tank- und Rastanlagen zu realisieren. Eine weitere Hürde musste nach der Zusage durch das BMVI noch überwunden werden. Es ging um die Zuteilung der Orte, die Art und die Form der Aufstellungsmodalitäten durch die zuständigen Länderministerien in deren Autobahnbereichen. Nach Bestellung der Schilder (»»» Abbildung 1), die in geeigneter Weise (gut erkenn- und lesbar in mehreren Sprachen) für europäische Berufskraftfahrer gedruckt werden mussten, begann nach der Fertigstellung eine fünftägige Rundreise durch Deutschland, um

Abbildung 1 Aufbau des ersten Originals auf einer Raststätte in Süddeutschland



Abbildung 2 Wodurch Fahrerinnen und Fahrer auf DocStop aufmerksam geworden sind (2019)



an den genehmigten Raststätten mit der Unterstützung der Autobahnmeistereien die Schilder im öffentlichen Verkehrsraum zu positionieren.

Diese Beschilderung gibt es vorerst auf sechs Raststätten an den bundesdeutschen Autobahnen. Für den Verein, der sich als e.V. durch Spenden finanziert, entstanden durch die Erstellung von Entwürfen sowie die Produktion der Schilder mit geeigneten Halterungen und die Fahrten an die Aufstellungsorte erhebliche Kosten. Der Aufwand lohnt sich jedoch auf jeden Fall, wenn dies zur Steigerung der allgemeinen Verkehrssicherheit, zur Senkung schwerer Verkehrsunfälle und deren Folgen und natürlich etwas zum Schutz und Vorteil der „Kapitäne der Landstraßen“ beiträgt.

In einer neuen Umfrage im Jahr 2019 unter Fernfahrerinnen und -fahrern wurde ermittelt, wie diese auf DocStop aufmerksam wurden. Wie der »»» Abbildung 2 zu entnehmen ist, tragen die Schilder deutlich mehr als andere Informationswege dazu bei, dass die Fahrerinnen und Fahrer erfahren, wo sich DocStop-Anlaufpunkte befinden und wie das Konzept von DocStop funktioniert. Darüber hinaus zeigte sich in dieser Befragung, dass mit 41% der Befragten ein hoher Anteil der Zielgruppe die Schilder an Raststätten tatsächlich auch wahrnimmt (»»» Abbildung 3).

Außerdem belegen weitere Ergebnisse der Umfrage, dass die Schilder exakt das aussagen, worauf es ankommt: Nämlich, dass es sich bei DocStop um medizinische Versorgung für Fahrerinnen und Fahrer handelt und dass DocStop dabei hilft, einen naheliegenden Arzt zu finden (»»» Abbildung 4).

Abbildung 3 Wahrnehmung DocStop-Schilder

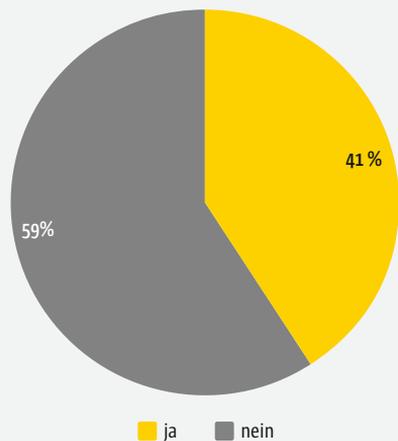
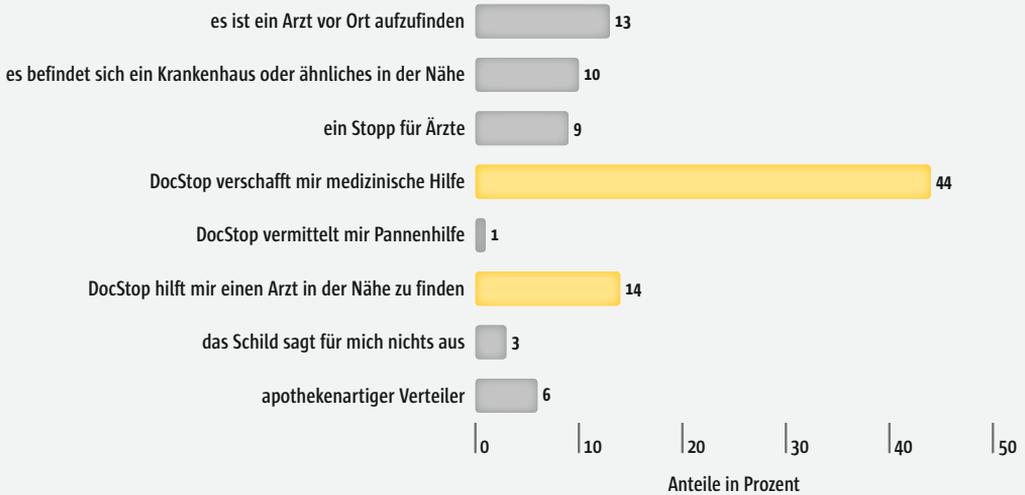


Abbildung 4 Aussagekraft der aufgestellten Schilder



Dass sich eine Beschilderung in beide Richtungen unkompliziert und für die Zielgruppe gut erkennbar installieren lässt, beweist die in **»»»** Abbildung 5 gezeigte Beschilderung zur Einfahrt der Raststätte Oberlausitz an der A4, die durch die zuständigen Behörden in Sachsen, in Verbindung mit der Autobahnpolizei Bautzen angebracht wurde.

Strukturen und Partner von DocStop

Der Verein DocStop für Europäer wurde im Jahr 2007 nach deutschem Vereinsrecht gegründet. Alle Mit-

arbeiter des DocStop für Europäer e.V. arbeiten ehrenamtlich an der Umsetzung der geplanten Ziele innerhalb der Rahmenbedingungen. Das Team von DocStop setzt all seine Kraft und Bemühungen dazu ein, der Berufsgruppe der Kraftfahrerinnen und -fahrer, gemeinsam mit kompetenten Partnern, eine möglichst gezielte und leicht umzusetzende medizinische Versorgung entlang ihrer Fahrstrecken anzubieten. Hilfe und Unterstützung ist dabei in vielfältiger Hinsicht möglich. Wir sind sehr dankbar für die Unterstützung der Mediziner aus allen Fachbereichen, Krankenhäuser und auch namenhaften Partnern aus dem Transportgewerbe, die mit uns zu-

Abbildung 5 Beschilderung auf der Raststätte Oberlausitz an der A4



sammenarbeiten – denn ohne diese ideelle Hilfe der Mediziner und die finanzielle Unterstützung der Partner wäre die Umsetzung des Projektes gar nicht möglich gewesen.

Da die DocStop-Initiative nur die Hilfe von denjenigen Partnern annimmt, die hierbei ehrenamtlich arbeiten, ist es natürlich schwer, eine Motivation bei weiteren Partnern zu erreichen. Aber es gibt sie, diese Idealisten und es werden immer mehr. Insbesondere durch die großzügigen Spenden der Industriepartner (Nutzfahrzeughersteller, Aufliegerproduzenten, Versicherungen und Speditionen), die Unterstützung von einigen Ministerien und den Beitritt der Fördermitglieder verfügt der Verein über die notwendigen finanziellen Mittel, um seine Arbeit durchführen zu können. Die in der heutigen Zeit immer auftauchende Frage nach den Kosten sollte in Relation zu den zu erwartenden Folgen oder Spätschäden gesehen werden und eine entsprechende Entscheidung bei einer Güterabwägung zugunsten der Schließung der schon erwähnten Versorgungslücke fallen. Im Zweifelsfall oder bei Beschwerden sollten die Fahrer vor Fahrtantritt einen Arzt aufsuchen und sich wie in allen Arbeitsbereichen üblich, wenn notwendig, durch einen Mediziner eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen lassen. Das Angebot darf nicht missbraucht werden, anderenfalls müsste die gesamte Aktion infrage gestellt werden.

Aktivitäten über Deutschland hinaus

Derzeit gibt es DocStop auch schon in Österreich, Dänemark, der Schweiz, den Niederlanden und in Polen. Mediziner in allen Ländern (vor allem jetzt in Österreich, während der Aufbauphase von DocStop Austria) werden aktiv um ihre Mitarbeit und Unterstützung gebeten, um dort zur Verkehrssicherheit beizutragen und einen humanen Arbeitsplatz für diese wichtige Berufsgruppe zu gestalten.

So wird den Beschäftigten dieser Berufsgruppe, die früher noch „Kapitäne der Landstraße“ genannt wurden, heute aber immer öfter zu „Bremsklötzen auf unseren Straßen“ degradiert worden sind, hoffentlich wieder mit einer deutlich höheren Wertschätzung begegnet und ihre schwere und nicht ungefährliche Arbeit wieder wesentlich mehr geschätzt. Gerade in Zeiten der Corona-Krise sind genau diese Arbeitsleistungen der Berufssparte stark gefragt. Nach den zu Anfang stattgefundenen Hamsterkäufen in vielen Teilen der Bevölkerung waren es die Berufskraftfah-

rerinnen und -fahrer, die dafür gesorgt haben, dass die Regale wieder gefüllt werden können und niemand eine Mangelversorgung erleiden muss. Da aber in vielen Bereichen die Autohöfe und Tank- und Rastanlagen zu Beginn der Krise geschlossen wurden, verschlechterte sich die Situation für die Berufskraftfahrerinnen und -fahrer deutlich. So konnten sie sich an den Raststätten weder etwas zu Essen kaufen noch die Duschen benutzen oder weitere hygienische Bedürfnisse regeln.

Ausblick

Der Verein ist ständig bemüht, das Netzwerk weiter auszubauen.

Im Zuge der Corona-Krise wurde DocStop mit der Aktion „SaniStop by DocStop“ aktiv und versorgte von Beginn an die Berufskraftfahrerinnen und -fahrer mit den notwendigen Hygieneartikeln. Mithilfe der Kooperation „Logistik hilft“, bestehend aus vielen Partnern wie dem Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur, dem BGL, UTA, Fraunhofer und vielen anderen namenhaften Unterstützern, konnten mithilfe von Spendengeldern Sanitär-Container an verschiedenen Stellen aufgebaut werden, damit die Fahrerinnen und Fahrer ihren hygienischen Grundbedürfnissen auch in dieser Zeit nachkommen konnten und an den Autohöfen/Tankstellen nicht vor geschlossenen Duschen und Toiletten standen. Des Weiteren wurden im Rahmen dieser Aktion sowohl im Bundesgebiet als auch in Österreich in einer großen mehrwöchigen Aktion Hygieneartikel wie Desinfektionsmittel, Mundschutzmasken und Einmalhandschuhe verteilt. Diese Aktion wird kontinuierlich wiederholt.

Die Initiative ist nach wie vor auf die Unterstützung aus dem Transportgewerbe und der Industrie angewiesen, um gerade auch aktuell dieses Defizit in puncto Hygiene weiter ausgleichen zu können, da die Corona-Krise Deutschland und Europa vermutlich noch länger beschäftigen wird. Hinsichtlich einer Zusammenarbeit mit den Krankenkassen stehen wir aktuell in Gesprächen, inwieweit diese uns in Bezug auf Ideen zu einer Gesundheitskarte für Berufskraftfahrerinnen und -fahrer, damit alle europäischen Fahrerinnen und Fahrer dieses Angebot in Anspruch nehmen können, oder weitere Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung unterstützen können.



Rainer Bernickel

Nach zwei abgeschlossenen Lehrberufen und vier Jahren als Zeitsoldat trat Rainer Bernickel 1970 in den Polizeidienst ein.

