



F. Knieps | H. Pfaff (Hrsg.)

Gesunder Start ins Berufsleben



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

H. Pfaff (Hrsg.): Gesunder Start ins Berufsleben. BKK Gesundheitsreport 2023

ISBN: 978-3-95466-821-2, Urheberrechtlich geschützt

© 2023 BKK Dachverband e.V. und MWV medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

BKK Gesundheitsreport 2023

Franz Knieps | Holger Pfaff (Hrsg.)

Gesunder Start ins Berufsleben



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Knieps | Pfaff (Hrsg.): Gesunder Start ins Berufsleben. BKK Gesundheitsreport 2023

ISBN: 978-3-95466-821-2, urheberrechtlich geschützt

© 2023 BKK Dachverband e.V. und MWV medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

BKK Gesundheitsreport 2023

Franz Knieps | Holger Pfaff (Hrsg.)

Gesunder Start ins Berufsleben

mit Gastbeiträgen aus
Wissenschaft, Politik und Praxis von

K. Dadaczynski | J. Dieren | D. Doan | J. Friedrich | M. Funke-Kaiser | F. Hardering | P. Hering
C. Kleinert | K. Kliner | F. Knieps | D. Kozlowski | S. Kramer | C. Leiste | N. Lotzmann | S. Müller
L. Muscutt | M. Nester | K. Ney | H. Pfaff | D. Rennert | M. Richter | J. Römer | C. Schilke
A. Schlesinger | K. Schubin | G. Sudeck | S. Trautmann | S. Weishaupt



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Franz Knieps | Holger Pfaff (Hrsg.): Gesunder Start ins Berufsleben. BKK Gesundheitsreport 2023

ISBN: 978-3-95466-821-2, urheberrechtlich geschützt

© 2023 BKK Dachverband e.V. und MWV medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Der BKK Gesundheitsreport 2023 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, Dirk Rennert und Matthias Richter

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin
www.bkk-dachverband.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 978-3-95466-821-2
ISSN 2199-6814

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 2023.

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2023

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, Dezember 2023

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

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

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

Produkt-/Projektmanagement: Lisa Maria Pilhofer, Susann Weber, Berlin

Copy-Editing: Monika Laut-Zimmermann, Berlin

Layout & Satz: zweiband.media, Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH, Berlin

Coverbild: industrieblick/Adobe Stock

Die Herausgeber

Franz Knieps
BKK Dachverband e.V.
Berlin

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

Die Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. Kevin Dadaczynski
Hochschule Fulda
Fachbereich Gesundheitswissenschaften
Fulda
und
Leuphana Universität Lüneburg
Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften
Lüneburg

Jan Dieren, MdB
Deutscher Bundestag
Berlin

Denise Doan, M.Sc.
Institut für Gesundheit und Management (IfG GmbH)
Leipzig

Julian Friedrich
Technische Universität München
Professur für Sport- und Gesundheitsdidaktik
München

Maximilian Funke-Kaiser, MdB
Deutscher Bundestag
Berlin

Prof. Dr. Friedericke Hardering
Fachhochschule Münster
Fachbereich Sozialwesen
Münster

Philipp Hering
IGBCE
Hannover

Prof. Dr. Corinna Kleinert
Leibniz-Institut für Bildungsverläufe
Bamberg

Karin Kliner
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Franz Knieps
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Dennis Kozlowski
BERGISCHE KRANKENKASSE
Solingen

Sarah Kramer
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Christiane Leiste
Hochschule Osnabrück
Osnabrück

Dr. Natalie Lotzmann
Globales Gesundheitswesen SAP
Walldorf

Sepp Müller, MdB
Deutscher Bundestag
Berlin

Lilian Muscutt
BERGISCHE KRANKENKASSE
Solingen

Dr. Markus Nester
Leibniz-Institut für Bildungsverläufe
Bamberg

Kerstin Ney
thyssenkrupp AG
Automotive Technology
Essen

Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff
Universität zu Köln
Köln

Dirk Rennert
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Dr. Matthias Richter
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Jan Römer
BERGISCHE KRANKENKASSE
Solingen

Christine Schilke
Hochschule Osnabrück
Osnabrück

Anne Schlesinger
BKK Pfalz
Ludwigshafen

Kristina Schubin
Universität zu Köln (IMVR)
Köln

Prof. Dr. Gorden Sudeck
Eberhard Karls Universität Tübingen
Institut für Sportwissenschaft
Tübingen

Sonja Trautmann
Pronova BKK
Hannover

Saskia Weishaupt, MdB
Deutscher Bundestag
Berlin

Vorwort

„Die Jugend von heute liebt den Luxus, hat schlechte Manieren und verachtet die Autorität. Sie widersprechen ihren Eltern, legen die Beine übereinander und tyrannisieren ihre Lehrer.“

„Ich habe überhaupt keine Hoffnung mehr in die Zukunft unseres Landes, wenn einmal unsere Jugend die Männer von morgen stellt. Unsere Jugend ist unerträglich, unverantwortlich und entsetzlich anzusehen.“

Diese beiden Eingangszitate sind nicht der aktuellen Tagespresse entnommen, sondern entstammen mit Sokrates und Aristoteles den Federn zweier bedeutender antiker Gelehrter, die diese Sätze vor mehr als 2.300 Jahren niedergeschrieben haben. Die Vorurteile der älteren gegenüber der jüngeren Generation sind also mitnichten ein neues Phänomen, allerdings sind sie wohl nach wie vor genauso wenig zutreffend, wie sie es schon zu Zeiten der griechischen Polis waren. So wird auch in der aktuellen Diskussion beispielsweise beim Thema 4-Tage-Woche mit Wortspenden, wie „kein Bock auf Arbeit“, einer ganzen Generation unterstellt, überzogene Ansprüche an die Arbeit bei einer gleichzeitig zu hoch ausgeprägten Freizeitorientierung zu haben. Um hier ein objektiveres Bild zu zeichnen, beschäftigt sich der BKK Gesundheitsreport in diesem Jahr insbesondere mit den jungen Beschäftigten sowie deren Ansprüchen an die Arbeitswelt im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Lage.

Gesunder Start ins Berufsleben

Arbeitgeber sind heute mehr denn je auf qualifizierte Fachkräfte angewiesen, wobei hier vor allem die jungen Beschäftigten bzw. Auszubildenden besonders im Fokus stehen. Um diese jungen Fachkräfte zu gewinnen und langfristig zu binden, spielen auch Prävention und Gesundheitsförderung im betrieblichen Kontext eine entscheidende Rolle. Für maßgeschneiderte Angebote bedarf es aber zunächst einer Analyse der altersspezifischen Bedürfnisse und Bedarfe. Der diesjährige BKK Gesundheitsreport liefert hierzu detaillierte Erkenntnisse, aus denen sich unterschiedliche Maßnahmen für die Arbeitswelt ableiten lassen. Darüber hinaus zeigen die Auswertungen aber gleichzeitig, dass es unabhängig vom

Alter der Beschäftigten zahlreiche weitere soziodemografische und arbeitsweltliche Merkmale gibt, die deren Gesundheit beeinflussen und entsprechend berücksichtigt werden müssen. Wie so oft zeigt sich auch an dieser Stelle, dass die Gesundheit der Beschäftigten in einem komplexen Zusammenhang mit vielen verschiedenen Einflussfaktoren steht und selten allein ein Merkmal eine hinreichende Erklärung geben kann. Die diesjährige Beschäftigtenbefragung nimmt zudem die faktischen und gewünschten Arbeitsbedingungen in den Fokus und ergänzt bzw. erweitert somit das Bild, das sich in den Analysen der Gesundheitsdaten zeigt. Die Ergebnisse der Befragung sind dabei durchaus vor allem für jene überraschend, die heute immer noch reflexhaft den eingangs genannten Zitaten zustimmen würden. Abseits dessen können die Erkenntnisse der Befragung wertvolle Hinweise zur aktuellen und zukünftigen Gestaltung der Arbeitswelt insbesondere für Unternehmen im Wettbewerb um die besten Fachkräfte geben.

Der BKK Gesundheitsreport 2023

Den diesjährigen Gastautorinnen und Gastautoren gilt mein besonderer Dank. Deren Beiträge bereichern und erweitern die Erkenntnisse, die sich in den Analysen der Routedaten zeigen. Zudem gilt mein Dank allen weiteren Beteiligten, die zum Gelingen des diesjährigen BKK Gesundheitsreports beigetragen haben, vor allem meinem Mitherausgeber Prof. Dr. Holger Pfaff, sowie dem Team der Gesundheitsberichterstattung Karin Kliner, Dr. Matthias Richter und Dirk Rennert. Der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft, insbesondere Lisa Maria Pilhofer und Susann Weber, danke ich für die hervorragende verlegerische Betreuung und Zusammenarbeit.

Ich wünsche Ihnen eine erkenntnisreiche Lektüre!

Ihr



Franz Knieps

Vorstandsvorsitzender des BKK Dachverbandes e.V.

Inhalt

Vorwort	vii
Tabellenverzeichnis	1
Diagrammverzeichnis	7
Methodische Hinweise	14
Das Wichtigste im Überblick	20
Gesundheit von Berufseinsteigenden <i>Kristina Schubin und Holger Pfaff</i>	31
0 Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten	41
<i>Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter</i>	
0.1 Soziodemografie der BKK Versicherten im Überblick	43
0.2 Soziodemografie der beschäftigten Mitglieder	47
0.2.1 Beschäftigte nach Regionen	47
0.2.2 Beschäftigte nach soziodemografischen und arbeitsweltlichen Merkmalen	48
0.2.3 Beschäftigte nach Wirtschaftsgruppen	52
0.2.4 Beschäftigte nach Berufsgruppen	52
0.3 Zusammenfassung	57
Gesunder Start ins Berufsleben – Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung 2023	59
<i>Dirk Rennert, Matthias Richter und Karin Kliner</i>	
Stichprobenbeschreibung	61
Junge Berufseinsteiger – Gesundheit, Arbeitszufriedenheit, Erwerbsfähigkeit	63
Junge Berufseinsteiger – Arbeitszeit und Arbeitsort	66
Junge Berufseinsteiger – Wechselbereitschaft und Renteneintrittswunsch	70
Junge Berufseinsteiger – Arbeitsbedingungen zwischen Realität und persönlicher Wichtigkeit	72
Junge Berufseinsteiger – Bedeutung von Nachhaltigkeit in der Arbeitswelt	75
Fazit und Ausblick	77
1 Arbeitsunfähigkeit	79
<i>Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter</i>	
1.1 AU-Geschehen im Überblick	81
1.1.1 Allgemeine AU-Kennzahlen und Langzeittrends	81
1.1.2 Aktuelle Entwicklungen im Jahr 2023	84
1.2 AU-Geschehen nach Krankheitsarten	86
1.2.1 Diagnosehauptgruppen im Überblick	86
1.2.2 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen im Detail	90
1.3 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen	96
1.3.1 AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht	96
1.3.2 AU-Geschehen nach Versichertenstatus	100
1.3.3 AU-Geschehen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	103

1.4	AU-Geschehen in Regionen	105
1.5	AU-Geschehen in der Arbeitswelt	109
1.5.1	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	109
1.5.2	Auswertungen nach Berufsgruppen	119
1.5.3	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen	129
1.6	Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben	132
1.6.1	Einleitung	132
1.6.2	Auswertungen nach soziodemografischen Merkmalen	132
1.6.3	Auswertungen nach Regionen	137
1.6.4	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	139
1.6.5	Auswertungen nach Berufsgruppen	144
1.6.6	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen	148
1.7	Zusammenfassung und Ausblick	151
2	Ambulante Versorgung	153
	<i>Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert</i>	
2.1	Ambulante Versorgung im Überblick	155
2.2	Ambulante Versorgung nach Krankheitsarten	158
2.2.1	Diagnosehauptgruppen im Überblick	158
2.2.2	Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen im Detail	159
2.3	Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen	167
2.3.1	Ambulante Versorgung nach Alter und Geschlecht	167
2.3.2	Ambulante Versorgung nach Versichertenstatus	173
2.3.3	Ambulante Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	178
2.4	Ambulante Versorgung in Regionen	181
2.5	Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt	186
2.5.1	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	186
2.5.2	Auswertungen nach Berufsgruppen	190
2.5.3	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen	195
2.6	Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben	197
2.6.1	Einleitung	197
2.6.2	Auswertungen nach soziodemografischen Merkmalen	198
2.6.3	Auswertungen nach Regionen	200
2.6.4	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	202
2.6.5	Auswertungen nach Berufsgruppen	206
2.6.6	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen	210
2.7	Zusammenfassung und Ausblick	213

Schwerpunkt Wissenschaft	215
Entwicklung und Muster von Bildungs- und Erwerbsbiografien in Deutschland	216
<i>Corinna Kleinert und Markus Nester</i>	
Die Generation Z und die Bedeutung von Arbeit: Über die Arbeitsorientierungen der Generationen	223
<i>Friedericke Hardering</i>	
Gesundheitskompetenz junger Erwachsener und Berufseinsteiger:innen	228
<i>Kevin Dadaczynski, Julian Friedrich und Gorden Sudeck</i>	

3 Stationäre Versorgung	237
<i>Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert</i>	
3.1 Stationäre Versorgung im Überblick	239
3.2 Stationäre Versorgung nach Krankheitsarten	243
3.2.1 Diagnosehauptgruppen im Überblick	243
3.2.2 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen im Detail	246
3.3 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen	254
3.3.1 Stationäre Versorgung nach Alter und Geschlecht	254
3.3.2 Stationäre Versorgung nach Versichertenstatus	259
3.3.3 Stationäre Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	265
3.4 Stationäre Versorgung in Regionen	267
3.5 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt	272
3.5.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	272
3.5.2 Auswertungen nach Berufsgruppen	276
3.5.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen	279
3.6 Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben	283
3.6.1 Einleitung	283
3.6.2 Auswertungen nach soziodemografischen Merkmalen	284
3.6.3 Auswertungen nach Regionen	288
3.6.4 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	288
3.6.5 Auswertungen nach Berufsgruppen	294
3.6.6 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen	297
3.7 Zusammenfassung und Ausblick	300

Schwerpunkt Politik	303
Interview mit Kerstin Ney	304
Interview mit Natalie Lotzmann	307
Interview mit Philipp Hering	310
Interview mit Jan Dieren	312
Interview mit Saskia Weishaupt	314
Interview mit Maximilian Funke-Kaiser	316
Interview mit Sepp Müller	318

4	Arzneimittelverordnungen	321
	<i>Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter</i>	
4.1	Arzneimittelverordnungen im Überblick	323
4.2	Die wichtigsten Verordnungshauptgruppen und -untergruppen	325
4.3	Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen	329
4.3.1	Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht	329
4.3.2	Arzneimittelverordnungen nach Versichertenstatus	332
4.3.3	Arzneimittelverordnungen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	335
4.4	Arzneimittelverordnungen in Regionen	337
4.5	Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt	341
4.5.1	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	342
4.5.2	Auswertungen nach Berufsgruppen	346
4.5.3	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen	349
4.6	Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben	352
4.6.1	Einleitung	352
4.6.2	Auswertungen nach soziodemografischen Merkmalen	354
4.6.3	Auswertungen nach Regionen	358
4.6.4	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	360
4.6.5	Auswertungen nach Berufsgruppen	364
4.6.6	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen	368
4.7	Zusammenfassung und Ausblick	370
	Schwerpunkt Praxis	373
	You!Mynd – Mach was draus! Ein Präventionsprojekt zur Sicherung der psychischen Gesundheit an Berufsschulen	374
	<i>Denise Doan</i>	
	Mindful Leadership Training fördert Achtsamkeit bei zukünftigen Führungskräften	382
	<i>Sonja Trautmann, Christiane Leiste und Christine Schilke</i>	
	Bei der Gesundheitsförderung den Mittelstand in den Fokus nehmen	390
	<i>Jan Römer, Lilian Muscutt und Dennis Kozlowski</i>	
	AZUBI-Gesundheit – ein Praxisbeispiel aus dem Klinikum Darmstadt	398
	<i>Anne Schlesinger</i>	
5	Mehr Flexibilität, zielgerichtete Prävention, Versorgung und Kommunikation: Junge Beschäftigte brauchen bessere Unterstützung beim Start ins Berufsleben	403
	<i>Franz Knieps und Sarah Kramer</i>	
	Anhang	409
A	Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	412

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 2022)	44
Tabelle 0.1.2	Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten sowie Frauenanteile nach Bundesländern (Wohnort) im Vergleich mit den GKV Versicherten (Berichtsjahr 2022)	45
Tabelle 0.1.3	Soziodemografie – Anteile und Altersstruktur der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) im Vergleich mit den GKV Versicherten (Berichtsjahr 2022)	46

0.2 Soziodemografie der beschäftigten Mitglieder

Tabelle 0.2.1	Soziodemografie – Altersstruktur sowie höchster Schul- und Berufsabschluss der beschäftigten BKK Mitglieder im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland nach Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	49
Tabelle 0.2.2	Soziodemografie – Ausgewählte Tätigkeitsmerkmale der beschäftigten BKK Mitglieder im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland nach Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	50
Tabelle 0.2.3	Soziodemografie – Anteile und Altersstruktur der beschäftigten BKK Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2022)	51
Tabelle 0.2.4	Soziodemografie – Anteile und Altersstruktur der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssegmenten im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2022)	54

0.3 Zusammenfassung

Gesunder Start ins Berufsleben – Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung 2023

Tabelle 1	Beschäftigtenbefragung 2023 – Vergleich der Umfrageteilnehmer mit allen Beschäftigten in Deutschland nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen	62
-----------	--	----

1 Arbeitsunfähigkeit

1.2 AU-Geschehen nach Krankheitsarten

Tabelle 1.2.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)	88
Tabelle 1.2.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2022)	91
Tabelle 1.2.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten COVID-19-Diagnosen (U07.1 und/oder U07.2) und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	95

1.3 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 1.3.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	97
Tabelle 1.3.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen nach ausgewählten Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	101
Tabelle 1.3.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	104

1.4 AU-Geschehen in Regionen

Tabelle 1.4.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2022)	106
---------------	--	-----

1.5 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Tabelle 1.5.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2022)	114
Tabelle 1.5.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Berichtsjahr 2022)	115
Tabelle 1.5.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund Psychischer Störungen (Berichtsjahr 2022)	116
Tabelle 1.5.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems (Berichtsjahr 2022)	117
Tabelle 1.5.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2022)	124
Tabelle 1.5.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Berichtsjahr 2022)	125
Tabelle 1.5.7	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund Psychischer Störungen (Berichtsjahr 2022)	126
Tabelle 1.5.8	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems (Berichtsjahr 2022)	127
Tabelle 1.5.9	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	129
Tabelle 1.5.10	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	130

1.6 Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben

Tabelle 1.6.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schul- und Berufsabschluss, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	137
Tabelle 1.6.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen der Beschäftigten unter 30 Jahren (Berichtsjahr 2022)	143
Tabelle 1.6.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen der Beschäftigten unter 30 Jahren (Berichtsjahr 2022)	148
Tabelle 1.6.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	149
Tabelle 1.6.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	150

2 Ambulante Versorgung

2.1 Ambulante Versorgung im Überblick

Tabelle 2.1.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2022)	156
---------------	---	-----

2.2 Ambulante Versorgung nach Krankheitsarten

Tabelle 2.2.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen der Faktoren der Inanspruchnahme nach Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	161
Tabelle 2.2.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose im Zusammenhang mit COVID-19 (U07.1 und/oder U07.2) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2020–2022)	165

2.3 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 2.3.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	173
Tabelle 2.3.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)	175

Tabelle 2.3.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	178
Tabelle 2.3.4	Ambulante Versorgung – Anteile mit Diagnose und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	179
2.4 Ambulante Versorgung in Regionen		
Tabelle 2.4.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2022)	182
2.5 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt		
Tabelle 2.5.1	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den größten/geringsten Anteilen (Berichtsjahr 2022)	190
Tabelle 2.5.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn Berufsgruppen mit den größten/geringsten Anteilen (Berichtsjahr 2022)	194
Tabelle 2.5.3	Ambulante Versorgung – Anteile mit Diagnose und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	195
Tabelle 2.5.4	Ambulante Versorgung – Anteile mit Diagnose und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	196
2.6 Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben		
Tabelle 2.6.1	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schul- und Berufsabschluss, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	200
Tabelle 2.6.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten Anteilen der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose unter 30 Jahren (Berichtsjahr 2022)	205
Tabelle 2.6.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten Anteilen der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose unter 30 Jahren (Berichtsjahr 2022)	209
Tabelle 2.6.4	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	210
Tabelle 2.6.5	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	211
3 Stationäre Versorgung		
3.1 Stationäre Versorgung im Überblick		
Tabelle 3.1.1	Stationäre Versorgung – KH-Quoten der BKK Versicherten (Berichtsjahr 2022)	241
3.2 Stationäre Versorgung nach Krankheitsarten		
Tabelle 3.2.1	Stationäre Versorgung – KH-Quoten der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)	246
Tabelle 3.2.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2022)	247
Tabelle 3.2.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	248
Tabelle 3.2.4	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen des Herz-Kreislauf-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	250
Tabelle 3.2.5	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Neubildungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	251
Tabelle 3.2.6	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2020–2022)	252

3.3 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 3.3.1	Stationäre Versorgung – KH-Quoten der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	255
Tabelle 3.3.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	260
Tabelle 3.3.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2022)	264
Tabelle 3.3.4	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	266

3.4 Stationäre Versorgung in Regionen

Tabelle 3.4.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2022)	268
---------------	---	-----

3.5 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt

Tabelle 3.5.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2022)	275
Tabelle 3.5.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2022)	279
Tabelle 3.5.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	280
Tabelle 3.5.4	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten BKK Mitglieder nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	281

3.6 Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben

Tabelle 3.6.1	Stationäre Versorgung – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schul- und Berufsabschluss, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	287
Tabelle 3.6.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen der Beschäftigten unter 30 Jahren (Berichtsjahr 2022)	293
Tabelle 3.6.3	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen der Beschäftigten unter 30 Jahren (Berichtsjahr 2022)	297
Tabelle 3.6.4	Stationäre Versorgung – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	298
Tabelle 3.6.5	Stationäre Versorgung – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	299

4 Arzneimittelverordnungen

4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

Tabelle 4.1.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2022)	323
Tabelle 4.1.2	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2012–2022)	324

4.3 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 4.3.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	334
Tabelle 4.3.2	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten BKK Mitglieder nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	336

4.4 Arzneimittelverordnungen in Regionen

Tabelle 4.4.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2022)	338
---------------	---	-----

4.5 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

Tabelle 4.5.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	341
Tabelle 4.5.2	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten DDD insgesamt (Berichtsjahr 2022)	345
Tabelle 4.5.3	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten DDD insgesamt (Berichtsjahr 2022)	348
Tabelle 4.5.4	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	350
Tabelle 4.5.5	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	351

4.6 Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben

Tabelle 4.6.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schul- und Berufsabschluss, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	358
Tabelle 4.6.2	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten DDD der Beschäftigten unter 30 Jahren (Berichtsjahr 2022)	363
Tabelle 4.6.3	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten DDD der Beschäftigten unter 30 Jahren (Berichtsjahr 2022)	367
Tabelle 4.6.4	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	368
Tabelle 4.6.5	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	369

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 2022)	43
----------------	--	----

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 2022)	48
Diagramm 0.2.2	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2022)	53
Diagramm 0.2.3	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2022)	55

Gesunder Start ins Berufsleben – Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung 2023

Junge Berufseinsteiger – Gesundheit, Arbeitszufriedenheit, Erwerbsfähigkeit

Diagramm 1	Beschäftigtenbefragung 2023 – Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes sowie der Arbeitszufriedenheit nach Altersgruppen	63
Diagramm 2	Beschäftigtenbefragung 2023 – Arbeitsfähigkeit nach Altersgruppen	64
Diagramm 3	Beschäftigtenbefragung 2023 – Subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala) nach Altersgruppen	65

Junge Berufseinsteiger – Arbeitszeit und Arbeitsort

Diagramm 4	Beschäftigtenbefragung 2023 – Aktuelle und gewünschte Anzahl der Wochenarbeitstage nach Altersgruppen	66
Diagramm 5	Beschäftigtenbefragung 2023 – Differenzen zwischen aktuellen und gewünschten Wochenarbeitszeiten bzw. Wochenarbeitstagen nach Altersgruppen	67
Diagramm 6	Beschäftigtenbefragung 2023 – Durchschnittliche aktuelle und gewünschte Wochenarbeitszeit bzw. Wochenarbeitstage nach Altersgruppen	68
Diagramm 7	Beschäftigtenbefragung 2023 – Häufigkeit der Nutzung von Homeoffice/mobilem Arbeiten nach Altersgruppen	69

Junge Berufseinsteiger – Wechselbereitschaft und Renteneintrittswunsch

Diagramm 8	Beschäftigtenbefragung 2023 – Bereitschaft zum Wechsel des Unternehmens bzw. der Berufstätigkeit nach Altersgruppen	70
Diagramm 9	Beschäftigtenbefragung 2023 – Gewünschter Eintritt in den Ruhestand nach Altersgruppen	71

Junge Berufseinsteiger – Arbeitsbedingungen zwischen Realität und persönlicher Wichtigkeit

Diagramm 10	Beschäftigtenbefragung 2023 – Bewertung ausgewählter Arbeitsbedingungen bei der aktuellen Tätigkeit nach Altersgruppen	73
Diagramm 11	Beschäftigtenbefragung 2023 – Subjektive Wichtigkeit ausgewählter Arbeitsbedingungen nach Altersgruppen	74

Junge Berufseinsteiger – Bedeutung von Nachhaltigkeit in der Arbeitswelt

Diagramm 12	Beschäftigtenbefragung 2023 – Bewertung verschiedener Aspekte sozialer und gesellschaftlicher Unternehmensverantwortung nach Altersgruppen	76
-------------	--	----

1 Arbeitsunfähigkeit

1.1 AU-Geschehen im Überblick

Diagramm 1.1.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zeitverlauf (2012–2022)	81
Diagramm 1.1.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder im Zeitverlauf (2013–2022)	82
Diagramm 1.1.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Verteilung nach Dauerklassen im Zeitverlauf (2018–2022)	83
Diagramm 1.1.4	Arbeitsunfähigkeit – Monatlicher Krankenstand der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (Januar 2021–Juni 2023)	85

1.2 AU-Geschehen nach Krankheitsarten

Diagramm 1.2.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)	86
Diagramm 1.2.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2022)	87
Diagramm 1.2.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2022)	88
Diagramm 1.2.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage je Fall der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2022)	89
Diagramm 1.2.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2012–2022)	92
Diagramm 1.2.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Geschlecht im Zeitverlauf (2012–2022)	92
Diagramm 1.2.7	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Atmungssystems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2012–2022)	94

1.3 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 1.3.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	97
Diagramm 1.3.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	98
Diagramm 1.3.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	99
Diagramm 1.3.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	99
Diagramm 1.3.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen nach ausgewählten Versichertengruppen im Zeitverlauf (2012–2022)	102
Diagramm 1.3.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage nach ausgewählten Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)	103

1.4 AU-Geschehen in Regionen

Diagramm 1.4.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2022)	107
Diagramm 1.4.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)	108

1.5 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Diagramm 1.5.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	110
Diagramm 1.5.2	Arbeitsunfähigkeit – Anteile der Langzeit-AU-Fälle bzw. -Tage an allen AU-Fällen/-Tagen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	111
Diagramm 1.5.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)	113

Diagramm 1.5.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	118
Diagramm 1.5.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	120
Diagramm 1.5.6	Arbeitsunfähigkeit – Anteile der Langzeit-AU-Fälle bzw. -Tage an allen AU-Fällen/-Tagen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	121
Diagramm 1.5.7	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)	122
Diagramm 1.5.8	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Arbeitsunfälle nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	128

1.6 Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben

Diagramm 1.6.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	133
Diagramm 1.6.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	134
Diagramm 1.6.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage je Fall der beschäftigten Mitglieder für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	136
Diagramm 1.6.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	138
Diagramm 1.6.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	140
Diagramm 1.6.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	141
Diagramm 1.6.7	Arbeitsunfähigkeit – Anteile der Langzeit-AU-Fälle bzw. -Tage an allen AU-Fällen/-Tagen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	142
Diagramm 1.6.8	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	145
Diagramm 1.6.9	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	146
Diagramm 1.6.10	Arbeitsunfähigkeit – Anteile der Langzeit-AU-Fälle bzw. -Tage an allen AU-Fällen/-Tagen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	147

2 Ambulante Versorgung

2.1 Ambulante Versorgung im Überblick

Diagramm 2.1.1	Ambulante Versorgung – Behandlungsfälle und Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose im Zeitverlauf (2012–2022)	156
----------------	--	-----

2.2 Ambulante Versorgung nach Krankheitsarten

Diagramm 2.2.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2022)	159
Diagramm 2.2.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die zehn häufigsten Diagnosen im Zeitverlauf (2012–2022)	160
Diagramm 2.2.3	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die fünf wichtigsten Diagnosen der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems im Fünf- und Zehnjahresvergleich (2012, 2017, 2022)	162
Diagramm 2.2.4	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die fünf wichtigsten Diagnosen der Krankheiten des Atmungssystems im Fünf- und Zehnjahresvergleich (2012, 2017, 2022)	163
Diagramm 2.2.5	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die fünf wichtigsten Diagnosen der Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems im Fünf- und Zehnjahresvergleich (2012, 2017, 2022)	164

Diagramm 2.2.6	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die fünf wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen im Fünf- und Zehnjahresvergleich (2012, 2017, 2022)	164
----------------	---	-----

2.3 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 2.3.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	167
Diagramm 2.3.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	168
Diagramm 2.3.3	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022) – Teil 1	169
Diagramm 2.3.4	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022) – Teil 2	171
Diagramm 2.3.5	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022) – Teil 3	172
Diagramm 2.3.6	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen im Zeitverlauf (2014–2022)	174
Diagramm 2.3.7	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	177

2.4 Ambulante Versorgung in Regionen

Diagramm 2.4.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für Krankheiten des Atmungssystems nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2022)	184
Diagramm 2.4.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für Krankheiten des Kreislaufsystems nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2022)	185

2.5 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 2.5.1	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	187
Diagramm 2.5.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)	189
Diagramm 2.5.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	191
Diagramm 2.5.4	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)	193

2.6 Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben

Diagramm 2.6.1	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	197
Diagramm 2.6.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	199
Diagramm 2.6.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Bundesländern (Wohnort) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	201
Diagramm 2.6.4	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsabschnitten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	203
Diagramm 2.6.5	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsabschnitten, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	204
Diagramm 2.6.6	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	207
Diagramm 2.6.7	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	208

3 Stationäre Versorgung

3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

Diagramm 3.1.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2005–2022)	239
Diagramm 3.1.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2022)	241

3.2 Stationäre Versorgung nach Krankheitsarten

Diagramm 3.2.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)	243
Diagramm 3.2.2	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2014–2022)	244
Diagramm 3.2.3	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2014–2022)	245

3.3 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 3.3.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	255
Diagramm 3.3.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	256
Diagramm 3.3.3	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	257
Diagramm 3.3.4	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	258
Diagramm 3.3.5	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen für ausgewählte Versichertengruppen im Zeitverlauf (2014–2022)	261
Diagramm 3.3.6	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)	261
Diagramm 3.3.7	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	263
Diagramm 3.3.8	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	263

3.4 Stationäre Versorgung in Regionen

Diagramm 3.4.1	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2022)	269
Diagramm 3.4.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)	270

3.5 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 3.5.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	273
Diagramm 3.5.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)	274
Diagramm 3.5.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	277
Diagramm 3.5.4	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)	278

3.6 Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben

Diagramm 3.6.1	Stationäre Versorgung – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	284
Diagramm 3.6.2	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der beschäftigten Mitglieder für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	285
Diagramm 3.6.3	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	286
Diagramm 3.6.4	Stationäre Versorgung – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	289
Diagramm 3.6.5	Stationäre Versorgung – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	290
Diagramm 3.6.6	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	292
Diagramm 3.6.7	Stationäre Versorgung – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	295
Diagramm 3.6.8	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	296

4 Arzneimittelverordnungen

4.2 Die wichtigsten Verordnungshauptgruppen und -untergruppen

Diagramm 4.2.1	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2022)	325
Diagramm 4.2.2	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2022)	326
Diagramm 4.2.3	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2022)	327
Diagramm 4.2.4	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach ausgewählten therapeutischen Untergruppen im Zeitverlauf (2012–2022)	328

4.3 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 4.3.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	330
Diagramm 4.3.2	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	331
Diagramm 4.3.3	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung für ausgewählte Verordnungshauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	332
Diagramm 4.3.4	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten für ausgewählte Verordnungshauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	333
Diagramm 4.3.5	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2022)	335

4.4 Arzneimittelverordnungen in Regionen

Diagramm 4.4.1	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2022)	339
Diagramm 4.4.2	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2022)	340

4.5 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

Diagramm 4.5.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	343
Diagramm 4.5.2	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2022)	344
Diagramm 4.5.3	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	346
Diagramm 4.5.4	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2022)	347

4.6 Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben

Diagramm 4.6.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	353
Diagramm 4.6.2	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für ausgewählte Verordnungshauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	355
Diagramm 4.6.3	Arzneimittelverordnungen – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung für ausgewählte Verordnungshauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	356
Diagramm 4.6.4	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	357
Diagramm 4.6.5	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	359
Diagramm 4.6.6	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	361
Diagramm 4.6.7	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	362
Diagramm 4.6.8	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	365
Diagramm 4.6.9	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)	366

Methodische Hinweise

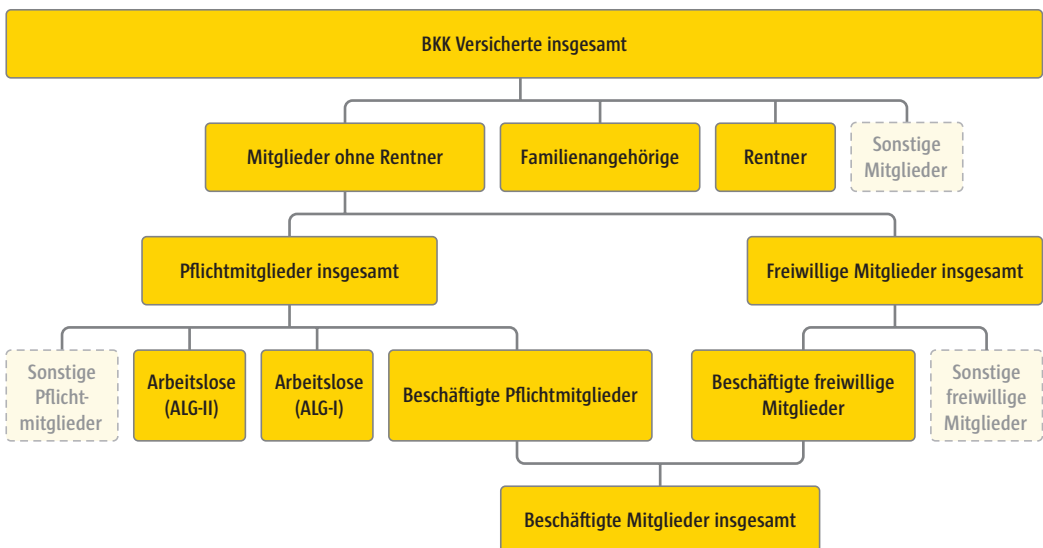
In den einzelnen Kapiteln des BKK Gesundheitsreports werden unterschiedliche Versichertengruppen zur Auswertung zugrunde gelegt. Welche Gruppen jeweils betrachtet werden, ist in den entsprechenden Kapiteln bzw. Abschnitten des Gesundheitsreports beschrieben. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt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

Qualitätssicherung

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

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

Abbildung 1 Struktur der BKK Versicherten nach Versichertengruppen



Versichertenstammdaten

Die für den Report verwendeten Versichertenstammdaten stammen aus dem sogenannten Versichertenkurzsatzen, 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
- Wirtschaftsgruppe des Arbeitgebers.