Im Rahmen unterschiedlicher Einsatzbereiche bei der Autobahnpolizei spezialisierte er sich im Laufe der Dienstjahre auf den Bereich Verkehrsprävention für das Transportgewerbe und seine Fahrerinnen und Fahrer. Hierzu entwickelte er ein Konzept für einen bundesweiten Fernfahrerstammtisch, der bis heute regelmäßig von den Kollegen durchgeführt wird.

Ende 2006 wurde Rainer Bernickel pensioniert und begann mit vielen Partnern und Unterstützern DocStop als gemeinnützigen Verein europaweit aufzubauen.

BGM – Bestens Gesund Mobil mit der Schwenninger Krankenkasse

Fabienne Hofmann

Die Schwenninger Krankenkasse, Villingen-Schwenningen

Die Maßnahmen eines strukturierten Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) beeinflussen alle Beteiligten positiv und nachhaltig. Gestecktes Ziel ist eine Win-win-Situation sowohl für Arbeitnehmer als auch für Arbeitgeber. Daher stärken wir als Schwenninger Krankenkasse die Menschen in jeder Lebensphase in ihrer Gesundheit. Ein Teil davon ist es, den Beschäftigten in ihrem Arbeitsumfeld die Gesundheit näherzubringen und dies möglichst individuell. Genau dort setzen die BGM-Maßnahmen der Schwenninger an.



Siegfried Gänsler,
Vorstand der
Schwenninger
Krankenkasse

„Schnellebig, mobil und ständig erreichbar sein: Unser Arbeitsalltag ändert sich rapide. Junge wie ältere Menschen werden künftig vor der Aufgabe stehen, die eigene Gesundheit im Arbeitsleben neu zu lernen und praktisch anzuwenden. Es erfordert neues Wissen und Verhalten. Damit wird Gesundheit zu einer Bildungsaufgabe – vielleicht einer der wichtigsten in der kommenden Arbeitswelt. Es wird darum gehen, zu lernen, wie man lange auf dem Spielfeld bleibt: gesund an Leib und Seele, um all das, was man kann, auch anwenden zu können.“

Der Grundstein für ein gesundes Leben wird bereits im Kindes- und Jugendalter gelegt. Wir setzen uns daher nachhaltig für ein eigenständiges Schulfach-Gesundheit ein. So unterstützen wir die Kinder dabei, schon frühzeitig Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen.

Denn auch gerade in der jetzigen Zeit zeigt sich, welche Bedeutung Gesundheit heute und in Zukunft hat: Es ist das wertvollste Gut in unserem Leben. Auch für Unternehmen wird Gesundheit damit vom nice to have zum mission critical – zum entscheidenden Faktor für den Erfolg. Die Unternehmen sind in der heutigen Arbeitswelt aber vielfältig aufgestellt und benötigen daher, auch im Bereich Mobilität, individuelle, maßgeschneiderte Gesundheitsförderungskonzepte.“

Mobilität – aber bitte gesundheitsfördernd!

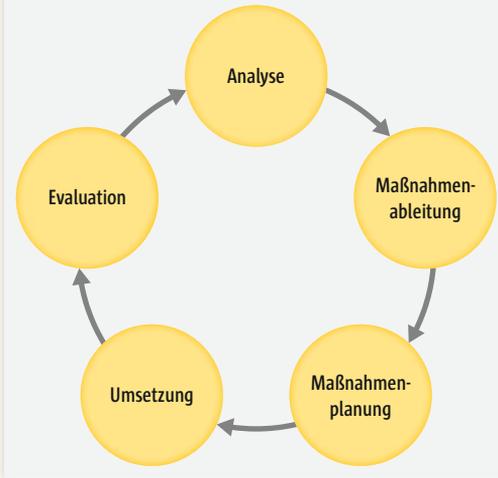
Was ist Mobilität? Mobilität ist als umfassender Begriff zu verstehen, dessen Grenzen für eine genaue Betrachtung zunächst festgelegt werden müssen. In erster Linie geht es um die Beweglichkeit. Jeder von uns benötigt Mobilität, um von A nach B zu kommen oder um dynamisch Arbeiten zu können. Daneben geht es aber auch um die Menschen, die uns Mobilität ermöglichen.

Wer sich mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Bereich der Mobilität beschäftigt, trifft auf verschiedene Branchen und unterschiedliche Beschäftigte. Diese Unterschiede verlangen Flexibilität, die wir als Schwenninger Krankenkasse durch unsere Betriebliche Gesundheitsförderung mit individuellen Gesundheitsförderungskonzepten unterstützen. Alle diese Konzepte sind im Sinne des Gesundheitsförderungsprozesses, dessen Ablauf in **»»»** Abbildung 1 dargestellt ist:

Zu Beginn des Gesundheitsförderungsprozesses wird eine Bedarfsanalyse angefertigt.

Unsere Fachexperten unterstützen die Unternehmen mit Mitarbeiterbefragungen, Analysen der Fehlzeiten und vielem mehr, um sichtbar zu machen, in welchen Bereichen Handlungsbedarf besteht.

Abbildung 1 Der Gesundheitsförderungsprozess im BGM (modifiziert in Anlehnung an [1])



In den darauf aufbauenden Schritten geht es um Ableitung und Planung der Maßnahmen sowie deren Umsetzung. Im finalen Schritt, der Evaluation, wird die Wirksamkeit des eingesetzten BGM-Konzepts überprüft. Aus den Ergebnissen werden wiederum weitere Maßnahmen abgeleitet und der Prozess kann erneut gestartet werden. Durch diesen Kreislauf lässt sich das BGM kontinuierlich verbessern. Zusätzlich dazu ist die Vorbildfunktion durch die Geschäftsführung und Leitungsebene bedeutend. Wird von dieser Personengruppe eine Akzeptanz vermittelt, kann sich das in den Arbeitsalltag integrierte BGM dauerhaft etablieren.

Betriebliche Gesundheitsförderung im Bereich der Mobilität

Wir betreuen verschiedene Arbeitgeber im BGF und BGM und kommen mit dem Bereich der Mobilität häufiger in Verbindung. Denn Mobilität findet auch auf Straßen, im Wasser und in der Luft statt. Anhand drei unserer Trägerunternehmen wird nachfolgend aufgezeigt, wie BGF und BGM bei Arbeitgebern im Bereich Mobilität funktionieren kann.

» BGM und BGF funktioniert bei Firmen, die

- uns eine sichere und funktionierende Mobilität im Straßennetz ermöglichen, indem sie die Autobahnen, Bundes-, Landes- sowie Kreisstraßen planen, bauen

und unterhalten, so wie es der Landesbetrieb Mobilität Rheinland-Pfalz (LBM) für uns sicherstellt [2].

- uns Mobilität auf See- und Binnenwasserstraßen ermöglichen und somit den Schiffsverkehr sicherstellen, was übergeordnet durch die Wasserstraßen und Schifffahrtsverwaltung (WSV) des Bundes erfolgt [3].
- die Mobilität benötigen, um unseren Abfall zu entsorgen, wofür unter anderem das Amt für Abfallwirtschaft Karlsruhe zuständig ist.

Um eine erste Analyse der Arbeitgeber durchführen zu können, betrachten wir das AU-Geschehen dieser Unternehmen mit unserem selbsterstellten, datenschutzkonformen und anonymen Gesundheitsbericht. Zusätzlich finden Mitarbeiterbefragungen statt, um die Beschäftigten mit einzubeziehen und dadurch einen Einblick in deren Bedürfnisse zu erhalten. Um auch Erkenntnisse aus dem Branchenvergleich zu gewinnen, zählen wir von den drei genannten Arbeitgebern den Landesbetrieb für Mobilität Rheinland-Pfalz (LBM) und die Wasserstraßen und Schifffahrtsverwaltung des Bundes zur Branche „Baugewerbe“, während das Amt für Abfallwirtschaft Karlsruhe der Branche „Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung“ zugeordnet wird.

Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in den Branchen

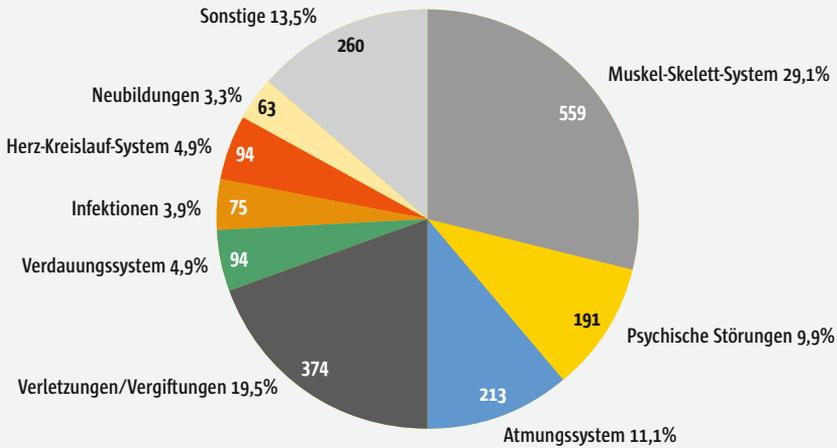
Um dem Datenschutz gerecht zu werden, zeigen wir das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (AU-Geschehen) der beiden Branchen anhand der Daten des BKK Gesundheitsreports 2020. Diese Werte sind hinreichend aussagekräftig, um Schwerpunkte im Bedarf festzustellen.

Die prozentuale Verteilung der AU-Tage nach den Diagnosegruppen in der Branche „Baugewerbe“, ist in » Abbildung 2 dargestellt, die Werte der Branche „Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung“ in » Abbildung 4.

Auffällig an dem AU-Geschehen innerhalb dieser beiden Branchen ist die Gruppe Muskel-Skelett-Erkrankungen. Die meisten AU-Tage entstehen durch Erkrankungen dieser Gruppe, weshalb unsere individuellen Gesundheitsförderungskonzepte bei den drei genannten Arbeitgebern darauf ausgerichtet waren und sind, diesen Erkrankungen vorzubeugen und einen zukünftigen Anstieg zu vermeiden.

Die durchgeführten Analysen dienen als Basis für die Gespräche mit dem Arbeitgeber und die gemeinsame Maßnahmenableitung und -planung. In den nachfolgenden Abschnitten stellen wir die drei Arbeitgeber inklusive der gemeinsamen Maßnahmen vor.

Abbildung 2 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen in der Branche „Baugewerbe“ (Berichtsjahr 2019) [4]



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

Mobilität auf den Straßen von Rheinland-Pfalz – durch den LBM möglich!

Damit der Landesbetrieb für Mobilität Rheinland-Pfalz (LBM) Mobilität bereitstellen kann, sind gesunde Mitarbeiter notwendig. Denn ein Unternehmen ist nur so gesund wie seine Mitarbeiter!

In den Beratungsgesprächen mit den Verantwortlichen des LBM wurden mehrere Maßnahmen für das Jahr 2019 geplant. Schwerpunkte lagen hier auf der Senkung der Muskel-Skelett-Erkrankungen und der langfristigen Erhaltung der Gesundheit der Beschäftigten. Da der LBM ein dezentral angelegter Arbeitgeber mit mehreren Standorten ist, wurde diese Besonderheit in der Konzeptphase berücksichtigt.

Die beim LBM durchgeführten Gesundheitsförderungsmaßnahmen basieren auf mehreren Bausteinen, um nachhaltig und langfristig möglichst viele Beschäftigte zu erreichen. Als gesundheitsbewusster Arbeitgeber steuert der LBM finanzielle und personelle Ressourcen bei, um den Beschäftigten eine ausgewogene und zielgerichtete Betriebliche Gesundheitsförderung bieten zu können.