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 Differenz zwischen Beginn und Ende des AU-Falls in Kalendertagen ermittelt. Die Falldauer enthält dabei sowohl Zeiten mit Entgeltfortzahlung als auch solche mit Krankengeldbezug. Zudem werden auch 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 erst-

genannte 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 einer speziellen BKK Monatsstatistik der beschäftigten BKK Mitglieder für die ersten beiden Quartale des aktuellen Berichtsjahres dargestellt. Diese geben, aufgrund ihrer Aktualität, erste Hinweise auf derzeitige und zukünftige Trends im AU-Geschehen, die u.a. für den Report des Folgejahres von Bedeutung sein können. Die BKK Monatsstatistik weicht aufgrund ihrer Erhebungs- und Auswertungsmethodik von der Jahresstatistik ab. Ein Vergleich der Monatsdaten mit den Jahresdaten, die diesem Report zugrunde liegen, ist deshalb nur eingeschränkt möglich. Im Unterschied zur amtlichen Monatsstatistik (KM1-Statistik¹), die stichtagsbezogen am jeweils ersten Kalendertag eines Monats ermittelt wird, basiert die Monatsstatistik der Betriebskrankenkassen auf den AUMeldungen des gesamten Berichtsmonats. Da jährlich ein großer Teil der o.g. Stichtage auf einen gesetzlichen Feiertag bzw. ein Wochenende fallen und gleichzeitig nur ein geringer Teil der AU-Zeiten auf solche Tage fällt, unterschätzt die KM1-Statistik systematisch das Ausmaß des AU-Geschehens.

Krankenhausdaten

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

1 Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand, Monatswerte (KM1-Statistik).

me- 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 zueinander nicht kumulativ.

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 liegen. 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 mit mindestens einer Diagnose in der ambulanten Versorgung.

Verwendete Kennzahlen

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

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

barkeit mit Versichertenjahren ins Verhältnis gesetzt (KH-Fälle je Versicherten).

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

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

Zusätzliche Anmerkungen zu den ermittelten Kenngrößen

Besonderheiten in den Arbeitsunfähigkeitsdaten

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

Zusatzinformationen in der Klassifikation der Berufe (KldB 2010)

Die Auswertung der Berufe erfolgt seit dem Berichtsjahr 2015 anhand der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) nach Berufssektoren, Berufssegmenten und Berufshauptgruppen. Neben der ausgeübten Tätigkeit des Beschäftigten, enthält die KldB 2010 noch weitere relevante Information, z.B. zum höchsten

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

Standardisierung

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

Datenschutz und Fallzahlgrenzen

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

der diversen Personen, die weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet sind: Aufgrund ihrer geringen Anzahl (<100) sowie den entsprechend geringen Leistungsfällen in den verschiedenen Versorgungsbereichen wird diese Gruppe aus Datenschutzgründen für die folgenden Analysen nicht berücksichtigt.

Externe Datenquellen und verwendete Klassifikationen

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

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

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

- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM Version 2022) [1]
- Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation (ATC-Klassifikation Version 2022) [2]
- Klassifikation der Wirtschaftszweige Ausgabe 2008 (WZ 2008) [3]
- Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) [4]
- Amtlicher Gemeindegchlüssel des Statistischen Bundesamtes (AGS) [5]
- Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung – Mitglieder und Versicherte (GKV Statistik – KM1/KM6) [6]
- Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung – Geschäftsergebnisse (GKV Statistik – KG2/KG5/KG8) [7]
- Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort nach Altersgruppen für Männer, Frauen und insgesamt – Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (BA) [8]

Quellennachweise

- [1] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification Version 2022 <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022>
- [2] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.) Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation 2022 <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/ATC/atc-ddd-amtlich-2022.html>
- [3] Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008) <https://www.klassifikationsserver.de/klassService/index.jsp?variant=wz2008>
- [4] Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010), Nürnberg <https://www.klassifikationsserver.de/klassService/index.jsp?variant=kldb2010>
- [5] Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Kreisfreie Städte und Landkreise nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte. Gebietsstand: 31.12.2021 <https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/04-kreise.html>
- [6] Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) Mitglieder und Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html>
- [7] Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) Geschäftsergebnisse <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/geschaeftergebnisse.html>
- [8] Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort nach Altersgruppen für Männer, Frauen und Insgesamt. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/altersgruppen.html>

Abkürzungsverzeichnis

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

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

Das Wichtigste im Überblick

1. Gesunder Start ins Berufsleben – Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung 2023

- Hinsichtlich der selbsteingeschätzten körperlichen und psychischen Gesundheit ist der Anteil derjenigen Befragten, die hierbei eine eher negative Bewertung zeigen, bei den unter 30-jährigen größer als bei den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr ausgeprägt.
- Altersunabhängig zeigt sich hingegen eine durchweg hohe Arbeitszufriedenheit bei allen befragten Beschäftigten.
- Ebenfalls nur geringe Unterschiede zwischen Berufsanfängern und berufserfahrenen Beschäftigten lassen sich für die gesundheitsbezogene Arbeitsfähigkeit feststellen. Dies gilt ebenfalls für die Prognose, ob man gesundheitlich in der Lage sein wird, bis zum regulären Renteneintritt erwerbstätig zu sein.

Junge Berufseinsteiger – Arbeitszeit und Arbeitsort

- Die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten arbeitet aktuell in einer 5-Tage-Woche, dagegen wünscht sich mehr als die Hälfte der Beschäftigten eine 4-Tage-Woche.
- Bezüglich der Angabe zum aktuellen sowie zum gewünschten Umfang der Wochenarbeitstage zeigen sich dabei keine substanziellen Unterschiede zwischen den Altersgruppen.
- Ausgehend von der aktuellen Anzahl der Arbeitstage bzw. Arbeitszeit pro Woche zeigt sich bei den Beschäftigten – unabhängig von deren Alter –, dass sich die Mehrheit aller Befragten eine Reduktion wünscht.
- Die Möglichkeit zum mobilen Arbeiten wird von den Beschäftigten unter 30 Jahren deutlich häufiger genutzt, als dies bei den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr der Fall ist.

Junge Berufseinsteiger – Wechselbereitschaft und Renteneintrittswunsch

- Junge Berufseinsteiger unter 30 Jahren weisen eine höhere Tendenz auf, mittelfristig den Beruf bzw. den Arbeitgeber zu wechseln, als dies bei den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr der Fall ist.
- Insgesamt äußern nahezu zwei Drittel aller Befragten den Wunsch, vor ihrem regulären Renteneintrittsalter in den Ruhestand gehen zu wollen. Zwischen den beiden Altersgruppen zeigt sich dabei kein bedeutsamer Unterschied.

Junge Berufseinsteiger – Arbeitsbedingungen zwischen Realität und persönlicher Wichtigkeit

- In der differenzierten Bewertung einzelner Arbeitsbedingungen zeigt sich, dass bei der aktuellen Tätigkeit aus Sicht der Befragten die Sinnhaftigkeit der Arbeit am höchsten und die freie Wahl des Arbeitsortes am niedrigsten ausgeprägt ist.
- Bei der Frage nach der persönlich eingeschätzten Wichtigkeit der genannten Arbeitsbedingungen steht eine angemessene Bezahlung an der Spitze, während wiederum die freie Wahl des Arbeitsortes die durchschnittlich niedrigste Wichtigkeit aufweist.
- Ein zusätzlicher Blick auf die Differenzen zwischen Wunsch und Wirklichkeit zeigt, dass dabei die größten Abweichungen bei der Bezahlung gefolgt von der flexiblen Arbeitszeiteinteilung und der freien Wahl des Arbeitsortes bestehen.
- Sowohl bei der Bewertung der aktuellen Arbeitsbedingungen als auch bei deren subjektiv eingeschätzter Wichtigkeit zeigen sich keine substanziellen Unterschiede zwischen den Altersgruppen.

Junge Berufseinsteiger – Bedeutung von Nachhaltigkeit in der Arbeitswelt

- Die soziale und gesellschaftliche Unternehmensverantwortung spielt für die Mehrheit der befrag-

ten Beschäftigten eine bedeutende Rolle. Für mehr als die Hälfte der Befragten stellt dieses Merkmal zudem ein wichtiges Entscheidungskriterium bei der Auswahl des zukünftigen Arbeitgebers dar.

- Dagegen wird der aktuelle Umsetzungsgrad von Nachhaltigkeit beim aktuellen Arbeitgeber nur von etwas mehr als einem Drittel als eher bis voll zutreffend eingeschätzt.
- Zur Bedeutung der Nachhaltigkeit in der Arbeitswelt lassen sich ebenfalls keine bedeutsamen Unterschiede in der Bewertung zwischen jüngeren und älteren Beschäftigten feststellen.

2. Allgemeine Kennzahlen

Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

Das Geschehen im Überblick

- Mit 1,84 AU-Fällen bzw. 22,6 AU-Tagen je Beschäftigten erreichen die Fehlzeiten im Jahr 2022 jeweils einen neuen Höchstwert, der weit über denen der vergangenen 10 Jahre liegt.
- Entsprechend ist der Anteil derjenigen, die im aktuellen Berichtsjahr gar keinen AU-Fall aufweisen, mit 32,4% deutlich geringer als im Mittel der letzten Dekade (43,3%).
- Die durchschnittliche Falldauer hat sich hingegen mit 12,3 AU-Tagen je Fall wieder auf dem Niveau des Zeitraums vor der Coronavirus-Pandemie eingependelt, was vor allem mit der starken Zunahme von Kurzzeit-AU-Fällen zusammenhängt.
- Der Krankenstand hat insbesondere im I. Quartal des Jahres 2023 einen neuen Höchststand seit Beginn der Auswertungen zur BKK Monatsstatistik erreicht.
- Hauptursache sind die weiterhin überdurchschnittlich hohen Krankenstände im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen, verursacht durch parallele Infektionswellen mit unterschiedlichen viralen Erregern.
- Im II. Quartal 2023 zeichnet sich eine Normalisierung des Krankenstands ab, allerdings liegen die Werte immer noch deutlich über dem vorpandemischen Niveau.

Krankheitsarten

- Im Jahr 2022 sind Atemwegserkrankungen sowohl bei den AU-Fällen (35,9%) als auch bei den AU-Tagen (21,8%) die häufigste Ursache krank-

heitsbedingter Fehlzeiten, womit sie einen Allzeithöchststand erreichen.

- Etwa jeder fünfte AU-Tag wird durch Muskel-Skelett-Erkrankungen (19,3%) verursacht, mehr als jeder siebte von psychischen Störungen (15,2%) und rund jeder zehnte von Verletzungen/Vergiftungen (9,2%).
- Zusammen sind diese vier genannten Krankheitsarten für die überwiegende Mehrheit aller AU-Fälle (58,2%) und AU-Tage (65,5%) im Jahr 2022 verantwortlich.
- Mit 40,0% hat der Anteil der Beschäftigten, die im Jahr 2022 mindestens einmal aufgrund einer Atemwegserkrankung krankgeschrieben waren, den mit Abstand höchsten Wert der letzten Jahre erreicht.
- Durch die Zunahme von AU-Fällen mit relativ kurzer Dauer, hat sich die durchschnittliche Falldauer mit 12,3 AU-Tagen je Fall in etwa wieder auf das Vor-Pandemie-Niveau eingependelt.
- Die Normalisierung der Falldauer im Wertebereich vor der Coronavirus-Pandemie ist zudem für alle anderen betrachteten Krankheitsarten zu beobachten.
- Akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) sind in diesem Jahr sowohl nach AU-Tagen als auch nach AU-Fällen mit Abstand die wichtigste Diagnose im Fehlzeitengeschehen mit einem sprunghaften Anstieg im Vergleich zu den Vorjahren.
- Zudem sind erstmalig insgesamt drei weitere Diagnosen, die mit unterschiedlichen Infektionen in Verbindung stehen, unter den zehn wichtigsten Diagnosen zu finden, was im Zusammenhang mit den ausgeprägten Infektionswellen unterschiedlichen viralen Ursprungs im Jahr 2022 steht.
- Depressionen (F32 bzw. F33) treten zwar als AU-Ursache nur sehr selten auf, allerdings liegt die Dauer der Arbeitsunfähigkeit in solch einem Fall mit durchschnittlich 8 bis 10 Kalenderwochen weit über dem Gesamtdurchschnitt von knapp unter 2 Kalenderwochen.
- Männer weisen im Vergleich zu Frauen mehr AU-Fälle und AU-Tage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen auf.
- Dagegen dauert ein AU-Fall bei den beschäftigten Frauen im Mittel mehr als zwei Kalendertage länger als bei den männlichen Kollegen.
- Zwischen 2016 und 2022 sind die AU-Kennzahlen im Kontext der Muskel-Skelett-Erkrankungen wenig verändert, AU-Fälle und -Tage haben sogar tendenziell abgenommen.

- Männer sind deutlich seltener als Frauen von Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen betroffen.
- Während die AU-Fälle aufgrund psychischer Störungen im Vorjahresvergleich minimal zugenommen haben, sind die zugehörigen AU-Tage nahezu unverändert, was zu einem Rückgang bei der Falldauer und einer Annäherung dieses Wertes an das vorpandemische Niveau führt.
- Seit 2016 haben die AU-Tage deutlich stärker als die AU-Fälle zugenommen, was vor allem mit der überdurchschnittlich langen Falldauer in diesem Krankheitsspektrum begründet ist.
- Die AU-Fälle und -Tage im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen haben im Jahr 2022 neue Spitzenwerte erreicht und sind mehr als doppelt so hoch wie in den Vorjahren.
- Neben dem Wegfall der Kontaktbeschränkungen und weiterer Pandemiemaßnahmen im März 2022 ist zudem die nahezu ganzjährige Zirkulation multipler viraler Erreger der Atemwege Ursache für diese Entwicklung.
- Trotz des enormen Anstiegs der AU-Fälle und -Tage für die Atemwegserkrankungen hat sich die zugehörige Falldauer, die im Zeitverlauf im Durchschnitt bei rund einer Kalenderwoche liegt, nur wenig verändert.

Alter, Geschlecht und Versichertenstatus

- Beschäftigte Frauen weisen über alle Altersgruppen hinweg im Durchschnitt insgesamt mehr AU-Fälle bzw. AU-Tage als beschäftigte Männer auf.
- Im Vorjahresvergleich sind bei den jungen Beschäftigten die AU-Kennzahlen vor allem durch Fehlzeiten im Kontext von Atemwegserkrankungen stärker als bei älteren Beschäftigten angestiegen.
- Im aktuellen Berichtsjahr weist nur die Minderheit (26,7%-35,4%) der beschäftigten Männer und Frauen unterschiedlichen Alters gar keinen AU-Fall auf. Dieser Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr (44,2%-58,9%) – maßgeblich wegen der hohen AU-Quoten aufgrund von Atemwegserkrankungen – deutlich zurückgegangen.
- Bei männlichen Berufstätigen treten deutlich mehr AU-Fälle bzw. -Tage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf.
- Bei weiblichen Berufstätigen treten hingegen höhere Fehlzeiten aufgrund von Neubildungen, psychischen Störungen und Atemwegserkrankungen auf.

- Mit zunehmenden Alter nimmt die Falldauer, vor allem bei Atemwegserkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychischen Störungen, kontinuierlich zu.
- Arbeitslose (ALG-I) sind deutlich häufiger und länger von krankheitsbedingten Fehlzeiten aufgrund von psychischen Störungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen betroffen, wesentlich seltener ist dies jedoch aufgrund von Atemwegserkrankungen der Fall.
- Entsprechend liegt die durchschnittliche Falldauer bei den Arbeitslosen (ALG-I) mit 41,4 AU-Tagen je Fall um mehr als das Dreifache über der der Beschäftigten.
- Atemwegserkrankungen sind bei den beschäftigten Pflicht- bzw. freiwilligen Mitgliedern der Hauptgrund für den Anstieg der AU-Tage zwischen den Jahren 2021 und 2022. Bei den Arbeitslosen (ALG-I) zeigt sich zusätzlich ein Anstieg der Fehltag im Zusammenhang mit psychischen Störungen sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen.

Ambulante Versorgung

Das Geschehen im Überblick

- 92,1% der BKK Versicherten waren im Jahr 2022 mindestens einmal ambulant in Behandlung. Damit ist der Anteil derer, die ambulant behandelt worden sind, im Vergleich zum Vorjahr ein weiteres Mal gestiegen. Auch im Vergleich zu den letzten 10 Jahren ist dies der höchste jemals ermittelte Wert.
- Der Anteil der Frauen, die mindestens einmal in ambulanter Behandlung waren (94,2%), ist dabei größer als der Anteil der Männer (89,9%). Während nur geringfügig mehr Frauen im Vergleich zum Vorjahr ambulant behandelt worden sind, ist der Anteil der Männer mit mindestens einer Diagnose im Vergleich zum Vorjahr um +1,2 Prozentpunkte gestiegen.

Krankheitsarten

- In 2022 sind mit einem Anteil von 56,2% so viele Versicherte wie nie zuvor mindestens einmal wegen Atemwegserkrankungen ambulant behandelt worden. Damit ist der Kennwert mit +15 Prozentpunkten gegenüber dem Vorjahr extrem gestiegen.
- Auch die Zahl der Behandlungen aufgrund von Infektionen hat deutlich zugenommen, aufgrund dessen sind im aktuellen Berichtsjahr 25,9% der Versicherten in ambulanter Behandlung gewesen (+4,9 Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr).

- Bei anderen Erkrankungsarten zeigt sich hingegen ein sehr ähnliches Bild zu den Vorjahren: Muskel-Skelett-Erkrankungen sind etwa bei der Hälfte der Versicherten, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen bei etwa 40%, Krankheiten des Urogenitalsystems, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie psychische Störungen sind bei etwas mehr als jedem dritten Versicherten diagnostiziert worden.
- In der ambulanten Versorgung werden auch Informationen über Faktoren, die zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen, dokumentiert. Wie schon im Vorjahr sind auch im aktuellen Berichtsjahr 2022 die sonstigen speziellen Untersuchungen und Abklärungen (Z01) die mit Abstand am häufigsten vergebene Diagnose.
- Zweithäufigster Grund für eine Konsultation in der ambulanten Versorgung ist in 2022 eine akute Atemwegsinfektion (J06) gewesen: Für diese Diagnose ist eine enorme Steigerung von 19,1% im Vorjahr auf 36,3% im aktuellen Berichtsjahr zu verzeichnen. Auch COVID-19-Infektionen sind mit 26,1% bei fast dreimal so vielen Versicherten diagnostiziert worden.
- Bei nicht-infektiösen Erkrankungen zeigen sich hingegen nur unwesentliche Veränderungen: Wie schon in den Vorjahren sind etwa ein Viertel der BKK Versicherten wegen Bluthochdruck (I10) in Behandlung, nur etwas weniger aufgrund von Rückenschmerzen (M54). Etwas mehr als jeder Sechste war von Störungen des Lipoproteinstoffwechsels (E78) bzw. von Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern (H52) betroffen.
- Bei Urogenitalerkrankungen ist der Geschlechtsunterschied in der Altersspanne zwischen 20 und 54 Jahren besonders groß: Über 60% der Frauen, aber weniger als 20% der Männer in diesem Alter sind deshalb in ambulanter Behandlung gewesen.
- Im Vergleich zum Vorjahr haben bei den Beschäftigten die Atemwegserkrankungen besonders stark zugenommen. Im aktuellen Berichtsjahr sind 61,9% deswegen ambulant behandelt worden, das sind rund +20 Prozentpunkte mehr als im Vorjahr.
- Auch die Anteile derer, die wegen Infektionen behandelt worden sind, sind bei den Beschäftigten, noch stärker aber bei den Familienangehörigen, gestiegen.
- Wie schon in den Vorjahren ist außerdem bei den Beschäftigten fast jeder Zweite wenigstens einmal aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen beim Arzt gewesen. Ebenfalls wie in den Jahren zuvor ist der Anteil an psychischen Diagnosen bei den ALG-II-Empfängern überdurchschnittlich hoch (39% mit einer solchen Diagnose).
- Bei den Beschäftigten hat sich der Anteil derer, die aufgrund von einer akuten Infektion der oberen Atemwege (J06) behandelt worden sind, mit rund 45% gegenüber dem Vorjahr verdoppelt. Die Anteile derer, die mit einer COVID-19-Diagnose behandelt worden sind, haben sich sogar mehr als verdreifacht.
- Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich bei den unter 20-jährigen Beschäftigten u. a. eine geringere Inanspruchnahme von Impfungen gegen Infektionskrankheiten (Z26) sowie (vermutlich damit zusammenhängend) weniger Komplikationen bei Eingriffen und Behandlungen (T88).

Alter, Geschlecht und Versichertenstatus

- Nicht nur allgemein, sondern auch bezogen auf einzelne Erkrankungsarten sind mehr Frauen als Männer in ambulanter Behandlung. Außerdem werden viele Erkrankungen mit zunehmendem Alter häufiger diagnostiziert.
- Mit dem Alter nehmen Herz-Kreislauf-Erkrankungen besonders stark zu, insbesondere gilt dies für den Bluthochdruck (I10). Schließlich sind 8 von 10 Versicherten älter als 70 Jahre deswegen in ambulanter Behandlung gewesen.
- Die Krankheiten des Atmungssystems nehmen hingegen mit zunehmendem Alter ab. Dabei ist sogar ein „Rentenknicke“ zu beobachten: Ab dem Renteneintrittsalter sind die Anteile der Versicherten, die deshalb ambulant behandelt werden, erkennbar geringer als bei den jüngeren Versicherten.

Stationäre Versorgung

Das Geschehen im Überblick

- Auch im dritten Pandemiejahr verbleiben die Kennwerte für die stationäre Versorgung auf niedrigem Niveau: In 2022 sind im Durchschnitt je 1.000 Versicherte 170 stationäre Behandlungen mit 1.531 Behandlungstagen erfolgt.
- Damit sind diese Kennwerte gegenüber dem Vorjahr sogar noch leicht um jeweils -2% gesunken.
- Die durchschnittliche Verweildauer beträgt weiterhin, wie schon seit Jahren, stabil etwa 9 Tage je Fall. Rund zwei Drittel aller Fälle sind nach höchstens einer Woche abgeschlossen, nur 3,2% dauern länger als 6 Wochen.

- Ohnehin nimmt immer nur ein relativ kleiner Teil aller Versicherten innerhalb eines Jahres eine stationäre Behandlung in Anspruch, im aktuellen Berichtsjahr waren dies knapp 11%.

Krankheitsarten

- Das Bild nach Erkrankungsarten bleibt gegenüber den Vorjahren in weiten Teilen unverändert: Auch im Jahr 2022 gehen die meisten Fälle in der stationären Versorgung auf Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems zurück, gefolgt von Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems.
- Die weitaus meisten stationären Behandlungstage gehen auf psychische Störungen zurück. Für diese Erkrankungsart erreicht im aktuellen Berichtsjahr die durchschnittliche Verweildauer mit 28,9 Tagen je Fall ein weiteres Mal einen neuen Höchstwert.
- Die größte Steigerung gegenüber dem Vorjahr ist bei den Behandlungsfällen aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems zu verzeichnen. Deren durchschnittliche Falldauer ging hingegen gleichzeitig um fast einen Tag zurück.
- Im Langzeitvergleich sind vor allem die Kennwerte bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen zurückgegangen: Seit 2014 sind rund ein Viertel weniger stationäre Fälle und Behandlungstage aufgrund dessen erfolgt.
- Wie in den Vorjahren sind die bei weitem meisten stationären Behandlungstage bei den Einzeldiagnosen für die rezidivierende depressive Störung (F33) zu verzeichnen. Die meisten Behandlungsfälle gehen auf eine Herzinsuffizienz (I50) zurück.
- Neben der rezidivierenden depressiven Störung (F33) weisen auch die depressive Episode (F32) sowie die Schizophrenie (F20) mit einer durchschnittlichen Behandlungszeit von 5–6 Wochen deutlich überdurchschnittliche Falldauern auf.
- Gegenüber dem Vorjahr sind Behandlungsfälle im Zusammenhang mit einer Viruspneumonie (J12) stark zurückgegangen. Eine deutliche Zunahme ist hingegen bei Behandlungen von Hüft- bzw. Kniegelenksarthrose (M16 bzw. M17) zu beobachten.
- Bei Frauen sind Depressionen (F32 bzw. F33) der Behandlungsgrund für fast die Hälfte, bei Männern immerhin für mehr als einem Drittel der Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen.
- Mehr als doppelt so viele stationäre Behandlungsfälle und -tage weisen hingegen Männer gegenüber Frauen bei den psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) auf.
- Bei den Frauen ist die Anzahl der Behandlungstage aufgrund von Essstörungen (F50) weiter gestiegen bei stagnierenden Fallzahlen. Dadurch verlängert sich die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer, diese beträgt nun im Schnitt 52,8 Tage je Fall.
- Wie schon in den letzten Jahren sind sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen Herzinsuffizienz (I50) und Hirninfarkt (I63) die häufigsten Einzeldiagnosen aus dem Spektrum der Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- Es zeigt sich ein deutlicher Geschlechtsunterschied bei der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25), aufgrund derer Männer rund dreimal so häufig wie Frauen in stationärer Behandlung sind. Frauen sind hingegen deutlich häufiger als Männer wegen Bluthochdruck (I10) im Krankenhaus.
- Der Rückgang der stationären Bluthochdruckbehandlungen hat sich in der Pandemiezeit beschleunigt: Im Vergleich zu 2019 sind sowohl die Anzahl der stationären Fälle als auch der Behandlungstage aufgrund dieser Einzeldiagnose um rund ein Drittel zurückgegangen.
- Bösartige Neubildungen der Bronchien und Lunge (C34) sind weiterhin die häufigste Krebsdiagnose, wegen der BKK Versicherte in stationärer Behandlung sind. Dies ist die häufigste Einzeldiagnose bei Männern sowie bei Frauen nach Brustkrebs (C50) die zweithäufigste.
- Bei den Männern sind die Anzahl stationärer Fälle und Tage für das nicht follikuläre Lymphom (C83) um –10% zurückgegangen. Ebenfalls so groß ist der Rückgang bei den Frauen für bösartige Neubildungen des Ovars (C56) sowie des Rektums (C20).

Alter, Geschlecht und Versichertenstatus

- Männer sind insgesamt nur geringfügig häufiger in stationärer Behandlung als Frauen. Bei den Behandlungstagen besteht kaum ein Unterschied.
- Herz-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 resultierenden 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.
- Gegenüber dem Vorjahr sind insbesondere die Fallzahlen aufgrund von Atmungssystem-Erkrankungen bei den unter 15-Jährigen gestiegen: +41% Behandlungsfälle sind für diese zu verzeichnen.
 - Rentner sind um ein Mehrfaches öfter und länger in stationärer Behandlung als Beschäftigte oder Familienangehörige. Häufigster Grund für einen stationären Aufenthalt bei diesen sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Jeder fünfte Behandlungstag der Rentner ist darauf zurückzuführen.
 - Auch Arbeitslose weisen überdurchschnittlich viele Behandlungsfälle und -tage auf. Diese sind hingegen am häufigsten aufgrund von psychischen Störungen im Krankenhaus: Mehr als die Hälfte aller Behandlungstage geht in dieser Versichertengruppe auf diese Krankheitsart zurück.
 - Gegenüber dem Vorjahr ist außerdem bei den ALG-I-Empfängern die Anzahl der Behandlungstage aufgrund von Verletzungen/Vergiftungen mit +9% am stärksten gestiegen.
 - Beschäftigte weisen durchweg rund ein Drittel weniger Behandlungstage auf als die Versicherten insgesamt.
 - Gegenüber dem Vorjahr sind die Kennwerte für die Beschäftigten besonders bei den Krankheiten des Atmungssystems zurückgegangen. Allerdings ist gerade bei der jüngsten Beschäftigtengruppe (unter 20-Jährige) für diese Diagnosehauptgruppe gegenläufig eine deutliche Kennwertsteigerung zu beobachten.
 - Ein weiteres Mal sind bei den Beschäftigten besonders die Kennzahlen aufgrund von psychischen Störungen bei den 20- bis 30-Jährigen im Vergleich zum Vorjahr gestiegen.

Arzneimittelverordnungen

Das Geschehen im Überblick

- Der Anteil der Versicherten, die mindestens ein Arzneimittel verordnet bekommen haben, ist im Jahr 2022 mit 71,7% immer noch niedriger als in den vorpandemischen Jahren (2012–2019: 73,0%–74,9%).
- Mit durchschnittlich 537 verordneten Tagesdosen je BKK Versicherten und Jahr wird hingegen ein neuer Höchstwert in den vergangenen 10 Jahren erreicht.

Wirkstoffgruppen

- Mit mehr als jeder vierten Einzelverordnung (29,0%) sowie fast der Hälfte (46,6%) aller definierten Tagesdosen dominieren bei den BKK Versicherten die Herz-Kreislauf-Medikamente das Verordnungsgeschehen.
- Die Verordnungsanteile von Wirkstoffen, die bei Atemwegserkrankungen und Infektionen eingesetzt werden (bspw. Antiinfektiva), haben im Vorjahresvergleich deutlich zugenommen.
- Außerdem sind bei den Herz-Kreislauf-Medikamenten im gleichen Zeitraum vor allem die definierten Tagesdosen tendenziell weiter angestiegen.

Alter, Geschlecht und Versichertenstatus

- Nur etwa jeder zweite (53,6%) der 10- bis 14-jährigen BKK Versicherten hat im Jahr 2022 ein Arzneimittel verordnet bekommen, während dies bei den über 70-Jährigen auf mehr als 90% der BKK Versicherten zutrifft.
- Der mit insgesamt 24,3 Prozentpunkten größte Geschlechtsunterschied bei den Verordnungsanteilen tritt in der Gruppe der 20- bis 24-jährigen aufgrund einer Vielzahl von Kontrazeptiva-Verordnungen bei den Frauen auf.
- Ab dem Renteneintrittsalter erhalten die BKK Versicherten ein Vielfaches der Tagesdosen im Vergleich zu den jüngeren Versicherten, wobei sich die Werte für Männer und Frauen zunehmend angleichen.
- Rund drei Viertel aller BKK Versicherten über 65 Jahre werden Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System verordnet.
- Bei BKK Versicherten, die jünger als 20 Jahre sind, werden am häufigsten Mittel mit Wirkung auf den Respirationstrakt verordnet, die vor allem bei den im Jahr 2022 häufig aufgetretenen Atemwegserkrankungen zum Einsatz kommen.
- Bei den über 65-jährigen BKK Versicherten geht mehr als jede zweite verordnete Tagesdosis auf Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System zurück.
- Die definierten Tagesdosen für Antiinfektiva zur systemischen Anwendung unterscheiden sich hingegen im Wesentlichen weder zwischen den Altersgruppen noch zwischen Frauen und Männern.
- In der Gruppe der Beschäftigten ist der Unterschied bei den Verordnungsanteilen zwischen Frauen (72,3%) und Männern (60,2%) vor allem aufgrund von Verordnungen von Sexualhormonen am größten.

- Arbeitslose erhalten zwar seltener als Beschäftigte Arzneimittel verordnet, gleichzeitig sind in erstgenannter Gruppe die verordneten Tagesdosen vor allem im Kontext von Langzeiterkrankungen deutlich höher ausgeprägt.
- In der relativ jungen Gruppe der Familienangehörigen werden zwar häufig wegen Atemwegserkrankungen und Infektionen Arzneimittel verordnet, allerdings überwiegend nur in sehr geringen Mengen.

3. Schwerpunktthema: Gesunder Start ins Berufsleben

Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

Alter, Geschlecht und Schul-/Berufsausbildung

- Bei den Beschäftigten unter 30 Jahren treten häufiger AU-Fälle und AU-Tage im Zusammenhang mit Infektionen und Atemwegserkrankungen sowie bei den Männern auch im Kontext von Verletzungen und Vergiftungen auf als bei den Beschäftigten, die 30 Jahre und älter sind.
- Allein 40% aller AU-Fälle sowie rund jeder dritte AU-Tag gehen bei den beschäftigten Männern und Frauen unter 30 Jahren auf das Konto von Atemwegserkrankungen.
- Für alle Krankheitsarten liegt die Falldauer in der Gruppe der unter 30-jährigen Beschäftigten jeweils deutlich unter den Werten der Berufstätigen ab dem 30. Lebensjahr.
- Bereits bei den Beschäftigten unter 30 Jahren treten in Abhängigkeit vom höchsten Schul- bzw. Berufsabschluss deutliche Unterschiede bei den AU-Kennzahlen zutage: Je höher qualifiziert die Beschäftigten sind, desto niedriger sind die zugehörigen krankheitsbedingten Fehlzeiten.

Regionale Unterschiede

- Im Regionalvergleich zeigt sich, unabhängig vom Alter der Beschäftigten, dass in den Ostbundesländern durchweg überdurchschnittlich viele AU-Fälle und AU-Tage auftreten, während diese Werte bspw. in Hamburg, Baden-Württemberg und Bayern jeweils unterdurchschnittlich ausgeprägt sind.
- Die regional unterschiedlichen sozioökonomischen und infrastrukturellen Bedingungen wirken sich also schon frühzeitig im Leben auf die Gesundheit der Beschäftigten im Kontext des AU-Geschehens aus.

Wirtschaftsgruppen

- Im Vergleich der AU-Kennzahlen nach Wirtschaftsgruppen zeigt sich bereits bei den unter 30-jährigen das gleiche Muster, welches sowohl bei den über 30-jährigen als auch bei den Beschäftigten insgesamt zu beobachten ist, und das sich wie folgt darstellt:
- Überdurchschnittliche Fehlzeiten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen sind bspw. in beiden Altersgruppen in den Branchen Verkehr und Lagerei sowie in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung zu finden.
- Ein ähnliches Bild zeigt sich bezogen auf AU-Zeiten im Zusammenhang mit psychischen Störungen altersunabhängig im Gesundheits- und Sozialwesen.
- Für beide Altersgruppen unterdurchschnittliche AU-Fälle und AU-Tage zeigen sich dagegen bspw. im Bereich Information und Kommunikation.

Berufsgruppen

- Das Muster, welches schon bei den Wirtschaftsgruppen sichtbar wurde, wiederholt sich bei den Berufsgruppen: Bereits in der Gruppe der Beschäftigten unter 30 Jahren bildet sich ein Muster der AU-Kennzahlen heraus, welches auch bei den über 30-jährigen Beschäftigten zutage tritt.
- Beschäftigte in Fertigungsberufen, Sicherheitsberufen, Verkehrs- und Logistikberufen sowie Reinigungsberufen weisen in beiden Altersgruppen jeweils überdurchschnittliche AU-Zeiten auf.
- Unterdurchschnittliche krankheitsbedingte Fehlzeiten sind hingegen in beiden Altersgruppen bspw. in Berufen der Unternehmensführung und -organisation, in den unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen sowie in den IT- und naturwissenschaftlichen Berufen zu finden.

Weitere arbeitsweltliche Merkmale

- Sowohl für die unter 30-jährigen als auch für die Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr gilt, dass mit zunehmendem Anforderungsniveau der Tätigkeit die AU-Zeiten sukzessive abnehmen.
- In gleicher Weise gilt dies auch für Beschäftigte mit einer Aufsichts- bzw. Führungsposition, die unabhängig vom Alter und Geschlecht durchweg niedrigere krankheitsbedingte Fehlzeiten als Beschäftigte ohne eine solche berufliche Position aufweisen.
- Unbefristet in Teilzeit beschäftigte Frauen weisen in beiden Altersgruppen jeweils deutlich mehr AU-Tage – aufgrund von Doppelbelastung

durch Beruf und Familie – als Frauen in anderen Vertragsformen auf.

- Beschäftigte unter 30 Jahren, die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, weisen mehr AU-Fälle und -Tage als solche mit einer regulären Anstellung auf. Dieses Muster setzt sich bei den Berufstätigen ab 30 Jahren in gleicher Weise fort.

Ambulante Versorgung

Alter, Geschlecht und Schul-/Berufsausbildung

- Bei den Beschäftigten sind Frauen in allen Altersgruppen in größeren Anteilen in ambulanter Behandlung als Männer.
- Dieser geschlechtsspezifische Unterschied ist bei den unter 30-Jährigen größer als bei denjenigen, die 30 Jahre oder älter sind.
- Im aktuellen Berichtsjahr sind bei den unter 30-Jährigen Atemwegserkrankungen häufigster Grund für das Aufsuchen der ambulanten Versorgung. Von diesen waren mehr als 60% deshalb mindestens einmal in Behandlung.
- Geschlechtsspezifisch betrachtet sind bei Frauen dieser Altersgruppe nur Inanspruchnahme-Faktoren (80%) noch häufiger als Atemwegserkrankungen (66%) diagnostiziert worden, was insbesondere mit der Verschreibung von Kontrazeptiva zusammenhängt. Von diesen ist außerdem mehr als jede Zweite wegen Urogenitalkrankheiten in Behandlung gewesen.
- Bei den Älteren verlieren die beschriebenen Diagnosen nicht an Bedeutung. Es kommen aber noch weitere Erkrankungsarten hinzu, insbesondere Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Herz-Kreislauf- sowie die Muskel-Skelett-Erkrankungen.
- Beschäftigte ohne Schulabschluss sind deutlich seltener in ambulanter Behandlung als solche mit einem qualifizierten Abschluss. Besonders bei den unter 30-Jährigen sind die Differenzen zwischen denen ohne zu denen mit Abschluss sehr groß.

Regionale Unterschiede

- In den beiden Stadtstaaten Hamburg und Berlin sind sowohl bei den unter 30-Jährigen als auch bei den älteren Beschäftigten ab 30 Jahren die geringsten Anteilswerte für ambulante Behandlungen zu finden.
- Ebenfalls zeigt sich bei den Beschäftigten in beiden Altersgruppen ein West-Ost-Gefälle: Mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern sind

alle Anteilswerte der Ost-Bundesländer in beiden Altersgruppen unterdurchschnittlich.

Wirtschaftsgruppen

- Das Gesundheits- und Sozialwesen weist den größten Anteil der Beschäftigten auf, die mindestens einmal in ambulanter Behandlung gewesen sind, gefolgt von der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung bzw. Sozialversicherung (94,6%) sowie den Finanz- und Versicherungsdienstleistungen. Diese Wirtschaftsgruppen sind in beiden Altersgruppen auf den Spitzenplätzen.
- Die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen stechen dabei besonders in der jüngeren Altersgruppe (< 30 Jahre) mit den höchsten Anteilswerten für Muskel-Skelett-, Atmungssystem- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen hervor.
- Bei den älteren Beschäftigten ab 30 Jahren fallen besonders diejenigen in Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung mit den höchsten Anteilen auf, die wegen Muskel-Skelett- bzw. Herz-Kreislauf-Erkrankungen ambulant behandelt werden.
- Wesentlich zeigt sich für die Wirtschaftsgruppen, dass die Muster sich bei den Altersgruppen sehr ähneln: Dort wo große/geringe Anteile der älteren Beschäftigten in ambulanter Behandlung sind, sind es meist auch schon die jüngeren.

Berufsgruppen

- Berufsgruppen mit überdurchschnittlich hohen Anteilen Beschäftigter mit Diagnose bei den ab 30-Jährigen weisen in der Regel bereits bei den unter 30-Jährigen überdurchschnittliche Werte auf. Entsprechend sind unterdurchschnittliche Anteilswerte bei gleichen Berufsgruppen auch jeweils in beiden Altersgruppen zu finden.
- Spitzenreiter in beiden Altersgruppen sind die (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufe. Beschäftigte, die diese Berufe ausüben, weisen insbesondere bei den unter 30-Jährigen die höchsten Anteilswerte bei vielen Erkrankungsarten auf, u. a. Krankheiten des Muskel-Skelett-, des Atmungs- und des Kreislaufsystems sowie psychische Störungen.
- Reinigungskräfte sind bei den unter 30-Jährigen von allen Berufsgruppen am seltensten in ambulanter Behandlung. Bei den Älteren weisen diese ebenso einen unterdurchschnittlichen Anteilswert insgesamt auf, allerdings sind sie bei einzelnen Erkrankungsarten deutlich häufiger als andere in Behandlung, bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen sind sie sogar Spitzenreiter.

Weitere arbeitsweltliche Merkmale

- Beschäftigte, die Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten ausführen, sind im Vergleich zu den anderen Beschäftigtengruppen deutlich seltener in ambulanter Behandlung. Dies gilt für beide Geschlechter und Altersgruppen.
- Bei den unter 30-Jährigen sind diejenigen in Teilzeit in geringeren Anteilen in Behandlung als die Vollzeit-Beschäftigten. Bei den älteren ab 30 Jahre sind es hingegen diejenigen in befristeter Anstellung, die geringere Anteilswerte aufweisen als diejenigen mit einem unbefristeten Vertrag.
- Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung sind im Vergleich zu den regulär Angestellten in beiden Altersgruppen deutlich seltener in ambulanter Behandlung. Das gilt auch durchweg für einzelne Erkrankungsarten.

Stationäre Versorgung

Alter, Geschlecht und Schul-/Berufsausbildung

- Bis etwa zur Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen weisen die weiblichen Beschäftigten deutlich mehr stationäre Behandlungsfälle und -tage auf als die männlichen Beschäftigten.
- Jenseits des 50. Lebensjahrs kehrt sich das Geschlechterverhältnis um. Außerdem steigt für beide Geschlechter die Anzahl der Fälle und Tage in stationärer Behandlung deutlich an.
- Die Gruppe der Beschäftigten bis 30 Jahre ist auch bei feinerer Differenzierung nach Alter und Geschlecht relativ homogen. Innerhalb der Gruppe der Beschäftigten ab 30 Jahre sind hingegen heterogenere Kennwertentwicklungen zu berücksichtigen.
- Bei den Beschäftigten jünger als 30 Jahre spielen psychische Störungen eine herausragende Rolle im Rahmen der stationären Versorgung: Für Männer, genauso wie für Frauen, geht rund jeder zweite stationäre Behandlungstag auf diese Erkrankungsart zurück.
- Damit sind die psychischen Störungen bei den unter 30-jährigen Frauen häufigster Grund für stationäre Behandlungsfälle. Bei den Männern dieser Altersgruppe sind diese für die zweitmeisten Fälle verantwortlich nach den Verletzungen und Vergiftungen.
- Bei den Beschäftigten ab 30 Jahren ist ein wesentlich breiteres Spektrum an Erkrankungen für die stationäre Versorgung relevant. Insbesondere aufgrund von Herz-Kreislauf- und Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie Neubildungen sind die

Fallzahlen bei beiden Geschlechtern um ein Vielfaches höher als bei den jüngeren Beschäftigten.

- Sowohl für die Beschäftigten jünger als 30 Jahre als auch für die ab 30-Jährigen zeigt sich wesentlich folgendes Muster: Je höher der erreichte Schul- bzw. Berufsabschluss, desto geringer ist die durchschnittliche Anzahl an Behandlungsfällen und -tagen.
- Die Kennwertdifferenz zwischen den Schulabschlüssen ist für die männlichen Beschäftigten ab 30 Jahren größer als bei den Jüngeren, bei den weiblichen Beschäftigten verhält es sich umgekehrt.

Regionale Unterschiede

- Bremen weist in beiden Altersgruppen die meisten Behandlungstage auf. Grund dafür sind allerdings die besonderen lokalen Versorgungsstrukturen, bei denen insbesondere bei Krebsbehandlungen deutlich mehr Behandlungstage erfolgen. Eine Erkrankungshäufung liegt hier aber nicht vor.
- Im Vergleich der Bundesländer zeigt sich ein Ost-West-Gefälle: In den ostdeutschen Bundesländern sind die Kennwerte höher als in den westdeutschen. Dies gilt sowohl für die Beschäftigten jünger als 30 Jahre, als auch für die Älteren.
- Bei den unter 30-Jährigen weisen Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Sachsen-Anhalt die höchsten Fallzahlen auf. Die meisten Behandlungstage in dieser Altersgruppe sind – nach Bremen – in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Brandenburg erfolgt.

Wirtschaftsgruppen

- Bei den unter 30-Jährigen sind es insbesondere diejenigen Wirtschaftsgruppen mit einem hohen Frauenanteil, welche die meisten Behandlungsfälle und -tage aufweisen.
- Die höchsten Kennwerte bei den unter 30-Jährigen weisen die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen auf. Dabei gehen bei dieser Wirtschaftsgruppe so viele Behandlungstage wie bei keiner anderen auf psychische Störungen, Krankheiten des Muskel-Skelett- sowie des Verdauungssystems zurück.
- Mit nur wenig höheren Kennwerten sind es auch die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen, die in der Altersgruppe ab 30 Jahren deutlich überdurchschnittlich viele Behandlungstage aufweisen. Die meisten Behandlungsfälle in dieser Altersgruppe sind hingegen bei den Beschäftigten der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfall-

entsorgung erfolgt, die meisten Tage bei denen in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung.

Berufsgruppen

- Auch bei den Berufsgruppen sind in der Gruppe der unter 30-Jährigen vor allem solche mit einem hohen Frauenanteil (insbesondere die [nicht-]medizinischen Gesundheitsberufe) überdurchschnittlich häufig und lange in Behandlung. Dabei ist der Anteil der Behandlungstage, die auf psychische Störungen zurückgehen, überdurchschnittlich.
- Bei den älteren Beschäftigten ab 30 Jahre dominieren wiederum Berufe mit hohem Anteil körperlicher Arbeit. Die meisten Behandlungstage sind für Beschäftigte in den Sicherheitsberufen, den Verkehrs- und Logistikberufen sowie den Reinigungsberufen erfolgt. Bei diesen gehen davon überdurchschnittlich viele auf Muskel-Skelett- sowie Verdauungssystem-Erkrankungen zurück.

Weitere arbeitsweltliche Merkmale

- In beiden Altersgruppen nimmt mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit die durchschnittliche Zahl der Behandlungstage und-tage in stationärer Versorgung bei den Beschäftigten ab.
- Besonders stark fällt diese Differenz bei den Frauen jünger als 30 Jahre aus: Weibliche Beschäftigte in Helfer-/Anlernertätigkeiten weisen annähernd doppelt so viele Behandlungsfälle und-tage gegenüber denen mit hoch komplexen Tätigkeiten auf.
- Beschäftigte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung sind in beiden Altersgruppen seltener und kürzer in stationärer Behandlung als Beschäftigte ohne eine solche Funktion.
- Bei den Beschäftigten jünger als 30 Jahre zeigen sich insbesondere bei unbefristeten Verträgen Differenzen, je nachdem, ob die Person in Voll- oder Teilzeit arbeitet: Die Kennwerte bei den in Teilzeit Tätigen sind höher, von diesen stechen wiederum insbesondere die Frauen in Teilzeit und jünger als 30 Jahre mit Spitzenwerten heraus.
- Im Vergleich der Beschäftigten mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung zeigt sich das Muster, dass insbesondere Frauen in Leih- und Zeitarbeit älter als 30 Jahre zwar häufiger, dafür aber weniger Tage in stationärer Behandlung waren.

Arzneimittelverordnungen

Alter, Geschlecht und Schul-/Berufsausbildung

- Während deutlich mehr junge beschäftigte Frauen als Männer mindestens einmal im Jahr ein Arzneimittel verordnet bekommen, egalisiert sich dieser Unterschied mit zunehmendem Alter.
- Bis zur Gruppe der 40- bis 44-Jährigen erhalten weibliche Beschäftigte mehr Tagesdosen als ihre männlichen Kollegen verordnet, ab dem 45. Lebensjahr sind es die Männer, die zunehmend mehr Tagesdosen erhalten.
- Die Geschlechts- und Altersgruppenunterschiede werden maßgeblich durch die Verordnung von Verhütungsmitteln bei jüngeren Frauen bzw. von Herz-Kreislauf-Mitteln bei älteren Männern verursacht.
- Sowohl in der Gruppe der unter 30-Jährigen als auch in der ab dem 30. Lebensjahr erhalten beschäftigte Frauen deutlich häufiger als Männer mindestens einmal pro Jahr hormonelle Wirkstoffe, Antiinfektiva sowie Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem verordnet.
- Bis auf die Gruppe der Antiinfektiva zeigt sich dieser Geschlechtsunterschied für die genannten Wirkstoffgruppen auch bei den zugehörigen Tagesdosen.
- Bei den 30-jährigen und älteren Beschäftigten sind bei den Männern nicht nur die verordneten Tagesdosen der Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System fast doppelt so hoch wie bei den Frauen (223 vs. 120 DDD je Beschäftigter), die Mehrheit (54,6%) aller Tagesdosen geht allein auf diese Wirkstoffgruppe zurück.
- Unabhängig von Alter und Geschlecht gilt: Je höher der Schul- bzw. Berufsabschluss, soweit vorhanden, desto geringer sind die Verordnungsanteile und -mengen.
- Bei den 30-jährigen und älteren beschäftigten Männern und Frauen tritt dieser Unterschied wesentlich deutlicher hervor, als dies bei den unter 30-jährigen der Fall ist. Die bildungsspezifischen Unterschiede treten somit mit zunehmendem Alter noch deutlicher zutage.

Regionale Unterschiede

- Sowohl bei den unter 30-Jährigen als auch bei denen, die 30 Jahre und älter sind, zeigt sich im Bundesländervergleich das bereits bekannte Muster, dass vor allem in den Ostbundesländern überdurchschnittlich viele Arzneimittel verordnet werden.

- Umgekehrt liegen beispielsweise in Hamburg, Berlin und Baden-Württemberg die Verordnungskennzahlen in beiden Altersgruppen deutlich unter dem jeweiligen Gesamtdurchschnitt.

Wirtschaftsgruppen

- In der Gesamtbetrachtung der Wirtschaftsgruppen spielen bei den unter 30-jährigen vor allem geschlechtsspezifische Verordnungen eine wesentliche Rolle: Branchen mit einem hohen Frauenanteil (bspw. Gesundheits- und Sozialwesen) weisen hier deutlich höhere Arzneimittelverordnungszahlen auf als zum Beispiel das Baugewerbe mit einem hohen Männeranteil.
- Bei den 30-jährigen und älteren zeigt sich hingegen das Muster, welches bereits in der allgemeinen altersunabhängigen Betrachtung sichtbar wurde, mit den höchsten Verordnungswerten für Verkehr und Lagerei sowie Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung.
- Für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System sowie diejenigen für das Nervensystem zeigen sich bereits in der Gruppe der unter 30-jährigen tendenziell höhere Werte für Wirtschaftsgruppen, die bei den 30-jährigen und älteren noch deutlicher als diejenigen mit den meisten Tagesdosen zutage treten.

Berufsgruppen

- Berufsgruppen mit einem hohen Frauenanteil (bspw. medizinische und nicht-medizinische Berufe) verzeichnen in der Gruppe der unter 30-jährigen vor allem aufgrund von Verordnungen von Verhütungsmitteln Kennwerte über dem Durchschnitt.
- Das Muster in der Gruppe der 30-jährigen und älteren Beschäftigten ähnelt hingegen stark dem

der altersunabhängigen Betrachtung, mit den höchsten Werten für Beschäftigte in den Verkehrs- und Logistikberufen, den Sicherheitsberufen und den Reinigungsberufen.

- Gleichzeitig sind es vor allem diese drei genannten Berufsgruppen, bei denen bereits in jungen Jahren tendenziell und bei den 30-jährigen und Älteren deutlich überdurchschnittliche Verordnungsmengen für Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System erkennbar werden. Hier lässt sich also schon frühzeitig ein berufsspezifischer Bedarf an Verhaltens- und Verhältnisprävention ableiten.

Weitere arbeitsweltliche Merkmale

- Unabhängig vom Alter und Geschlecht gilt, dass mit zunehmendem Anforderungsniveau (ausgenommen Helfer- und Anlernertätigkeiten) die verordneten Anteile und Tagesdosen von Arzneimitteln sukzessive abnehmen.
- In der Gruppe der 30-jährigen und älteren Beschäftigten ist dieser Unterschied bei den männlichen Beschäftigten vor allem bei den Tagesdosen noch größer ausgeprägt.
- Das gleiche Muster zeigt sich auch für die Beschäftigung in einer Aufsichts- bzw. Führungsposition. Beschäftigte in einer solchen Rolle weisen durchweg weniger Arzneimittelverordnungen auf, als jene ohne eine solche berufliche Position.
- Beschäftigte, die in Leih- bzw. Zeitarbeit angestellt sind, weisen unabhängig vom Alter oder Geschlecht niedrigere Kennwerte der verordneten Arzneimittel als solche mit einer regulären Anstellung auf.

Gesundheit von Berufseinsteigenden

Kristina Schubin und Holger Pfaff

Der Berufseinstieg ist eine bedeutende und ereignisreiche Lebensphase für junge Menschen, die mit vielen neuen Erfahrungen und Herausforderungen verbunden ist. Unternehmen stehen ihrerseits vor der Herausforderung, die jungen Menschen als Beschäftigte für sich zu gewinnen, zu binden und ihre Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Dafür ist Wissen über die mit dem Berufseinstieg verbundenen Belastungen und über Ansatzpunkte für Prävention und Gesundheitsförderung notwendig. In diesem Kapitel beschreiben wir daher zunächst den Berufseinstieg als besondere Übergangsphase und die gesundheitlichen Belastungen, die damit verbunden sein können. Anschließend gehen wir auf die Begriffe der Sozialisation und Unternehmenskultur ein und argumentieren, dass Unternehmen Berufseinsteigende wesentlich über Sozialisation und Kultur prägen und dies für die Prävention genutzt werden kann. Zuletzt zeigen wir anhand von Scheins Ebenen der Organisationskultur und ausgewählten Sozialisationspraktiken kurz-, mittel- und langfristige Ansatzpunkte auf, die Unternehmen nutzen können, um die Bindung von Berufseinsteigenden zu stärken, die Unternehmenskultur gesundheitsförderlich zu gestalten und den Berufseinsteigenden ein Mindestmaß an Präventionsorientierung auf den Berufsweg mitzugeben.

Berufseinstieg: Belastungsfaktoren und gesundheitliche Auswirkungen

Die Aufnahme eines Studiums oder einer Ausbildung sowie der anschließende Berufseinstieg sind **besondere Übergangsphasen** im Leben junger Menschen, deren Gelingen das weitere Berufs- und Privatleben sowie die gesellschaftliche Teilhabe entscheidend prägt [1–3]. Zum einen gehen die jungen Menschen in dieser Lebensphase durch ein „Labyrinth der Ausbildungs- bzw. Arbeitssuche“ [1: 11], zum anderen erleben sie oft einen ‚Praxischock‘ beim Eintritt in ein Unternehmen [4, 5]. Chronologisch lassen sich ihre Belastungen daher in die Phase der Ausbildung, der Arbeitssuche und des Berufseinstiegs (bzw. des Eintritts in ein Unternehmen) unterscheiden. Im Vergleich zu den 1960er- bis 1980er-Jahren sind die

Ausbildungsphasen heute länger und der Übergang in das Arbeitsleben ist heterogener, fragmentierter und erfolgt deutlich später [2, 6]. Zudem sind Berufseinsteigende heute mit dem Strukturwandel der Erwerbsarbeit („Abkehr vom Normalarbeitsverhältnis“), Zunahme prekärer Beschäftigung [7: 20, 8] und mit **Unsicherheit** über die Ausbildungs- bzw. Arbeitsperspektive konfrontiert [2, 7, 9, 10]. Der deutsche Arbeitsmarkt zeigt eine entsprechend hohe Rate an befristeten Beschäftigungen unter jungen Menschen [11]. Auch wenn nicht alle Berufseinsteigenden in gleichem Maße von Arbeitsplatzunsicherheit betroffen sind, bedeutet diese Unsicherheit Stress und hat gesundheitliche Folgen: Analysen der Daten des sozio-ökonomischen Panels (SOEP) zeigen, dass sich die psychische Gesundheit, die Arbeits- und Lebenszufriedenheit sowie das Arbeitsengagement von Berufseinsteigenden verschlechtern, wenn die Arbeitsplatzunsicherheit zunimmt [12, 13].

Ist die erste Hürde, eine Arbeitsstelle zu finden, erst einmal überwunden, tritt der oder die Berufseinsteigende als neues Mitglied in eine Organisation ein. Hier lernt die Person innerhalb des ersten Jahres in einem **Anpassungsprozess**, wie sie ihre Aufgaben zu erfüllen hat, und sie entwickelt eine positive (oder negative) Einstellung gegenüber der Organisation, dem Arbeitsumfeld und den Anforderungen [14]. Für Berufseinsteigende geht dieser Prozess mit einer hohen **Lern- und Arbeitsbelastung** bei gleichzeitig wenig vorhandener Erfahrung einher. Belastung ist zunächst ein neutraler Begriff, kann jedoch abhängig von Höhe, Dauer und Qualität zu einer Beanspruchung (Distress) der Person führen [15]. Die meisten beruflichen Belastungen, auf die Beschäftigte treffen, sind andauernd und lassen sich in physische, aufgabenbezogene, rollenbezogene, soziale und zeitliche Belastungen einteilen [16]. Abgesehen von ersten orientierenden Erfahrungen bspw. aus Praktika oder Nebenjobs, treffen Berufseinsteigende in dieser Phase auf viele, für sie neue Anforderungen bzw. Stressoren des Arbeitslebens. Aus der Konfrontation mit den genannten Belastun-

gen kann physische oder psychische Beanspruchung resultieren [16]. Durch den Wandel zur Wissensgesellschaft sind die heutigen Belastungen junger Berufstätiger vermehrt psychischer Art: Ungünstige Arbeitsbedingungen wie hohe Anforderungen, geringe Handlungsspielräume, Ungleichgewicht von Arbeitsaufwand und Belohnung und geringe Unterstützung stehen im Zusammenhang mit schlechter psychischer Gesundheit junger Beschäftigter [17]. Auf lange Sicht können Arbeitsbelastungen zudem die physische Gesundheit beeinträchtigen [18]. Im Vergleich zu ausgebildeten Berufstätigen haben Auszubildende **wenig Erfahrung** im Umgang mit Stress und ihren eigenen Belastungsgrenzen [19]. Auch wenn sich Anforderungen und Belastungen nach Ausbildungsinhalten und Arbeitstätigkeiten unterscheiden [20], haben jüngere Beschäftigte verglichen mit älteren eine höhere Wahrscheinlichkeit hohe Anforderungen bei gleichzeitig niedrigem Handlungsspielraum zu erleben („Job strain“) [17].

Laut BKK Gesundheitsreport gingen die meisten Ausfalltage im Jahr 2021 bei 30–39-Jährigen auf psychische Erkrankungen zurück [21]. Auch die psychische Belastung von Studierenden – als relevante Gruppe unter den späten Berufseinsteigenden – sei zu nennen: Im Vergleich zu vorpandemischen Zeiten hat die psychische Belastung der Studierenden (der Großteil jünger als 28 Jahre) deutlich zugenommen [22]. Wird der anschließende Berufseinstieg als misslingen erfahren, kann sich dies langfristig negativ auf die berufliche und persönliche Entwicklung bspw. auf die eigene Identität, Entscheidungsfähigkeit, Selbstwirksamkeit und Karrieremöglichkeiten auswirken [23]. Zudem können Arbeitsplatz- und Rollenunsicherheit übersteigerte Arbeitsanstrengung auslösen, die wiederum gesundheitliche Beanspruchung oder berufliche Gratifikationskrisen nach sich ziehen können, insbesondere wenn der persönliche Aufwand nicht der erwarteten Gegenleistung entspricht [24, 25]. Letztlich können die genannten Belastungen zu gesundheitlichen Beanspruchungen und somit zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von Berufseinsteigenden führen, wenn positiv besetzte Ressourcen zum Ausgleich fehlen [26].

Arbeitgebende sind in der Lage, Verhältnisse im Unternehmen und Verhalten von Personen gesundheitsförderlich zu gestalten. Da frühe Erfahrungen und Sozialisationsprozesse eine bedeutende Rolle für späteres Verhalten im Berufsleben spielen, gehen wir im Folgenden näher auf den Sozialisationsbegriff ein. Im Anschluss argumentieren wir, dass Unternehmen Berufseinsteigende in der organisationalen Sozialisation durch ihre Unternehmenskultur prä-

gen können und darüber Einfluss auf deren kurz-, mittel- und langfristiges Arbeits- und Gesundheitsverhalten ausüben können.

Junge Generation und die Bedeutung von Sozialisation

„Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr.“

Würde man diesem Sprichwort folgen, begänne eine gesundheitsförderliche Prägung menschlichen Verhaltens idealerweise so früh wie möglich im Leben. Die empirische Forschung zeigt in der Tat, dass frühe Erfahrungen im Kindesalter einen maßgeblichen Einfluss auf die individuelle Entwicklung haben [27]. Beziehungs- und Interaktionserfahrungen mit Bezugspersonen legen in der **Sozialisation** das Fundament für Grundüberzeugungen, Werte, Fähigkeiten und Verhaltensweisen im Erwachsenenalter [28, 29].

„Sozialisation ist ein Prozess, durch den in wechselseitiger Interdependenz zwischen der biopsychischen Grundstruktur individueller Akteure und ihrer sozialen und physischen Umwelt relativ dauerhafte Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsdispositionen auf persönlicher ebenso wie auf kollektiver Ebene entstehen.“ [30: 25]

Sozialisation findet in vielfältigen Kontexten statt [31]. Kinder lernen gemäß der sozial-kognitiven Lerntheorie u. a. durch Beobachtung und Nachahmung von ihren Bezugspersonen Verhaltensweisen, die sich gesundheitsförderlich oder -schädlich auswirken können [32, 33]. Insbesondere Eltern dienen dafür als **Vorbilder**: „Eltern nehmen Einfluss auf ihre Kinder, indem sie einerseits ihre Kooperationsbereitschaft, Lernmotivation und Fähigkeit zur Selbststeuerung fördern, andererseits ihr Wissens- und Handlungsrepertoire durch Instruktion, Anregung und Vorbild erweitern und schließlich Lernumwelten auswählen und gestalten.“ [29: 10–11] Normen und Werte der Arbeitswelt können bereits im Kindesalter (in-)direkt über berufstätige Bezugspersonen verinnerlicht werden [28]. Neben der Familie vermitteln weitere formelle und informelle Bildungsorte kulturelle, instrumentelle, soziale und personale Kompetenzen, die für das spätere Berufsleben von Bedeutung sind [34]. Arbeitgebende haben erste intensivere Kontakte mit ihren zukünftigen Beschäftigten vergleichsweise spät im Jugend- bzw. jungen Erwachsenenalter bspw. durch Praktika, geringfügige Beschäftigungen oder berufsorientierende Angebote [1, 35].

Zum Einfluss von Unternehmen lassen sich nun zwei Standpunkte einnehmen: Der erste Standpunkt beinhaltet, dass der relativ späte Einfluss von Unternehmen auf menschliches Verhalten angesichts der Bedeutsamkeit kindlicher Sozialisierungserfahrungen gering ist. Der zweite Standpunkt geht davon aus, dass Unternehmen sehr wohl über die **organisationsale Sozialisation** Einfluss auf das Verhalten von Berufseinsteigenden nehmen können, und zwar auch dann, wenn die primäre Sozialisation gesundheitsförderlichem Verhalten abträglich war und ungesunde Verhaltensweisen habitualisiert wurden. Diese Form der Sozialisation bezeichnet man auch als tertiäre oder berufliche Sozialisation [28]. Wissenschaftliche Literatur zur organisationalen Sozialisation sowie zum Einfluss der Arbeitsbedingungen auf die Person spricht für den zweiten Standpunkt: Trotz der Beständigkeit internalisierter Werte und Verhaltensweisen aus der primären Sozialisation und der potenziellen Inkongruenz zu späteren Sozialisierungsformen [36] erweist sich organisationale Sozialisation als Quelle eindrucksvoller Erfahrungen, durch die eine Veränderung des Individuums angeregt und die soziale Identität geprägt wird [37]. Zudem zeigen Analysen einer längsschnittlichen Geburtenkohorte (Dunedin-Studie) Zusammenhänge zwischen zufriedenstellenden autonomen Arbeitstätigkeiten UND weniger kontraproduktivem Arbeitsverhalten [38], Wechselwirkungen zwischen Arbeitserfahrungen und Persönlichkeitsentwicklung [39] sowie Zusammenhänge zwischen hohen Anforderungen und negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit junger Menschen (und zwar auch dann, wenn für bestimmte biografische Faktoren kontrolliert wurde) [40]. Dies verdeutlicht den Einfluss von Arbeitsbedingungen auf das Arbeitsverhalten, die Gesundheit und die Entwicklung junger Menschen. Unternehmen haben im Rahmen der organisationalen Sozialisation die Möglichkeit, die Erfüllung von Erwartungen und Werten mit den Berufseinsteigenden auszuhandeln, ihren Anpassungsprozess in der Organisation zu erleichtern und Gesundheitsverhalten und Arbeitsfähigkeit über entsprechende Werte und Normen, die vermittelt und verinnerlicht werden, zu stärken.

An dieser Stelle lohnt sich ein kurzer Blick auf die bekundeten Werte junger Menschen: Angesichts des Strukturwandels der Arbeitswelt und der Herausforderung des Berufseinstiegs überrascht es nicht, dass junge Menschen eine pragmatische Haltung zu Bildung und Beruf einnehmen. Die Shell-Jugendstudie zeigt, dass Jugendliche einen sicheren Arbeitsplatz und einen sicheren Übergang in den Beruf (vgl.

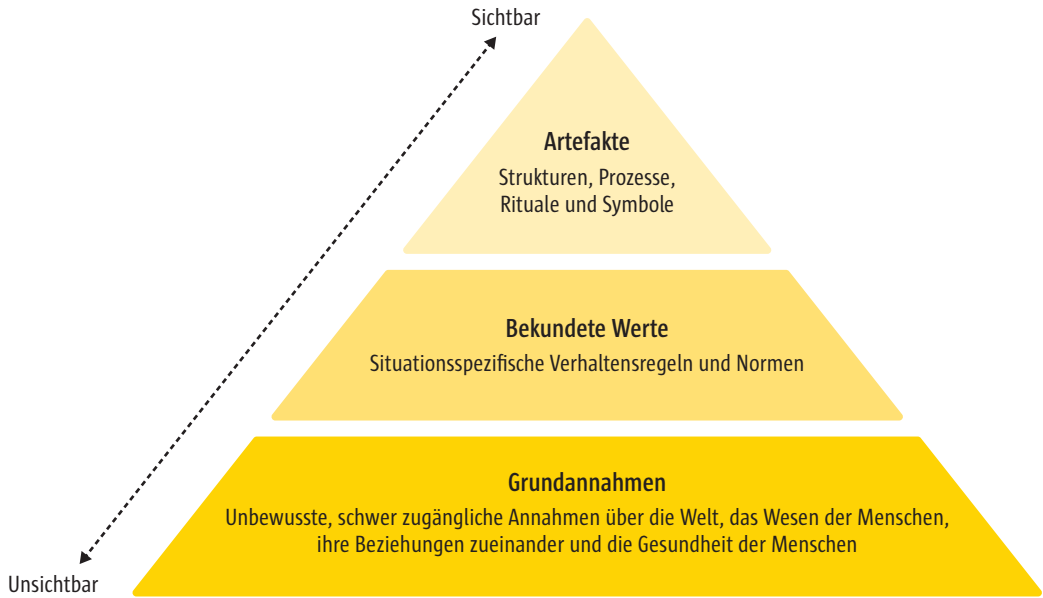
zusätzlich [41]), genügend Freizeit neben der Arbeit, Vereinbarkeit mit Familie und Privatleben und hohes Einkommen priorisieren [42]. Gleichzeitig zeigen sie eine hohe Bereitschaft, sich an Leistungsnormen zu orientieren, legen hohen Wert auf stabile persönliche Beziehungen und vertreten zunehmend Werte bewusster Lebensführung wie Umwelt-, Klima- und Gesundheitswerte [42]. Die Erfüllung der Erwartungen von Berufseinsteigenden ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass ihre organisationale Sozialisation gelingt [14]. Werden die Erwartungen an die Arbeitswelt nicht erfüllt, hat dies negative Auswirkungen wie zum Beispiel niedrige Arbeitszufriedenheit, misslingende Anpassung und Kündigungsabsicht [43, 44]. Letzteres führt schließlich zum (un-)freiwilligen Austritt der jungen Menschen aus der Organisation. Ein solcher Verlust von jungen Beschäftigten hat wiederum finanzielle Folgen für die Organisation und kann die organisationale Funktionsfähigkeit beeinträchtigen [23]. Der demographische Wandel macht es notwendig, dass Unternehmen attraktiv für Berufseinsteigende bleiben und deren Bindung an das Unternehmen stärken. Für Arbeitgebende ist es daher Herausforderung und Chance zugleich, den **Bedürfnissen der jüngeren Generationen** gerecht zu werden [45].

Wir gehen nun auf das Wesen der Organisationskultur ein und zeigen im Anschluss Punkte auf, an denen Unternehmen für die Entwicklung einer der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit förderlichen Kultur für Berufseinsteigende ansetzen können.

Prägung durch die Unternehmenskultur

Traditionell lassen sich Ansätze zum Verständnis der Organisationskultur in zwei Lager einteilen: ‚**korporatistische**‘ und ‚**interpretative**‘ Ansätze [46]. Korporatistische Ansätze betrachten Kultur als eine Eigenschaft – etwas, das eine Organisation *hat*. Aus dieser Perspektive wird Kultur als eine operative Variable gesehen, die Führungskräfte neben anderen Variablen wie Unternehmensstrategie und -struktur managen und beeinflussen können, um organisationale Ziele zu erreichen. Die Veränderung von Organisationskultur zielt hier darauf ab, das Wertesystem einer Organisation zwecks eines instrumentellen Nutzens umzugestalten. Im Gegensatz dazu betrachten interpretative Ansätze die Kultur aus einem ganzheitlicheren Verständnis heraus – als etwas, das eine Organisation ist. In diesem Sinne entsteht Kultur spontan aus alltäglichen sozialen Interaktionen und wird von allen Organisationsmitgliedern aktiv

Abbildung 1 Die drei Ebenen der Organisationskultur nach Schein (modifiziert nach [49])



gelebt und gestaltet, nicht nur von denjenigen, die an der Spitze der Organisation stehen. Führungskräfte sind laut dem interpretativen Ansatz zwar in der Lage, einige äußere Erscheinungsformen der Kultur zu verändern, die Grundüberzeugungen der Organisationsmitglieder sind jedoch nur begrenzt von oben beeinflussbar. Beide Perspektiven (korporatistisch und interpretativ) können zusammengeführt werden [47]. Einen Kompromiss in dieser Hinsicht stellt das bekannte Organisationskultur-Modell (Drei-Ebenen-Modell) des Organisationspsychologen Schein dar [48–50]. Es hat sich über die Jahre etabliert und bietet einen nützlichen Rahmen für die Ableitung praktischer Ansatzpunkte in Prävention und Gesundheitsförderung.

Schein definiert Kultur als „[e]in Muster gemeinsamer Grundprämissen, das die Gruppe bei der Bewältigung ihrer Probleme externer Anpassung und interner Integration erlernt hat und somit als bindend gilt; und das daher an neue Mitglieder als rational und emotional korrekter Ansatz für den Umgang mit diesen Problemen weitergegeben wird“ [50: 25].

Schein unterscheidet drei Ebenen der Organisationskultur mit aufsteigender Bedeutung (» s. Abb. 1). Beobachtbare Verhaltensmuster sind nach diesem

Ansatz explizit mit den tieferen Ebenen gemeinsamer Werte und der Grundannahmen verknüpft.

1. Die oberste, direkt beobachtbare Ebene besteht aus wahrnehmbaren, aber schwer zu entschlüsselnden **Artefakten**. Dies sind organisationale Strukturen und Prozesse, die ein Neuankommeling in der Organisation sieht, hört und fühlt. Beispiele sind der physische Arbeitsort, Rituale wie das gemeinsame Mittagessen und Symbole wie der Kleidungsstil.
2. Die mittlere Ebene besteht aus teils wahrnehmbaren und bekundeten **Werten**: Diese Werte äußern sich in ungeschriebenen, informellen Verhaltensregeln und Normen. Sie rechtfertigen bestimmte Verhaltensweisen und geben Orientierung für das tägliche Handeln. Werte sind oft nicht sichtbar, sie können jedoch durchaus auf der Artefakten-Ebene in Leitbildern und Strategien der Organisation sichtbar werden. Werte müssen allerdings nicht mit dem eigentlichen Verhalten und Artefakten übereinstimmen.
3. Die tiefste Ebene besteht aus unbewussten, als selbstverständlich geltenden und schwer zugänglichen **Grundannahmen**, welche die Wahrnehmung, Interpretation und das Verhalten der Organisationsmitglieder bestimmen. Dies beinhaltet z.B. Annahmen darüber, wie die Welt ist (berechenbar/unberechenbar; kontrollierbar/unkontrollierbar), was das Wesen der Menschen

ausmacht (faul/fleißig; ehrlich/unehrlich), was das Wesen der Beziehungen zwischen Menschen ausmacht (Vertrauen/Misstrauen) und ob die Gesundheit beeinflussbar ist (beeinflussbar/unbeeinflussbar). Die Essenz einer Kultur ist das Muster dieser gemeinsamen, als selbstverständlich erachteten Grundannahmen.