Die nachfolgenden Gesundheitsförderungsmaßnahmen wurden gemeinsam durch den LBM und die Schwenninger für das Jahr 2019 geplant und durchgeführt:

Multiplikatorenschulung zu LBM Gesundheitslotsen

- Beschäftigte des Innen- und Betriebsdienstes werden zu Multiplikatoren bzw. Gesundheitslotsen ausgebildet.
- Die Gesundheitslotsen unterstützen ehrenamtlich in ihren Zuständigkeitsbereichen den Steuerkreis BGM in der Durchführung von BGM-Maßnahmen.
- Die Multiplikatoren sind im großen Organigramm des LBM zur Weitergabe von Informationen aus der LBM-Zentrale für BGM zuständig und ermöglichen diese durch Aushänge oder verbale Kommunikation.
- Die Gesundheitslotsen sollen die Kollegen auf die angebotenen BGM-Maßnahmen aufmerksam machen, sie zur Teilnahme motivieren und sie von den Gesundheitsangeboten in der Dienststelle überzeugen.
- Sie gestalten das BGM aktiv mit, indem sie eng mit dem Steuerkreis BGM zusammenarbeiten und die Wünsche der Kollegen zu den Themen Gesundheit sowie zu einem besseren Miteinander sammeln und an den Steuerkreis BGM weitergeben.
- Die Gesundheitslotsen des LBM vernetzen sich untereinander.
- Der jährlich stattfindende Erfahrungsaustausch unter den Gesundheitslotsen des LBM wird durch die Fachexperten der Schwenninger unterstützt.

Abbildung 3 Rücken- und Entspannungskurse im Rahmen von Fit im LBM [5]



Fit im LBM – Life Balance Mobility

- In den Seminaren wird das Thema Rückengesundheit aufgegriffen.
- 10 Seminar-Einheiten sorgen für die Erhöhung des Wissens und der Gesundheitskompetenz der Beschäftigten.
- Die Beschäftigten lernen effektive Strategien für einen schmerzfreien und belastbaren Alltag kennen.
- Im Rahmen der Seminare werden Rücken- und Entspannungskurse (»»» Abbildung 3) durchgeführt, um das Erlernte in der Praxis umzusetzen.

Azubi-Konzept

- Speziell für die Auszubildenden wurde ein Konzept entwickelt.
- Inhalte waren vor allem ein Kommunikationstraining und Maßnahmen zum Konfliktmanagement, um den möglichen Stressoren der Auszubildenden entgegenzuwirken.

Die einzeln aufgeführten Maßnahmen werden im Gesamten zu einem zielgerichteten Gesundheitsförderungskonzept. So können langfristig und nachhaltig Muskel-Skelett-Erkrankungen vorgebeugt werden. Der darüber hinausreichende präventive Nutzen und die allgemeine Steigerung der Gesund-

heit, werden durch die Verankerung des Konzepts in die Unternehmensstruktur des LBM sichergestellt. Dies bestätigen auch die Beschäftigten, die die Teilnahme durchweg positiv bewerteten. Viele nutzen ihr zusätzliches Wissen und die erlernten Übungen im Alltag und fühlen sich dadurch besser.

Amt für Abfallwirtschaft Karlsruhe – nur mit Mobilität möglich!

In der Branche „Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung“ und speziell im Amt für Abfallwirtschaft Karlsruhe geht es darum, dass die Beschäftigtengruppe des Entsorgungsmanagements zur Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit Mobilität benötigt. Diese Beschäftigten gehören dementsprechend zu einer Zielgruppe, die vor allem mit gesundheitsfördernden Maßnahmen schwer zu erreichen ist. Aber gerade bei den Entsorgungsmanagern ist die körperliche Belastung sehr hoch! Auch hier sind Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems die häufigste Ursache für eine Arbeitsunfähigkeit (»»» Abbildung 4). Bei der Vielfalt der Arbeitsbelastungen ist der Gesundheitsbericht als alleinige Basis nicht ausreichend, um Maßnahmen einzuleiten. Eine Mitarbeiterumfrage wird bei der vorliegenden Beschäftigtengruppe ebenfalls als nur bedingt zielführend eingeschätzt.

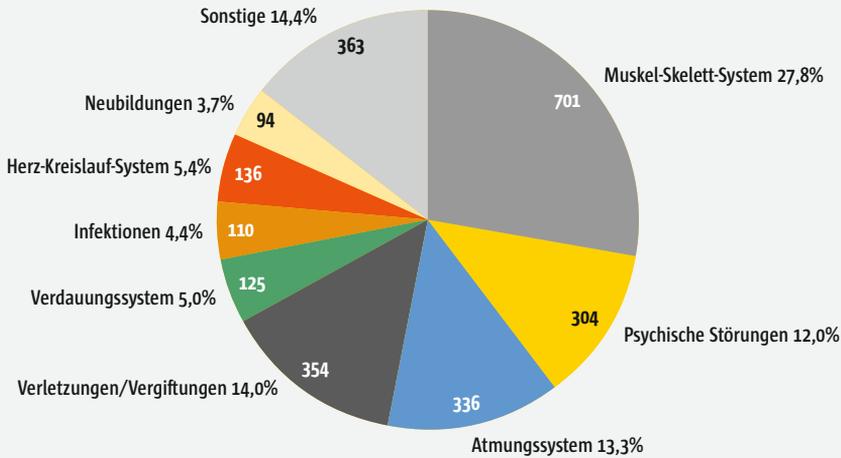
Um den Bedarf detailliert zu erheben, ist für eine genauere Maßnahmenableitung eine eingehende Analyse des Arbeitsplatzes notwendig.

»»» An diesem Beispiel zeigt sich, dass wir individuelle Herangehensweisen bei jeder Branche oder auch bei den einzelnen Beschäftigtengruppen benötigen, um daraufhin ein zielgerichtetes und bedarfsgerechtes Gesundheitsförderungskonzept zu entwickeln.

Beim Amt für Abfallwirtschaft Karlsruhe fiel die Entscheidung zugunsten der Analyse im Rahmen einer Arbeitsplatzbegehung inklusive Fotoprotokollierung. Dadurch ist es möglich, die körperlichen Belastungen am Arbeitsplatz und bei der Ausübung der Tätigkeit direkt zu erkennen. Darüber hinaus gewährt die gewählte Methode durch den direkten Kontakt zu den Beschäftigten einen realistischen Blick auf den Alltag und die Probleme neben der reinen körperlichen Belastung.

Die Arbeitsplatzanalyse bildet die Grundlage für einen Ergonomie-Workshop mit dem Fokus auf die Rückengesundheit. Der Workshop wird gemeinsam mit den Beschäftigten gestaltet, um sie miteinzubeziehen und erkannte Problemstellungen gemeinsam

Abbildung 4 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen in der Branche „Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung“ (Berichtsjahr 2019) [4]



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

zu bearbeiten. Ziele dabei sind, die Sensibilisierung für ein rückenschonendes Arbeiten, der Hinweis auf Belastungsgefahren und die Erklärung, wie diese reduziert werden können. Außerdem soll eine gesteigerte allgemeine Gesundheitskompetenz über das Thema Rückengesundheit hinaus erreicht werden. Zusätzlich zu dem Ergonomie-Workshop ist es notwendig, das Muskelkorsett der Beschäftigten zu stärken. Dies erfolgt durch Bewegungskurse, in denen wichtige Muskelgruppen umfassend trainiert werden. Hier steht neben der Kräftigung auch die Ausbildung einer ausgewogenen Muskelbalance durch Beweglichkeitsübungen im Fokus.

Die Evaluation dieser Maßnahmen findet anhand der zukünftigen AU-Daten und einer einfachen Befragung nach den durchgeführten Kursen statt. Eine Datenbasis ist hier noch nicht vorhanden, da die Umsetzung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Jahr 2020 stattfindet.

Mobilität der Schiffe – durch den WSV Bund möglich!

Bei dem zweiten Arbeitgeber in der Branche „Baugewerbe“ handelt es sich um den WSV Bund. Die dort Beschäftigten stellen den Verkehr der Schiffe auf den deutschen See- und Binnenwasserstraßen sicher. Dies erfolgt in der gesamten Bundesrepublik, weshalb die Dienststellen und Standorte deutschlandweit verteilt sind.

Aufgrund der dezentralen Standorte ist ein übergeordnetes Gesundheitsförderungskonzept für den

gesamten WSV Bund nicht zielführend. Das Konzept wurde deshalb individuell auf die einzelnen Dienststellen bzw. Wasserstraßenschiffahrtsämter ausgerichtet. So wurde auf die speziellen Bedürfnisse der einzelnen Ämter eingegangen und gemeinsam mit ihnen und ihren finanziellen Ressourcen ein bedarfsgerechtes Gesundheitsförderungskonzept entwickelt.

Nachfolgend wird das Wasserstraßenschiffahrtsamt (WSA) Schweinfurt als Beispiel genauer dargestellt.

Beim WSA Schweinfurt gibt es viele unterschiedliche Unternehmens- und Tätigkeitsbereiche. Alle diese sollen durch das nachhaltige BGM gleichermaßen erreicht werden. Daher wurde ein gemeinsamer Gesundheitszirkel als Steuerungsgremium gebildet, bei dem die Schwenninger als Moderator agiert, um BGM nachhaltig im Unternehmen zu etablieren. Der quartalsweise tagende Gesundheitszirkel, war für die Analyse, die Zielsetzung, die Maßnahmenplanung und Evaluation zuständig.

Eingesetzte Analyseinstrumente

- Gesundheitsbericht
- Mitarbeitergespräche
- Berichte aus dem Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Berichte aus dem betrieblichen Eingliederungsmanagement
- Ergebnisse aus vorherigen Gesundheitszirkeln

Die Handlungsschwerpunkte und Feinziele, die der Gesundheitszirkel definierte, basieren auf diesen Analysen. Um die vielen Unternehmensbereiche und die jeweiligen Bedarfe abzudecken, wurde das Gesundheitsförderungskonzept auf mehrere Handlungsfelder und Beschäftigtengruppen aufgeteilt. Aufgrund des ausgewerteten AU-Geschehens wurde ein großer Schwerpunkt auf die Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen gelegt.

Beim WSA Schweinfurt gibt es spezielle Beschäftigtengruppen, die schwerer, körperlicher Belastung ausgesetzt sind, um beispielsweise Instandsetzungsmaßnahmen durchführen zu können. Um Muskel-Skelett-Erkrankungen bei diesen Mitarbeitern vorzubeugen, war es zunächst notwendig, Ergonomie anhand von Ergonomie-Workshops zu thematisieren. Ergonomie ist bei der Vorbeugung von Muskel-Skelett-Erkrankungen bei schweren körperlichen Belastungen im Arbeitsalltag ein wichtiger Baustein, um sowohl Verhältnis- als auch Verhaltensprävention betreiben zu können. Dadurch konnte auf den beiden Ebenen wie folgt angesetzt werden (»»» Abbildung 5 ergänzt diese Ansatzpunkte visuell):

- **Verhältnisprävention:** Hier geht es um die Analyse und Anpassung von Arbeitsverhältnissen, um diese im Arbeitsalltag gesundheitsförderlicher gestalten zu können.
- **Verhaltensprävention:** Sie setzt am individuellen Gesundheitsverhalten der Beschäftigten an. Ziel ist

es, die eigene Gesundheitskompetenz zu erhöhen und das eigene Gesundheitsverhalten im Hinblick auf Bewegung, Ernährung, Stress und Suchtmittelkonsum zu verbessern.

Im Ergonomie-Workshop wurden die Arbeitsverhältnisse analysiert und Veränderungen abgeleitet. Zusätzlich fand auf der Ebene der Verhaltensprävention ein Training des Muskel-Skelett-Systems für die Beschäftigten statt, um die Rücken- und Rumpfmuskulatur ausreichend zu stabilisieren. Das frühzeitige Erkennen von Belastungen, das Vermindern schmerzbedingter Ausfallzeiten und die Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Beschäftigten, standen dabei im Mittelpunkt.