Folgende fiktive Beispiele verdeutlichen Grundannahmen der Führungsebene zweier Organisationen:

Organisation 1: „Der Arbeitgebende kann die Gesundheit der Mitarbeitenden nicht beeinflussen. Das können nur die Mitarbeitenden selbst tun. Wir können also sowieso nichts ausrichten.“

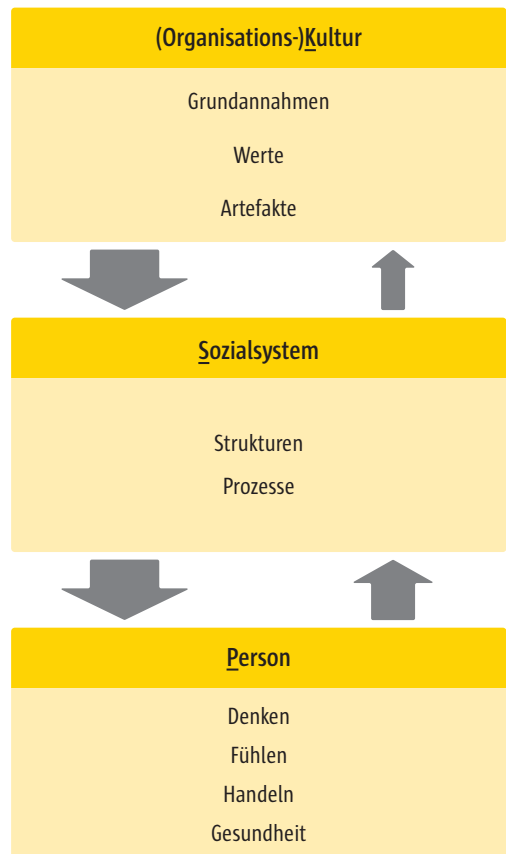
Organisation 2: „Der Arbeitgebende kann die Gesundheit der Mitarbeitenden genauso beeinflussen wie die Mitarbeitenden selbst. Wir können also etwas ausrichten.“

Beide Arten von Grundannahmen, die in diesen fiktiven Organisationen vorfindbar sind, haben unterschiedlichen Einfluss auf die Werte und Artefakte der jeweiligen Organisation. Da die Grundannahmen somit die Quelle von Werten und Verhaltensweisen sind, ist es das letztendliche Ziel einer kulturbasierten Präventionsstrategie, diese Grundannahmen langfristig und Schritt für Schritt in eine Richtung zu lenken, die der Prävention und Gesundheitsförderung dienlich sind.

Wir benötigen neben der Kultur zwei weitere konzeptionelle Ebenen, um Ansatzpunkte für Prävention und Gesundheitsförderung ableiten zu können. Dafür ziehen wir das KSP-Modell heran (III s. Abb. 2): Neben der (K) Kultur werden hier zusätzlich das (S) Sozialsystem (Organisation) und die (P) Person innerhalb der Organisation aufgegriffen [51]. Die Ebene der Kultur ist zwar schwer zugänglich, jedoch bieten die weiteren Ebenen – Sozialsystem und Person – leichtere Möglichkeiten der Einflussnahme. Wir verknüpfen hier ein korporatistisches und interpretatives Verständnis. Wir gehen davon aus, dass Kultur zwar auf emergentem Wege entsteht (interpretativer Ansatz), Normen und Verhaltenserwartungen jedoch umgestaltet werden können (korporatistischer Ansatz). Nach dem KSP-Modell prägt die Kultur die Person über die Sozialsysteme (Organisation) direkt und schnell, während der Wirkungsweg zurück von der Person zum Sozialsystem und von dort zur Kultur langsamer vonstatten geht. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine präventionsorientierte Ausrichtung der Normen und Verhaltenserwartungen auf der Ebene des Sozialsys-

tems (z.B. über Leitbilder) dazu beitragen kann, dass sich die Organisationskultur mittel- bis langfristig in die Richtung der neu vorherrschenden Normen und Werte verändert. Auf diese Weise kann eine mittel- und langfristige Änderung der Organisationskultur in Richtung Präventionskultur gelingen. Dies leitet zur Frage über, an welchen Stellen im Betrieb angesetzt werden kann, damit die präventionsorientierte Sozialisation gelingt und eine Präventionskultur entstehen kann. Im Folgenden wollen wir uns – orientierend an dem KSP-Modell – vor allem dem „K“, also der Organisationskultur, zuwenden.

Abbildung 2 Das K-S-P-Modell (Kultur-Sozialsystem-Person, modifiziert nach [51])



Ansatzpunkte für Prävention und Gesundheitsförderung

Organisationskultur wird laut Schein im Sozialisationsprozess von ‚alten‘ Organisationsmitgliedern an neue Mitglieder weitergegeben. Eine bestimmte Organisationskultur entwickelt sich und setzt sich dann durch, wenn die Organisationsmitglieder die Werte der Führungskräfte annehmen und ihnen die entsprechenden Veränderungen Erfolg bringen [49]. Trotz der prominenten Rolle, die Führungskräfte nach diesem Verständnis in der Kulturbildung einnehmen, muss der emergente Aspekt von Kultur berücksichtigt werden, nach dem alle Organisationsmitglieder Kultur aktiv leben und gestalten. Dies bedeutet, dass moderne, agile, dezentrale Unternehmen, die eine Strategie der Partizipation der Mitarbeitenden pflegen, ganz unterschiedliche Subkulturen innerhalb eines Gesamtkulturrahmens aufweisen können. Diese entstehen nach dem interpretativen Ansatz spontan und emergent. Die Schwierigkeit im Sozialisationsprozess besteht darin, dass die Unternehmenskultur für gewöhnlich nicht bewusst, sondern eher unbewusst erlernt wird. Diese Lernprozesse finden oft implizit und unsystematisch statt [47, 49]. Jedoch kann z.B. anhand von strukturierten BGM-, Einarbeitungs- oder Mentoringprogrammen (auf Ebene des Sozialsystems) die Präventionskultur indirekt, dafür aber systematisch erlernt und verinnerlicht werden.

Basierend auf dem Drei-Ebenen-Modell der Organisationskultur von Schein kann Prävention und Gesundheitsförderung kurz- und mittelfristig entweder an den Artefakten oder an den Werten ansetzen. In der Phase der organisationalen Sozialisation können Unternehmen auf der Artefakt-Ebene kurz- und mittelfristig **Belastungen** von Berufseinsteigenden reduzieren und ihre **Ressourcen** stärken, um ihre Bindung an das Unternehmen zu stärken. Das langfristige Ziel ist es, eine **Präventionskultur** in Unternehmen zu etablieren, die Berufseinsteigende explizit mitdenkt und die das Ziel hat, gesundheitsbezogene Werte früh in den ‚Köpfen‘ zu etablieren. Folgende Strategien sind konkret auf der Basis des Modells von Schein denkbar.

Maßnahmen auf der Ebene der Artefakte

Gehen wir vom KSP-Modell aus, reicht die Ebene der Artefakte in den Bereich des Sozialsystems ‚Organisation‘ hinein. Strukturen und Prozesse sind integraler Bestandteil der Organisation als Sozialsystem. In diesen oft sichtbaren Strukturen und Prozessen

spiegeln sich nicht nur technische Lösungen, sondern eben auch die Organisationskultur wider.

Sichtbare gesundheitsförderliche **Strukturen, Prozessen, Rituale und Symbole** können auf dieser Ebene für die Berufseinsteigenden geschaffen werden, indem z.B. zielgruppenspezifische Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf Verhaltens- und Verhältnisebene implementiert werden. Diese Maßnahmen sollten auf Basis von Bedarfsanalysen zielgruppenspezifisch an Berufseinsteigenden ausgerichtet werden, um für sie attraktive Angebote zur Stärkung ihrer Ressourcen zu schaffen [52]. Anreizbasierte und sanktionsorientierte Strategien sowie Nudging-Strategien können hier genutzt werden, um eine gesundheitsförderliche Handlungsselektion anzustoßen [53].

Zudem können – je nach Sozialisationsphase – unterschiedliche **Sozialisationspraktiken** genutzt werden, um den Anpassungsprozess von Berufseinsteigenden zu unterstützen [14, 54, 55].

1. **Eintrittsphase:** Vor dem ersten Arbeitstag kann der Neuankommling bereits von Vorgesetzten kontaktiert werden (antizipatorische Sozialisation). Direkt nach dem Eintritt können gezielte Orientierungs- und Mentoringprogramme [56, 57], Onboarding-Veranstaltungen sowie proaktive Ermutigung, die Kolleg:innen kennenzulernen, den Übergangsprozess unterstützen.
2. **Orientierungsphase** (erste 6 Monate) [54]:
 - **Soziale Ressourcen:** Die Teilnahme an sozialen Events im Unternehmen, die Unterstützung durch Sozialisationsakteur:innen (Organisationsmitglieder, insbesondere Vorgesetzte [58]) und die Ermöglichung eines Beziehungsaufbaus durch geeignete Formate können zur Bildung sozialer Ressourcen bei den Berufseinsteigenden beitragen. Die Einstiegender können außerdem ermutigt werden, aktiv nach Informationen zu suchen und sich an Kolleg:innen (als Vorbilder) zu orientieren. Durch Orientierung an Kolleg:innen (z.B. Beobachtung ihres Arbeitsverhaltens) können Neuankommlinge wichtige Informationen zu normativen Arbeits- und Gesundheitsstandards erfahren und erlernen [37].
 - **Arbeitsressourcen und -kompetenzen:** Notwendige Arbeitsmittel sollten den Berufseinsteigenden zu Beginn der Beschäftigung zur Verfügung gestellt werden. Arbeitsziele und die gegenseitigen Erwartungen zwischen Mitarbeitenden und Vorgesetzten können im Mitarbeitergespräch ausgehandelt werden. Zudem sollten die für die Tätigkeit erforderli-

chen fachlichen Schulungen frühzeitig stattfinden, herausfordernde Aufgaben zugeteilt und Informationen, Feedback und Anerkennung gegeben werden. Dies kann dem Prozess der organisationalen Sozialisation zugutekommen.

3. **Follow-Up-Phase:** Anhand des Feedbacks der Berufseinsteigenden wird regelmäßig geprüft, wie erfolgreich der Anpassungsprozess verlaufen ist. Zugleich wird evaluiert, wie hilfreich die Maßnahmen in der Orientierungsphase für die Berufseinsteigenden waren.

Maßnahmen auf der Ebene der Werte

Die Werte und ihre situationsspezifische Ausprägung in Form von formellen und informellen Normen und Verhaltensregeln des Unternehmens können erlernt und verinnerlicht, aber auch bis zu einem gewissen Grad gemeinsam ausgehandelt werden [59]. Dies setzt die **Bereitschaft zur gemeinsamen Aushandlung von Normen, Regeln und Werten** auf allen Seiten voraus, Berufseinsteigende eingeschlossen. Je nach Unternehmensgröße und Komplexitätsgrad der Strukturen, treten Berufseinsteigende womöglich in eine Organisation ein, wo ohnehin bereits Aushandlungsprozesse zwischen betrieblichen Akteur:innen stattgefunden haben oder Konflikte zwischen Subkulturen (z. B. zwischen verschiedenen Berufsgruppen oder Standorten des Unternehmens) auftreten. Es kann demnach eine Herausforderung sein, Berufseinsteigende (als eigen betrachtete Beschäftigtengruppe) zur aktiven Aushandlung von Normen, Regeln und Werten zu befähigen, da sie noch keine etablierten Erfahrungen in dieser Hinsicht besitzen. Ausgangspunkt eines solchen Aushandlungsprozesses kann eine Ist-Analyse der Bedürfnisse, Erwartungen und Werte der Berufseinsteigenden sein. Das Ergebnis der Ist-Analyse müsste dann mit der Organisationssituation kontrastiert und verglichen werden, um herauszufinden, ob eine Passung gegeben ist. Ist diese nicht gegeben, können Aushandlungsprozesse zur Förderung einer besseren Passung starten. Im Rahmen solcher Aushandlungsprozesse können typische Wertkonflikte, Normenkonflikte und unterschiedliche Vorstellungen über Work-Life-Balance, berufliche Entwicklungsmöglichkeiten und Partizipation Thema sein. Eine Aushandlung von Normen und Regeln kann erreicht werden, auch wenn in der Organisation (noch) keine Präventionskultur besteht. Eine potenzielle Spannung zwischen den neu ausgehandelten Normen, Werten und Regeln im Betrieb

und der ‚alten‘ Organisationskultur muss ausgehalten und akzeptiert werden. Bewähren sich die zwischen Berufseinsteigenden, Führungskräften und Kolleg:innen ausgehandelten Normen, Regeln und Werte über die Zeit hinweg, können diese langfristig in die Kultur der Organisation eingehen und sie mitprägen.

Maßnahmen auf der Ebene der Grundannahmen

Trotz der schweren Zugänglichkeit der Ebene der Grundannahmen ist es grundsätzlich möglich, unbewusste Grundannahmen, die in der Organisation vorherrschen, bis zu einem gewissen Grad aufzudecken und damit bewusst zu machen. Auf dieser Grundlage kann über die Sinnhaftigkeit und Richtigkeit dieser Grundannahmen gemeinsam nachgedacht werden. Zur Aufdeckung dieser unbewussten Grundannahmen können Instrumente der Organisationsdiagnostik und -analyse angewendet werden. Eine **Bewusstwerdung und Reflexion** der Grundannahmen und deren Auswirkungen auf die Arbeit und Gesundheit kann durch Tiefeninterviews und gruppenorientierte Methoden wie Fokusgruppen angestoßen werden [60, 61]. Es bedarf einer langfristigen und umfassenden Organisationsentwicklung unter enger Zusammenarbeit und **aktiver Veränderungsbereitschaft** aller beteiligten Akteur:innen, um eine allmähliche Veränderung der Grundannahmen herbeiführen zu können [52, 62]. Je nach Kulturtypus bestehen unterschiedliche Annahmen über das ‚richtige‘ Level an Partizipation durch Mitarbeitende und über die Verteilung von Macht im Unternehmen. Organisationen mit einem Fokus nach Innen (auf die Beschäftigten) sowie mit flexiblen Organisationsstrukturen fällt die Realisierung von Partizipation und einer Präventionskultur, die auf offener Kommunikation basiert, vermutlich leichter [63, 64]. Unabhängig vom zugrundeliegenden Kulturtyp müssen die Beteiligten aktiv und gleichzeitig geduldig sein, weil – aufgrund der Trägheitstendenz von Organisationen – gewünschte Änderungen oft erst nach Jahren eintreten. Man muss in langen Zeiträumen denken. Eine weitere Möglichkeit, langfristig eine Präventionskultur zu schaffen, ist es, ab einem bestimmten Zeitpunkt nur noch Bewerber:innen anzusprechen und einzustellen, die zur anvisierten zukünftigen Präventionskultur passen [65]. Insgesamt gilt, dass möglichst alle Mitarbeitenden, Berufseinsteigende eingeschlossen, in den Prozess der Aushandlung neuer präventiver Werte miteinbezogen werden sollten, damit eine gemeinsame Verständigung über die neuen Werte, Normen und Regeln möglich ist.

Fazit

Der Berufseinstieg markiert den Beginn einer neuen Lebensphase. Er kann durch einen fragmentierten Übergang, Arbeitsplatz- und Rollenunsicherheit sowie diverse Belastungen gekennzeichnet sein. Auch wenn in kindlichen Sozialisationserfahrungen der Grundstein für gesundheitsbezogene Überzeugungen, Grundannahmen und Verhaltensweisen gelegt wird, können auch Unternehmen die Berufseinstiegenden noch über die organisationale Sozialisation mit- und nachprägen. Für eine erfolgreiche organisationale Sozialisation, die den Prozess der Anpassung der Berufseinstiegenden unterstützt, müssen die Erwartungen und Werte der Berufseinstiegenden beachtet und – falls sie nicht zur bestehenden Organisationskultur passen – zwischen allen Beteiligten neu ausgehandelt werden. Trotz der erschwerten Zugänglichkeit der Organisationskultur können Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien kurz- und mittelfristig an gesundheitsbezogenen Artefakten und Werten und langfristig auch an den Grundannahmen der Organisation ansetzen, will man das Gesundheitsverhalten und die Gesundheit der Berufseinstiegenden über eine entsprechende Präventionskultur mittelfristig ausbilden und stärken. Aushandlungsprozesse kommen dann ins Spiel, wenn es darum geht, eine neue Präventionskultur zu schaffen oder sie im Detail zu ändern. Langfristig gilt es, die Grundannahmen der Organisation stetig zu reflektieren und in Richtung einer Präventionskultur zu entwickeln, die Berufseinstiegende explizit mitdenkt. Bei all dem dürfen die konkreten Belastungen und Ressourcen der Berufseinstiegenden nicht vergessen werden. Es sollte Ziel sein, die identifizierten Belastungen über berufseinstiegsbezogene Verhältnisprävention zu reduzieren, nicht vorhandene Ressourcen der Berufseinstiegenden aufzubauen und ihre bereits vorhandenen Ressourcen systematisch zu stärken. Auf diese Weise können Betriebe nicht nur für Berufsanfänger:innen auf Dauer gute Ausgangsbedingungen bieten, sondern auch sich selbst eine gute Ausgangsbasis für einen gelingenden, effektiven und gesundheitsförderlichen Generationenwechsel schaffen.

Literatur

1. Kramer J, Langhoff T. Die Arbeits- und Lebensbedingungen der jungen Generation. Düsseldorf; 2012.
2. Reißig B. Hurdles to a Job. In: Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI) (Ed.) Youth in Germany: Career prospects, political interests and

- leisure activities of the young generation. München, 2013. S. 27–29.
3. Buchmann MC, Kriesi I. Transition to Adulthood in Europe. *Annu. Rev. Sociol.* 2011; 37 (1):481–503.
4. Bauer TN, Erdogan B. Organizational Socialization Outcomes: Now and Into the Future. In: Wanberg CR (editor) *The Oxford handbook of organizational socialization*. New York: Oxford University Press, 2012. pp. 97–112.
5. Louis MR. Surprise and sense making: what newcomers experience in entering unfamiliar organizational settings. *Administrative Science Quarterly* 1980; 25 (2):226–251.
6. Dobischat R, Kühnlein G, Rosendahl A, Fischell M. Gestaltungsakteure im Übergang von der Schule in die Arbeitswelt: Zur Rolle von Gewerkschaften im regionalen Übergangmanagement. Düsseldorf, 2010.
7. Gille M. Jugend heute: im Zwiespalt. In: Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI) (Hrsg.) *Kinder und Jugendliche im Generationengefüge: Lebenslagen, Beziehungen, Übergänge*. München, 2012. S. 19–21.
8. Quintini G, Martin JP, Sébastien M. *The Changing Nature of the School-to-Work Transition Process in OECD Countries*. Bonn, 2007.
9. Reißig B. Nachwuchs ohne Chance? In: Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI) (Hrsg.) *Geschlossene Gesellschaft: Warum der Einstieg in die Ausbildung für viele Jugendliche schwierig ist*. München, 2015. S. 4–8.
10. Keim AC, Landis RS, Pierce CA, Earnest DR. Why do employees worry about their jobs? A meta-analytic review of predictors of job insecurity. *J Occup Health Psychol* 2014; 19 (3):269–290.
11. Gebel M, Giesecke J. Does Deregulation Help? The Impact of Employment Protection Reforms on Youths' Unemployment and Temporary Employment Risks in Europe. *Eur Sociol Rev* 2016; 32 (4):486–500.
12. Klug K. Der Berufseinstieg als Krise? Arbeitsplatzunsicherheit bei jungen Beschäftigten. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.) *Fehlzeiten-Report 2017: Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung*. Berlin, Heidelberg: Springer, 2017. S. 153–161.
13. Peiró JM, Sora B, Caballer A. Job insecurity in the younger Spanish workforce: Causes and consequences. *Journal of Vocational Behavior* 2012; 80 (2):444–453.
14. Bauer TN, Bodner T, Erdogan B, Truxillo DM, Tucker JS. Newcomer adjustment during organizational socialization: a meta-analytic review of antecedents, outcomes, and methods. *J Appl Psychol* 2007; 92 (3):707–721.
15. Semmer NK, Zapf D. Psychische Belastung und Beanspruchung: Die Bedeutung der Valenz und der sozialen Realität. *Anmerkungen zu Ferreira und Vogt (2021)*. *Z Arbeitswiss* 2022; 76 (3):375–384.
16. Ford MT, Matthews RA, Wooldridge JD, Mishra V, Kakar UM, Strahan SR. How do occupational stressor-strain effects vary with time? A review and meta-analysis of the relevance of time lags in longitudinal studies. *Work & Stress* 2014; 28 (1):9–30.
17. Law PCF, Too LS, Butterworth P, Witt K, Reavley N, Milner AJ. A systematic review on the effect of work-related stressors on mental health of young workers. *Int Arch Occup Environ Health* 2020; 93 (5):611–622.

18. Sonntag S, Tay L, Neshor Shoshan H. A review on health and well-being at work: More than stressors and strains. *Personnel Psychology* 2023; 76 (2):473–510.
19. Schulten D, Wußler K. Auszubildende im Stress? Was Unternehmen tun können. *Wirtschaftspsychologie aktuell* 2013; 20 (2):40–44.
20. Kälin W, Semmer NK, Elfering A, Tschan F, Dauwalder J-P, Heunert S, et al. Work characteristics and well-being of Swiss apprentices entering the labor market. *Swiss Journal of Psychology* 2000; 59 (4):272–290.
21. Rennert D, Kliner K, Richter M. Arbeitsunfähigkeit. In: Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) *BKK Gesundheitsreport 2022: Pflegefall Pflege?* Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2022. S. 95–166.
22. Techniker Krankenkasse. *Gesundheitsreport 2023: Wie geht's Deutschlands Studierenden?* Hamburg, 2023.
23. Klemme Larson RE, Bell AA. Newcomer Adjustment Among Recent College Graduates. *Human Resource Development Review* 2013; 12 (3):284–307.
24. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* 1996; 1 (1):27–41.
25. Clarke M, Lewchuk W, Wolff A de, King A. 'This just isn't sustainable': precarious employment, stress and workers' health. *Int J Law Psychiatry* 2007; 30 (4–5):311–326.
26. Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology* 2007; 22 (3):309–328.
27. Poulton R, Moffitt TE, Silva PA. The Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study: overview of the first 40 years, with an eye to the future. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50 (5):679–693.
28. Tippelt R, Schmidt-Hertha B. *Sozialisation und informelles Lernen: Im Erwachsenenalter. Bielefeld: wbv Publikation, 2020.*
29. Walper S. Vom Einfluss der Eltern. In: *Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI) (Hrsg.) Der andere Blick auf Bildung: Über die unterschätzten Potenziale außerschulischer Bildung.* München, 2012. S. 10–13.
30. Hurrelmann K, Grundmann M, Walper S. Zum Stand der Sozialisationsforschung. In: Hurrelmann K, Grundmann M, Walper S (Hrsg.) *Handbuch Sozialisationsforschung. 7. Auflage.* Weinheim: Beltz, 2008. S. 14–31.
31. Hurrelmann K, Bauer U, Grundmann M, Walper S (Hrsg.). *Handbuch Sozialisationsforschung. 8. Auflage.* Weinheim: Beltz, 2015.
32. Bandura A. *Social learning theory.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1977.
33. Miller R, Budel K, Albert Bandura. *Social Learning Theory (1977).* In: Lück HE, Miller R, Sewz G (Hrsg.) *Klassiker der Psychologie: Die bedeutenden Werke: Entstehung, Inhalt und Wirkung. 2. Auflage.* Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2018. S. 129–136.
34. Böllert K. Bildung braucht viele Orte. In: *Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI) (Hrsg.) Der andere Blick auf Bildung: Über die unterschätzten Potenziale außerschulischer Bildung.* München, 2012. S. 36–38.
35. Reißig B. Die Potenziale berufsvorbereitender Angebote. In: *Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI) (Hrsg.) Der andere Blick auf Bildung: Über die unterschätzten Potenziale außerschulischer Bildung.* München, 2012. S. 17–19.
36. Berger PL, Luckmann T. *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit: Eine Theorie der Wissenssoziologie.* Frankfurt am Main: Fischer, 2010.
37. Chao GT. *Organizational Socialization: Background, Basics, and a Blueprint for Adjustment at Work.* In: Kozlowski SWJ (editor) *The Oxford handbook of organizational psychology.* Oxford, New York: Oxford University Press, 2012. pp. 579–614.
38. Roberts BW, Harms PD, Caspi A, Moffitt TE. Predicting the counterproductive employee in a child-to-adult prospective study. *J Appl Psychol* 2007; 92 (5):1427–1436.
39. Roberts BW, Caspi A, Moffitt TE. Work experiences and personality development in young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology* 2003; 84 (3):582–593.
40. Melchior M, Caspi A, Milne BJ, Danese A, Poulton R, Moffitt TE. Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychol Med* 2007; 37 (8):1119–1129.
41. Rouvroye L, van Dalen HP, Henkens K, Schippers JJ. A distaste for insecurity: job preferences of young people in the transition to adulthood. *European Sociological Review* 2023; jcad041.
42. Albert M, Hurrelmann K, Quenzel G, Schneekloth U (Hrsg.). *Jugend 2019: Eine Generation meldet sich zu Wort.* Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), 2020.
43. Ślebarska K, Soucek R. Change of organizational newcomers' unmet expectations: Does proactive coping matter? *PLoS One* 2020; 15 (12):e0243234.
44. Taris TW, Feij JA, Capel S. Great Expectations – and What Comes of it: The Effects of Unmet Expectations on Work Motivation and Outcomes Among Newcomers. *Int J Selection & Assessment* 2006; 14 (3):256–268.
45. Klaffke M, Parment A. Herausforderungen und Handlungsansätze für das Personalmanagement von Millennials. In: Klaffke M (Hrsg.) *Personalmanagement von Millennials: Konzepte, Instrumente und Best-Practice-Ansätze.* Wiesbaden: Gabler, 2011. S. 5–21.
46. Smircich L. Concepts of Culture and Organizational Analysis. *Administrative Science Quarterly* 1983; 28 (3):339.
47. Schreyögg G, Geiger D. Zum Umgang mit emergenten Prozessen in Organisationen. In: Schreyögg G, Geiger D (Hrsg.) *Organisation: Grundlagen moderner Organisationsgestaltung. Mit Fallstudien. 6. Auflage.* Wiesbaden: Springer Gabler; Springer Fachmedien Wiesbaden, 2016. S. 287–355.
48. Schein EH. *Organizational culture and leadership. 3rd edn.* San Francisco: Jossey-Bass, 2004.
49. Schein EH, Schein P. *Organisationskultur und Leadership. 5. Auflage.* München: Vahlen, 2018.
50. Schein EH. *Unternehmenskultur: Ein Handbuch für Führungskräfte.* Frankfurt/Main, New York: Campus-Verl, 1995.
51. Pfaff H, Dittmer K, Zeike S. Belastungen von Pflegekräften und Gegenmaßnahmen: Ein Überblick. In: Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) *BKK Gesundheitsreport 2022: Pflegefall Pflege?* Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2022. S. 32–44.
52. Stock-Homburg R, Groß M. Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: Stock-Homburg R, Groß M (Hrsg.) *Personalmanagement: Theorien – Konzepte – Instrumente.* Wiesbaden: Springer, 2019. S. 827–883.
53. Pfaff H, Zeike S. *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Definition, Ziele, Maßnahmen.* In: Pfaff H, Zeike S. *Controlling im Be-*

- trieblichen Gesundheitsmanagement: Das 7-Schritte-Modell. Wiesbaden: Springer Gabler, 2019. S. 3–39.
54. Saks AM, Gruman JA. Getting Newcomers On Board: A Review of Socialization Practices and Introduction to Socialization Resources Theory. In: Wanberg CR (editor) *The Oxford handbook of organizational socialization*. New York: Oxford University Press, 2012. S. 27–55.
 55. Klein HJ, Heuser AE. The learning of socialization content: A framework for researching orientating practices. In: Martocchio JJ (editor) *Research in personnel and human resources management*. Bingley: Emerald Group Publishing Limited, 2008. pp. 279–336.
 56. Eby LT, Allen TD, Hoffman BJ, Baranik LE, Sauer JB, Baldwin S, et al. An interdisciplinary meta-analysis of the potential antecedents, correlates, and consequences of protégé perceptions of mentoring. *Psychol Bull* 2013; 139 (2):441–476.
 57. Stock-Homburg R, Groß M. Umgang mit älteren Führungskräften und Mitarbeitern. In: Stock-Homburg R, Groß M (Hrsg.) *Personalmanagement: Theorien – Konzepte – Instrumente*. Wiesbaden: Springer, 2019. S. 739–778.
 58. Vandenberghe C, Panaccio A, Bentein K, Mignonac K, Rousset P, Ayed AKB. Time-based differences in the effects of positive and negative affectivity on perceived supervisor support and organizational commitment among newcomers. *J. Organiz. Behav.* 2019; 40 (3):264–281.
 59. Clarke AE. Straussian negotiated order theory c. 1960–present. In: vom Lehn D, Ruiz-Junco N, Gibson W (editors) *The Routledge International Handbook of Interactionism*. 1st edn. New York: Routledge, 2021. pp. 47–58.
 60. Schlippe A von, Schweitzer J. *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I: Das Grundlagenwissen*. 3. Auflage. Göttingen, Bristol, CT, USA: Vandenhoeck & Ruprecht, 2016.
 61. Liebig B, Nentwig-Gesemann I. Gruppendiskussion. In: Kühl S, Strodtz P, Taffertshofer A (Hrsg.) *Handbuch Methoden der Organisationsforschung: Quantitative und Qualitative Methoden*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, 2009. S. 102–123.
 62. Hartung S, Faller G, Rosenbrock R. Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2021.
 63. Quinn RE, Rohrbaugh J. A Competing Values Approach to Organizational Effectiveness. *Public Productivity Review* 1981; 5 (2):122–140.
 64. Schmitt-Howe B, Hammer A, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. *Formen von Präventionskultur in deutschen Betrieben*. Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA); 2019.
 65. Deutschmann C. Der „Betriebsclan“: Der japanische Organisationstypus als Herausforderung an die soziologische Modernisierungstheorie. *Soziale Welt* 1987; 38 (2):133–147.



Kristina Schubin

Kristina Schubin ist seit 2019 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität zu Köln (IMVR) und zertifizierte systemische Beraterin. Sie absolvierte von 2013 bis 2019 zunächst den Bachelor Erziehungswissenschaft, anschließend den Master Rehabilitationswissenschaften mit dem Schwerpunkt Organisationsentwicklung. Während des Studiums war sie im Qualitäts- und Risikomanagement der Kliniken Köln sowie als wissenschaftliche Hilfskraft an der Universität zu Köln tätig. Neben der wissenschaftlichen Arbeit war sie nach dem Studium als freiberufliche wissenschaftliche Beraterin im betrieblichen Gesundheitsmanagement tätig. Sie verfasst ihre Dissertation zum Thema ‚Inanspruchnahme betrieblicher Gesundheitsförderung in deutschen Unternehmen‘.



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 and 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).

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 unter anderem die Nationalität, der Familienstand, Kinder, der höchste schulische bzw. berufliche Abschluss, der Erwerbsstatus, die berufliche Tätigkeit, die Stellung im Beruf, die Haushaltsgröße sowie das zur Verfügung stehende Haushaltsnettoeinkommen¹.


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



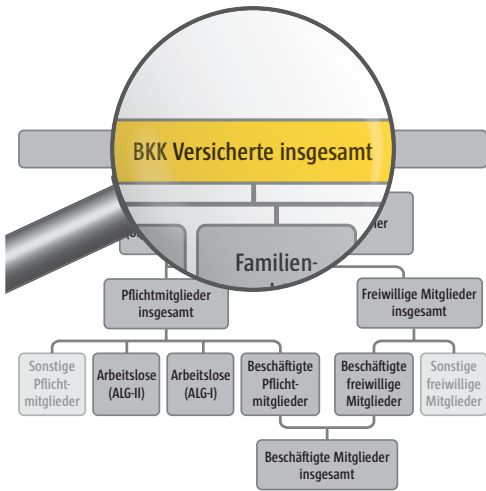
Beispielhaft sei hier das Beschäftigungsverhältnis genannt: In Vollzeit Beschäftigte weisen weniger AU-Tage auf, als in Teilzeit Beschäftigte. Mehrheitlich handelt es sich bei den Teilzeitbeschäftigten um Frauen, da diese oftmals zusätzlich zu ihrer Berufstätigkeit noch die Betreuung ihrer Kinder bzw. pflegebedürftiger Angehöriger übernehmen. Die damit verbundene Doppelbelastung ist eine Ursache der durchschnittlich höheren Fehlzeiten im Vergleich zu den Vollzeitbeschäftigten.

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

1 Statistisches Bundesamt: Demografische Standards 2016 Online verfügbar unter: (https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEMonografie_derivate_00001549/Band17_DemographischeStandards1030817169004.pdf) [abgerufen am 15.05.2023].

2 Bundesministerium für Gesundheit (2022) Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (KM6-Statistik).
3 Quellennachweise zu den verwendeten Statistiken sind im  Kapitel 0.2 in den jeweiligen Tabellen und Diagrammen zu finden.

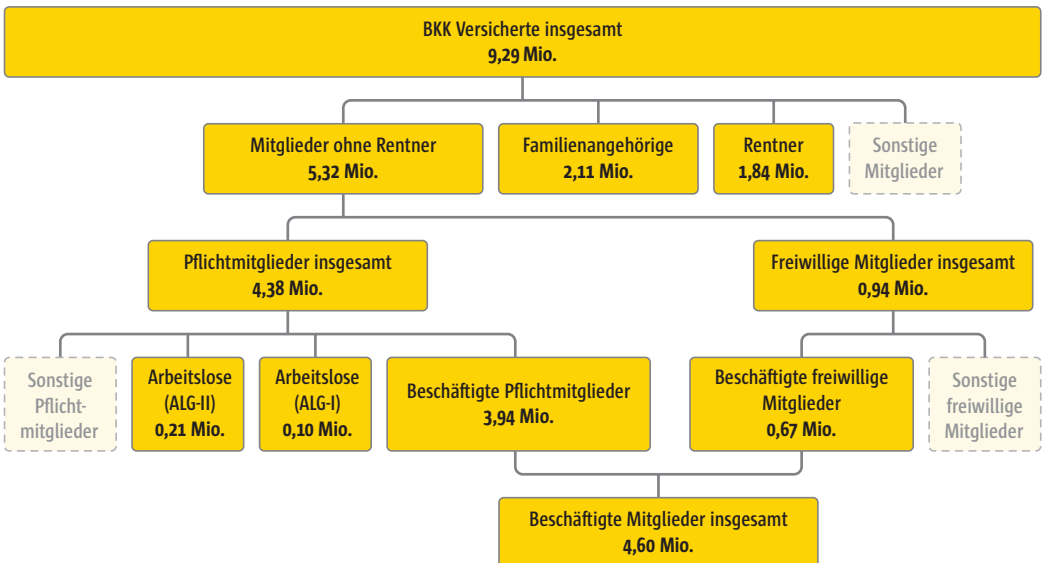
0.1 Soziodemografie der BKK Versicherten im Überblick



Für den BKK Gesundheitsreport 2023 liegen Daten von ca. 9,3 Millionen BKK Versicherten vor. Dies entspricht einem Anteil von 83,7% aller BKK Versicherten bzw. 12,6% aller GKV Versicherten. Das Durchschnittsalter aller BKK Versicherten beläuft sich auf 43,1 Jahre, wobei weibliche Versicherte im Mittel etwas älter (43,8 Jahre) als die männlichen Versicherten sind (42,5 Jahre). Unter allen BKK Versicherten sind beide Geschlechter annähernd gleich häufig vertreten (Frauenanteil 49,8%).

Die BKK Versicherten lassen sich in unterschiedliche Gruppen unterteilen, wie in Diagramm 0.1.1 zu sehen ist. Für die im Rahmen der folgenden Analysen wichtigsten Teilgruppen ist zusätzlich die Alters- und Geschlechtsverteilung in Tabelle 0.1.1 dargestellt.

Diagramm 0.1.1 Soziodemografie – BKK Versicherte nach Versichertengruppen* (Berichtsjahr 2022)



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

Knieps | Pfaff (Hrsg.): Gesunder Start ins Berufsleben. BKK Gesundheitsreport 2023

ISBN: 978-3-95466-821-2, urheberrechtlich geschützt

© 2023 BKK Dachverband e.V. und MWV medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Tabelle 0.1.1 Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten sowie Durchschnittsalter nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Versichertengruppen	Anteile in Prozent		Anteile an Gesamt in Prozent*	Durchschnittsalter in Jahren		
	Männer	Frauen		Männer	Frauen	Gesamt
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	54,4	45,6	49,6	43,0	42,8	42,9
Arbeitslose (ALG-I)	54,4	45,7	1,1	47,6	46,7	47,2
Arbeitslose (ALG-II)	48,7	51,3	2,2	40,7	39,5	40,1
Familienangehörige	42,4	57,6	22,7	11,5	22,7	17,9
Rentner	47,1	52,9	19,8	72,5	72,9	72,7
BKK Versicherte insgesamt	50,3	49,8	100,0	42,5	43,8	43,1

* Bei den fehlenden Prozentanteilen handelt es sich um Versichertengruppen (z.B. Studenten, Rehabilitanden, Menschen mit Behinderung usw.) die aufgrund ihrer geringen Anzahl nicht separat betrachtet werden.