Durch Analysen des Steuerungsgremiums wurden weitere Schwerpunkte für eine ganzheitliche Gesundheitsförderung, zur Erhöhung des Wohlbefindens und der Erhaltung der Leistungsfähigkeit erarbeitet. Eine wesentliche Maßnahme stellte dabei das Herz-Kreislauf-Training dar, das in den verschiedenen Beschäftigtengruppen die allgemeine körperliche Fitness aufrechterhalten soll. Der umfassende Einsatz von finanziellen Mitteln und personellen Ressourcen des Arbeitgebers ermöglichte zudem weitere Maßnahmen, die der »»» Abbildung 6 zu entnehmen sind.

Über eine Gesundheitsanalyse wurde eine zusätzliche systematische Betrachtung der Gesamtbe-



schäftigten des WSA Schweinfurt durchgeführt. Analysiert wurden gesundheitliche Aspekte, um durch den tieferen präventiven Einblick frühzeitig Gesundheitsgefahren zu erkennen und zu beheben. Dabei wurden folgende Ebenen betrachtet und ausgewertet:

- psychische Gesundheit
- körperliche Aktivität
- Ernährung
- Arbeitsumfeld
- Schlaf
- Suchtmittelkonsum

Die Analyse gibt anhand eines Unternehmensberichts Aufschluss darüber, was bei augenscheinlich gesunden Mitarbeitern im Bereich der Gesundheitsförderung verbessert werden kann. Mit der Kombination aus dieser Analyse und dem aktuellsten Gesundheitsbericht, ist für das Jahr 2021 eine weitere Maßnahmenableitung durch den Gesundheitszirkel möglich.

Fazit

Uns als Schwenninger Krankenkasse ist es wichtig, die gesundheitlichen Belastungen der Beschäftigten aufzudecken und gemeinsam die Bedarfe der Unternehmen zu erkennen und nachhaltig positiv zu beeinflussen. Speziell das Thema Mobilität kann unterschiedlich verstanden werden und ist uns in vielfältiger Hinsicht begegnet. Doch die Betriebliche Ge-

sundheitsförderung ist im Bereich der Mobilität nicht wegzudenken und spielt eine bedeutende Rolle, wenn es um die Mitarbeitergesundheit geht. Daher geben wir abschließend folgendes Zitat mit auf den Weg:

„Auch im Bereich der Mobilität benötigt man individuelle und maßgeschneiderte Gesundheitsförderungskonzepte“.

Siegfried Gänsler, Vorstand der Schwenninger Krankenkasse

Literatur

1. Mahltig G, Voermans S (2011): Vernetzung und Qualität – Vernetzung als Erfolgsfaktor im Gesundheitswesen. In: N. Klusen, A. Meusch & E. Thiel (Hrsg.): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Baden-Baden (Nomos). S. 29–56.
2. Landesbetrieb Mobilität Rheinland-Pfalz, Stabsstelle Kommunikation (2020). Über uns. <https://lbm.rlp.de/de/ueber-uns/> [Abgerufen am 15. Juni 2020]
3. Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (2020). Wasserstraßen- und Schifffahrtsverwaltung des Bundes (WSV). <https://www.bmvi.de/SharedDocs/DE/Artikel/WS/wasserstrassen-und-schifffahrtsverwaltung-des-bundes.html> [Abgerufen am 15. Juni 2020]
4. Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) BKK Gesundheitsreport 2020. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
5. Die Schwenninger Krankenkasse (2019). BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT Win-win-win-Situation!. PERSPEKTIVE 1_2019, S. 28.



Fabienne Hofmann

Fabienne Hofmann leitet den Bereich Gesundheitsförderung bei der Schwenninger Krankenkasse. Sie hat ihren Bachelor of Arts in Sportwissenschaften und Sporttherapie (Uni Freiburg) absolviert. Nach ihrem Erststudium begann sie bei der Schwenninger in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung als Expertin. Seit diesem Zeitpunkt ist sie für die konzeptionelle Gestaltung der Themen BGF/BGM, nichtbetriebliche Lebenswelten, Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen, Primärprävention und Selbsthilfe zuständig. Nebenberuflich absolvierte sie ihren Master of Arts in Gesundheitsmanagement und Prävention (IST-Hochschule) und übernahm daraufhin die Bereichsleitung Gesundheitsförderung.

5

Mobilität und Gesundheit – politische Anmerkungen in Zeiten der Corona-Pandemie



Franz Knieps
Vorstand des BKK Dachverbands,
Berlin

Die Corona-Pandemie und die dadurch ausgelösten Erkrankungen an oder mit COVID-19 haben das öffentliche und private Leben weltweit erschüttert und werden es wohl nachhaltig verändern. Auch wenn nach gut sechs Monaten nicht absehbar ist, wie die konkreten Veränderungen für die Zukunft aussehen, erscheint eine Rückkehr zum Status quo ante ausgeschlossen. Der folgende Beitrag wagt einen Ausblick speziell unter dem Gesichtspunkt der Auswirkungen auf Mobilität und Gesundheit. Dabei ist der Autor sich der Unsicherheiten von Ausgangslage und Entwicklungen bewusst. Selten war eine Vorausschau so spekulativ und sind denkbare Perspektiven so offen.

Lockdown und Stillstand – das vorläufige Aus der Mobilität

Der Ausbruch der Corona-Pandemie – wohl ausgehend von der chinesischen Mega-City Wuhan – hat in wenigen Wochen zwischen Ende Februar und Mitte April die Welt zum Stillstand gebracht. Zwar war man theoretisch seit dem Auftreten von SARS-CoV zu Beginn des Jahrhunderts auf einen Pandemiefall vorbereitet und wusste auch schon Ende 2019 vom Auftreten einer neuartigen Lungenkrankheit in China, doch verstaubten die Erkenntnisse aus dem Verlauf früherer Epidemien in den Aktschranken von Regierung und Parlament. Umso heftiger überraschten die rigiden Maßnahmen in der Volksrepublik China, die zugleich von einer Geheimniskrämerie über die tatsächliche epidemiologische Lage umwölkt waren. Schon bald nach dem Auftreten von Infektionen in Süd- und Westeuropa waren auch deutsche Arbeitnehmer betroffen. Zumindest die ersten Fälle ließen sich klar auf Kontakte nach China zurückführen, was nicht selten zu chauvinistischen Kommentaren in deutschen und europäischen Medien und zu fremdenfeindlichen Äußerungen gegenüber asiatisch aussehenden Mitbürgern führte.

In der Folge kam es schnell zum vollständigen Zusammenbruch des Warenverkehrs zwischen China

und dem Rest der Welt. Dies war und ist angesichts der Vernetzung der Weltwirtschaft keine Besinnungspause für die zunehmend kritisch kommentierte Globalisierung, sondern eine schwere Störung des ökonomischen und sozialen Lebens in allen Staaten der Erde. Es betrifft nicht nur Investitions- und Konsumgüter, sondern auch die Lebensnerven der westlichen Gesundheitssysteme. Exemplarisch sei nur auf die Bedeutung von China (und anderen asiatischen Staaten) für die weltweite Arzneimittelproduktion oder für die Herstellung von Schutzkleidung hingewiesen. Eine (teilweise) Rückverlagerung in die westliche Hemisphäre ist ein Projekt für Jahrzehnte und mindert nicht die Abhängigkeit von Grundstoffen – wie zum Beispiel seltenen Erden oder tropischen Pflanzen. Schließlich legte die schnelle Ausbreitung des hochinfektösen Virus den Austausch von Waren und Produkten zuerst zwischen den Ländern und alsbald – nach der Verkündung von Lockdowns in sehr vielen Staaten mit der umstrittenen Ausnahme von Schweden – auch innerhalb der Länder lahm. Die Mobilität als einer der tragenden Pfeiler industrieller Gesellschaften geriet ins Wanken und damit die Existenz ganzer Branchen sowie des darauf beruhenden Wohlstands nicht nur des Exportweltmeisters Deutschland. Die Weltwirtschaft rutschte in eine Rezession, wie sie seit dem 2. Weltkrieg nicht mehr zu erleben war. Selbst die Finanzkrise 2008/2009 sah dagegen nur wie ein temporäres Vorspiel aus. Nicht nur Apokalyptiker sahen ein Ende des Industriezeitalters und einer globalisierten Weltwirtschaft gekommen, dessen Abhängigkeit von fossilen Brennstoffen zudem eine nicht mehr zu leugnende Klimakrise heraufbeschworen hatte und dessen soziale Spaltungswirkungen den Aufstieg der Rechtspopulisten und in der Folge eine Bedrohung pluralistischer Demokratien beförderten.

Eigentlich hätte man erwarten müssen, dass internationale Solidarität die Folgen von Corona zumindest abmildern würde. Doch erwiesen sich internationale Organisationen weder als vorausschauend noch als krisenfest. Dies lässt sich exemplarisch an der Weltgesundheitsorganisation und der Europäischen Union aufzeigen. Während die schon länger als ineffizient kritisierte WHO zwischen dem ökonomischen Druck der USA und dem ideologischen Einfluss Chinas irrlichterte, tauchte die Europäische Union zu Beginn der Krise völlig ab und akzeptierte die totale Schließung der nationalen Grenzen und die Abschottung der Gesundheitssysteme, obwohl in Ländern wie Italien, Spanien oder Frankreich zumindest regional der Kollaps der gesundheitlichen Versorgung drohte und schreckliche Bilder zum

Angst-Framing der Bevölkerung europaweit genutzt wurden. Mehr als unsolidarisch war der Kampf der Nationen um Schutzausrüstung und die zögerliche Öffnung der Grenzen für schwer erkrankte Patienten. So fällt es schwer, von Global oder gar Planetary Health zu sprechen und eine wirksame internationale Gesundheitspolitik zu erwarten. Auch für die Hoffnung, die Europäische Union werde durch Solidarität in und nach der Pandemie ihre Krisen überwinden, gibt es wenig konkreten Anlass, selbst wenn EU-Kommission und EU-Parlament sich in milliarden schweren Krisenbewältigungsprogrammen überbieten. Zu übermächtig ist die Rolle der nationalen Regierungen im Europäischen Rat, zu groß ist die Rolle national-egoistischer Vetospieler nicht nur in Ungarn oder Polen, sondern auch in Österreich, den Niederlanden und Skandinavien.

Auch wenn die grenzüberschreitende Mobilität zu den zentralen Grundfreiheiten der Europäischen Union zählt und die innerstaatliche Mobilität zu den zentralen Grundrechten gehört, waren diese speziell in den Anfangszeit der Pandemie keineswegs überall gewährleistet. Die Grenzen aller EU-Staaten wurden geschlossen. Einzelne Bundesländer überboten sich mit Maßnahmen zur Beschränkung von Mobilität wie Ausgangssperren, Beschränkungen der Bewegungsradien, Besuchs- und Zutrittsverboten bis hin zu Einreisesperren und Ausweisungsverfügungen. Zwischen den EU-Staaten sind Quarantäneregeln noch immer eher die Regel als die Ausnahme. Innerstaatlich stachen die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein hervor, die nicht nur den Besuch aus anderen Bundesländern untersagten, sondern auch Menschen mit einem Zweitwohnsitz per „Ausweisungsverfügung“ loswerden wollten. Und das alles begründet mit der Sorge, die „eigenen“ Gesundheitssysteme seien vor anstehender Überforderung zu schützen. Den größten Unfug verhinderten Verwaltungs- und Verfassungsgerichte, die keinen Anhaltspunkt für eine Überforderung in Deutschland erkennen konnten und viele Maßnahmen – auch jenseits der Beschränkung der Mobilität – entweder für ungeeignet oder für unverhältnismäßig erklärten.