Rund jeder zweite BKK Versicherte (49,6%) ist ein sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Mitglied, bei etwa jedem fünften BKK Versicherten handelt es sich um einen Familienangehörigen (22,7%) bzw. um einen Rentner (19,8%).

Der größte Frauenanteil ist mit 57,6% bei den Familienangehörigen zu finden. Zu dieser Gruppe gehören vorrangig familienversicherte Kinder der Mitglieder, aber auch mitversicherte nichterwerbstätige in einer Ehe lebende Personen – überproportional häufig Frauen. Letzteres wird zum einen daran sichtbar, dass das Durchschnittsalter der weiblichen Familienversicherten mehr als doppelt so hoch wie das der männlichen ist (11,5 vs. 22,7 Jahre). Zum anderen zeigt die Geschlechtsverteilung bei den beschäftigten Mitgliedern, dass der Frauenanteil in dieser Versichertengruppe im Vergleich zu allen anderen mit 45,6% einer der geringsten ist.

Außer bei den Familienangehörigen ist in allen anderen Versichertengruppen der Altersunterschied zwischen Männern und Frauen nur gering ausgeprägt. Der Unterschied zwischen den Versichertengruppen im erwerbsfähigen Alter (Erwerbstätige und Arbeitslose) ist jedoch erklärungsbedürftig. Im Vergleich zu den beschäftigten Mitgliedern mit einem Durchschnittsalter von 42,9 Jahren, sind die Arbeitslosen im ALG-I-Bezug mehr als vier Jahre älter (47,2 Jahre), während Arbeitslose mit ALG-II-Bezug dagegen jünger sind (40,1 Jahre). Da der Anspruch auf und die Dauer des Bezugs von ALG-I von der Dauer der Vorbeschäftigung vor der Arbeitslosigkeit abhängt, sind jüngere Menschen, die nach Schule, Studium oder Ausbildung nicht sofort berufstätig sind, mit höherer Wahrscheinlichkeit im ALG-II-Bezug zu finden. Zudem ist das höhere Alter der

Arbeitslosen im ALG-I-Bezug damit begründet, dass ältere Beschäftigte aufgrund langjähriger Beschäftigung einen (meist längerfristigen) Anspruch auf ALG-I erworben haben.

Die regionale Verteilung bzw. die Struktur der BKK Versicherten nach Bundesländern im Vergleich zu allen GKV Versicherten ist in **»»»** Tabelle 0.1.2 erkennbar.

Es wird deutlich, dass sowohl die überwiegende Mehrheit der BKK Versicherten (85,9%) als auch die der GKV Versicherten (80,0%) in den Westbundesländern zu finden ist. Dies entspricht in etwa auch der regionalen Verteilung der Gesamtbevölkerung in Deutschland, von denen 80,6% in den Westbundesländern wohnhaft sind⁴. Im Detail gibt es aber dennoch einige Abweichungen, die genauer betrachtet werden sollen. Insbesondere in den bevölkerungs- und wirtschaftsstarken Bundesländern wie Nordrhein-Westfalen, Bayern oder Baden-Württemberg sind BKK Versicherte überproportional häufig vertreten. In diesen Bundesländern gibt es zahlreiche Trägerunternehmen mit eigenen Betriebskrankenkassen, deren Mitglieder hauptsächlich aus den Beschäftigten sowie deren Familienangehörigen bestehen. Somit ist, im Verhältnis zu den GKV Versicherten, der BKK Anteil unter den Versicherten in diesen Regionen größer. In den meisten anderen Westbundesländern unterscheiden sich die Versichertenanteile zwischen BKK und GKV nicht bedeutend. Ein anderes Bild zeigt sich in den Ostbundesländern, wo der Anteil der BKK Versicherten im Vergleich zu den GKV Versicherten tendenziell geringer

4 Statistisches Bundesamt (2022) Ergebnisse der Bevölkerungsforschung auf Grundlage des Zensus 2011: Stichtag 31.12.2021.

Tabelle 0.1.2 Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten sowie Frauenanteile nach Bundesländern (Wohnort) im Vergleich mit den GKV Versicherten (Berichtsjahr 2022)

Bundesländer	BKK Versicherte	GKV Versicherte ¹	BKK Versicherte	GKV Versicherte ¹
	Anteile an allen Versicherten in Prozent		Frauenanteile in Prozent	
Baden-Württemberg	14,0	12,9	49,6	51,8
Bayern	21,4	15,4	49,9	52,0
Berlin	4,8	4,4	49,8	52,0
Brandenburg	3,0	3,1	48,4	52,0
Bremen	0,8	0,8	48,3	51,4
Hamburg	1,5	2,2	50,4	52,2
Hessen	7,8	7,5	50,4	51,8
Mecklenburg-Vorpommern	1,9	2,0	49,9	52,2
Niedersachsen	8,6	9,7	49,2	51,7
Nordrhein-Westfalen	22,6	21,5	50,3	51,8
Rheinland-Pfalz	5,2	4,7	49,7	52,1
Saarland	0,7	1,2	47,6	52,1
Sachsen	1,7	5,1	46,1	52,0
Sachsen-Anhalt	1,3	2,8	47,9	51,8
Schleswig-Holstein	2,8	3,4	51,3	52,6
Thüringen	1,2	2,6	47,7	51,5
Gesamt	100,0	100,0	49,8	51,8

¹ Bundesministerium für Gesundheit (2022) Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (KM6-Statistik).

ist. Insofern spiegelt diese ungleiche Verteilung den starken arbeitsweltlichen Bezug der Betriebskrankenkassen wider, wie auch im folgenden Abschnitt anhand der detaillierten Betrachtung der beschäftigten Mitglieder gezeigt werden kann. Ein weiteres Indiz für den starken Arbeitsweltbezug der BKK ist zudem die Altersstruktur, die ebenfalls regional, v. a. in Abhängigkeit vom Beschäftigtenanteil, variiert und in ►► Tabelle o. 1.3 im Vergleich mit den GKV Versicherten zu sehen ist.

Die größte Gruppe bilden die BKK Versicherten im erwerbsfähigen Alter zwischen 25 bis 64 Jahren mit Anteilen von 53,1% bis zu 61,3%. Im Vergleich dazu fallen diese Anteile bei den GKV Versicherten etwas geringer aus (49,8% – 58,4%). Dies kann als weiterer Beleg für den stark ausgeprägten arbeitsweltlichen Bezug der Betriebskrankenkassen gewertet werden, da in dieser Altersgruppe der überwiegende Anteil der Beschäftigten zu finden ist. Im Zusammenhang damit ist auch der tendenziell höhere An-

teil der Versicherten unter 25 Jahren zu interpretieren: Zu dieser Gruppe zählen, neben den mitversicherten Familienangehörigen, auch die Auszubildenden und die jungen Beschäftigten. Entsprechend sind die Anteile der Gruppe der über 65-Jährigen (zum Großteil Rentner) unter den BKK Versicherten im Vergleich zu den GKV Versicherten überwiegend geringer ausgeprägt. Schwankungen der Altersstruktur in den Bundesländern spiegeln sich im regional unterschiedlichen Durchschnittsalter der BKK Versicherten wider. So weist zum Beispiel Hamburg nicht nur bei den BKK Versicherten (40,9 Jahre), sondern auch bezogen auf alle Einwohner im Bundesland mit 42,1 Jahren⁵ das niedrigste Durchschnittsalter im Vergleich auf.

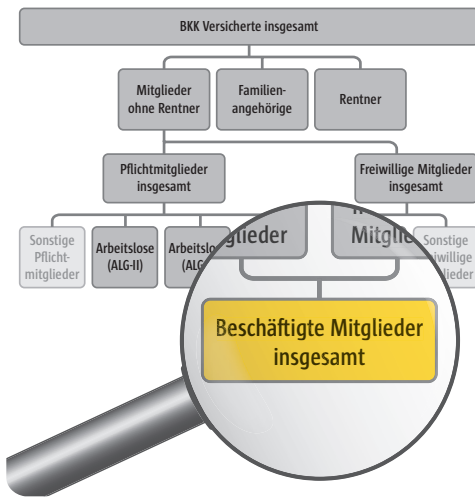
5 Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2023) Durchschnittsalter der Bevölkerung nach Bundesländern: <https://regionalatlas.statistikportal.de/?BL=DE&TCode=Al002-4-5&ICode=Al0218> [abgerufen am 15.05.2023].

Tabelle 0.1.3 Soziodemografie – Anteile und Altersstruktur der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) im Vergleich mit den GKV Versicherten (Berichtsjahr 2022)

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	41,5	25,8	42,2	15,9	16,1	24,2	39,5	15,2	21,1
Bayern	41,3	25,5	43,2	15,7	15,7	23,5	40,5	15,3	20,7
Berlin	41,9	23,4	44,8	15,3	16,5	23,0	44,6	13,2	19,2
Brandenburg	44,6	22,9	38,4	18,7	20,0	21,1	34,3	17,3	27,3
Bremen	44,7	21,9	40,1	16,9	21,1	24,5	40,1	14,3	21,1
Hamburg	40,9	23,4	49,0	12,2	15,4	23,6	45,1	13,3	18,0
Hessen	42,3	24,9	41,8	16,0	17,3	24,0	39,8	15,2	21,1
Mecklenburg-Vorpommern	45,8	21,6	36,5	19,5	22,4	20,8	33,6	17,4	28,2
Niedersachsen	44,0	23,5	39,3	17,4	19,8	23,8	37,9	16,0	22,3
Nordrhein-Westfalen	44,4	23,0	39,8	16,5	20,8	23,7	39,1	15,7	21,5
Rheinland-Pfalz	44,5	22,8	39,1	17,0	21,1	23,1	37,7	16,4	22,8
Saarland	44,2	21,6	41,3	16,1	21,0	21,4	36,3	17,4	25,1
Sachsen	47,6	19,4	37,3	16,5	26,9	21,7	34,9	14,9	28,6
Sachsen-Anhalt	47,8	19,9	35,5	17,6	27,1	20,4	33,7	16,8	29,2
Schleswig-Holstein	42,9	24,7	40,8	16,6	18,0	23,1	37,5	16,3	23,1
Thüringen	47,4	19,9	36,0	18,8	25,3	20,8	33,9	16,4	28,9
Gesamt	43,1	23,9	41,1	16,3	18,7	23,2	38,8	15,5	22,5

¹ Bundesministerium für Gesundheit (2022) Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (KM6-Statistik).

0.2 Soziodemografie der beschäftigten Mitglieder



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

Deshalb sollen im nächsten Abschnitt insbesondere die beschäftigten BKK Mitglieder im Detail betrachtet werden. Mit einem Anteil von 49,6% an allen BKK Versicherten sind die beschäftigten Mitglieder bei den Betriebskrankenkassen anteilig deutlich

häufiger vertreten als dies mit 43,9% bei allen GKV Versicherten⁶ der Fall ist. Im Folgenden gilt zu beachten, dass für einen sehr geringen Teil (< 1%) der beschäftigten BKK Mitglieder keine validen Angaben zu den Tätigkeitsmerkmalen nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) vorliegen. Dieser Anteil wird bei der Analyse von Einzelmerkmalen nicht berücksichtigt, allerdings gehen diese Fälle wiederum in die Berechnung der jeweiligen Gesamtwerte ein.

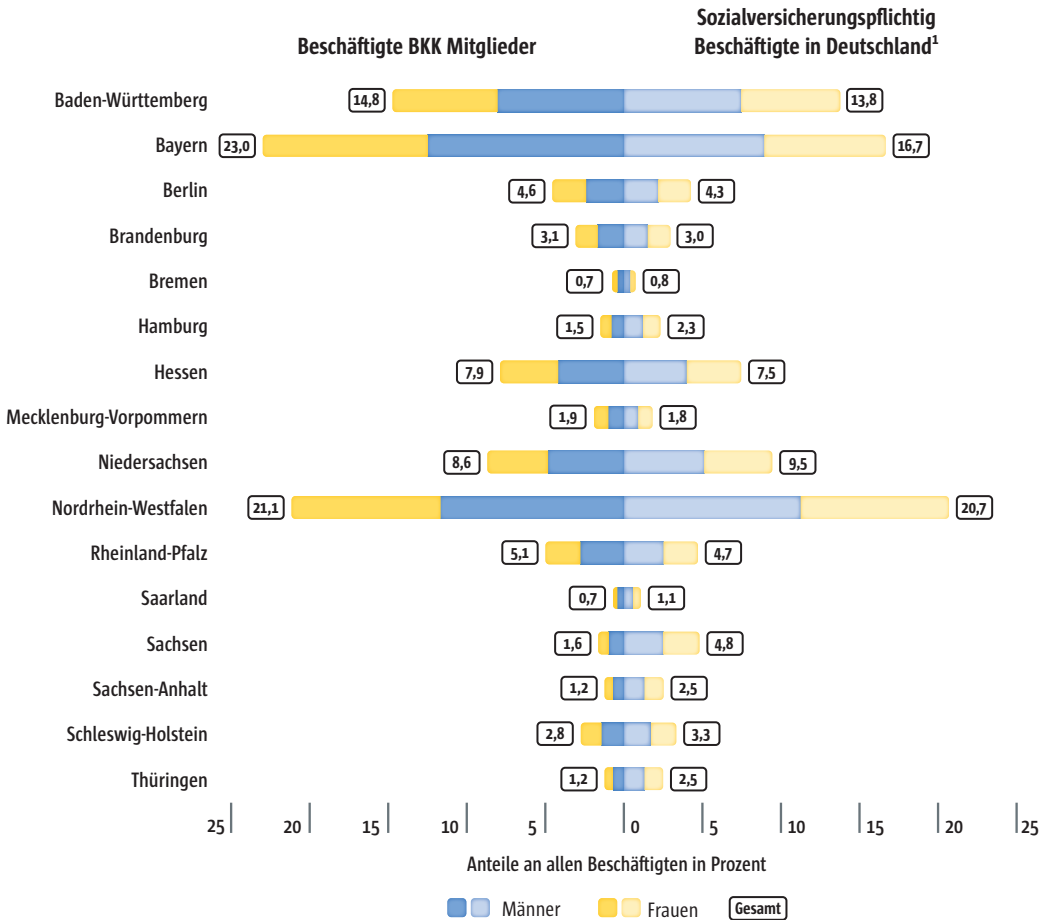
0.2.1 Beschäftigte nach Regionen

In diesem Abschnitt wird, wie bei den BKK Versicherten insgesamt, die regionale Verteilung der beschäftigten BKK Mitglieder dargestellt. Einleitend sind in **»»** Diagramm 0.2.1 die Anteile der Erwerbstätigen je Bundesland geschlechtsspezifisch sowie insgesamt vergleichend für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland sowie für die beschäftigten BKK Mitglieder beschrieben.

Wie auf den ersten Blick zu erkennen ist, sind die Beschäftigten nicht gleichmäßig über das Bundesgebiet verteilt. Die meisten beschäftigten BKK Mitglieder (zusammen 58,9%) 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 überproportional häufig Mitglied einer BKK. Die historischen Gründe, die v.a. in der Entstehungsgeschichte der Betriebskrankenkassen liegen, wurden bereits im **»»** Kapitel 0.1 erläutert. Für die meisten anderen Bundesländer gilt, dass der An-

6 Bundesministerium für Gesundheit (2023) Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand, Jahresdurchschnitt 2022 (KM1/13-Statistik): https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_JD_2022_1_bf.pdf [abgerufen am 16.05.2023].

Diagramm 0.2.1 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2022)



¹ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.): Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach ausgewählten Merkmalen (Quartalszahlen), Deutschland, Länder und Kreise, Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2022.

teil der beschäftigten BKK Mitglieder dort in etwa auch dem Anteil bezogen auf alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland entspricht. In den Ostbundesländern nehmen hingegen beschäftigte BKK Mitglieder im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt tendenziell einen geringeren Anteil ein. Zusammenfassend lässt sich, trotz marginaler Abweichungen insgesamt feststellen, dass die regionale Verteilung der beschäftigten BKK Mitglieder im Größenverhältnis und den Relationen im Wesentlichen der aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland entspricht.

0.2.2 Beschäftigte nach soziodemografischen und arbeitsweltlichen Merkmalen

Neben der regionalen Verteilung lassen sich noch weitere relevante Charakteristika der Beschäftigten beschreiben. Im Folgenden werden deshalb die soziodemografischen und tätigkeitsbezogenen Merkmale der beschäftigten BKK Mitglieder im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland betrachtet.

Die Mehrheit der Beschäftigten in Deutschland sind Männer (BKK: 54,4%; Gesamt: 53,3%). Etwa zwei Drittel aller Berufstätigen sind zwischen 25 und

Tabelle 0.2.1 Soziodemografie – Altersstruktur sowie höchster Schul- und Berufsabschluss der beschäftigten BKK Mitglieder im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland nach Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	Beschäftigte BKK Mitglieder				Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland ¹		
		Durchschnitts- alter in Jahren	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
			Anteile an allen Beschäftigten in Prozent			Anteile an allen Beschäftigten in Prozent		
Alters- gruppen	Unter 25 Jahre	21,2	9,5	8,1	8,9	10,2	9,2	9,8
	25 bis unter 55 Jahre	40,0	65,9	69,2	67,4	67,2	67,0	67,1
	55 bis unter 65 Jahre	58,8	23,5	21,8	22,7	21,0	22,5	21,7
	65 Jahre und älter	67,2	1,1	0,9	1,0	1,6	1,2	1,4
Höchster Schulab- schluss	Ohne Schulabschluss	43,2	1,6	0,8	1,2	2,5	1,4	2,0
	Haupt-/Volksschulab- schluss	46,3	20,6	12,2	16,8	20,6	12,4	16,8
	Mittlere Reife oder gleichwertig	42,5	27,9	33,6	30,5	30,0	36,2	32,9
	Abitur/Fachabitur	39,8	27,2	32,1	29,4	33,2	38,0	35,4
	Abschluss unbekannt	44,6	22,7	21,2	22,1	13,7	11,9	12,9
Höchster Berufsab- schluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	34,1	10,5	9,3	9,9	9,3	11,2	10,3
	Mit anerkanntem Berufsabschluss	44,7	58,9	60,0	59,4	63,6	60,0	61,7
	Mit akademischem Berufsabschluss	41,4	15,2	15,2	15,2	19,5	19,3	19,4
	Ausbildung unbekannt	42,4	15,5	15,5	15,5	7,5	9,4	8,5
Gesamt		42,9	54,4	45,6	100,0	53,3	46,7	100,0

¹ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Berufen (KldB 2010) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2022;

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Arbeitsmarkt nach Qualifikationen. Jahreszahlen 2022;

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Länderreport über Beschäftigte (Quartalszahlen), Nürnberg Stichtag 30. Juni 2022.

Die Berechnung der Merkmale „höchster Schulabschluss“ und „höchster Berufsabschluss“ erfolgt ohne die Gruppe der Auszubildenden.

54 Jahre alt (BKK: 67,4%; Gesamt: 67,1%), rund jeder Zehnte ist jünger als 25 Jahre (BKK: 8,9%; Gesamt: 9,8%). Der Anteil der über 65-Jährigen Beschäftigten fällt trotz der Heraufsetzung der Regelaltersgrenze auf 67 Jahre gering aus (BKK: 1,0%; Gesamt: 1,4%).

Überwiegend verfügen die Beschäftigten über die mittlere Reife bzw. ein (Fach-)Abitur (BKK: 59,9%; Gesamt: 68,3%), knapp jeder fünfte Beschäftigte hat einen Hauptschulabschluss (BKK: 16,8%; Gesamt: 16,8%). Beschäftigte Frauen weisen im Vergleich zu den Männern in beiden Gruppen anteilig höhere Schulabschlüsse auf. Bei einer nicht unerheblichen

Anzahl der Beschäftigten sind allerdings keine konkreten Angaben zum schulischen bzw. beruflichen Abschluss vorhanden. Wahrscheinlich ist, dass vor allem bei älteren bzw. langjährigen Beschäftigten, die im Zuge der Umstellung der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) zwischen den Jahren 2010 und 2012 neu gemeldet werden mussten, zu den o.g. Merkmalen häufig keine Angaben mehr vorlagen. Andererseits trifft dies auch auf Beschäftigte mit im Ausland erworbenen Abschlüssen zu, die sich häufig nicht eindeutig den vorgegebenen Kategorien zuordnen lassen. Aufgrund der Heterogenität dieser Gruppe

Tabelle 0.2.2 Soziodemografie – Ausgewählte Tätigkeitsmerkmale der beschäftigten BKK Mitglieder im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland nach Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

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			Anteile an allen Beschäftigten in Prozent		
Anforderungsniveau	Helfer	44,3	10,1	12,6	11,3	16,1	17,5	16,8
	Fachkraft	42,4	56,3	60,9	58,4	52,4	57,1	54,6
	Spezialist	43,4	17,7	14,6	16,2	15,2	12,7	14,1
	Experte	42,9	15,9	11,9	14,1	16,3	12,7	14,6
Vertragsform	Teilzeit	45,7	8,8	48,1	26,8	12,6	49,6	29,7
	Vollzeit	41,8	91,2	51,9	73,2	87,4	50,4	70,3
Arbeitnehmerüberlassung	Ohne Arbeitnehmerüberlassung	42,9	98,1	98,9	98,4	97,0	98,6	97,7
	Mit Arbeitnehmerüberlassung	39,1	1,9	1,1	1,6	3,0	1,4	2,3
Gesamt		42,9	54,4	45,6	100,0	53,3	46,7	100,0

¹ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Arbeitsmarkt nach Qualifikationen. Jahreszahlen 2022; Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Leiharbeitnehmer und Verleihbetriebe, Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2022; Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Länderreport über Beschäftigte (Quartalszahlen), Nürnberg Stichtag 30. Juni 2022. Die Berechnung des Merkmals „Anforderungsniveau“ erfolgt ohne die Gruppe der Auszubildenden.

wird diese allerdings in den folgenden Kapiteln nicht näher betrachtet.

Sowohl bei den beschäftigten BKK Mitgliedern (59,4%) als auch bei den Beschäftigten insgesamt (61,7%) verfügt die Mehrheit über einen anerkannten Berufsabschluss. Bei den beschäftigten BKK Mitgliedern ohne beruflichen Ausbildungsabschluss ist das mit 34,1 Jahren sehr niedrige Durchschnittsalter auffällig. Ein Grund hierfür ist, dass zu dieser Gruppe unter anderem die meist jungen Auszubildenden zählen, die (noch) über keinen Berufsabschluss verfügen, in der Statistik allerdings bereits der Gruppe der Beschäftigten zugeordnet werden (»»» Tabelle 0.2.1).

In »»» Tabelle 0.2.2 sind ergänzend weitere Tätigkeitsmerkmale der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten dargestellt. Die Mehrheit der Beschäftigten (BKK: 58,4%; Gesamt: 54,6%) ist als Fachkraft tätig, mehr als jeder Vierte (BKK: 30,3%; Gesamt: 28,7%) sogar als Spezialist bzw. Experte. Auch beim Vertragsverhältnis zeigen sich keine auffälligen Unterschiede zur Grundgesamtheit: Die Mehrzahl der Beschäftigten arbeitet in Vollzeit (BKK: 73,2%;

Gesamt: 70,3%). Insbesondere beim Beschäftigungsumfang gibt es allerdings deutliche Geschlechtsunterschiede: Während fast die Hälfte der beschäftigten Frauen (BKK: 48,1%; Gesamt: 49,6%) in Teilzeit arbeitet, ist dieser Anteil bei den Männern deutlich geringer (BKK: 8,8%; Gesamt: 12,6%). Studien zeigen, dass bei etwa jeder zweiten beschäftigten Frau (48,7%) der Grund für die Teilzeitbeschäftigung in familiären Verpflichtungen (u. a. Betreuung von Kinder oder Pflege von Angehörigen) liegt, wobei hierbei zusätzlich ein deutlicher Ost-West-Unterschied zutage tritt (31,0% vs. 52,1%)⁷. Die Gruppe der Teilzeitbeschäftigten ist im Mittel fast 4 Jahre älter als die Gruppe der Vollzeitbeschäftigten, was zusätzlich mit der Inanspruchnahme von Altersteilzeitmodellen im Übergang zum Ruhestand zusammenhängen dürfte.

Der Anteil der Frauen, die über Leih- bzw. Zeitarbeitsfirmen angestellt sind, ist hingegen in beiden

⁷ WSI GenderDatenPortal, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) Gründe für Teilzeittätigkeit nach Elternschaft 2017. https://www.wsi.de/data/wsi_gdp_AZ_20180911_18_2018.pdf [abgerufen am 16.05.2023].

0.2 Soziodemografie der beschäftigten Mitglieder

Tabelle 0.2.3 Soziodemografie – Anteile und Altersstruktur der beschäftigten BKK Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2022)

Wirtschaftsabschnitte	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 Wirtschaftsabschnitt in Prozent									
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	40,4	16,1	63,2	19,7	1,0	15,6	62,8	20,1	1,4
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	43,6	8,4	66,8	24,0	0,8	6,8	61,4	30,5	1,3
Verarbeitendes Gewerbe	44,1	8,1	64,5	26,7	0,7	8,3	66,5	24,2	0,9
Energieversorgung	44,8	8,1	61,5	30,0	0,4	9,2	64,4	25,9	0,5
Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung	45,3	6,1	64,1	28,8	1,0	6,0	64,0	28,8	1,2
Baugewerbe	40,7	15,4	64,6	19,1	1,0	13,6	65,0	20,0	1,4
Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	41,9	11,0	67,6	20,5	0,9	11,9	66,5	20,4	1,3
Verkehr und Lagerei	44,7	7,4	64,4	26,1	2,1	7,6	67,2	22,5	2,7
Gastgewerbe	40,9	12,3	68,3	18,0	1,4	13,5	68,2	16,8	1,6
Information und Kommunikation	41,0	6,2	77,3	15,8	0,8	7,4	76,3	15,5	0,9
Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	43,8	7,4	69,4	22,6	0,6	7,6	68,1	23,6	0,8
Grundstücks- und Wohnungswesen	44,4	6,6	66,6	24,9	2,0	6,8	64,8	25,6	2,8
Freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen	41,2	7,2	74,8	17,1	0,9	8,3	73,6	16,8	1,4
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	42,4	9,1	68,7	20,6	1,7	11,0	68,9	18,4	1,7
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	43,9	7,2	66,6	25,3	0,9	6,7	63,5	28,6	1,1
Erziehung und Unterricht	41,5	8,2	71,5	19,1	1,3	9,3	66,9	21,8	2,1
Gesundheits- und Sozialwesen	42,0	10,3	67,8	20,8	1,1	11,1	65,7	21,8	1,5
Kunst, Unterhaltung und Erholung	41,0	14,2	63,9	20,0	1,8	13,6	63,3	20,7	2,4
Sonstige Dienstleistungen	44,0	7,3	66,9	24,1	1,7	7,9	64,9	24,8	2,3
Private Haushalte	50,1	1,6	55,4	38,2	4,8	2,0	53,4	38,2	6,3
Gesamt	42,9	8,9	67,4	22,7	1,0	9,8	67,1	21,7	1,4

¹ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Wirtschaftszweigen (WZ 2008) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2022.

Gruppen tendenziell geringer als derjenige der Männer (BKK: 1,1% vs. 1,9%; Gesamt: 1,4% vs. 3,0%). Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung sind durchschnittlich etwas jünger als solche mit regulärer Anstellung. Vermutlich ist in erstgenanntem Beschäftigungsverhältnis ein höherer Anteil von (jungen) Berufseinsteigern zu finden.

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

0.2.3 Beschäftigte nach Wirtschaftsgruppen

Neben der Betrachtung nach allgemeinen arbeitsweltlichen Merkmalen, wird in diesem Abschnitt die Verteilung der Beschäftigten in den unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen betrachtet. Diese werden im vorliegenden Fall anhand der Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008 (WZ 2008⁸) systematisiert. Im Rahmen des BKK Gesundheitsreports werden dabei mehrheitlich die zugehörigen 21 Wirtschaftsabschnitte bzw. die 88 Wirtschaftsabteilungen betrachtet.

Bei der Betrachtung der Beschäftigtenstruktur nach Wirtschaftsabschnitten wird nochmals deutlich, dass die überwiegende Mehrheit der Berufstätigen zwischen 25 bis 54 Jahre alt ist (» Tabelle 0.2.3). 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 ist (BKK: 55,4%; Gesamt: 53,4%), findet sich der höchste Anteil Berufstätiger in dieser Altersgruppe im Bereich Information und Kommunikation (BKK: 77,3%; Gesamt: 76,3%). Gleichzeitig ist es wiederum die Gruppe der privaten Haushalte, in der mehr als vier von zehn Beschäftigten 55 Jahre oder älter sind (BKK: 43,0%; Gesamt: 44,5%). Den geringsten Anteil in dieser Altersgruppe haben ebenfalls die Beschäftigten im Bereich Information und Kommunikation inne (BKK: 16,6%; Gesamt: 16,4%). Auf der anderen Seite zeigen sich in den Wirtschaftsabschnitten Land- und

Forstwirtschaft sowie Fischerei, im Baugewerbe, im Gastgewerbe und in Kunst, Kultur und Erholung besonders hohe Anteile junger Beschäftigter. Zum einen sind diese Anteile durch einen insbesondere in diesen Gruppen möglichen frühzeitigen Berufseinstieg – teilweise auch ohne abgeschlossene Ausbildung – zu erklären. Andererseits deutet aber gerade der in den benannten Wirtschaftsgruppen unterdurchschnittliche Anteil Beschäftigter jenseits des 55. Lebensjahres darauf hin, dass hier alter(n)sge-rechte Arbeit in geringerem Maße, als in anderen Bereichen, möglich ist.

In » Diagramm 0.2.2 wird die geschlechtsspezifische Verteilung der Beschäftigten nach ausgewählten Wirtschaftsabschnitten dargestellt. Mehr als jedes vierte beschäftigte BKK Mitglied (28,0%) ist in einem Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes beschäftigt und gehört damit einer Gruppe an, die einen deutlich höheren Anteil als bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt (19,7%) aufweisen. Umgekehrt sind bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt etwas höhere Anteile als im BKK System zu finden (15,2% vs. 12,1%).

Traditionell sind Betriebskrankenkassen v.a. in Unternehmen des produzierenden bzw. verarbeitenden Gewerbes verortet. Dem zuzuordnen ist die urkundlich im Jahr 1717 im Blaufarbenwerk Pfannenstiel im sächsischen Aue gegründete erste BKK in Deutschland⁹. Die historischen Wurzeln der Betriebskrankenkassen wirken sich bis heute auf die Verteilung der beschäftigten BKK Mitglieder auf die Wirtschaftsgruppen aus. Für alle anderen betrachteten Wirtschaftsabschnitte zeigen sich nur geringfügige Differenzen zwischen beiden betrachteten Gruppen. Auch bei den Frauenanteilen zeigen sich Parallelen zu den Kennzahlen der Berufssegmente, wobei das Baugewerbe den niedrigsten (BKK: 17,2%; Gesamt: 13,5%) und das Gesundheits- und Sozialwesen den höchsten Frauenanteil (BKK: 82,0%; Gesamt: 76,8%) hat.

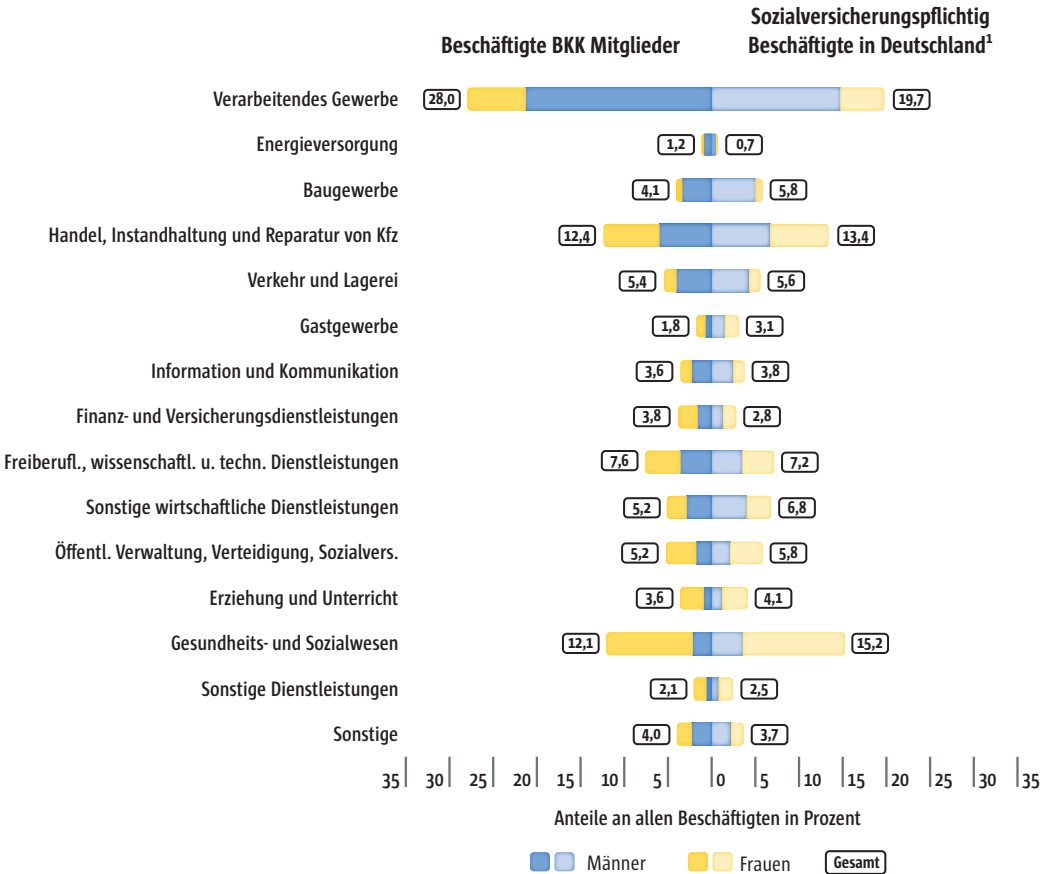
0.2.4 Beschäftigte nach Berufsgruppen

Während die Zuordnung der Beschäftigten zu einer Wirtschaftsgruppe maßgeblich über die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Unternehmen definiert wird, steht bei der Klassifikation der Berufe die davon unabhängige konkrete Tätigkeit des Beschäftigten im Fokus. Zum besseren Verständnis des Unter-

8 Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008): <https://www.klassifikationsserver.de/klassService/index.jsp?variant=wz2008> [abgerufen am 16.05.2023].

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

Diagramm 0.2.2 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2022)



¹ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Wirtschaftszweigen (WZ 2008) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2022.

schieds zwischen der Berufs- und Wirtschaftsgruppensystematik soll hier als Beispiel das *Gesundheits- und Sozialwesen* betrachtet werden.

» In der Wirtschaftsgruppe *Gesundheits- und Sozialwesen* arbeiten zwar zum Großteil Beschäftigte aus den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen, allerdings auch solche aus Verwaltungsberufen, aus den Dienstleistungsberufen oder den Reinigungsberufen. Alle sind dabei in selben Unternehmen tätig, das wiederum der Wirtschaftsgruppe Gesundheits- und Sozialwesen angehört, deren Beschäftigte üben aber davon unabhängig teils sehr unterschiedliche Berufe und somit auch Tätigkeiten innerhalb des gleichen Unternehmens aus.

Die Zuordnung nach der Klassifikation der Berufe ermöglicht somit 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 nach der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010¹⁰) Anwendung. Im Folgenden werden ausgewählte Merkmale der Beschäftigten differenziert nach den 14 Berufssegmenten

¹⁰ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Berufssektoren und Berufssegmente nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010). Nürnberg Stand März 2014; <https://www.klassifikationsserver.de/klassService/index.jsp?variant=kldb2010v2020> [abgerufen am 16.05.2023].