Schließlich wurde die Mobilität im gesundheitlichen Sinne zu Beginn der Pandemie faktisch dadurch eingeeignet, dass der gewohnte Zugang zu gesundheitlichen Einrichtungen und Leistungen verwehrt oder beschränkt war. Zwar wurde das Prinzip der freien Arztwahl auch in der Pandemie nicht eingeschränkt, doch es dauerte, bis alle Arztpraxen und andere Leistungserbringer ausreichend mit Schutzausrüstungen oder Test-Kits versorgt waren und entsprechende Vor-

kehrungen getroffen hatten, die gewohnte Inanspruchnahme sicherzustellen. Inwieweit der Rückgang von Inanspruchnahmen mit dem Abbau unnötiger Überversorgung zu erklären ist oder auf einer bedenklichen Angst vor der Infektion in Praxen und Einrichtungen beruht, wird noch zu klären sein. Im Kontext von Mobilität und Gesundheit ist auch zu problematisieren, inwieweit Angehörige vom Besuch von Patienten und Pflegebedürftigen abgehalten werden dürfen. Hier dürften insbesondere langanhaltende Beschränkungen und der Ausschluss von Sterbegleitung kaum dem Gebot der Menschenwürde entsprechen.

Gesundheitliche Folgen der Mobilität – Entspannung in der Pandemie?

Ohne Zweifel erweitert Mobilität Freiheitsräume und Entfaltungschancen. Genauso sicher erzeugt Mobilität Belastungen und Gefährdungen. Mobilität macht das Sammeln von Erfahrungen außerhalb des eigenen in der Regel räumlich, aber auch intellektuell und kulturell beschränkten Lebensraums erst möglich. Mobilität frisst aber auch Raum, Zeit und Gesundheit. Exemplarisch gilt dies für das Pendeln zur Arbeit. Verkehrsflächen nehmen einen immer größer werdenden Platz nicht nur in Städten ein. Wege zur Arbeit und zur Freizeit werden länger. Autobahnen und Straßen sind ebenso überfüllt wie öffentliche Verkehrsmittel. Von der entspannten Vision des autonomen Fahrens ist man ebenso weit entfernt wie von dem reibungslosen Ineinandergreifen verschiedener Verkehrsmittel. Pendeln erzeugt Stress, Pendeln erzeugt Luftverschmutzung und Lärm, Pendeln kann krankmachen.

Mit der Pandemie wurde plötzlich vieles anders. Wo immer möglich wichen Arbeitnehmer ins Homeoffice aus. Arbeitgeber und Gewerkschaften überwand ihre Bedenken gegen flexible Arbeitszeiten und Arbeitsorte. Agiles Arbeiten wurde vom Schlagwort zur alltäglichen Praxis – zumindest da, wo es der Inhalt der Arbeit zuließ. Gefühlt hat die erzwungene Umstellung vielen Arbeitnehmern gut getan, zumal wenn diese von ihren Arbeitgebern aktiv unterstützt wurden. Es ist aber auch nicht zu übersehen, dass nicht jeder mobiles Arbeiten als einen Segen empfindet. Manchen fehlt der geeignete Arbeitsplatz in den eigenen vier Wänden, anderen fällt nach einiger Zeit die Decke auf den Kopf, wieder andere vermissen den kollegialen Austausch und die Kreativität im sozialen Miteinander. Die gesundheitlichen Folgen des abrupten Wechsels sind noch

weitgehend unerforscht. Erste Zahlen der Arbeitsunfähigkeitsstatistiken sprechen dafür, dass jedenfalls keine Zunahme der Fehltag zu beobachten ist. Dies gilt auch vor dem Hintergrund, dass zeitweise eine digitale Krankschreibung möglich war und die Arbeitgeber hier Missbrauch am Werk sahen.

Unzweifelhaft haben der Lockdown und der Umstieg auf Homeoffice die Schadstoffbelastung der Luft reduziert und den Stress in Staus und überfüllten Fahrzeugen des öffentlichen Personenverkehrs abgebaut. Umgekehrt war aber auch zu beobachten, dass viele Menschen aus Angst vor Ansteckung in Bus und Bahn wieder auf das eigene Auto umgestiegen sind.

Digitale Transformation und Mobilität – Eckpfeiler einer Versorgungslandschaft der Zukunft

Nach Ansicht vieler Beobachter beschleunigt die Pandemie mittel- und langfristige Entwicklungen bei Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozessen, die sonst eher langsam und unter größeren Widerständen abgelaufen wären. Dies gilt speziell für die digitale Transformation und für die Nutzung mobiler Versorgungsformen nicht nur in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Exemplarisch sei auf die Ausweitung digitaler Versorgungsangebote wie der Videosprechstunde oder das digitale Behandlungsangebot in der Psycho- oder Ergotherapie, die elektronische Krankschreibung oder das elektronische Rezept verwiesen. Vernetzt damit sind mobile Versorgungsangebote vom Botengang der Apotheke über Hausbesuche von Gemeindefachkräften oder selbst von Fachärzten und digital unterstützten Anwendungen in mobilen Praxen oder Rettungswagen. Die Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten macht viele belastende Verlegungen von Patienten überflüssig.

Die abgestimmte Entwicklung von Digitalisierungs- und Mobilitätskonzepten ist nicht nur geeignet, eine flächendeckende Grundversorgung sicherzustellen, sondern auch eine abgestufte Versorgung in Mittel- oder Oberzentren ressourcenschonend und qualitativ hochwertig zu gestalten. Es lohnt sich, neue Wege bei der Entwicklung innovativer Mobilitätskonzepte zu erproben, denn das Festhalten am Status Quo wird bestehende Strukturprobleme noch verschärfen. Die Umstellung auf e-Mobilität wird

nicht nur die Schadstoffbelastung der Luft reduzieren, sondern auch den Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern. Weiter macht es Sinn, die gesundheitliche Infrastruktur in die Verkehrsplanung mit einzubeziehen und Zugangsmöglichkeiten wie Öffnungszeiten an die Mobilitätsmöglichkeiten anzupassen. Auch für die Bereiche „Autonomes Fahren“ oder „Car Sharing“ sind durchaus Verknüpfungen mit dem Thema Gesundheit denkbar.

Fazit: Mehr Gesundheit durch stressfreiere Mobilität

Es ist nicht ernsthaft zu bezweifeln, dass es Wechselwirkungen zwischen Mobilität und Gesundheit gibt. Allerdings lassen sich durchaus durch die Veränderungen der Rahmenbedingungen und insbesondere durch Einbeziehung der digitalen Transformation positive Wirkungen für die individuelle und für die öffentliche Gesundheit erzielen. Die Pandemie, die Stärken und Schwächen von Staat, Wirtschaft und Gesellschaft und damit auch der Mobilitäts- und Gesundheitssysteme wie unter einem Brennglas offenlegt, bietet die Chance, strukturelle Veränderungen anzustoßen und Widerstände egoistischer Interessengruppen zu überwinden. Es ist an uns (und erst in zweiter Linie an den politischen Verantwortlichen), diese Chancen zu nutzen.

Weiterführende Literatur

- Adli, Mazda, *Stress and the City – Warum Städte uns krank machen. Und warum sie trotzdem gut für uns sind*, München 2017
- Henrich-Franke, Christian, *Globale Welt 1970–2018*, Stuttgart, 2018
- Iriye, Akira (Hrsg.), *Geschichte der Welt 1945-heute – Die globalisierte Welt*, München 2013
- Klemm, Anne / Knieps, Franz, *Unter dem Corona-Brennglas: Erste Lehren aus der Pandemie*, G+S 4–5/2020, 77–83
- Kluckert, Jens (Hrsg.), *Das neue Infektionsschutzrecht*, Baden-Baden 2020
- Knieps, Franz, *Die Corona-Pandemie und das Grundgesetz – Anmerkungen nicht nur zu Rechtsfragen*, G+S 3/2020, 6–10
- Krastev, Ivan, *Ist heute schon morgen? – Wie die Pandemie Europa verändert*, Berlin 2020
- van Laak, Dirk, *Alles im Fluss - Die Lebensadern unserer Gesellschaft – Geschichte und Zukunft der Infrastruktur*, Frankfurt/Main 2018
- Manow, Philip, *Die politische Ökonomie des Populismus*, Berlin 2018
- Zimmer, Thomas, *Welt ohne Krankheit – Geschichte der internationalen Gesundheitspolitik*, Göttingen 2017

Anhang

A	Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	464
B	Systematische Verzeichnisse	472

Verzeichnis des Anhangs

A	Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	464
A.1	AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)	464
A.1.1	Pflichtmitglieder insgesamt	464
A.1.2	Beschäftigte Pflichtmitglieder	465
A.1.3	Teilzeitbeschäftigte	466
A.1.4	Arbeitslose (ALG-I)	467
A.1.5	Freiwillige Mitglieder insgesamt	468
A.1.6	Beschäftigte freiwillige Mitglieder	469
A.1.7	Mitglieder ohne Rentner	470
A.1.8	Beschäftigte Mitglieder insgesamt	471
B	Systematische Verzeichnisse	472
B.1	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision German Modification (ICD-10-GM-2019)	472
	Diagnosehauptgruppen und Diagnoseuntergruppen nach dem ICD-10-GM Schlüssel	472
B.2	Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC 2019)	478
	ATC-Hauptgruppen und ATC-Untergruppen nach der ATC-Klassifikation	478
B.3	Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008)	481
	Wirtschaftsabschnitte und -abteilungen nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008)	481
B.4	Klassifikation der Berufe, Ausgabe 2010 (KldB 2010)	484
	Berufssektoren, -segmente und Berufshauptgruppen nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010)	484

Die digitale Aufbereitung des BKK Gesundheitsreports wird mit dieser Ausgabe fortgesetzt. Die AU-Kennzahlen des **»»** Tabellenanhangs A werden wieder 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 2019)