Tabelle 0.2.4 Soziodemografie – Anteile und Altersstruktur der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssegmenten im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2022)

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 Gartenbauberufe	39,9	16,3	64,1	18,8	0,9	14,7	63,7	20,3	1,3
Fertigungsberufe	43,5	10,0	63,1	26,2	0,7	10,6	65,5	23,1	0,9
Fertigungstechnische Berufe	42,7	10,7	64,7	24,1	0,6	11,0	66,8	21,5	0,8
Bau- und Ausbauberufe	42,6	11,4	64,2	23,3	1,1	10,8	64,8	23,0	1,4
Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe	41,7	11,9	66,6	20,4	1,1	13,1	67,0	18,6	1,3
Medizinische u. nicht-medizinische Gesundheitsberufe	40,2	12,7	69,4	17,1	0,8	12,7	67,2	18,7	1,4
Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe	41,4	8,7	71,1	19,0	1,2	9,0	67,7	21,6	1,9
Handelsberufe	42,6	9,4	67,9	21,8	0,9	11,5	66,1	21,3	1,1
Berufe in Unternehmensführung und -organisation	43,8	6,0	69,9	23,1	1,0	7,0	68,1	23,3	1,7
Unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe	42,9	6,5	72,2	20,6	0,7	7,3	70,1	21,6	1,0
IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe	41,1	8,4	73,1	17,9	0,6	8,5	74,5	16,4	0,7
Sicherheitsberufe	46,1	5,3	62,1	29,7	2,9	6,6	62,6	27,2	3,6
Verkehrs- und Logistikberufe	45,3	7,0	62,9	28,2	1,9	8,5	65,7	23,5	2,3
Reinigungsberufe	49,1	2,7	58,7	35,7	2,9	4,0	62,5	30,8	2,7
Gesamt	42,9	8,9	67,4	22,7	1,0	9,8	67,1	21,7	1,4

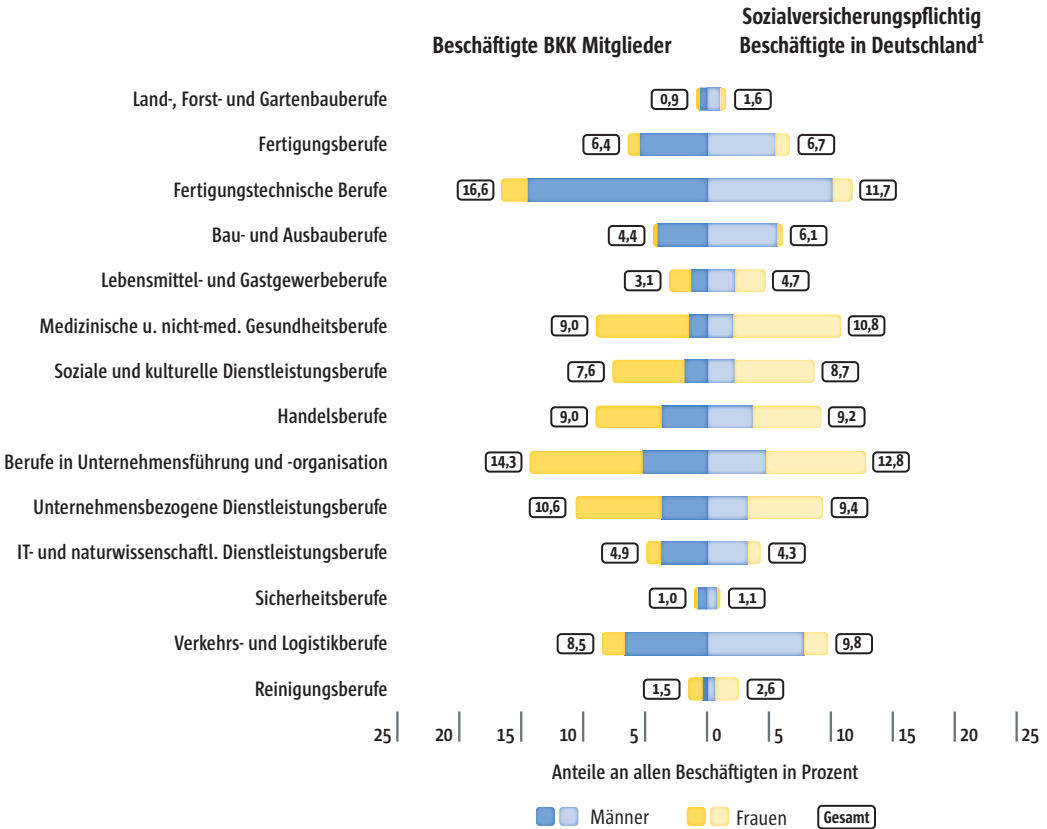
¹ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Berufen (KldB 2010) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2022.

ten dargestellt. Während **III** Tabelle 0.2.4 Auskunft über die Altersstruktur der Beschäftigten gibt, zeigt das **III** Diagramm 0.2.3 deren prozentuale Verteilung über die einzelnen Berufssegmente sowie die zugehörigen geschlechtsspezifischen Anteile. Zur Einordnung werden auch hier jeweils die entsprechenden Kennzahlen aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland gegenübergestellt.

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

den (**III** Tabelle 0.2.4). 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: 72,2%; Gesamt: 70,1%) und den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen (BKK: 73,1%; Gesamt: 74,5%) zu finden, der jeweils niedrigste Anteil ist hingegen bei den Reinigungsberufen (BKK: 58,7%; Gesamt: 62,5%) feststellbar. Letztge-

Diagramm 0.2.3 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2022)



¹ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Berufen (KldB 2010) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2022.

nannte Berufsgruppe hat aber gleichzeitig den höchsten Anteil Beschäftigter, die 55 Jahre oder älter sind (BKK: 38,6%; Gesamt: 33,5%), während z.B. bei den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen diese Altersgruppe deutlich geringer ausgeprägt ist (BKK: 17,9%; Gesamt: 20,1%). In ähnlichem Verhältnis gilt dies auch für die Gruppe der unter 25-Jährigen Beschäftigten für beide genannte Berufsgruppen. Da das Alter einen deutlichen Zusammenhang mit der gesundheitlichen Lage der Beschäftigten aufweist, sei an dieser Stelle auf das dargestellte Durchschnittsalter in den einzelnen Berufssegmenten verwiesen, welches in den folgenden Kapiteln bei der Interpretation von Berufsgruppenvergleichen berücksichtigt werden muss.

Wie in ►► Diagramm 0.2.3 zu sehen ist, ist die mit Abstand größte Gruppe beschäftigter BKK Mit-

glieder in den fertigungstechnischen Berufen zu finden. Mehr als jedes sechste beschäftigte BKK Mitglied (16,6%) ist diesem Berufssegment zugeordnet. Das ist ein deutlich höherer Anteil im Vergleich mit allen Beschäftigten in Deutschland (11,7%). Für die anderen Berufssegmente zeigen sich geringere Abweichungen zwischen beiden Vergleichsgruppen. Die nach den fertigungstechnischen Berufen zweitgrößte aber wesentlich geringer ausgeprägte Abweichung tritt in umgekehrter Richtung 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 gesundheitlichen 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: 8,1%; Gesamt: 7,2%), gefolgt von den fertigungstechnischen Berufen (BKK: 13,0%; Gesamt: 13,5%) und den Fertigungsberufen (BKK: 15,8%; Gesamt: 17,5%).
- Umgekehrt sind weibliche Beschäftigte in den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen (BKK: 83,9%; Gesamt: 80,7%), den Reinigungsberufen (BKK: 76,0%; Gesamt: 74,1%) sowie den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen (BKK: 75,8%; Gesamt: 74,2%) überproportional häufig vertreten.

0.3 Zusammenfassung

Dieses Kapitel gibt einen detaillierten Einblick in die soziodemografischen Merkmale der BKK Versicherten mit besonderem Fokus auf die anteilig größte Teilgruppe der beschäftigten Mitglieder. Anhand der vorliegenden Daten lässt sich 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 einzeln auftretenden Unterschiede sind vor allem durch die Besonderheiten des Gesundheits- und Sozialsystems in Deutschland begründbar, sei es durch das duale Krankenversicherungssystem oder auch durch die Entstehungsgeschichte der verschiedenen Kassenarten und dem besonderen arbeitsweltlichen Schwerpunkt der Betriebskrankenkassen. Diese An-

teilsunterschiede 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 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 zudem die in diesem Abschnitt aufgezeigten Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur in den einzelnen soziodemografischen und arbeitsweltlichen Merkmalen für die Interpretation der Zusammenhänge in den folgenden **»** Kapiteln 1 bis 4 relevant.

Gesunder Start ins Berufsleben – Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung 2023

Dirk Rennert, Matthias Richter und Karin Kliner



Stichprobenbeschreibung

Im Mai bzw. Juni 2023 wurden im Auftrag des BKK Dachverbands im Rahmen einer Online-Umfrage insgesamt 3.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte zu verschiedenen Aspekten ihrer Gesundheit und Arbeit durch das Marktforschungsinstitut Kantar¹ befragt. Die Ergebnisse der diesjährigen Umfrage mit dem besonderen Fokus auf die Beschäftigten, die am Beginn ihres Berufs- bzw. Erwerbslebens stehen, werden im Folgenden berichtet.

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

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

Sowohl unter den Umfrageteilnehmern als auch bei allen Beschäftigten in Deutschland ist die Mehrheit zwischen 25 bis unter 55 Jahre alt (62,0% bzw. 67,1%). Mehr als zwei Drittel der Beschäftigten in beiden Gruppen sind in Vollzeit tätig (73,8% bzw. 70,3%). Zudem handelt es sich überwiegend bei den Umfrageteilnehmern und den Beschäftigten insgesamt um unbefristete Arbeitsverhältnisse (91,9% bzw. 92,6%). Für beide Gruppen gilt zudem, dass die Mehrheit jeweils mindestens über die mittlere Reife oder einen höheren Schulabschluss (86,9% bzw. 68,3%), sowie

in deutlich mehr als der Hälfte der Fälle über einen anerkannten Berufsabschluss verfügt (67,9% bzw. 61,7%). Die Abweichungen der Anteile beim Schul- und Berufsabschluss zwischen den Umfrageteilnehmern und Beschäftigten insgesamt kommen vor allem durch die fehlenden Angaben in den amtlichen Meldedaten zustande. Vermutlich handelt es sich dabei um Beschäftigte, deren Abschlüsse im Rahmen der Umstellung der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) in den Jahren 2011–2012 nicht bzw. nicht mehr eindeutig klassifizierbar waren. Bei einer Berechnung ohne diese unbekanntenen Abschlüsse, würden die Anteile in etwa denen der Umfrageteilnehmer entsprechen. Auf Basis des Vergleichs der Kennwerte der beiden Gruppen kann somit davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse der Befragung auf die Grundgesamtheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland verallgemeinerbar sind.

Entsprechend des diesjährigen Schwerpunktthemas werden im Folgenden die Befragungsergebnisse der Beschäftigten unter 30 Jahren denen, die 30 Jahre und älter sind gegenübergestellt. Eine detaillierte Begründung für die Festlegung dieser Altersgrenze für die folgenden Betrachtungen ist in **»** Kapitel 1.6.1 zu finden. Insgesamt 23,2% der Befragten gehören dabei zur Gruppe der unter 30-Jährigen, was in etwa dem Anteil von 20,4%² aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigter in dieser Altersgruppe in Deutschland entspricht. Zur besseren Einordnung sei an dieser Stelle noch erwähnt, dass das Durchschnittsalter in der Gruppe der unter 30-Jährigen 23,9 Jahre und in der Gruppe der Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr 48,4 Jahre unter den Umfrageteilnehmern beträgt.

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

2 Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort nach Altersgruppen. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/altersgruppen.html> [abgerufen am: 04.09.2023].

Tabelle 1 Beschäftigtenbefragung 2023 – Vergleich der Umfrageteilnehmer mit allen Beschäftigten in Deutschland nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen

Merkmale	Ausprägungen	Beschäftigte in der Umfrage 2023	Beschäftigte in Deutschland ¹
		Anteile in Prozent	
Geschlecht	Männer	49,9	53,3
	Frauen	50,3	46,7
	Divers	0,3	*
Alter	Unter 25 Jahre	12,2	9,8
	25 bis unter 55 Jahre	62,0	61,7
	55 bis unter 65 Jahre	22,7	21,7
	65 Jahre und älter	3,0	1,4
Beschäftigungsverhältnis	Vollzeit	73,8	70,3
	Teilzeit	26,2	29,7
	Unbefristet	91,9	92,6
	Befristet	8,1	7,4
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	0,7	2,0
	Haupt-/Volksschulabschluss	12,4	16,8
	Mittlere Reife oder gleichwertig	42,5	32,9
	Abitur/Fachabitur	44,4	35,4
	Abschluss unbekannt	*	12,9
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	7,7	10,3
	Mit anerkanntem Berufsabschluss	67,9	61,7
	Mit akademischem Berufsabschluss	24,5	19,4
	Ausbildung unbekannt	*	8,5

* keine Angaben vorhanden

¹ Statistisches Bundesamt (2022). Befristet Beschäftigte; <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-4/befristet-beschaefigte.html>; Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigungsstatistik (Stichtag Juni 2023).

Junge Berufseinsteiger – Gesundheit, Arbeitszufriedenheit, Erwerbsfähigkeit

- Hinsichtlich der selbsteingeschätzten körperlichen und psychischen Gesundheit ist der Anteil derjenigen Befragten, die hierbei eine eher negative Bewertung zeigen, bei den unter 30-Jährigen größer als bei den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr ausgeprägt.
- Altersunabhängig zeigt sich hingegen eine durchweg hohe Arbeitszufriedenheit bei allen befragten Beschäftigten.
- Ebenfalls nur geringe Unterschiede zwischen Berufsanfängern und berufserfahrenen Beschäftigten lassen sich für die gesundheitsbezogene Arbeitsfähigkeit feststellen. Dies gilt ebenfalls für die Prognose, ob man gesundheitlich in der Lage sein wird, bis zum regulären Renteneintritt erwerbstätig zu sein.

In **»»** Diagramm 1 ist die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes sowie die der Arbeitszufriedenheit im Vergleich zwischen den unter 30-Jährigen und den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr abgebildet. Es zeigt sich, dass in der Gruppe der Beschäftigten unter 30 Jahren der Anteil derjenigen, die ihre körperliche und besonders die psychische Gesundheit selbst eher negativ einschätzen (18,7% bzw.

20,5%), höher ausgeprägt ist, als bei den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr (14,2% bzw. 11,1%). Dieses Ergebnis mag zunächst erstaunen, zeigt sich doch in altersspezifischen Betrachtung der einzelnen Versorgungsbereiche in den folgenden Kapiteln meist ein umgekehrtes Bild. Die hier vorliegende subjektive Bewertung der Gesundheit wird allerdings maßgeblich von Faktoren bestimmt, die v.a. mit der Lebensphase und den damit verbundenen Herausforderungen des Erwachsenwerdens beeinflusst werden. Aus der Entwicklungspsychologie wurde hierfür der Begriff der *emerging adulthood*³ geprägt, Dabei steht eine verlängerte und qualitativ veränderte Identitätsentwicklung mit Auswirkungen auf Partnerschaft und Beruf im Mittelpunkt, die mit einer Vielzahl von Unsicherheitsfaktoren verbunden ist, welche wiederum Einfluss auf die subjektive

3 Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort nach Altersgruppen. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/altersgruppen.html> [abgerufen am: 04.09.2023].

Diagramm 1 Beschäftigtenbefragung 2023 – Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes sowie der Arbeitszufriedenheit nach Altersgruppen

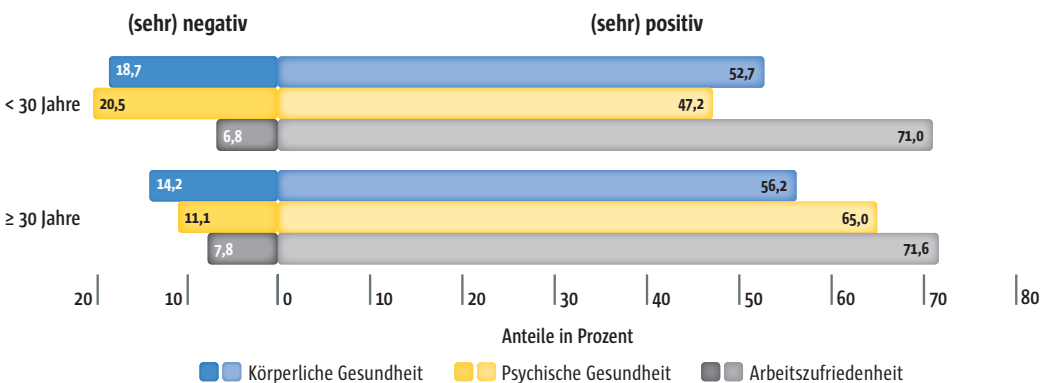
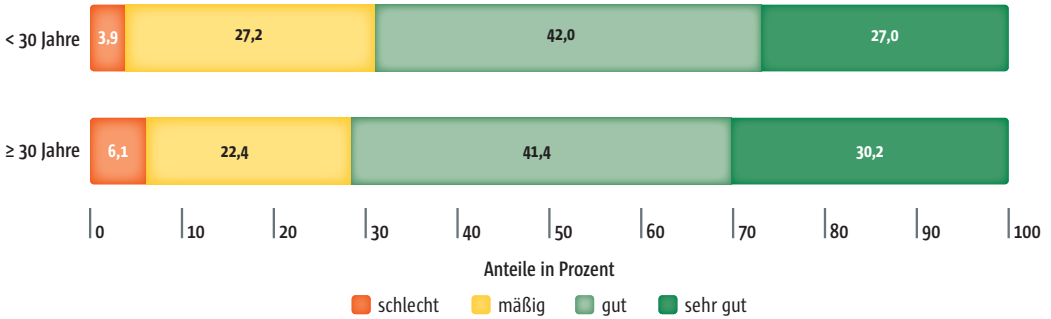


Diagramm 2 Beschäftigtenbefragung 2023 – Arbeitsfähigkeit* nach Altersgruppen



* Hasselhorn, H. M. & Freude, G. (2007). Der Work Ability Index - ein Leitfaden. Bremerhaven: Wirtschaftsverband NW (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin).

Wahrnehmung der eigenen Gesundheit ausüben. Im Kontrast dazu stellt sich das Bild bei der Arbeitszufriedenheit dar. Hier ist klar zu erkennen, dass sich beide Altersgruppen hinsichtlich ihrer Einschätzung nicht voneinander unterscheiden und jeweils weit mehr als zwei Drittel ein positives Votum diesbezüglich abgegeben. So deutlich sich beide Altersgruppen auch hinsichtlich der subjektiv eingeschätzten Gesundheit unterscheiden, hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Arbeit zeichnet sich altersunabhängig ein überwiegend positives Bild.

Die Arbeitsfähigkeit wurde in der Umfrage mittels des Work Ability Index (WAI) erfasst. Der WAI ist ein ursprünglich vom Finnish Institute of Occupational Health⁴ entwickeltes Fragebogen-Instrument, das mittlerweile weltweit etabliert ist und zu welchem diverse Studien vorliegen. Unter Arbeitsfähigkeit wird dabei das Verhältnis der individuellen Leistungsfähigkeit zur tatsächlichen, vom Unternehmen bzw. der Tätigkeit gestellten Arbeitsanforderung verstanden. Die hier verwendete Version des WAI besteht aus insgesamt zehn Fragen⁵, welche sieben Dimension abbilden, die wiederum zu einem Gesamtwert verrechnet werden. Dieser Gesamtwert liegt zwischen 7 bis 49 Punkten, wobei eine höhere Punktzahl eine bessere Arbeitsfähigkeit anzeigt. Diese Punktwerte lassen sich wiederum in insgesamt vier Kategorien einordnen:

- 44–49 Punkte: Sehr gute Arbeitsfähigkeit
- 37–43 Punkte: Gute Arbeitsfähigkeit
- 28–36 Punkte: Mäßige Arbeitsfähigkeit
- 7–27 Punkte: Kritische/Schlechte Arbeitsfähigkeit

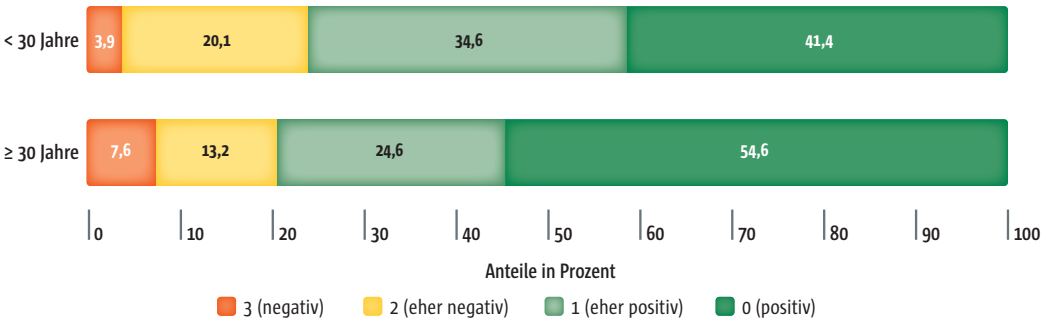
Die Ergebnisse sind entsprechend dieser vier Kategorien des WAI im Vergleich zwischen den beiden Altersgruppen in **▮▮▮** Diagramm 2 dargestellt. Erwartungsgemäß ist der Anteil derjenigen mit einer kritischen bzw. schlechten Arbeitsfähigkeit in der Gruppe der Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr etwas höher ausgeprägt als bei den unter 30-Jährigen (6,1% vs. 3,9%). Dagegen geben in beiden Altersgruppen jeweils mehr als zwei Drittel der Befragten an, eine gute bzw. sehr gute Arbeitsfähigkeit zu haben. Auch hier sind die Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen eher gering ausgeprägt, wobei sich insgesamt ein positives Bild mit einer überwiegend als (sehr) gut eingeschätzten eigenen Arbeitsfähigkeit zeigt.

Die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit legt den Fokus auf einen längerfristigen Horizont, nämlich dem des prognostizierten Renteneintritts. Die drei Fragen der SPE-Skala⁶ fokussieren dabei im Kern darauf, wie wahrscheinlich es ist, dass die befragte Person aus gesundheitlichen Gründen vor dem regulären Renteneintrittsalter aus dem Erwerbsleben ausscheiden wird. Aus den Selbsteinschätzungen der Befragten ergibt sich als Ergebnis ein Punktwert, der zwischen „0“ (hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Person bis zum regulären Renteneintrittsalter erwerbstätig ist) und „3“ (hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Person frühzeitiger in [Erwerbsminde-

4 Tuomi, K. et al. (1998). Work Ability Index (Occupational health care, Bd. 19, 2nd rev. ed). Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.
 5 In der aktuellen Befragung wurde dabei die sogenannte „Ultrakurzversion“ verwendet. Hasselhorn, H.M. & Freude, G. (2007). Der Work Ability Index – ein Leitfaden. Bremerhaven: Wirtschaftsverband NW (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin), S. 28/29.

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

Diagramm 3 Beschäftigtenbefragung 2023 – Subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala*) nach Altersgruppen



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

rungs-]Rente geht bzw. aus dem Erwerbsleben ausscheidet) liegt. In **»»»** Diagramm 3 sind die Anteile, bezogen auf diese einzelnen Punktwerte, getrennt für beide Altersgruppen abgebildet. Ähnlich wie bei der Arbeitsfähigkeit (**»»»** Diagramm 2), liegen die Anteile derer, die es als eher unwahrscheinlich erachten, bis zur Rente erwerbstätig zu sein, bei den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr tendenziell etwas höher als bei denen unter 30 Jahren (7,6% vs. 3,9%).

Hier ist sicherlich der altersspezifische Gesundheitszustand, gepaart mit der Einschätzung der Passung zwischen Anforderungen der Arbeit und den eigenen Ressourcen, ausschlaggebend für diesen altersspezifischen Unterschied. Abseits dessen zeigt sich aber auch hier, dass die jeweils überwiegende Mehrheit (76,0% bzw. 79,2%) der Befragten sich gesundheitlich in der Lage sieht, bis zum regulären Renteneintrittsalter erwerbstätig zu sein.

Junge Berufseinsteiger – Arbeitszeit und Arbeitsort

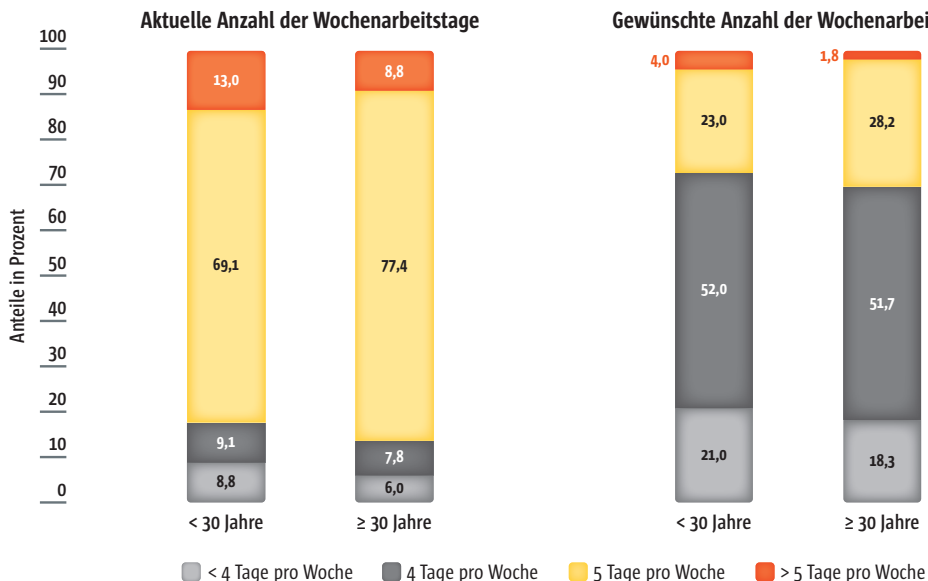
Wie viele Stunden bzw. Tage Beschäftigte in Abhängigkeit von ihrem Lebensalter pro Woche tätig sind und welche Präferenzen sie diesbezüglich haben bzw. welches Bild sich bei der Frage nach mobiler Arbeit zeigt, soll in diesem Abschnitt näher betrachtet werden.

- Die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten arbeitet aktuell in einer 5-Tage-Woche, dagegen wünscht sich mehr als die Hälfte der Beschäftigten, eine 4-Tage-Woche.
- Bezüglich der Angabe zum aktuellen sowie zum gewünschten Umfang der Wochenarbeitsstage zeigen sich dabei keine substantiellen Unterschiede zwischen den Altersgruppen.

- Ausgehend von der aktuellen Anzahl der Arbeitstage bzw. Arbeitszeit pro Woche zeigt sich bei den Beschäftigten – unabhängig von deren Alter –, dass sich die Mehrheit aller Befragten eine Reduktion wünscht.

Wie viele Tage pro Woche die befragten Beschäftigten aktuell in der Regel arbeiten bzw. wie viele Tage pro Woche sie gern arbeiten würden, ist in **»»»** Diagramm 4 zu sehen. Wenig überraschend ist es in beiden Altersgruppen jeweils eine deutliche Mehrheit (69,1% bzw. 77,4%) die angibt, bei der aktuellen Tätigkeit 5 Tage pro Woche zu arbeiten. Die Anteile derjenigen, die aktuell weniger bzw. mehr als 5 Tage pro Woche arbeiten, unterscheidet sich ebenfalls nicht

Diagramm 4 Beschäftigtenbefragung 2023 – Aktuelle und gewünschte Anzahl der Wochenarbeitsstage nach Altersgruppen



wesentlich zwischen den unter 30-Jährigen und den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr. Auch auf die Frage nach der gewünschten Anzahl der Arbeitstage pro Woche zeigt sich ein Antwortmuster, welches sich nur geringfügig zwischen beiden Altersgruppen unterscheidet: Sowohl bei den unter 30-Jährigen als auch den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr präferiert jeweils eine knappe Mehrheit (52,0% bzw. 51,7%) die 4-Tage-Woche, rund jeder Fünfte (21,0% bzw. 18,3%) möchte sogar noch weniger als 4 Tage pro Woche arbeiten, etwas mehr als jeder vierte hingegen präferiert es, mindestens 5 Tage pro Woche zu arbeiten. Insgesamt zeigt sich, dass die meisten Beschäftigten sich eine Abkehr von der 5-Tage-Woche wünschen. Bemerkenswert ist, dass es auch hier keine substantiellen Unterschiede zwischen Berufseinsteigern und berufserfahrenen Beschäftigten gibt.

Neben den Arbeitstagen erweitert ein Blick auf den aktuellen Stand und die Präferenzen zur wöchentlichen Arbeitszeit im Zusammenhang mit dem Lebensalter das Bild (Diagramm 5). Bezogen auf die Differenz zwischen aktueller und präferierter Arbeitszeit zeigt sich eindrücklich: Deutlich mehr als zwei Drittel der Beschäftigten gibt explizit an, dass sie gern ihre aktuelle Wochenarbeitszeit redu-

zieren möchten. Dabei zeigen sich wiederum keinerlei bedeutsame Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen (72,4% bzw. 70,2%). Ein etwas anderes Bild zeigt sich bei denen, die gern ihre aktuelle Wochenarbeitszeit beibehalten bzw. erhöhen wollen. Während der Anteil derjenigen, die gern genauso viele Stunden wie bisher arbeiten wollen, unter den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr mehr als doppelt so hoch im Vergleich zu den unter 30-Jährigen ausfällt (18,6% vs. 8,6%), stellt sich das Verhältnis bei denen, die gern mehr Stunden pro Woche als bisher arbeiten wollen, nahezu umgekehrt dar (11,2% vs. 19,0%). Ein Grund für diesen Effekt dürfte darin liegen, dass der Anteil der unbefristet in Vollzeit Beschäftigten unter 30-Jährigen mit 59,5% deutlich geringer ausfällt, als in der Gruppe ab dem 30. Lebensjahr (70,9%).

Ein ähnliches Muster ist auch bei den Wochenarbeitsstagen erkennbar. Jeweils rund zwei Drittel der Beschäftigten beider Altersgruppen (68,4% bzw. 64,8%) wünschen sich weniger Wochenarbeitstage als bisher. Hier ist ebenfalls erkennbar, dass der Anteil derjenigen, die die Anzahl der Wochenarbeitstage beibehalten wollen, unter den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr höher ausfällt (32,4% vs. 23,9%),

Diagramm 5 Beschäftigtenbefragung 2023 – Differenzen zwischen aktuellen und gewünschten Wochenarbeitszeiten bzw. Wochenarbeitstagen nach Altersgruppen

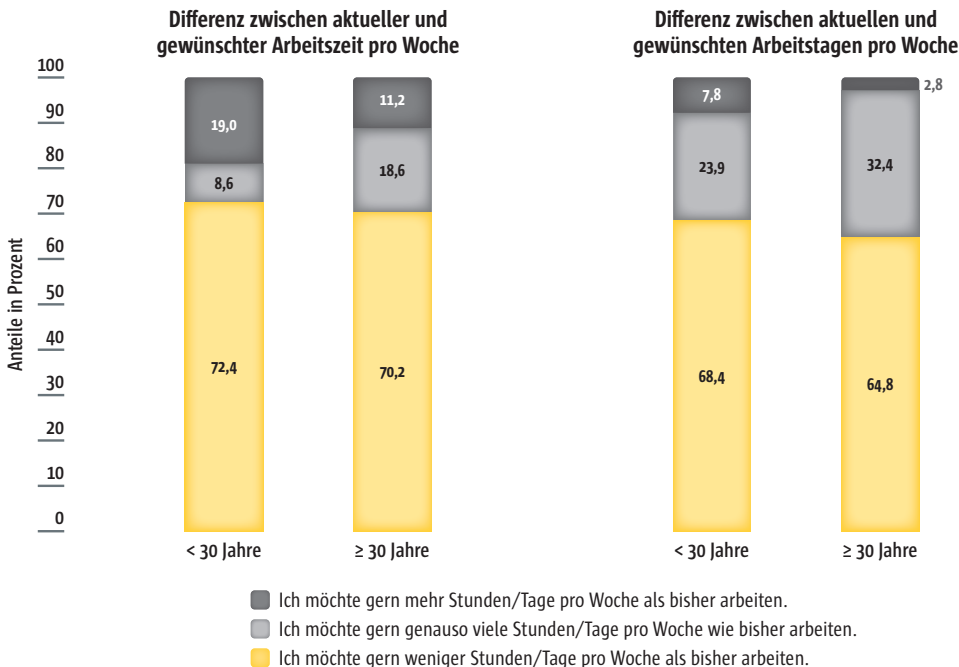
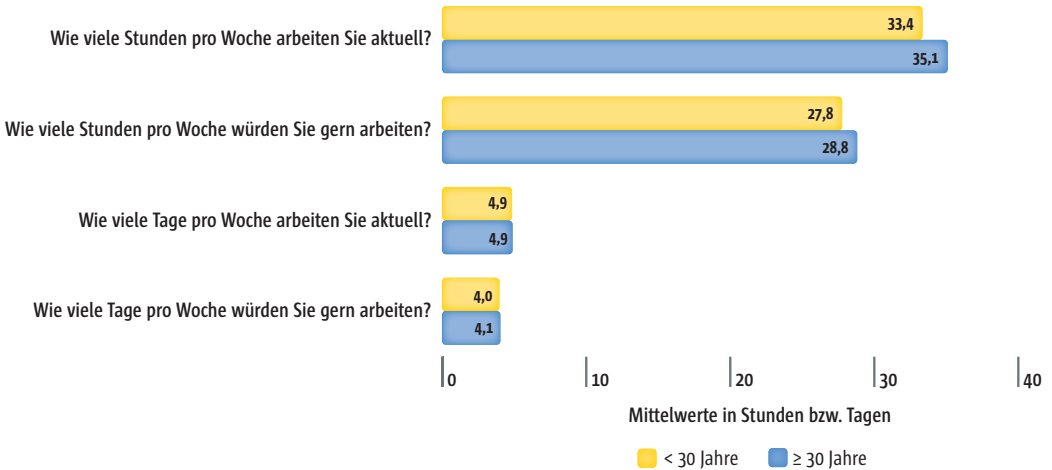


Diagramm 6 Beschäftigtenbefragung 2023 – Durchschnittliche aktuelle und gewünschte Wochenarbeitszeit bzw. Wochenarbeitstage nach Altersgruppen



während wiederum der Anteil diejenigen, die gern mehr Tage pro Woche arbeiten möchten, bei den unter 30-Jährigen höher ausgeprägt ist (7,8% vs. 2,8%).

Insgesamt zeigt sich, dass sich die Mehrheit der Beschäftigten – unabhängig vom Lebensalter – jeweils eine Reduzierung der Wochenarbeitstage und der Wochenarbeitszeit wünscht. Gleichzeitig wird sichtbar, dass der Anteil derjenigen Beschäftigten, die gern mehr Tage bzw. Stunden pro Woche als bisher arbeiten möchten, bei den unter 30-Jährigen höher ausgeprägt ist, als bei den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr.

Ergänzend zur kategorialen Betrachtung der aktuellen und gewünschten Wochenarbeitszeit bzw. den Wochenarbeitstagen, sind in **»»»** Diagramm 6 die entsprechenden Mittelwerte im Vergleich zwischen den beiden Altersgruppen dargestellt. Tendenziell arbeiten Beschäftigte ab dem 30. Lebensjahr mit 35,1 Stunden pro Woche aktuell etwas länger als die unter 30-Jährigen (33,4 Stunden pro Woche). Ein Grund hierfür ist, dass der Anteil der befristet bzw. in Teilzeit oder Leiharbeit Beschäftigten in der Gruppe der unter 30-Jährigen wesentlich größer ausfällt. Junge Beschäftigte nehmen zu Beginn ihres Berufslebens häufiger prekäre Arbeitsverhältnisse (befristet/in Teilzeit/Leiharbeit) in Kauf. Dagegen unterscheidet sich die gewünschte Wochenarbeitszeit zwischen beiden Altersgruppen nur noch in geringem Maße voneinander.

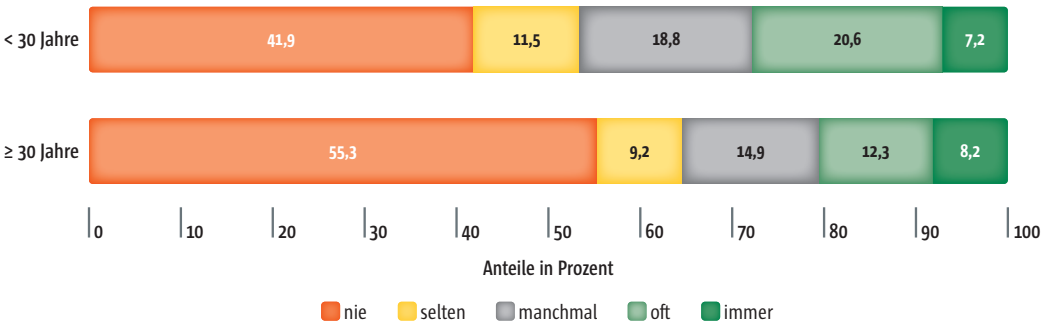
Eine noch größere Übereinstimmung zeigt sich zwischen den Altersgruppen bezogen auf die tatsäch-

liche bzw. gewünschte Anzahl der Arbeitstage pro Woche. Während die Berufstätigkeit aktuell im Durchschnitt rund 5 Tage pro Woche einnimmt, geht der Wunsch altersunabhängig deutlich in Richtung 4-Tage-Woche.