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	288.384	1.691.944	15,10	88,6	5,9	0,24
	Frauen	270.949	1.610.421	14,68	87,2	5,9	0,24
	Gesamt	559.333	3.302.365	14,89	87,9	5,9	0,24
Neubildungen (C00–D48)	Männer	39.387	1.146.675	2,06	60,1	29,1	0,16
	Frauen	50.152	1.822.285	2,72	98,7	36,3	0,27
	Gesamt	89.539	2.968.960	2,38	79,1	33,2	0,22
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	14.636	267.411	0,77	14,0	18,3	0,04
	Frauen	14.603	261.287	0,79	14,2	17,9	0,04
	Gesamt	29.239	528.698	0,78	14,1	18,1	0,04
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	137.510	5.695.055	7,20	298,3	41,4	0,82
	Frauen	192.969	7.857.611	10,45	425,6	40,7	1,17
	Gesamt	330.479	13.552.666	8,80	360,9	41,0	0,99
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	56.586	941.502	2,96	49,3	16,6	0,14
	Frauen	79.353	1.026.636	4,30	55,6	12,9	0,15
	Gesamt	135.939	1.968.138	3,62	52,4	14,5	0,14
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	36.992	289.884	1,94	15,2	7,8	0,04
	Frauen	34.909	247.070	1,89	13,4	7,1	0,04
	Gesamt	71.901	536.954	1,91	14,3	7,5	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	28.731	291.981	1,50	15,3	10,2	0,04
	Frauen	33.572	335.949	1,82	18,2	10,0	0,05
	Gesamt	62.303	627.930	1,66	16,7	10,1	0,05
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	75.778	1.975.283	3,97	103,5	26,1	0,28
	Frauen	58.372	1.063.882	3,16	57,6	18,2	0,16
	Gesamt	134.150	3.039.165	3,57	80,9	22,7	0,22
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	715.824	4.955.829	37,49	259,5	6,9	0,71
	Frauen	792.872	5.352.817	42,94	289,9	6,8	0,79
	Gesamt	1.508.696	10.308.646	40,17	274,5	6,8	0,75
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	262.978	1.904.847	13,77	99,8	7,2	0,27
	Frauen	232.942	1.461.174	12,62	79,1	6,3	0,22
	Gesamt	495.920	3.366.021	13,20	89,6	6,8	0,25
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	41.758	594.676	2,19	31,1	14,2	0,09
	Frauen	29.938	346.696	1,62	18,8	11,6	0,05
	Gesamt	71.696	941.372	1,91	25,1	13,1	0,07
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	524.672	10.609.560	27,48	555,6	20,2	1,52
	Frauen	367.672	8.127.347	19,91	440,2	22,1	1,21
	Gesamt	892.344	18.736.907	23,76	498,9	21,0	1,37
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	31.573	396.127	1,65	20,8	12,6	0,06
	Frauen	85.690	771.692	4,64	41,8	9,0	0,11
	Gesamt	117.263	1.167.819	3,12	31,1	10,0	0,09
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	49.258	550.986	2,67	29,8	11,2	0,08
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	161.895	1.604.279	8,48	84,0	9,9	0,23
	Frauen	197.371	1.821.522	10,69	98,7	9,2	0,27
	Gesamt	359.266	3.425.801	9,57	91,2	9,5	0,25
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	242.371	5.238.957	12,69	274,4	21,6	0,75
	Frauen	154.452	3.258.956	8,37	176,5	21,1	0,48
	Gesamt	396.823	8.497.913	10,57	226,3	21,4	0,62
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	35.501	796.320	1,86	41,7	22,4	0,11
	Frauen	47.061	983.425	2,55	53,3	20,9	0,15
	Gesamt	82.562	1.779.745	2,20	47,4	21,6	0,13
Gesamt	Männer	2.704.345	38.546.478	141,63	2.018,7	14,3	5,53
	Frauen	2.701.899	37.059.285	146,34	2.007,3	13,7	5,50
	Gesamt	5.406.244	75.605.763	143,94	2.013,1	14,0	5,52
davon Arbeitsunfälle	Männer	88.297	2.090.374	4,62	109,5	23,7	0,30
	Frauen	43.694	938.756	2,37	50,9	21,5	0,14
	Gesamt	131.991	3.029.130	3,51	80,7	23,0	0,22
davon Refahfälle	Männer	45.720	1.436.752	2,39	75,2	31,4	0,21
	Frauen	45.543	1.451.437	2,47	78,6	31,9	0,22
	Gesamt	91.263	2.888.189	2,43	76,9	31,7	0,21

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

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	285.086	1.664.484	15,42	90,0	5,8	0,25
	Frauen	267.999	1.585.841	14,94	88,4	5,9	0,24
	Gesamt	553.085	3.250.325	15,18	89,2	5,9	0,24
Neubildungen (C00–D48)	Männer	38.209	1.076.379	2,07	58,2	28,2	0,16
	Frauen	48.853	1.741.403	2,72	97,1	35,7	0,27
	Gesamt	87.062	2.817.782	2,39	77,4	32,4	0,21
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	14.204	247.022	0,77	13,4	17,4	0,04
	Frauen	14.170	247.030	0,79	13,8	17,4	0,04
	Gesamt	28.374	494.052	0,78	13,6	17,4	0,04
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	129.048	5.004.769	6,98	270,7	38,8	0,74
	Frauen	184.186	7.096.644	10,27	395,6	38,5	1,08
	Gesamt	313.234	12.101.413	8,60	332,2	38,6	0,91
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	55.140	887.290	2,98	48,0	16,1	0,13
	Frauen	77.506	971.475	4,32	54,2	12,5	0,15
	Gesamt	132.646	1.858.765	3,64	51,0	14,0	0,14
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	36.515	279.827	1,97	15,1	7,7	0,04
	Frauen	34.499	240.631	1,92	13,4	7,0	0,04
	Gesamt	71.014	520.458	1,95	14,3	7,3	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	28.294	280.428	1,53	15,2	9,9	0,04
	Frauen	33.164	325.803	1,85	18,2	9,8	0,05
	Gesamt	61.458	606.231	1,69	16,6	9,9	0,05
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	73.466	1.872.371	3,97	101,3	25,5	0,28
	Frauen	57.147	1.020.389	3,19	56,9	17,9	0,16
	Gesamt	130.613	2.892.760	3,59	79,4	22,2	0,22
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	708.917	4.881.634	38,34	264,0	6,9	0,72
	Frauen	785.251	5.278.533	43,78	294,3	6,7	0,81
	Gesamt	1.494.168	10.160.167	41,02	278,9	6,8	0,76
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	259.473	1.850.494	14,03	100,1	7,1	0,27
	Frauen	229.985	1.418.212	12,82	79,1	6,2	0,22
	Gesamt	489.458	3.268.706	13,44	89,7	6,7	0,25
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	41.039	573.481	2,22	31,0	14,0	0,08
	Frauen	29.380	332.562	1,64	18,5	11,3	0,05
	Gesamt	70.419	906.043	1,93	24,9	12,9	0,07
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	514.569	10.122.037	27,83	547,5	19,7	1,50
	Frauen	359.077	7.722.531	20,02	430,5	21,5	1,18
	Gesamt	873.646	17.844.568	23,98	489,9	20,4	1,34
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	30.849	381.487	1,67	20,6	12,4	0,06
	Frauen	84.306	747.962	4,70	41,7	8,9	0,11
	Gesamt	115.155	1.129.449	3,16	31,0	9,8	0,08
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	48.282	536.224	2,69	29,9	11,1	0,08
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	158.647	1.542.023	8,58	83,4	9,7	0,23
	Frauen	193.903	1.754.582	10,81	97,8	9,1	0,27
	Gesamt	352.550	3.296.605	9,68	90,5	9,4	0,25
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	239.104	5.108.897	12,93	276,3	21,4	0,76
	Frauen	152.064	3.169.003	8,48	176,7	20,8	0,48
	Gesamt	391.168	8.277.900	10,74	227,3	21,2	0,62
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	34.746	753.561	1,88	40,8	21,7	0,11
	Frauen	46.147	937.332	2,57	52,3	20,3	0,14
	Gesamt	80.893	1.690.893	2,22	46,4	20,9	0,13
Gesamt	Männer	2.656.909	36.666.273	143,70	1.983,2	13,8	5,43
	Frauen	2.655.465	35.277.548	148,04	1.966,7	13,3	5,39
	Gesamt	5.312.374	71.943.821	145,84	1.975,0	13,5	5,41
davon Arbeitsunfälle	Männer	87.934	2.071.265	4,76	112,0	23,6	0,31
	Frauen	43.437	930.097	2,42	51,9	21,4	0,14
	Gesamt	131.371	3.001.362	3,61	82,4	22,9	0,23
davon Refahfälle	Männer	41.927	1.315.450	2,27	71,2	31,4	0,19
	Frauen	42.050	1.350.359	2,34	75,3	32,1	0,21
	Gesamt	83.977	2.665.809	2,31	73,2	31,7	0,20

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

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	20.120	130.397	11,21	72,7	6,5	0,20
	Frauen	119.959	749.313	13,35	83,4	6,3	0,23
	Gesamt	140.079	879.710	12,99	81,6	6,3	0,22
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.855	81.070	1,59	45,2	28,4	0,12
	Frauen	26.327	997.774	2,93	111,0	37,9	0,30
	Gesamt	29.182	1.078.844	2,71	100,1	37,0	0,27
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E00–E90)	Männer	1.148	21.491	0,64	12,0	18,7	0,03
	Frauen	6.808	132.977	0,76	14,8	19,5	0,04
	Gesamt	7.956	154.468	0,74	14,3	19,4	0,04
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	13.377	572.809	7,45	319,1	42,8	0,87
	Frauen	91.204	3.599.329	10,15	400,5	39,5	1,10
	Gesamt	104.581	4.172.138	9,70	387,0	39,9	1,06
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	4.673	84.726	2,60	47,2	18,1	0,13
	Frauen	33.567	512.796	3,74	57,1	15,3	0,16
	Gesamt	38.240	597.522	3,55	55,4	15,6	0,15
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.567	25.302	1,43	14,1	9,9	0,04
	Frauen	16.950	126.806	1,89	14,1	7,5	0,04
	Gesamt	19.517	152.108	1,81	14,1	7,8	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.273	24.969	1,27	13,9	11,0	0,04
	Frauen	16.201	164.702	1,80	18,3	10,2	0,05
	Gesamt	18.474	189.671	1,71	17,6	10,3	0,05
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	6.022	162.717	3,36	90,7	27,0	0,25
	Frauen	28.934	557.581	3,22	62,0	19,3	0,17
	Gesamt	34.956	720.298	3,24	66,8	20,6	0,18
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	52.306	374.652	29,14	208,7	7,2	0,57
	Frauen	362.583	2.529.356	40,35	281,5	7,0	0,77
	Gesamt	414.889	2.904.008	38,48	269,4	7,0	0,74
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	18.504	149.692	10,31	83,4	8,1	0,23
	Frauen	106.018	689.748	11,80	76,8	6,5	0,21
	Gesamt	124.522	839.440	11,55	77,9	6,7	0,21
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	2.860	43.480	1,59	24,2	15,2	0,07
	Frauen	13.325	162.631	1,48	18,1	12,2	0,05
	Gesamt	16.185	206.111	1,50	19,1	12,7	0,05
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	36.004	736.519	20,06	410,4	20,5	1,12
	Frauen	185.609	4.273.243	20,65	475,5	23,0	1,30
	Gesamt	221.613	5.009.762	20,55	464,7	22,6	1,27
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.795	35.268	1,56	19,7	12,6	0,05
	Frauen	38.455	383.198	4,28	42,6	10,0	0,12
	Gesamt	41.250	418.466	3,83	38,8	10,1	0,11
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	18.208	208.601	2,03	23,2	11,5	0,06
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	11.752	123.209	6,55	68,7	10,5	0,19
	Frauen	84.380	846.904	9,39	94,2	10,0	0,26
	Gesamt	96.132	970.113	8,92	90,0	10,1	0,25
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	16.418	384.094	9,15	214,0	23,4	0,59
	Frauen	72.891	1.652.270	8,11	183,9	22,7	0,50
	Gesamt	89.309	2.036.364	8,28	188,9	22,8	0,52
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	2.816	60.533	1,57	33,7	21,5	0,09
	Frauen	22.551	480.348	2,51	53,5	21,3	0,15
	Gesamt	25.367	540.881	2,35	50,2	21,3	0,14
Gesamt	Männer	197.171	3.023.677	109,85	1.684,7	15,3	4,62
	Frauen	1.248.187	18.141.757	138,89	2.018,7	14,5	5,53
	Gesamt	1.445.358	21.165.434	134,06	1.963,1	14,6	5,38
davon Arbeitsunfälle	Männer	5.514	140.021	3,07	78,0	25,4	0,21
	Frauen	19.502	450.177	2,17	50,1	23,1	0,14
	Gesamt	25.016	590.198	2,32	54,7	23,6	0,15
davon Refahfälle	Männer	3.269	104.421	1,82	58,2	31,9	0,16
	Frauen	21.805	699.736	2,43	77,9	32,1	0,21
	Gesamt	25.074	804.157	2,33	74,6	32,1	0,20

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

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	2.571	23.943	4,95	46,1	9,3	0,13
	Frauen	2.321	21.300	5,22	47,9	9,2	0,13
	Gesamt	4.892	45.243	5,07	46,9	9,3	0,13
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.091	67.445	2,10	129,8	61,8	0,36
	Frauen	1.192	77.942	2,68	175,2	65,4	0,48
	Gesamt	2.283	145.387	2,37	150,7	63,7	0,41
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	381	19.834	0,73	38,2	52,1	0,10
	Frauen	399	13.915	0,90	31,3	34,9	0,09
	Gesamt	780	33.749	0,81	35,0	43,3	0,10
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	7.607	662.572	14,64	1.275,0	87,1	3,49
	Frauen	7.806	732.810	17,54	1.646,8	93,9	4,51
	Gesamt	15.413	1.395.382	15,98	1.446,5	90,5	3,96
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.171	50.863	2,25	97,9	43,4	0,27
	Frauen	1.433	50.297	3,22	113,0	35,1	0,31
	Gesamt	2.604	101.160	2,70	104,9	38,9	0,29
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	400	9.565	0,77	18,4	23,9	0,05
	Frauen	345	5.994	0,78	13,5	17,4	0,04
	Gesamt	745	15.559	0,77	16,1	20,9	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	355	10.777	0,68	20,7	30,4	0,06
	Frauen	343	8.960	0,77	20,1	26,1	0,06
	Gesamt	698	19.737	0,72	20,5	28,3	0,06
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.102	99.365	4,04	191,2	47,3	0,52
	Frauen	1.098	41.964	2,47	94,3	38,2	0,26
	Gesamt	3.200	141.329	3,32	146,5	44,2	0,40
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	5.399	64.534	10,39	124,2	12,0	0,34
	Frauen	6.096	64.292	13,70	144,5	10,6	0,40
	Gesamt	11.495	128.826	11,92	133,6	11,2	0,37
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	2.911	50.415	5,60	97,0	17,3	0,27
	Frauen	2.485	39.943	5,58	89,8	16,1	0,25
	Gesamt	5.396	90.358	5,59	93,7	16,8	0,26
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	636	20.110	1,22	38,7	31,6	0,11
	Frauen	467	12.798	1,05	28,8	27,4	0,08
	Gesamt	1.103	32.908	1,14	34,1	29,8	0,09
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	8.900	464.376	17,13	893,6	52,2	2,45
	Frauen	7.565	387.789	17,00	871,4	51,3	2,39
	Gesamt	16.465	852.165	17,07	883,4	51,8	2,42
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	633	14.189	1,22	27,3	22,4	0,07
	Frauen	1.167	22.021	2,62	49,5	18,9	0,14
	Gesamt	1.800	36.210	1,87	37,5	20,1	0,10
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	909	13.856	2,04	31,1	15,2	0,09
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.707	57.188	5,21	110,1	21,1	0,30
	Frauen	2.866	62.895	6,44	141,3	22,0	0,39
	Gesamt	5.573	120.083	5,78	124,5	21,6	0,34
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.863	122.832	5,51	236,4	42,9	0,65
	Frauen	2.044	84.327	4,59	189,5	41,3	0,52
	Gesamt	4.907	207.159	5,09	214,8	42,2	0,59
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	685	41.053	1,32	79,0	59,9	0,22
	Frauen	836	44.243	1,88	99,4	52,9	0,27
	Gesamt	1.521	85.296	1,58	88,4	56,1	0,24
Gesamt	Männer	40.550	1.784.661	78,03	3.434,3	44,0	9,41
	Frauen	39.567	1.693.106	88,91	3.804,8	42,8	10,42
	Gesamt	80.117	3.477.767	83,05	3.605,2	43,4	9,88
davon Arbeitsunfälle	Männer	289	16.205	0,56	31,2	56,1	0,09
	Frauen	196	7.727	0,44	17,4	39,4	0,05
	Gesamt	485	23.932	0,50	24,8	49,3	0,07
davon Refahfälle	Männer	2.616	105.395	5,03	202,8	40,3	0,56
	Frauen	2.343	85.889	5,27	193,0	36,7	0,53
	Gesamt	4.959	191.284	5,14	198,3	38,6	0,54

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

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	46.432	270.778	6,85	40,0	5,8	0,11
	Frauen	11.761	71.348	4,99	30,3	6,1	0,08
	Gesamt	58.193	342.126	6,37	37,5	5,9	0,10
Neubildungen (C00–D48)	Männer	13.618	313.011	2,01	46,2	23,0	0,13
	Frauen	4.152	129.083	1,76	54,7	31,1	0,15
	Gesamt	17.770	442.094	1,95	48,4	24,9	0,13
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E00–E90)	Männer	2.923	42.814	0,43	6,3	14,7	0,02
	Frauen	888	13.319	0,38	5,7	15,0	0,02
	Gesamt	3.811	56.133	0,42	6,1	14,7	0,02
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	23.895	913.212	3,53	134,8	38,2	0,37
	Frauen	9.695	360.216	4,11	152,7	37,2	0,42
	Gesamt	33.590	1.273.428	3,68	139,4	37,9	0,38
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	9.683	143.128	1,43	21,1	14,8	0,06
	Frauen	3.661	47.838	1,55	20,3	13,1	0,06
	Gesamt	13.344	190.966	1,46	20,9	14,3	0,06
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	9.413	69.395	1,39	10,2	7,4	0,03
	Frauen	2.272	16.747	0,96	7,1	7,4	0,02
	Gesamt	11.685	86.142	1,28	9,4	7,4	0,03
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	7.030	67.142	1,04	9,9	9,6	0,03
	Frauen	1.942	18.152	0,82	7,7	9,4	0,02
	Gesamt	8.972	85.294	0,98	9,3	9,5	0,03
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	17.707	368.093	2,61	54,3	20,8	0,15
	Frauen	2.822	46.955	1,20	19,9	16,6	0,05
	Gesamt	20.529	415.048	2,25	45,4	20,2	0,12
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	155.906	980.661	23,00	144,7	6,3	0,40
	Frauen	45.531	294.244	19,30	124,7	6,5	0,34
	Gesamt	201.437	1.274.905	22,05	139,5	6,3	0,38
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	55.623	331.045	8,21	48,9	6,0	0,13
	Frauen	12.660	68.313	5,37	29,0	5,4	0,08
	Gesamt	68.283	399.358	7,47	43,7	5,9	0,12
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	6.164	65.740	0,91	9,7	10,7	0,03
	Frauen	1.366	12.150	0,58	5,2	8,9	0,01
	Gesamt	7.530	77.890	0,82	8,5	10,3	0,02
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	75.383	1.264.107	11,12	186,5	16,8	0,51
	Frauen	14.891	253.237	6,31	107,4	17,0	0,29
	Gesamt	90.274	1.517.344	9,88	166,1	16,8	0,46
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	8.222	78.890	1,21	11,6	9,6	0,03
	Frauen	4.888	35.582	2,07	15,1	7,3	0,04
	Gesamt	13.110	114.472	1,43	12,5	8,7	0,03
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	3.924	39.664	1,66	16,8	10,1	0,05
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	28.585	251.246	4,22	37,1	8,8	0,10
	Frauen	9.742	85.046	4,13	36,1	8,7	0,10
	Gesamt	38.327	336.292	4,20	36,8	8,8	0,10
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	31.944	644.246	4,71	95,1	20,2	0,26
	Frauen	7.632	152.609	3,24	64,7	20,0	0,18
	Gesamt	39.576	796.855	4,33	87,2	20,1	0,24
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	9.782	148.893	1,44	22,0	15,2	0,06
	Frauen	3.143	51.227	1,33	21,7	16,3	0,06
	Gesamt	12.925	200.120	1,41	21,9	15,5	0,06
Gesamt	Männer	503.787	5.972.773	74,34	881,3	11,9	2,41
	Frauen	141.445	1.703.416	59,96	722,1	12,0	1,98
	Gesamt	645.232	7.676.189	70,62	840,2	11,9	2,30
davon Arbeitsunfälle	Männer	6.338	151.334	0,94	22,3	23,9	0,06
	Frauen	1.564	33.695	0,66	14,3	21,5	0,04
	Gesamt	7.902	185.029	0,86	20,3	23,4	0,06
davon Rehafälle	Männer	10.716	302.513	1,58	44,6	28,2	0,12
	Frauen	2.639	81.489	1,12	34,5	30,9	0,09
	Gesamt	13.355	384.002	1,46	42,0	28,8	0,12

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

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	46.246	269.375	8,62	50,2	5,8	0,14
	Frauen	11.578	70.412	8,79	53,4	6,1	0,15
	Gesamt	57.824	339.787	8,65	50,9	5,9	0,14
Neubildungen (C00–D48)	Männer	13.549	309.855	2,53	57,8	22,9	0,16
	Frauen	4.083	126.348	3,10	95,9	30,9	0,26
	Gesamt	17.632	436.203	2,64	65,3	24,7	0,18
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.907	42.341	0,54	7,9	14,6	0,02
	Frauen	875	12.473	0,66	9,5	14,3	0,03
	Gesamt	3.782	54.814	0,57	8,2	14,5	0,02
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	23.574	899.077	4,39	167,6	38,1	0,46
	Frauen	9.469	350.425	7,19	266,0	37,0	0,73
	Gesamt	33.043	1.249.502	4,95	187,0	37,8	0,51
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	9.629	141.433	1,79	26,4	14,7	0,07
	Frauen	3.580	46.918	2,72	35,6	13,1	0,10
	Gesamt	13.209	188.351	1,98	28,2	14,3	0,08
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	9.388	69.075	1,75	12,9	7,4	0,04
	Frauen	2.254	16.633	1,71	12,6	7,4	0,03
	Gesamt	11.642	85.708	1,74	12,8	7,4	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	7.012	66.970	1,31	12,5	9,6	0,03
	Frauen	1.916	17.734	1,45	13,5	9,3	0,04
	Gesamt	8.928	84.704	1,34	12,7	9,5	0,03
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	17.611	365.370	3,28	68,1	20,8	0,19
	Frauen	2.770	44.780	2,10	34,0	16,2	0,09
	Gesamt	20.381	410.150	3,05	61,4	20,1	0,17
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	155.479	977.689	28,98	182,3	6,3	0,50
	Frauen	44.961	290.225	34,13	220,3	6,5	0,60
	Gesamt	200.440	1.267.914	30,00	189,8	6,3	0,52
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	55.452	329.655	10,34	61,5	5,9	0,17
	Frauen	12.486	67.133	9,48	51,0	5,4	0,14
	Gesamt	67.938	396.788	10,17	59,4	5,8	0,16
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	6.127	65.244	1,14	12,2	10,7	0,03
	Frauen	1.346	12.003	1,02	9,1	8,9	0,02
	Gesamt	7.473	77.247	1,12	11,6	10,3	0,03
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	75.061	1.256.545	13,99	234,2	16,7	0,64
	Frauen	14.665	248.848	11,13	188,9	17,0	0,52
	Gesamt	89.726	1.505.393	13,43	225,3	16,8	0,62
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	8.187	78.250	1,53	14,6	9,6	0,04
	Frauen	4.818	35.166	3,66	26,7	7,3	0,07
	Gesamt	13.005	113.416	1,95	17,0	8,7	0,05
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	3.869	39.149	2,94	29,7	10,1	0,08
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	28.429	248.509	5,30	46,3	8,7	0,13
	Frauen	9.589	83.668	7,28	63,5	8,7	0,17
	Gesamt	38.018	332.177	5,69	49,7	8,7	0,14
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	31.569	629.999	5,88	117,4	20,0	0,32
	Frauen	7.395	143.786	5,61	109,1	19,4	0,30
	Gesamt	38.964	773.785	5,83	115,8	19,9	0,32
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	9.726	146.239	1,81	27,3	15,0	0,07
	Frauen	3.081	49.952	2,34	37,9	16,2	0,10
	Gesamt	12.807	196.191	1,92	29,4	15,3	0,08
Gesamt	Männer	501.419	5.915.489	93,47	1.102,7	11,8	3,02
	Frauen	139.208	1.663.329	105,66	1.262,5	12,0	3,46
	Gesamt	640.627	7.578.818	95,87	1.134,2	11,8	3,11
davon Arbeitsunfälle	Männer	6.150	141.949	1,15	26,5	23,1	0,07
	Frauen	1.453	26.570	1,10	20,2	18,3	0,06
	Gesamt	7.603	168.519	1,14	25,2	22,2	0,07
davon Refahfälle	Männer	10.649	300.210	1,99	56,0	28,2	0,15
	Frauen	2.602	80.333	1,97	61,0	30,9	0,17
	Gesamt	13.251	380.543	1,98	57,0	28,7	0,16