- Die Möglichkeit zum mobilen Arbeiten wird von den Beschäftigten unter 30 Jahren deutlich häufiger genutzt, als dies bei den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr der Fall ist.

Als Abschluss zum Thema Arbeitszeit und Arbeitsort soll an dieser Stelle noch ein Blick auf die Nutzung von Homeoffice bzw. mobiler Arbeit in Abhängigkeit vom Lebensalter geworfen werden (**»»»** Diagramm 7). Auf den ersten Blick wird erkennbar, dass der Anteil derjenigen, die zumindest sporadisch oder sogar regelmäßig Homeoffice bzw. mobiles Arbeiten nutzen, in der Gruppe der unter 30-Jährigen deutlich größer ausgeprägt ist, als dies bei den über 30-Jährigen der Fall ist (58,1% vs. 44,7%). Der Abstand zwischen beiden Altersgruppen würde vermutlich noch größer ausfallen, wenn alle Beschäftigten in gleichem Maße die Möglichkeit hätten, Homeoffice bzw. mobiles Arbeiten zu nutzen. Der Anteil derjenigen Beschäftigten, deren Arbeitgeber die flexible Wahl des Arbeitsortes nicht gestattet, ist nämlich bei den unter 30-Jährigen deutlich höher als bei den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr ausgeprägt (18,1% vs. 11,6%). Vermutlich ist dies aber bspw. bei Auszubildenden, die ebenfalls zur Gruppe der unter 30-jähri-

Diagramm 7 Beschäftigtenbefragung 2023 – Häufigkeit der Nutzung von Homeoffice/mobilem Arbeiten nach Altersgruppen



gen Beschäftigten zählen, nur begrenzt möglich. Dennoch ist bei der flexiblen Wahl des Arbeitsplatzes eindeutig ein Alterseffekt dahingehend zu beob-

achten, was darauf schließen lässt, dass mobiles Arbeiten in den kommenden Jahren weiter an Bedeutung gewinnen wird.

Junge Berufseinsteiger – Wechselbereitschaft und Renteneintrittswunsch

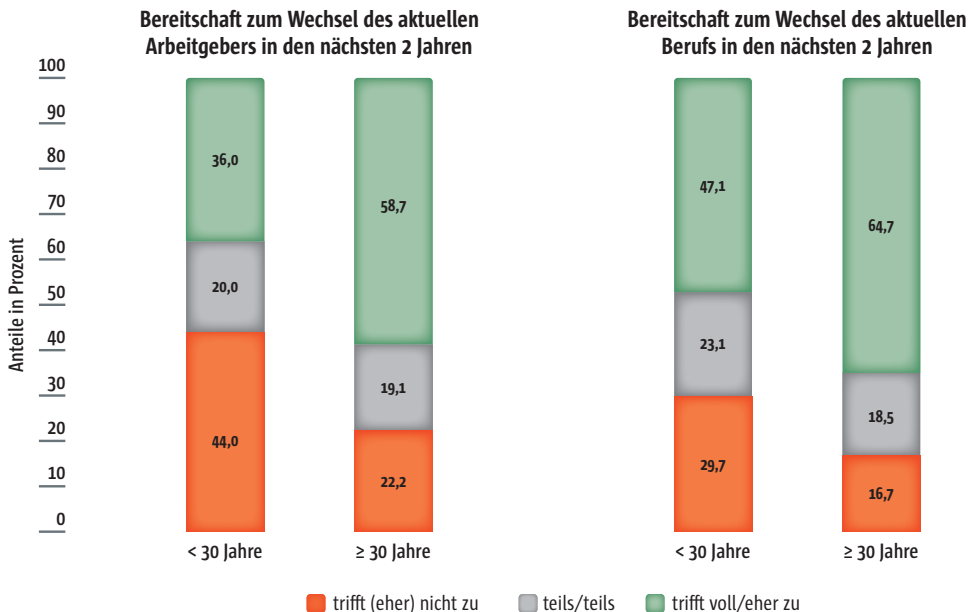
Neben Fragen zur Arbeitszeit und zum Arbeitsort wurden die Umfrageteilnehmer zusätzlich gefragt, wie wahrscheinlich es ist, dass sie mittelfristig den Arbeitgeber bzw. den Beruf wechseln werden und in welchem Alter sie theoretisch gern in den Ruhestand bzw. in Rente gehen möchten.

- Junge Berufseinsteiger unter 30 Jahren weisen eine höhere Tendenz auf mittelfristig den Beruf bzw. den Arbeitgeber zu wechseln, als dies bei den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr der Fall ist.

- Insgesamt äußern nahezu zwei Drittel aller Befragten den Wunsch, vor ihrem regulären Renteneintrittsalter in den Ruhestand gehen zu wollen. Zwischen den beiden Altersgruppen zeigt sich dabei kein bedeutsamer Unterschied.

Während nur etwas mehr als jeder fünfte Beschäftigte (22,2%) ab dem 30. Lebensjahr angibt, in den kommenden 2 Jahren sehr wahrscheinlich den Arbeitgeber wechseln zu wollen, liegt dieser Anteil bei den unter 30-jährigen Beschäftigten mit 44,0% nahezu doppelt so hoch (»» Diagramm 8). In einem

Diagramm 8 Beschäftigtenbefragung 2023 – Bereitschaft zum Wechsel des Unternehmens bzw. der Berufstätigkeit nach Altersgruppen



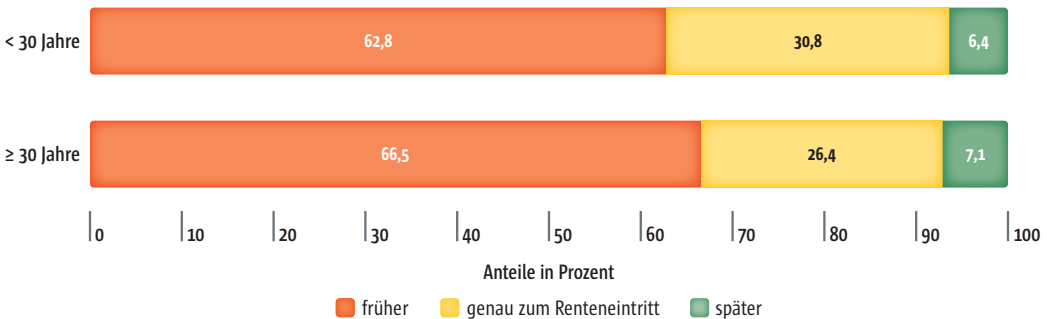
ähnlichen Verhältnis, allerdings auf einem deutlich niedrigeren Niveau bewegt sich der Anteil derjenigen, die sich in den kommenden beiden Jahren sehr wahrscheinlich beruflich verändern möchten (16,7% vs. 29,7%). Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen fallen dabei erwartungsgemäß aus. Junge Berufsanfänger weisen am Anfang ihres Berufslebens meist eine geringere Bindung zum Arbeitgeber als die älteren Beschäftigten auf. Zum anderen steigt die Attraktivität langfristig angelegter Anreize (bspw. Betriebsrente, Lebensarbeitszeitkonto etc.) mit zunehmendem Alter/langjähriger Betriebszugehörigkeit der Beschäftigten, womit gleichzeitig ein Arbeitgeberwechsel zunehmend unattraktiver wird. In ähnlichem Maße gilt dies für den Wechsel der Berufstätigkeit, wobei dieser besonders häufig direkt nach dem Ende der entsprechenden Ausbildung mit dem Übergang ins Erwerbsleben stattfindet⁷.

Während das nominelle Renteneintrittsalter seit Gründung der Bundesrepublik Deutschland lange Zeit unverändert 65 Jahre betrug, wird es seit 2012 sukzessive bis zum Jahr 2031 auf 67 Jahre in Abhängigkeit vom Geburtsjahr angehoben. Seit Anfang der 70er-Jahre sank das reelle unter das nominelle Renteneintrittsalter und erreichte im Jahr 1982 mit

62,8 Jahren für Männer und 61,5 Jahren für Frauen den bislang niedrigsten Wert. Im Jahr 2020 betrug das Alter bei Renteneintritt für Männer 64,1 Jahre und für Frauen 64,2 Jahre⁸. Ein nicht unerheblicher Teil der Beschäftigten geht somit vor der Regelaltersgrenze in den Ruhestand, im Jahr 2021 lag dieser Anteil bei 24,5%.

Wesentlich größer ist hingegen der Wunsch der Beschäftigten nach einem frühzeitigen Ruhestand ausgeprägt (III Diagramm 9). Jeweils die Mehrheit der unter 30-Jährigen (62,8%) als auch der 30-Jährigen und älteren Beschäftigten (66,5%) präferiert einen früheren Zeitpunkt. In beiden Altersgruppen kann sich dagegen nur eine Minderheit (6,4% bzw. 7,1%) vorstellen, sogar länger als notwendig zu arbeiten, etwas mehr als jeder Fünfte (30,8% bzw. 26,4%) will hingegen bis zum regulären Renteneintrittsalter tätig sein. Auch an dieser Stelle zeigt sich, dass sich sowohl jüngere als auch ältere Beschäftigte hinsichtlich des Wunschzeitpunkts ihres Ruhestands nicht wesentlich voneinander unterscheiden. Gleichzeitig wird deutlich, dass es einer alter(n)s-gerechten Gestaltung von Arbeit und weiterer Motivatoren bedarf, um mehr Beschäftigte zumindest bis zum regulären Renteneintritt in Arbeit zu halten.

Diagramm 9 Beschäftigtenbefragung 2023 – Gewünschter Eintritt in den Ruhestand nach Altersgruppen



7 Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) Berufswechsel: Allzu oft geht's abwärts. Böckler Impuls 17/2013 <https://www.boeckler.de/de/boeckler-impuls-berufswechsel-allzu-oft-gehts-abwaerts-9871.htm> [abgerufen am 11.09.2023]

8 Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.) Bund-Länder-Demografieportal Renteneintrittsalter 1960–2020. <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/renteneintrittsalter.html> [abgerufen am 12.09.2023].

9 Tagesschau.de <https://www.tagesschau.de/inland/frueherer-renteneintritt-immer-haeufiger-101.html> [abgerufen am 12.09.2023].

Junge Berufseinsteiger – Arbeitsbedingungen zwischen Realität und persönlicher Wichtigkeit

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit einigen ausgewählten Arbeitsbedingungen im Detail. Dabei wird zunächst deren Umsetzungsgrad bei der aktuellen Tätigkeit erfragt, um anschließend für die gleichen Merkmale die persönlichen Präferenzen der Beschäftigten gegenüberzustellen.

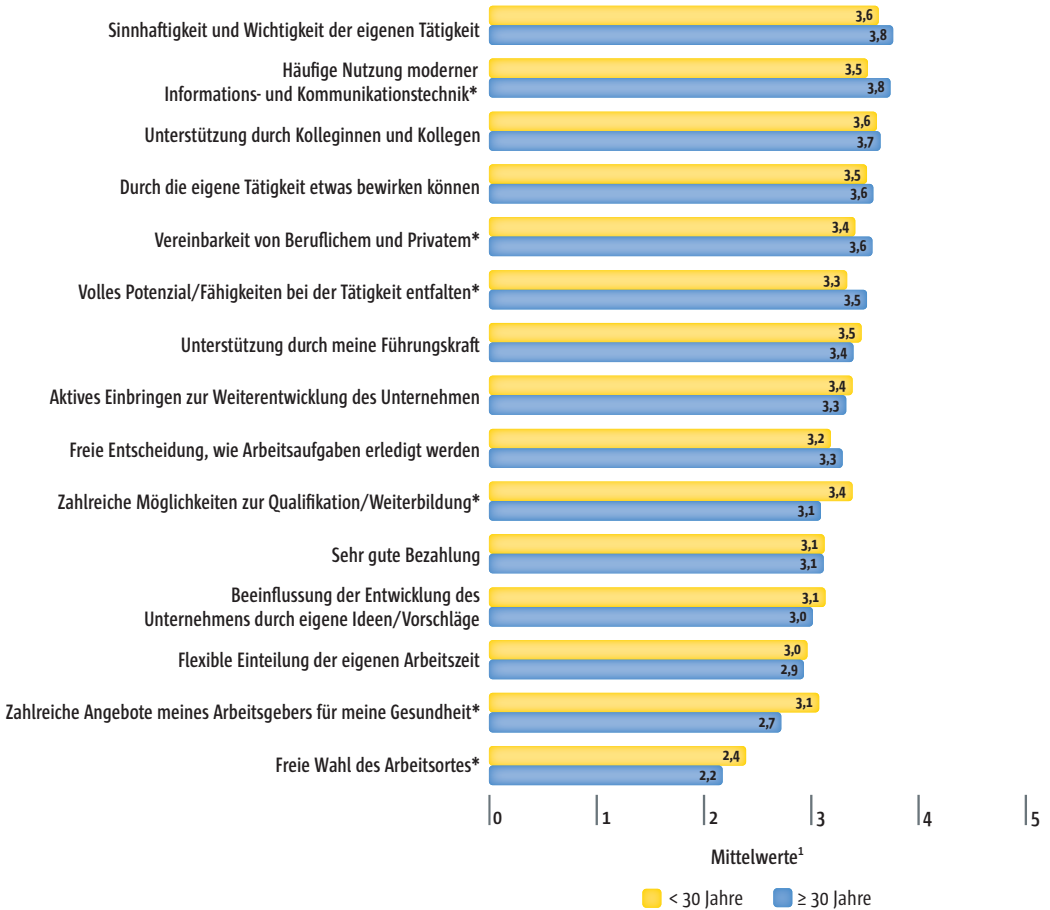
- In der differenzierten Bewertung einzelner Arbeitsbedingungen zeigt sich, dass bei der aktuellen Tätigkeit aus Sicht der Befragten die Sinnhaftigkeit der Arbeit am höchsten und die freie Wahl des Arbeitsortes am niedrigsten ausgeprägt ist.
- Bei der Frage nach der persönlich eingeschätzten Wichtigkeit der genannten Arbeitsbedingungen, steht eine angemessene Bezahlung an der Spitze, während wiederum die freie Wahl des Arbeitsortes die durchschnittlich niedrigste Wichtigkeit aufweist.
- Ein zusätzlicher Blick auf die Differenzen zwischen Wunsch und Wirklichkeit zeigt, dass dabei die größten Abweichungen bei der Bezahlung gefolgt von der flexiblen Arbeitszeiteinteilung und der freien Wahl des Arbeitsortes bestehen.
- Sowohl bei der Bewertung der aktuellen Arbeitsbedingungen als auch bei deren subjektiv eingeschätzten Wichtigkeit zeigen sich keine substantiellen Unterschiede zwischen den Altersgruppen.

Wie die Beschäftigten die konkreten Arbeitsbedingungen bei ihrer aktuellen Tätigkeit in Abhängigkeit vom Lebensalter einschätzen, ist in **»»»** Diagramm 10 zu sehen. Die stärkste Zustimmung erhält die Aussage, dass die eigene Tätigkeit als sinnhaft und wichtig empfunden wird, gefolgt von der häufigen Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnik bei der aktuellen Tätigkeit. Auf dem dritten Platz ist die erlebte Unterstützung durch die Kolleginnen und Kollegen zu finden. Am wenigsten zutreffend für die Beschreibung der aktuellen Tätigkeit werden die Aspekte der freien Einteilung der Arbeitszeit sowie der freien Wahl des Arbeitsortes bewertet. Gleiches gilt für Angebote des Arbeitgebers

im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Unabhängig von der Reihung fallen die Unterschiede in den Bewertungen zwischen den beiden Altersgruppen gering aus. Am größten ist sie noch bei der Frage nach den Angeboten zum betrieblichen Gesundheitsmanagement ausgeprägt, gefolgt von der Frage nach den vorhandenen Weiterbildungsmöglichkeiten sowie der freien Wahl des Arbeitsortes. In allen drei Fällen liegt dabei die Einschätzung der unter 30-Jährigen über der der Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr. In die umgekehrte Richtung stellt sich der Unterschied bei der Nutzung von moderner Information- und Kommunikationstechnik dar. Hier sind es die älteren Beschäftigten, die diesbezüglich eine tendenziell höhere Zustimmungsquote aufweisen. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die arbeitsbezogenen Aussagen zum aktuellen Arbeitgeber sowohl von den jüngeren als auch von den älteren Beschäftigten in ähnlicher Weise und Reihung bewertet wurden und somit auch hier kein substanzieller Alterseffekt feststellbar ist.

Zusätzlich zu den aktuellen Arbeitsbedingungen, wurden die Beschäftigten bezogen auf dieselben Aussagen befragt, wie wichtig diese für sie persönlich sind (**»»»** Diagramm 11). Hier zeigt sich eine deutlich andere Reihung. Als am wichtigsten wird dabei von den Befragten die Bezahlung, gefolgt von der Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie der Sinnhaftigkeit der eigenen Tätigkeit eingeschätzt. Als deutlich weniger wichtig werden Angebote zum betrieblichen Gesundheitsmanagement, die Beeinflussung der Entwicklung des Unternehmens durch eigenen Ideen und Vorschläge sowie die freie Wahl des Arbeitsortes eingeschätzt. Auch an dieser Stelle zeigt sich wieder, dass sich die Beschäftigten beider Altersgruppen hinsichtlich der Einschätzung der subjektiven Wichtigkeit der einzelnen Arbeitsbedingungen mehrheitlich nicht wesentlich voneinander unterscheiden.

Diagramm 10 Beschäftigtenbefragung 2023 – Bewertung ausgewählter Arbeitsbedingungen bei der aktuellen Tätigkeit nach Altersgruppen



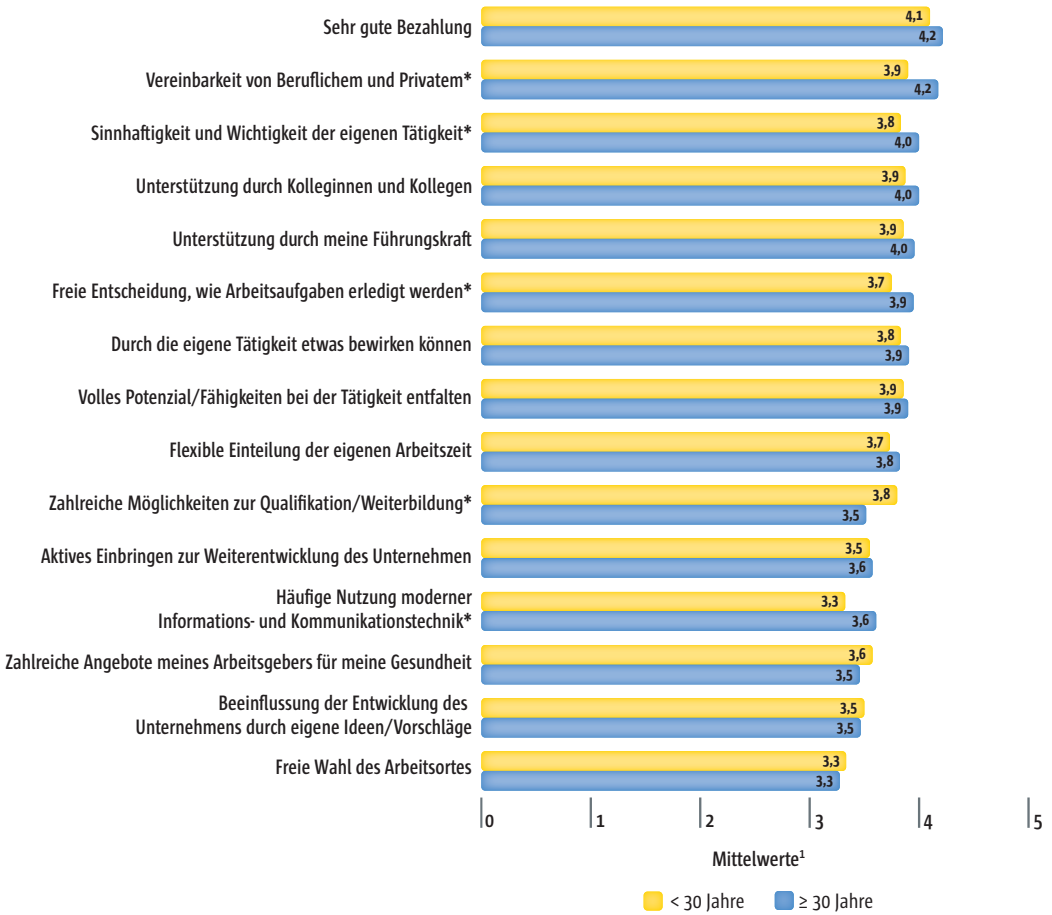
¹ Antwortformat: 1= trifft gar nicht zu bis 5= trifft voll zu

* Signifikanter Mittelwertunterschied zwischen beiden Altersgruppen (p < .001)

Aufschlussreich ist ein zusätzlicher Blick auf die – hier nicht dargestellten – Unterschiede zwischen den Einschätzungen zur subjektiven Wichtigkeit (III Diagramm 11) und dem aktuellen Zustand (III Diagramm 10) der entsprechenden Arbeitsbedingungen. Die größte Diskrepanz gibt es zum Thema Bezahlung, die aus Sicht der Beschäftigten beider Altersgruppen eine hohe Bedeutung hat, aber in der aktuellen Tätigkeit deutlich seltener als sehr gut zu bezeichnen ist. Etwas weniger stark ausgeprägt, allerdings mit den gleichen Vorzeichen ist diese Diskrepanz bei der freien Wahl des Arbeitsortes bzw. der flexiblen Einteilung der eigenen Arbeitszeit ausge-

prägt. Durchgängig liegt die Einschätzung der Wichtigkeit der einzelnen Arbeitsmerkmale über der, der tatsächlich vorhandenen Arbeitsbedingungen. Die einzige Ausnahme bildet die Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnik, deren Wichtigkeit für die eigene Arbeit von den Befragten geringer eingeschätzt, im realen Arbeitsleben aber trotzdem sehr häufig genutzt wird. Wie bereits für die Bewertungen selbst, lässt sich wiederum für besagte Differenzen zwischen subjektiver Wichtigkeit und arbeitsweltlicher Realität feststellen, dass sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden befragten Altersgruppen zeigen.

Diagramm 11 Beschäftigtenbefragung 2023 – Subjektive Wichtigkeit ausgewählter Arbeitsbedingungen nach Altersgruppen



¹ Antwortformat: 1= trifft gar nicht zu bis 5= trifft voll zu

* Signifikanter Mittelwertunterschied zwischen beiden Altersgruppen (p < .001)

Junge Berufseinsteiger – Bedeutung von Nachhaltigkeit in der Arbeitswelt

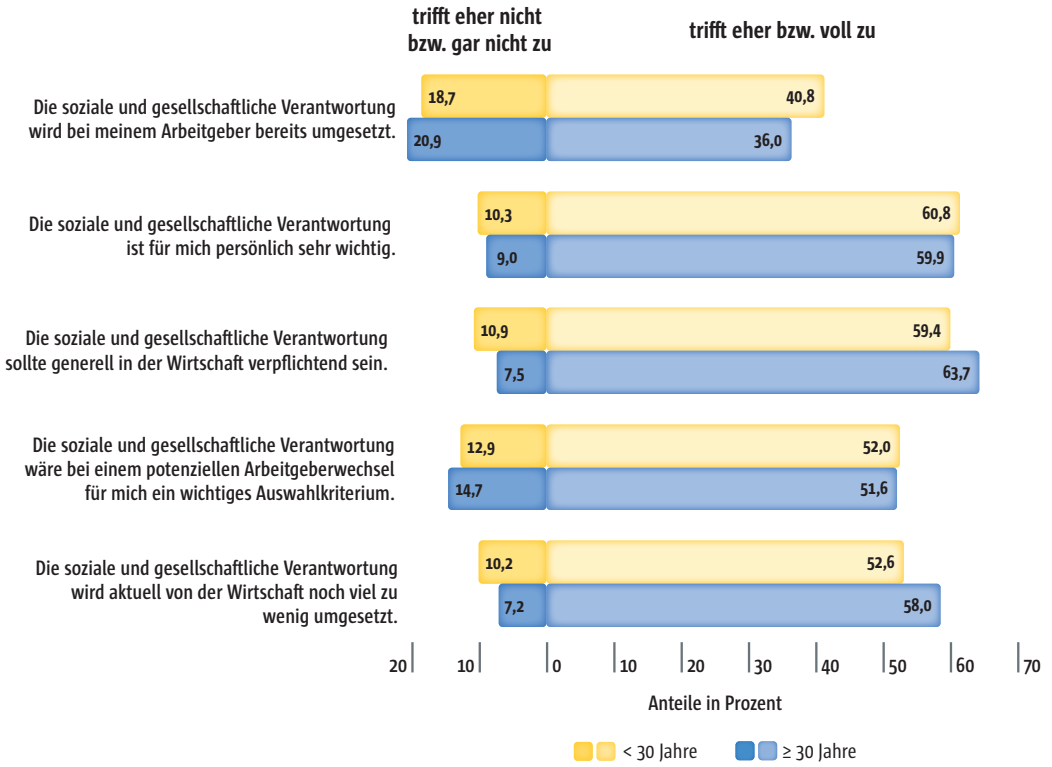
Nachhaltigkeit und soziale Verantwortung erlangen im Kontext der Arbeitswelt eine zunehmende Bedeutung. Wie die Beschäftigten dabei ausgewählte Aspekte zu diesem Themenkomplex in Abhängigkeit von ihrem Lebensalter bewerten, soll Gegenstand der abschließenden Betrachtung in diesem Kapitel sein.

- Die soziale und gesellschaftliche Unternehmensverantwortung spielt für die Mehrheit der befragten Beschäftigten eine bedeutende Rolle. Für mehr als die Hälfte der Befragten stellt dieses Merkmal zudem ein wichtiges Entscheidungskriterium bei der Auswahl des zukünftigen Arbeitgebers dar.
- Dagegen wird der aktuelle Umsetzungsgrad von Nachhaltigkeit beim aktuellen Arbeitgeber nur von etwas mehr als einem Drittel als eher bis voll zutreffend eingeschätzt.
- Zur Bedeutung der Nachhaltigkeit in der Arbeitswelt lassen sich ebenfalls keine bedeutsamen Unterschiede in der Bewertung zwischen jüngeren und älteren Beschäftigten feststellen.

Die niedrigsten Zustimmungsraten zeigen sich sowohl bei den unter 30-jährigen (40,8%) als auch bei den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr (36,0%) auf

die Frage nach dem Umsetzungsgrad bzgl. der sozialen und gesellschaftlichen Unternehmensverantwortung beim aktuellen Arbeitgeber (»»» Diagramm 12). Dagegen gibt eine deutliche Mehrheit beider Altersgruppen (60,8% bzw. 59,9%) an, dass die soziale und gesellschaftliche Verantwortung für sie persönlich sehr wichtig ist. Des Weiteren ist bemerkenswert, dass jeweils knapp die Hälfte der befragten Beschäftigten in beiden Altersgruppen (52,0% bzw. 51,6%) angibt, dass der Umsetzungsgrad der sozialen und gesellschaftlichen Verantwortung ein wichtiges Kriterium für die Wahl eines zukünftigen Arbeitgebers darstellt. Ebenfalls hohe Zustimmungsteile entfallen auf die Aussagen, dass Arbeitgeber aktuell ihrer sozialen und gesellschaftlichen Verantwortung noch zu wenig gerecht werden, sowie, dass dieser Aspekt verpflichtend für Unternehmen sein sollte. Auch hier zeigt sich im Rahmen der Mittelwertvergleiche bezogen auf die einzelnen Aussagen, dass sich die Einschätzung nicht bedeutsam zwischen den beiden Altersgruppen unterscheidet. Soziale und gesellschaftliche Unternehmensverantwortung wird also sowohl von den älteren als auch von den jüngeren Beschäftigten in gleichem Maße als wichtig erachtet.

Diagramm 12 Beschäftigtenbefragung 2023 – Bewertung verschiedener Aspekte sozialer und gesellschaftlicher Unternehmensverantwortung nach Altersgruppen



Fazit und Ausblick

Die diesjährige Beschäftigtenbefragung geht primär der Frage nach, ob und in welchem Maß sich jüngere von älteren Beschäftigten hinsichtlich ausgewählter arbeitsweltlicher und gesundheitsbezogener Merkmale voneinander unterscheiden. Diese Unterschiede zeigen sich bspw. bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit, mit negativeren Werten für die unter 30-Jährigen im Vergleich zu den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr. Jüngere Beschäftigte geben zudem deutlich häufiger an, sich vorstellen zu können, mittelfristig den Arbeitgeber bzw. den Beruf zu wechseln. Zudem ist in der Gruppe der jüngeren Beschäftigten im Vergleich zu denen ab dem 30. Lebensjahr der Anteil der mobil Arbeitenden höher ausgeprägt. Für alle anderen in diesem Kapitel aufgeführten Merkmale zeigen sich hingegen keine substanziellen Altersunterschiede bezüglich ihrer Bewertung durch die Befragten. Hinsichtlich ihrer Einstellungen, Präferenzen und ihrer Motivation zur Arbeit lässt sich keinerlei Alterseffekt nachweisen. Der oftmals kolportierte Generationenkonflikt im Kontext der Arbeitswelt ist anhand der vorliegenden empirischen Ergebnisse nicht belegbar. Dagegen tritt ein generationsübergreifender Wunsch nach einem Wandel der Arbeitswelt zutage. Dies zeigt sich bspw. sehr deutlich in der Frage nach den Wochenarbeits Tagen und der Wochenarbeitszeit, wobei die Mehrheit der Beschäftigten aller Altersgruppen eine Reduktion hin zu einer 4-Tage-Woche und einer wöchentlichen Arbeitszeit von ca. 30 Stunden präferiert. Dieser Wandel zeigt sich zudem auch in der Be-

wertung der Wichtigkeit einzelner Merkmale der Arbeit, wobei neben einer guten Bezahlung, die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben und das Erleben der Sinnhaftigkeit der Tätigkeit – in gleicher Weise von jüngeren und älteren Beschäftigten – am höchsten eingeschätzt werden. Gleiches gilt auch für die Frage nach der Bedeutung von Nachhaltigkeit im Sinne der sozialen und gesellschaftlichen Verantwortung in Unternehmen: Jeweils die Mehrheit der Beschäftigten beider Altersgruppen gibt an, dass dieses Thema für Sie persönlich sehr wichtig ist und dessen Umsetzung beim potenziellen Wechsel des Arbeitgebers ein wesentliches Auswahlkriterium darstellt.

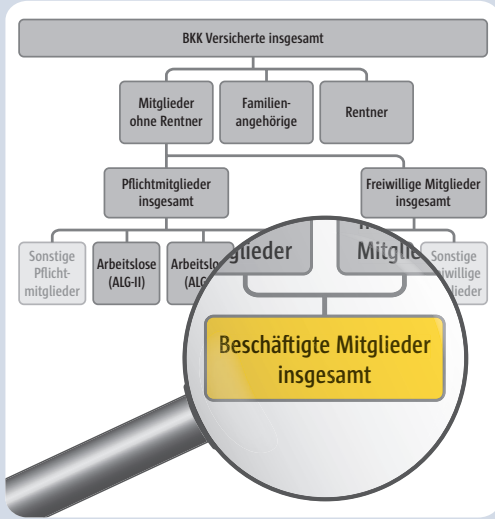
Der Wandel der Arbeitswelt ist in vollem Gange. Vermeintliche alters- bzw. generationspezifische Unterschiede sind in der vorliegenden Umfrage für die wesentlichen arbeitsweltlichen Merkmale nicht nachweisbar. Jüngere wie ältere Beschäftigte eint der Wunsch, diesen Wandel in Gang zu setzen. Der Fakt, dass dabei der Sinnhaftigkeit der Arbeit sowie der Aspekt der Nachhaltigkeit eine sehr hohe Bedeutung beikommt, zeigt aber auch, dass Arbeit generell nicht an Bedeutung verliert, sondern sich deren Bedeutung von der reinen Lohnarbeit hin zur Sinnarbeit verändert. Arbeitgeber, die diesen Wandel mitgehen oder vielleicht sogar schon leben, wird es in Zukunft nicht nur leichter fallen, neue Fachkräfte zu rekrutieren, sondern diese auch langfristig an ihr Unternehmen zu binden.

1

Arbeitsunfähigkeit

Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter





In diesem Abschnitt werden die Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens (AU-Geschehens) der ca. 4,6 Mio. beschäftigten BKK Mitglieder im Jahr 2022 analysiert und dargestellt.

1.1 AU-Geschehen im Überblick

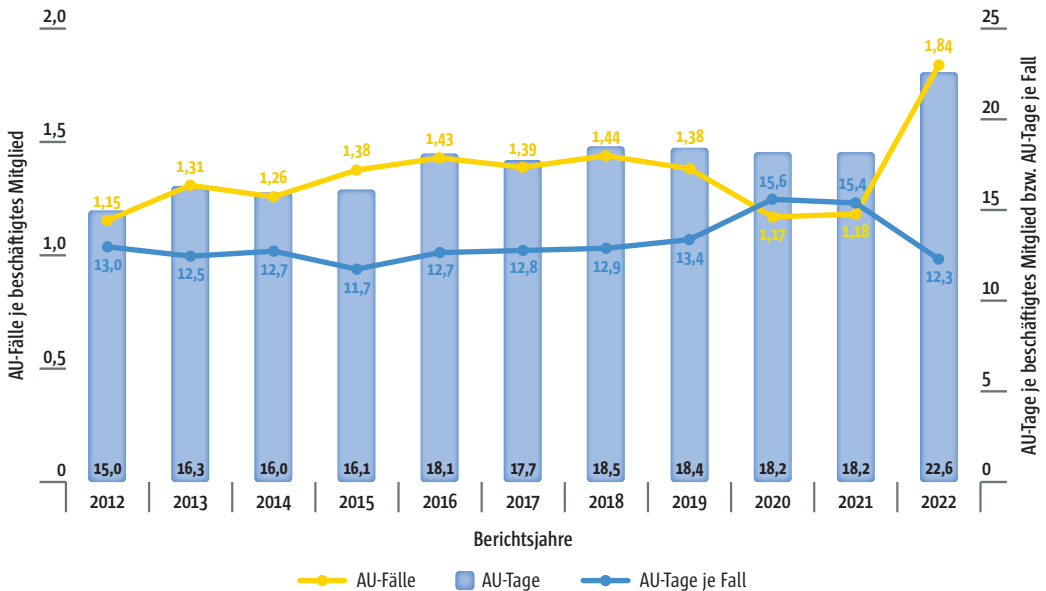
1.1.1 Allgemeine AU-Kennzahlen und Langzeittrends

- Mit 1,84 AU-Fällen bzw. 22,6 AU-Tagen je Beschäftigten erreichen die Fehlzeiten im Jahr 2022 jeweils einen neuen Höchstwert, der weit über denen der vergangenen 10 Jahre liegt.
- Entsprechend ist der Anteil derjenigen, die im aktuellen Berichtsjahr gar keinen AU-Fall aufweisen, mit 32,4% deutlich geringer als im Mittel der letzten Dekade (43,3%).
- Die durchschnittliche Falldauer hat sich hingegen um 12,3 AU-Tagen je Fall wieder auf dem Niveau des Zeitraums vor der Coronavirus-Pandemie eingependelt, was vor allem mit der starken Zunahme von Kurzzeit-AU-Fällen zusammenhängt.

Das Angebot und die Erweiterung digitaler Inhalte im Rahmen des BKK Gesundheitsreports schaffen zusätzliche Mehrwerte für unsere Leser. Neben den nun vollständig digitalisierten »» Tabellenanhängen A und B werden ergänzend interaktive und grafisch aufbereitete Auswertungen zur Arbeitsunfähigkeit sowie zur ambulanten und stationären Versorgung und zu den Arzneimittelverordnungen zur Verfügung gestellt. Mit wenigen Klicks können sich interessierte Nutzer Kennwerte und Statistiken nach eigenen Bedürfnissen zusammenstellen. Weitere Informationen hierzu sind auf der Internetseite des BKK Dachverbandes zu finden.