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

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	334.816	1.962.722	12,94	75,9	5,9	0,21
	Frauen	282.710	1.681.769	13,58	80,8	6,0	0,22
	Gesamt	617.526	3.644.491	13,22	78,1	5,9	0,21
Neubildungen (C00–D48)	Männer	53.005	1.459.686	2,05	56,4	27,5	0,15
	Frauen	54.304	1.951.368	2,61	93,7	35,9	0,26
	Gesamt	107.309	3.411.054	2,30	73,1	31,8	0,20
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E00–E90)	Männer	17.559	310.225	0,68	12,0	17,7	0,03
	Frauen	15.491	274.606	0,74	13,2	17,7	0,04
	Gesamt	33.050	584.831	0,71	12,5	17,7	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	161.405	6.608.267	6,24	255,4	40,9	0,70
	Frauen	202.664	8.217.827	9,73	394,7	40,6	1,08
	Gesamt	364.069	14.826.094	7,80	317,5	40,7	0,87
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	66.269	1.084.630	2,56	41,9	16,4	0,11
	Frauen	83.014	1.074.474	3,99	51,6	12,9	0,14
	Gesamt	149.283	2.159.104	3,20	46,2	14,5	0,13
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	46.405	359.279	1,79	13,9	7,7	0,04
	Frauen	37.181	263.817	1,79	12,7	7,1	0,03
	Gesamt	83.586	623.096	1,79	13,3	7,5	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	35.761	359.123	1,38	13,9	10,0	0,04
	Frauen	35.514	354.101	1,71	17,0	10,0	0,05
	Gesamt	71.275	713.224	1,53	15,3	10,0	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	93.485	2.343.376	3,61	90,6	25,1	0,25
	Frauen	61.194	1.110.837	2,94	53,4	18,2	0,15
	Gesamt	154.679	3.454.213	3,31	74,0	22,3	0,20
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	871.730	5.936.490	33,69	229,5	6,8	0,63
	Frauen	838.403	5.647.061	40,27	271,2	6,7	0,74
	Gesamt	1.710.133	11.583.551	36,62	248,1	6,8	0,68
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	318.601	2.235.892	12,31	86,4	7,0	0,24
	Frauen	245.602	1.529.487	11,80	73,5	6,2	0,20
	Gesamt	564.203	3.765.379	12,08	80,6	6,7	0,22
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	47.922	660.416	1,85	25,5	13,8	0,07
	Frauen	31.304	358.846	1,50	17,2	11,5	0,05
	Gesamt	79.226	1.019.262	1,70	21,8	12,9	0,06
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	600.055	11.873.667	23,19	458,9	19,8	1,26
	Frauen	382.563	8.380.584	18,37	402,5	21,9	1,10
	Gesamt	982.618	20.254.251	21,04	433,8	20,6	1,19
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	39.795	475.017	1,54	18,4	11,9	0,05
	Frauen	90.578	807.274	4,35	38,8	8,9	0,11
	Gesamt	130.373	1.282.291	2,79	27,5	9,8	0,08
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	53.182	590.650	2,55	28,4	11,1	0,08
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	190.480	1.855.525	7,36	71,7	9,7	0,20
	Frauen	207.113	1.906.568	9,95	91,6	9,2	0,25
	Gesamt	397.593	3.762.093	8,51	80,6	9,5	0,22
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	274.315	5.883.203	10,60	227,4	21,5	0,62
	Frauen	162.084	3.411.565	7,78	163,9	21,1	0,45
	Gesamt	436.399	9.294.768	9,35	199,1	21,3	0,55
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	45.283	945.213	1,75	36,5	20,9	0,10
	Frauen	50.204	1.034.652	2,41	49,7	20,6	0,14
	Gesamt	95.487	1.979.865	2,04	42,4	20,7	0,12
Gesamt	Männer	3.208.132	44.519.251	124,00	1.720,7	13,9	4,71
	Frauen	2.843.344	38.762.701	136,56	1.861,7	13,6	5,10
	Gesamt	6.051.476	83.281.952	129,60	1.783,6	13,8	4,89
davon Arbeitsunfälle	Männer	94.635	2.241.708	3,66	86,7	23,7	0,24
	Frauen	45.258	972.451	2,17	46,7	21,5	0,13
	Gesamt	139.893	3.214.159	3,00	68,8	23,0	0,19
davon Refahfälle	Männer	56.436	1.739.265	2,18	67,2	30,8	0,18
	Frauen	48.182	1.532.926	2,31	73,6	31,8	0,20
	Gesamt	104.618	3.272.191	2,24	70,1	31,3	0,19

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2019)

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	331.332	1.933.859	13,89	81,1	5,8	0,22
	Frauen	279.577	1.656.253	14,52	86,0	5,9	0,24
	Gesamt	610.909	3.590.112	14,17	83,3	5,9	0,23
Neubildungen (C00–D48)	Männer	51.758	1.386.234	2,17	58,1	26,8	0,16
	Frauen	52.936	1.867.751	2,75	97,0	35,3	0,27
	Gesamt	104.694	3.253.985	2,43	75,5	31,1	0,21
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	17.111	289.363	0,72	12,1	16,9	0,03
	Frauen	15.045	259.503	0,78	13,5	17,3	0,04
	Gesamt	32.156	548.866	0,75	12,7	17,1	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	152.622	5.903.846	6,40	247,5	38,7	0,68
	Frauen	193.655	7.447.069	10,06	386,8	38,5	1,06
	Gesamt	346.277	13.350.915	8,03	309,7	38,6	0,85
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	64.769	1.028.723	2,72	43,1	15,9	0,12
	Frauen	81.086	1.018.393	4,21	52,9	12,6	0,14
	Gesamt	145.855	2.047.116	3,38	47,5	14,0	0,13
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	45.903	348.902	1,92	14,6	7,6	0,04
	Frauen	36.753	257.264	1,91	13,4	7,0	0,04
	Gesamt	82.656	606.166	1,92	14,1	7,3	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	35.306	347.398	1,48	14,6	9,8	0,04
	Frauen	35.080	343.537	1,82	17,8	9,8	0,05
	Gesamt	70.386	690.935	1,63	16,0	9,8	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	91.077	2.237.741	3,82	93,8	24,6	0,26
	Frauen	59.917	1.065.169	3,11	55,3	17,8	0,15
	Gesamt	150.994	3.302.910	3,50	76,6	21,9	0,21
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	864.396	5.859.323	36,24	245,6	6,8	0,67
	Frauen	830.212	5.568.758	43,12	289,2	6,7	0,79
	Gesamt	1.694.608	11.428.081	39,31	265,1	6,7	0,73
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	314.925	2.180.149	13,20	91,4	6,9	0,25
	Frauen	242.471	1.485.345	12,59	77,1	6,1	0,21
	Gesamt	557.396	3.665.494	12,93	85,0	6,6	0,23
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	47.166	638.725	1,98	26,8	13,5	0,07
	Frauen	30.726	344.565	1,60	17,9	11,2	0,05
	Gesamt	77.892	983.290	1,81	22,8	12,6	0,06
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	589.630	11.378.582	24,72	477,0	19,3	1,31
	Frauen	373.742	7.971.379	19,41	414,0	21,3	1,13
	Gesamt	963.372	19.349.961	22,35	448,9	20,1	1,23
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	39.036	459.737	1,64	19,3	11,8	0,05
	Frauen	89.124	783.128	4,63	40,7	8,8	0,11
	Gesamt	128.160	1.242.865	2,97	28,8	9,7	0,08
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	52.151	575.373	2,71	29,9	11,0	0,08
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	187.076	1.790.532	7,84	75,1	9,6	0,21
	Frauen	203.492	1.838.250	10,57	95,5	9,0	0,26
	Gesamt	390.568	3.628.782	9,06	84,2	9,3	0,23
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	270.673	5.738.896	11,35	240,6	21,2	0,66
	Frauen	159.459	3.312.789	8,28	172,1	20,8	0,47
	Gesamt	430.132	9.051.685	9,98	210,0	21,0	0,58
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	44.472	899.800	1,86	37,7	20,2	0,10
	Frauen	49.228	987.284	2,56	51,3	20,1	0,14
	Gesamt	93.700	1.887.084	2,17	43,8	20,1	0,12
Gesamt	Männer	3.158.328	42.581.762	132,41	1.785,2	13,5	4,89
	Frauen	2.794.673	36.940.877	145,14	1.918,5	13,2	5,26
	Gesamt	5.953.001	79.522.639	138,09	1.844,7	13,4	5,05
davon Arbeitsunfälle	Männer	94.084	2.213.214	3,94	92,8	23,5	0,25
	Frauen	44.890	956.667	2,33	49,7	21,3	0,14
	Gesamt	138.974	3.169.881	3,22	73,5	22,8	0,20
davon Refahfälle	Männer	52.576	1.615.660	2,20	67,7	30,7	0,19
	Frauen	44.652	1.430.692	2,32	74,3	32,0	0,20
	Gesamt	97.228	3.046.352	2,26	70,7	31,3	0,19

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 Feten 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 Feten und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung
P05–P08	Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum
P10–P15	Geburtstrauma
P20–P29	Krankheiten des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
P35–P39	Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
P50–P61	Hämorrhagische und hämatologische Krankheiten beim Feten und Neugeborenen
P70–P74	Transitorische endokrine und Stoffwechselstörungen, die für den Feten und das Neugeborene spezifisch sind
P75–P78	Krankheiten des Verdauungssystems beim Feten und Neugeborenen
P80–P83	Krankheitszustände mit Beteiligung der Haut und der Temperaturregulation beim Feten und Neugeborenen
P90–P96	Sonstige Störungen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
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 potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten
Z30–Z39	Personen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen
Z40–Z54	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Maßnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen
Z55–Z65	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände
Z70–Z76	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen
Z80–Z99	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigenanamnese und bestimmte Zustände, die den Gesundheitszustand beeinflussen

ATC-Hauptgruppen und ATC-Untergruppen nach der ATC-Klassifikation

Gliederungsebene	Anzahl	ATC-Code
Anatomische Hauptgruppen	15	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	Schilddrüsenherapie
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 Rachentherapeutika
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen
R04	Brusteinreibungen und andere Inhalate
R05	Husten- und Erkältungsmittel
R06	Antihistaminika zur systemischen Anwendung
R07	Andere Mittel für den Respirationstrakt
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
X	Ohne ATC-Angabe

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. nicht-medizinische Gesundheitsberufe
81	Medizinische Gesundheitsberufe
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik
S23	Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe
83	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie
84	Lehrende und ausbildende Berufe
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe
94	Darstellende und unterhaltende Berufe

KldB-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