Wie sich die AU-Kennzahlen in den vergangenen Jahren entwickelt haben, zeigt das »» Diagramm 1.1.1. Im Vorjahresvergleich werden zunächst sehr deutliche Änderungen der unterschiedlichen AU-Kennzahlen sichtbar. Sowohl die AU-Fälle (1,84 AU-

Diagramm 1.1.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zeitverlauf (2012–2022)

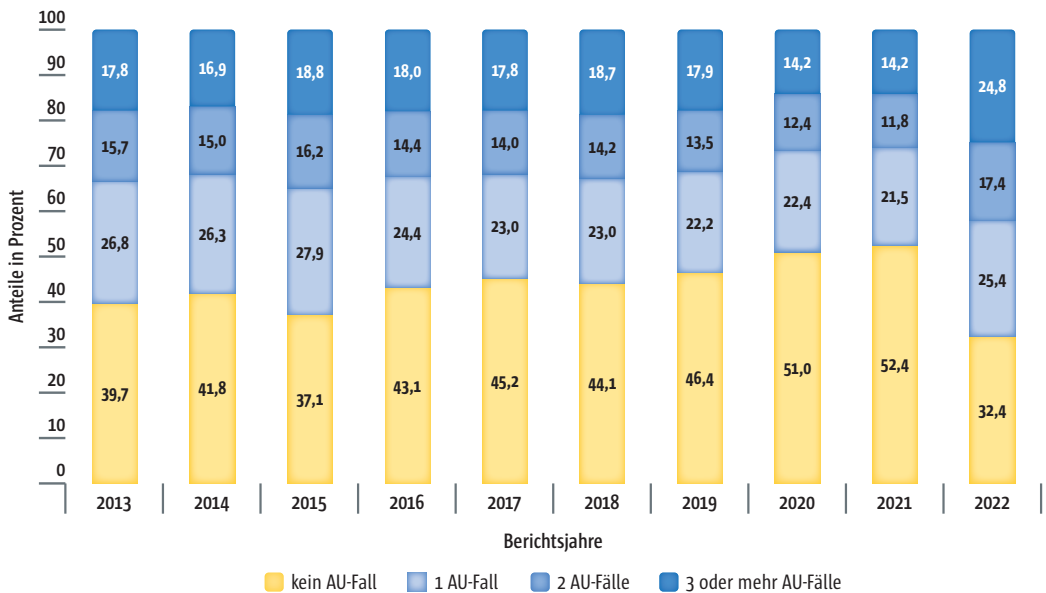


Fälle je Beschäftigten) als auch die AU-Tage (22,6 AU-Tage je Beschäftigten) erreichen im Vergleich zu den letzten 10 Jahren jeweils einen neuen Höchstwert. Die durchschnittliche Falldauer liegt hingegen mit 12,3 AU-Tagen je Fall wieder im Bereich der Werte vor der Coronavirus-Pandemie (2012–2019: 11,7–13,4 AU-Tage je Fall). Die Hauptursachen dieser Entwicklung liegen im überdurchschnittlich starken Auftreten von Atemwegserkrankungen und den damit in Verbindung stehenden krankheitsbedingten Fehlzeiten im Jahr 2022. Dabei handelt es sich zwar um eine häufig auftretende AU-Ursache, die aber meist nur eine geringe Falldauer aufweist. Entsprechend fällt der prozentuale Anstieg bei den AU-Fällen auch mehr als doppelt so hoch wie bei den AU-Tagen im Vergleich zum Jahr 2021 aus (+55,5% vs. +24,4%), was wiederum zur bereits erwähnten Abnahme der durchschnittlichen Falldauer um -20,0% im Vorjahresvergleich führt. Dagegen hatten die Maßnahmen im Rahmen der Coronavirus-Pandemie in den Jahren 2020 und 2021 zu einem deutlichen Rückgang der Atemwegserkrankungen geführt, was zu einem gegenteiligen Effekt – der stärkeren Reduktion der AU-Fälle im Verhältnis zu den AU-Tagen und dem gleichzeitigen Anstieg der durchschnittlichen Falldauer – führte. Diese und weitere Besonderheiten sollen im Detail im Folgenden näher betrachtet und erläutert werden.

Aufschlussreich ist zudem ein Blick auf die jeweiligen Prozentanteile der Beschäftigten nach der Anzahl der AU-Fälle pro Jahr, die in **1.1.2** zu sehen sind. Auch in dieser Darstellung werden deutliche Unterschiede im Vergleich zum Vorjahr sichtbar: So ist mit 32,4% der Anteil derjenigen, die im Jahr 2022 keinen AU-Fall aufweisen, im Vergleich zu den Vorjahren am geringsten, im gleichen Zeitraum ist hingegen der Anteil derjenigen, die genau eine AU-Fall aufweisen mit 24,8% am größten. Auch hier zeigen sich die Auswirkungen des überdurchschnittlichen Auftretens insbesondere von Atemwegserkrankungen und den damit im Zusammenhang stehenden AU-Fällen im Jahr 2022. Ein ähnliches, wenn auch nicht so stark ausgeprägtes Muster, ist unter anderem auch in den Jahren 2013 und 2015 mit einer ebenfalls sehr stark ausgeprägten Grippe- und Erkältungswelle erkennbar. Auch in diesen beiden Jahren liegt der Anteil derjenigen ohne einen AU-Fall pro Jahr mit 39,7% bzw. 37,1% deutlich unter dem Mittelwert der letzten 10 Jahre (43,3%).

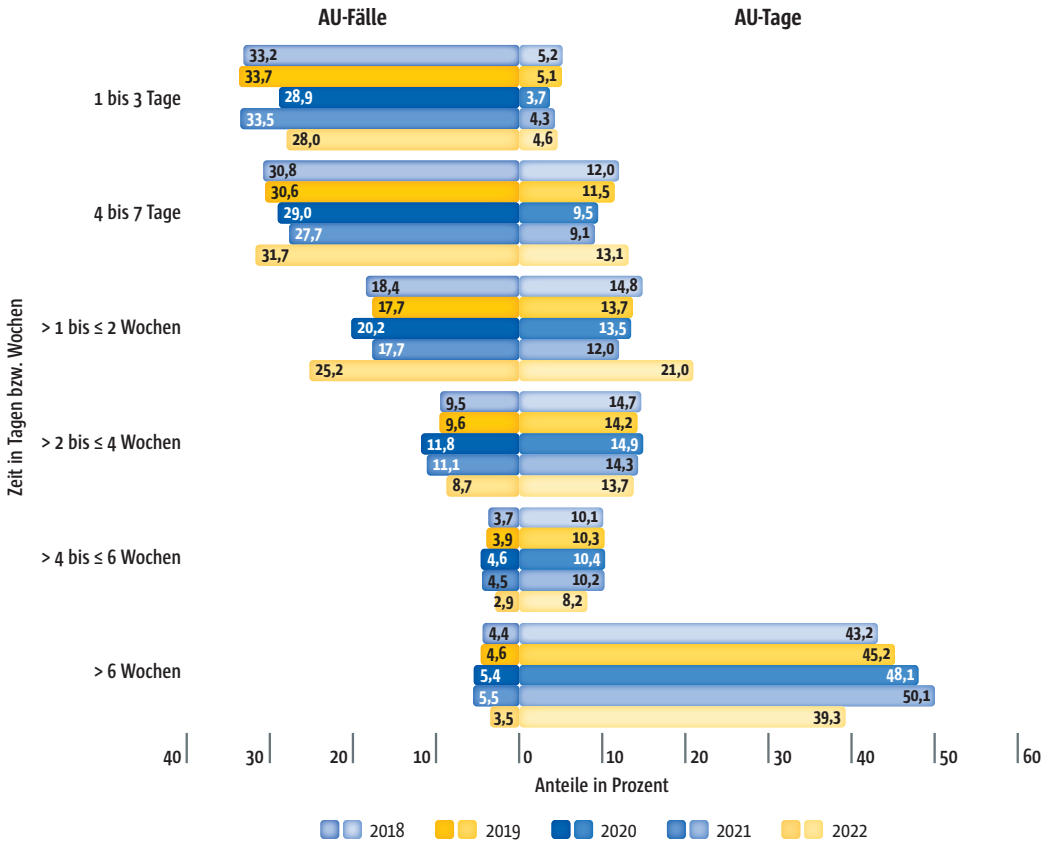
Neben der reinen Betrachtung der Häufigkeit von AU-Fällen bzw. AU-Tagen gibt ein differenzierter Blick auf die zugehörige Dauer pro Fall Aufschluss darüber, wo bestimmte Schwerpunkte im Bereich der Krankheitsdauer zu finden sind. Bei der überwiegenden Mehrheit (58,0%–64,3%) der AU-Fälle in den letzten 5 Jahren handelt es sich um Kurzzeitfälle von

Diagramm 1.1.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder im Zeitverlauf (2013–2022)



1.1 AU-Geschehen im Überblick

Diagramm 1.1.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Verteilung nach Dauerklassen im Zeitverlauf (2018–2022)



maximal sieben Tagen Dauer (»» Diagramm 1.1.3). Gleichzeitig entfallen nur 13,2%–17,8% aller AU-Tage auf diese Kurzzeitfälle. Dagegen steht nur ein kleiner Teil der AU-Fälle (3,5%–5,5%) mit einem Langzeitfall von mehr als 6 Wochen Dauer in Verbindung, wobei diese im Verhältnis eher seltenen Langzeitfälle allerdings für einen Großteil aller AU-Tage (39,3%–50,1%) insgesamt verantwortlich sind. Im Vergleich zu den Vorjahren fallen im Jahr 2022 zwei Entwicklungen besonders auf: Zum einen sind die Anteile der AU-Fälle und AU-Tage mit einer kürzeren Falldauer (zwischen 4 und 14 Tagen) deutlich gestiegen. Im Gegenzug sind die Anteile der AU-Fälle und AU-Tage im Zusammenhang mit einer Falldauer von mehr als sechs Wochen deutlich zurückgegangen. In etwas abgeschwächterer Form ist dieses Muster auch für das Jahr 2018 erkennbar, in dem v.a. im I. Quartal eine stark ausgeprägte Grippe- und Erkältungswelle das AU-Geschehen prägte.

»» AU-Sonderregelungen im Rahmen der Coronavirus-Pandemie

Im Zeitraum vom 9.3. bis 31.5.2020 bzw. vom 19.10.2020 bis 31.5.2022 konnte bis zu 7 Tagen nach telefonischer Anamnese bei Versicherten mit Erkrankungen der oberen Atemwege, die keine schwere Symptomatik bzw. keine COVID-19-Symptomatik aufweisen, fernmündlich ohne persönlichen Arztkontakt eine Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Die Dauer der Krankschreibung konnte auf gleichem Weg um maximal 7 weitere Kalendertage verlängert werden. Diese Anpassung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie wurde zur Vermeidung der Verbreitung zusätzlicher Atemwegsinfektionen im Rahmen des regulären Arzt-Patienten-Kontaktes eingeführt. Aufgrund des ungewöhnlichen Anstiegs der COVID-19-Infektionszahlen im II. Quartal 2022 wurden die Möglichkeit zur telefonischen Krank-

schreibung ab dem 4.8.2022 wieder aktiviert und blieb bis zum 31.03.2023 gültig¹.

1.1.2 Aktuelle Entwicklungen im Jahr 2023

- Der Krankenstand hat insbesondere im I. Quartal des Jahres 2023 einen neuen Höchststand seit Beginn der Auswertungen zur BKK Monatsstatistik erreicht.
- Hauptursache sind die weiterhin überdurchschnittlich hohen Krankenstände im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen, verursacht durch parallele Infektionswellen mit unterschiedlichen viralen Erregern.
- Im II. Quartal 2023 zeichnet sich eine Normalisierung des Krankenstands ab, allerdings liegen die Werte immer noch deutlich über dem vorpandemischen Niveau.

Neben den Jahresstatistiken stehen zusätzlich aktuelle monatliche AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder zur Verfügung. Es handelt sich hierbei um eine monatliche Vollerhebung des AU-Geschehens unter den beschäftigten BKK Mitgliedern. Berichtet werden die AU-Tage bzw. der Krankenstand insgesamt, sowie zusätzliche differenzierte Werte nach Altersgruppen, Wirtschaftsgruppen, Berufsgruppen, Diagnosehauptgruppen sowie Bundesländern. Die monatliche Krankenstandstatistik ermöglicht es, schon frühzeitig Trends sowie saisonale Entwicklungen im laufenden Jahr zu erkennen.

Die Monatsstatistik der beschäftigten Mitglieder der Betriebskrankenkassen steht allen Interessierten auf der Internetseite des BKK Dachverbandes zur Verfügung. Aktuell werden deutschlandweit monatlich jeweils mehr als 4,5 Millionen Beschäftigte in diese Auswertung eingeschlossen. Insbesondere die Detailauswertungen nach Wirtschafts- und Berufsgruppen werden von zahlreichen Akteuren aus der Arbeitswelt als Referenz- und Vergleichswerte genutzt.

Der Blick auf die aktuelle Entwicklung im Jahr 2023 zeigt, dass im ersten Halbjahr nochmals höhere Krankenstände als im Vorjahr erreicht wurden (» Diagramm 1.1.4). Dabei wurde bereits im Jahr 2022 mit 5,7% ein Höchstwert im Vergleich zu den

Vorjahren erreicht (2011–2021: 4,1–5,1%), der allerdings im aktuellen Jahr mit 5,9% nochmals übertroffen wird. Was im Detail für diesen nochmaligen Anstieg verantwortlich ist, soll im Folgenden näher erläutert werden.

Eine Grippe- und Erkältungswelle führt meist im I. Quartal eines Jahres dazu, dass der Krankenstand aufgrund von Atemwegserkrankungen deutlich ansteigt, während diese Erkrankungsgruppe im restlichen Kalenderjahr für das AU-Geschehen eher eine untergeordnete Rolle spielt. Dies wird besonders in den Monaten Februar und März 2023 mit Krankenständen von jeweils rund 7% deutlich, die weit über den Werten der entsprechenden Monate in den letzten Jahren liegen. Ursachen dieser hohen Werte sind u. a. eine in diesen Zeitraum fallende Covid-19-Welle (6.–12. Kalenderwoche 2023) sowie gleichzeitig eine Grippewelle (9.–14. Kalenderwoche 2023) und das parallele Auftreten weiterer verschiedener, v. a. viraler Erreger von Atemwegserkrankungen².

Für das II. Quartal 2023 zeichnet sich insofern eine Normalisierung ab, als dass saisonal bedingt die Krankenstände im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen im Vergleich zum I. Quartal deutlich zurückgegangen sind. Die Werte liegen dabei unter denen des II. Quartals 2022, erreichen allerdings noch nicht wieder das vorpandemische Niveau des Jahres 2019 und davor. Dies deckt sich mit den Ergebnissen aus der Berichterstattung aus dem GrippeWeb³ des Robert Koch-Instituts. Dort ist ebenfalls zu erkennen, dass die Werte für verschiedene Atemwegserkrankungen zwar im II. Quartal 2023 deutlich gesunken sind, allerdings noch nicht wieder das Niveau vor der Coronavirus-Pandemie erreicht haben.

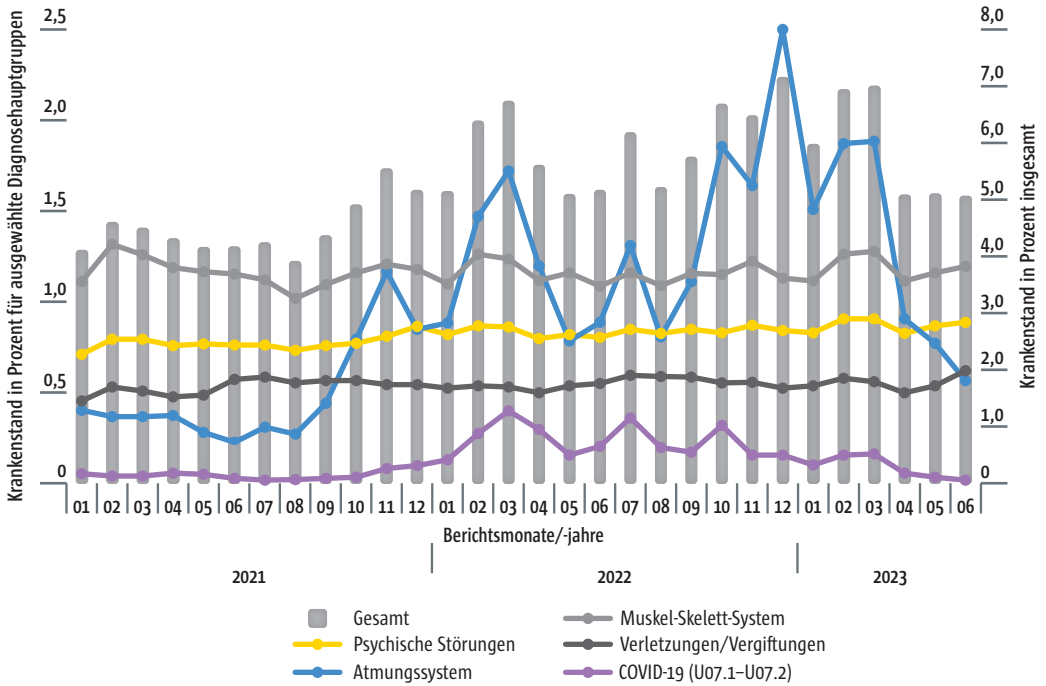
Zum aktuellen Zeitpunkt (Sommer 2023) kann noch keine präzise Prognose für die Entwicklung des Krankenstands im zweiten Halbjahr 2023 abgegeben werden. Bereits einfache Maßnahmen, wie bei leichten Erkältungssymptomen nicht krank zur Arbeit zu gehen, im Herbst/Winter wieder vermehrt die Möglichkeit von Homeoffice zu nutzen und wo es Sinn ergibt eine Maske zu tragen, können helfen, die Gesundheit und somit auch den Krankenstand der Beschäftigten positiv zu beeinflussen. Arbeitge-

1 G-BA (Hrsg.) Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie: COVID-19-Epidemie – Verlängerung der bundesweiten Sonderregelung zur telefonischen Feststellung von Arbeitsunfähigkeit <https://www.g-ba.de/beschluessen/5725/> [abgerufen am 12.06.2023].

2 Buchholz U, Buda S, Lehfeld AS, Loenenbach A, Prahm K, Preuß U, Streib V, Haas W: GrippeWeb-Wochenbericht KW 28/2023; GrippeWeb – Robert Koch-Institut. https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/11232/Wochenbericht_GrippeWeb_2023KW28.pdf [abgerufen am: 25.07.2023].

3 RKI (Hrsg.) Grippeweb: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Sentinel/Grippeweb/grippeweb_node.html [abgerufen am 25.07.2023].

Diagramm 1.1.4 Arbeitsunfähigkeit – Monatlicher Krankenstand der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (Januar 2021–Juni 2023)



ber können die Beschäftigten durch geeignete Rahmenbedingungen unterstützen. Nicht zuletzt sollte auch die Möglichkeit zur telefonischen Krankschreibung bei leichten Atemwegserkrankungen als nie-

derschwelliges und wirksames Instrument der Kontaktreduktion dauerhaft in den regulären Leistungskatalog bzw. die AU-Richtlinie des G-BA aufgenommen werden.

1.2 AU-Geschehen nach Krankheitsarten

Der folgende Abschnitt nimmt die für das AU-Geschehen der beschäftigten Mitglieder wichtigsten Diagnosehauptgruppen bzw. Diagnosen in den Blick, wobei sowohl kurz- als auch langfristige Entwicklungen näher betrachtet werden.

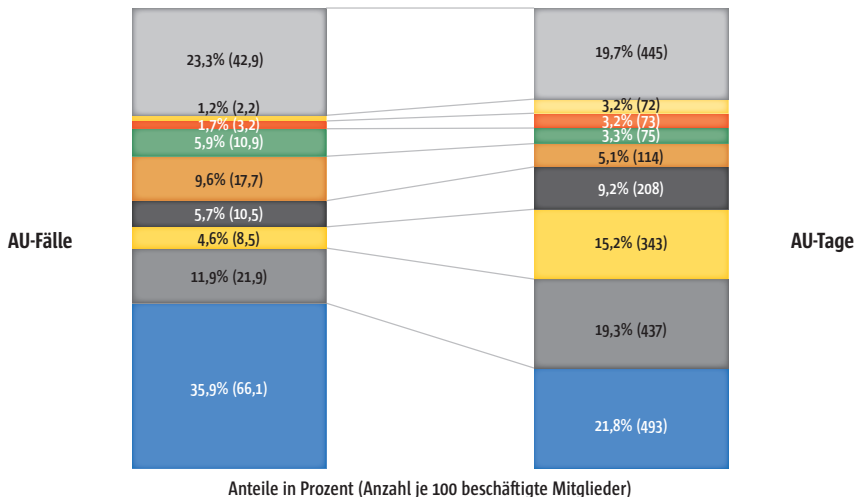
1.2.1 Diagnosehauptgruppen im Überblick

- Im Jahr 2022 sind Atemwegserkrankungen sowohl bei den AU-Fällen (35,9%) als auch bei den AU-Tagen (21,8%) die häufigste Ursache krankheitsbedingter Fehlzeiten, womit sie einen Allzeithöchststand erreichen.

- Etwa jeder fünfte AU-Tag wird durch Muskel-Skelett-Erkrankungen (19,3%) verursacht, mehr als jeder siebte von psychischen Störungen (15,2%) und rund jeder zehnte von Verletzungen/Vergiftungen (9,2%).
- Zusammen sind diese vier genannten Krankheitsarten für die überwiegende Mehrheit aller AU-Fälle (58,2%) und AU-Tage (65,5%) im Jahr 2022 verantwortlich.

Wie in **»»»** Diagramm 1.2.1 zu erkennen ist, ist für mehr als jeden dritten AU-Fall (35,9%) und mehr als jeden fünften AU-Tag (21,8%) im Jahr 2022 eine Atemwegserkrankung verantwortlich. Damit ist diese

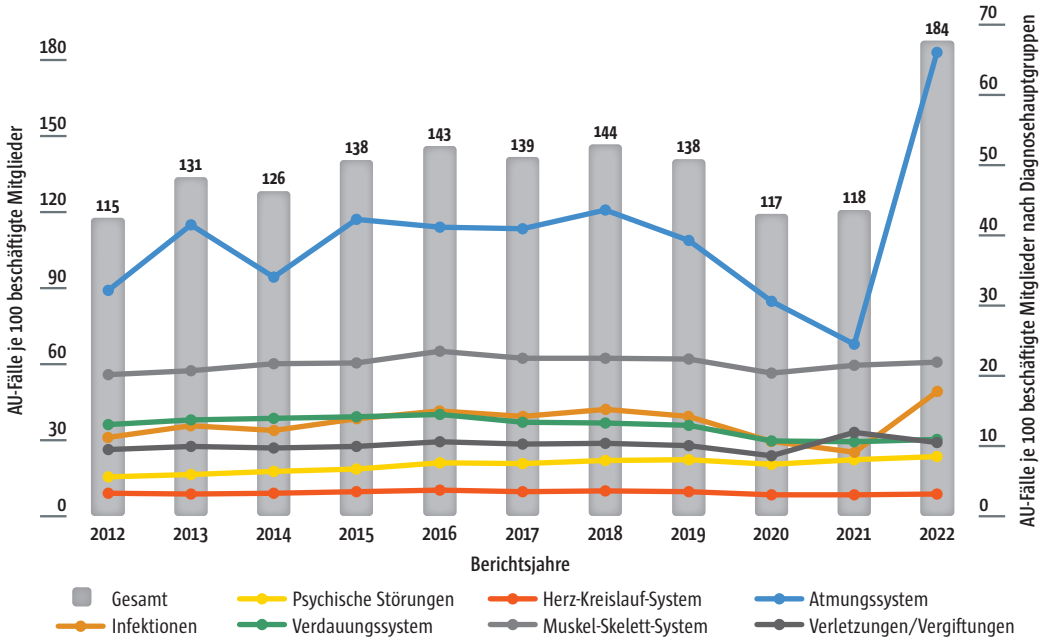
Diagramm 1.2.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)



- Atemwegssystem
- Muskel-Skelett-System
- Psychische Störungen
- Verletzungen/Vergiftungen
- Infektionen
- Verdauungssystem
- Herz-Kreislauf-System
- Neubildungen
- Sonstige

1.2 AU-Geschehen nach Krankheitsarten

Diagramm 1.2.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2022)



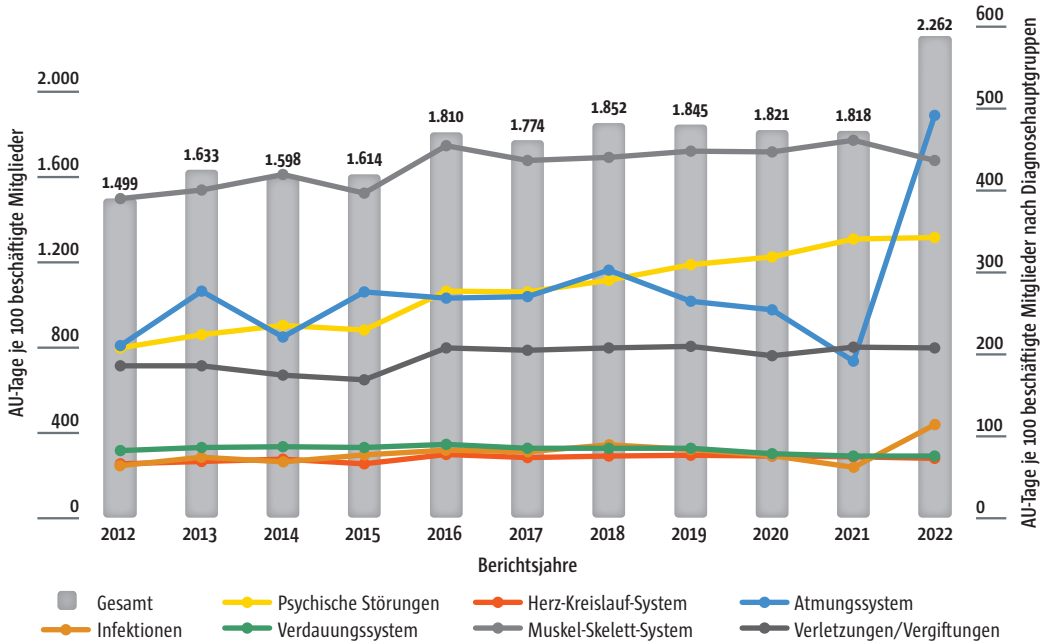
Krankheitsart erstmalig im aktuellen Berichtsjahr die häufigste Ursache für AU-Fälle und AU-Tage. Die Muskel-Skelett-Erkrankungen, die bisher diese Position innehatten, sind im Jahr 2022 mit 11,9% der AU-Fälle und 19,3% der AU-Tage auf Platz 2 der Rangliste der AU-Ursachen zu finden. Psychische Störungen kommen zwar mit 4,6% der AU-Fälle eher selten als Ursache vor, allerdings stehen diese wenigen Fälle mit einem relativ hohen Anteil an Fehlzeiten (15,2% der AU-Tage) im Zusammenhang. Eine weitere relevante Ursache von krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit stellen mit 5,7% der AU-Fälle und 9,2% der AU-Tage Verletzungen und Vergiftungen dar. Zusammen sind die vier genannten Krankheitsarten für die überwiegende Mehrheit der AU-Fälle (58,2%) und der AU-Tage (65,5%) bei den beschäftigten Mitgliedern im Jahr 2022 verantwortlich.

Um langfristige Entwicklungen im AU-Geschehen abzubilden, ist die Betrachtung eines größeren Zeitausschnitts sinnvoll, wie er für die AU-Fälle in **III** Diagramm 1.2.2 bzw. für die AU-Tage in **III** Diagramm 1.2.3 zu sehen ist. In den Jahren 2013, 2015 und 2018 treten bei den AU-Fällen höhere Werte auf, die mit einer jeweils stark ausgeprägten Grippe- und Erkältungswelle zusammenhängen. Dies lässt sich eindrücklich an den jeweiligen Spitzen in den Fehlzeiten aufgrund von Atemwegserkrankungen zei-

gen. Im Jahr 2022 ist dieser Effekt mit überdurchschnittlich hohen AU-Fällen und AU-Tagen für die Atemwegserkrankungen besonders auffällig. Dies gilt in ähnlichem Maße, wenn auch auf einem wesentlich niedrigeren Niveau, für die Infektionen, die ebenfalls im Jahr 2022 einen neuen Höchstwert erreicht haben. Wie bereits in **III** Diagramm 1.1.4 deutlich wurde, gab es im Jahr 2022 vor allem im I. als auch im IV. Quartal jeweils eine ausgeprägte Infektionswelle, in der mehrere virale Erreger als Ursache von unterschiedlichen Atemwegserkrankungen parallel aktiv waren und zu entsprechend hohen Fehlzeiten geführt haben (siehe zitierter RKI-Grippewochenbericht 28/2023 in **III** Kapitel 1.1.2). Das allein ist aber noch keine hinreichende Erklärung für die extrem hohen Werte. Hinzu kommt, dass selbst in den Sommermonaten des zurückliegenden Jahres diese virale Aktivität und somit die zugehörigen AU-Kennzahlen im Kontext von Atemwegserkrankungen deutlich über denen der Vorjahre lagen. In Summe hat dies dazu geführt, dass Atemwegserkrankungen erstmalig für die meisten AU-Fälle und AU-Tage verantwortlich sind.

Aufgrund der Umstellung der Berechnungsmethodik (vgl. **III** Methodische Hinweise) im Jahr 2016, sind Vergleiche mit den Vorjahren nur eingeschränkt möglich. Bezogen auf den Zeitraum 2016 bis 2022 sind

Diagramm 1.2.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2012-2022)



sowohl bei den AU-Fällen (+28,6%) als auch bei den AU-Tagen (+24,9%) insgesamt deutliche Steigerungen feststellbar, die ebenfalls maßgeblich auf die Fehlzeiten im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen zurückzuführen sind. Für alle anderen hier dargestellten Krankheitsarten, außer den Atemwegserkrankungen, sind dagegen nur geringe Veränderungen im Zeitverlauf erkennbar. Am stärksten sind diese noch bei den AU-Tagen aufgrund von psychischen Störungen ausgeprägt, wobei hier – aufgrund der überdurchschnittlich hohen Falldauer (»»» Diagramm 1.2.4) – schon eine geringe Zunahme bei den AU-Fällen einen überproportional hohen Einfluss auf den Zuwachs der AU-Tage ausübt.

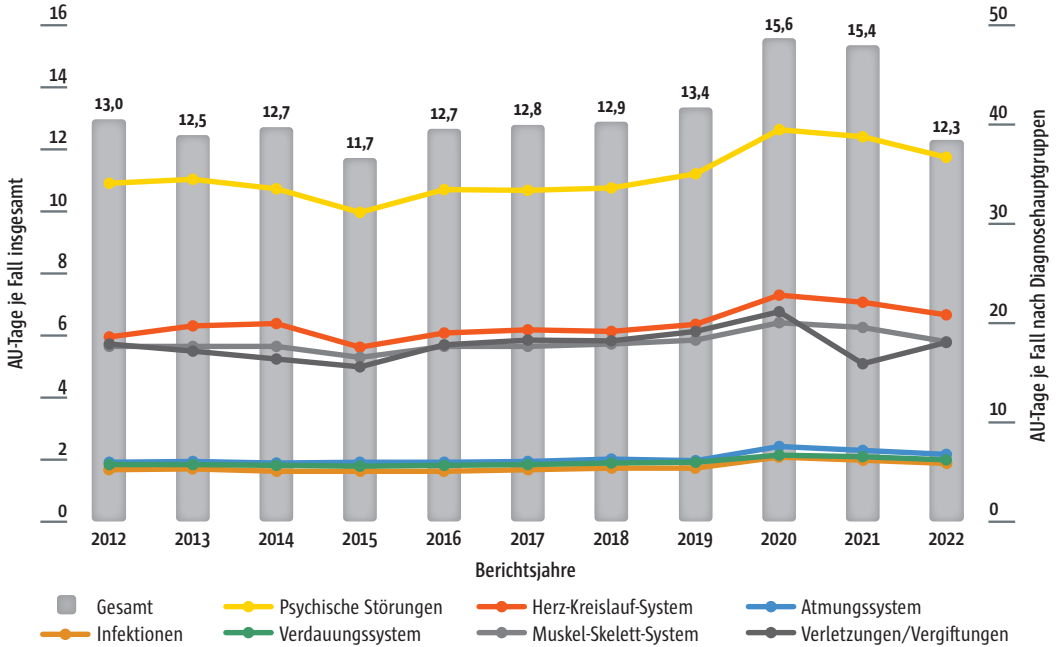
- Mit 40,0% hat der Anteil der Beschäftigten, die im Jahr 2022 mindestens einmal aufgrund einer Atemwegserkrankung krankgeschrieben waren, den mit Abstand höchsten Wert der letzten Jahre erreicht.
- Durch die Zunahme von AU-Fällen mit relativ kurzer Dauer, hat sich die durchschnittliche Falldauer mit 12,3 AU-Tagen je Fall in etwa wieder auf das Vor-Pandemie-Niveau eingependelt.
- Die Normalisierung der Falldauer im Wertebereich vor der Coronavirus-Pandemie ist zudem für alle anderen betrachteten Krankheitsarten zu beobachten.

Tabelle 1.2.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)

Anzahl der AU-Fälle	Muskel-Skelett-System	Atmungssystem	Psychische Störungen
	Anteile in Prozent		
kein AU-Fall	85,9	60,0	93,9
1 AU-Fall	10,2	26,3	5,0
2 AU-Fälle	2,6	9,4	0,9
3 und mehr AU-Fälle	1,2	4,3	0,3

1.2 AU-Geschehen nach Krankheitsarten

Diagramm 1.2.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage je Fall der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2022)



In **III** Tabelle 1.2.1 sind die AU-Quoten für die drei im AU-Geschehen wichtigsten Krankheitsarten aufgeführt. Der überwiegende Teil der Beschäftigten (93,9%) weist wie in den Vorjahren keinen AU-Fall aufgrund von psychischen Störungen auf, gleiches gilt auch mit 85,9% ohne AU-Fall für die Muskel-Skelett-Erkrankungen. Erwartungsgemäß deutlich zugenommen hat der Anteil der Beschäftigten mit mindestens einem AU-Fall wegen einer Atemwegserkrankung. Insgesamt waren im aktuellen Berichtsjahr 40,0% der Beschäftigten mindestens einmal deshalb krankgeschrieben, was den mit Abstand höchsten Wert der vergangenen Jahre markiert. Selbst in den Jahren 2015 (30,6%) und 2018 (28,3%) mit einer ebenfalls stark ausgeprägten Grippe- und Erkältungswelle, wurden solche Werte nicht annähernd erreicht. Im Gegenzug dazu zeigen die entsprechenden Werte der Jahre 2020 (20,9%) bzw. 2021 (16,8%), dass die teilweise während der Coronavirus-Pandemie geltenden Maßnahmen (siehe **III** AU-Sonderregelungen im Rahmen der Coronavirus-Pandemie) das Infektionsrisiko und somit auch die damit im Zusammenhang stehende Arbeitsunfähigkeit deutlich gesenkt haben. Dies gilt nicht nur für die Atemwegserkrankungen, sondern insbesondere für COVID-19, wie der Verlauf in **III** Diagramm 1.1.4 ein-

drucksvoll belegt. Mit dem Wegfall der Maßnahmen im März 2022 fallen dagegen wenig überraschend die Höchstwerte der Krankenstände im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen und COVID-19 zusammen.

Das **III** Diagramm 1.2.4 zeigt die Entwicklung der durchschnittlichen Falldauer allgemein sowie nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen. Nach wie vor sind die psychischen Störungen im aktuellen Berichtsjahr mit einer Falldauer von mehr als 5 Kalenderwochen (40,4 AU-Tage je Fall) an der Spitze der Auflistung zu finden, gefolgt von den Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit etwas mehr als 3 Wochen (22,9 AU-Tage je Fall) Arbeitsunfähigkeitsdauer pro Fall. Kurzzeiterkrankungen sind hingegen – wie der Name vermuten lässt – meist mit einer kurzen durchschnittlichen Falldauer verbunden, wie dies beispielsweise bei den Atemwegserkrankungen mit 7,5 AU-Tagen je Fall zu sehen ist.

Sowohl diagnosespezifisch als auch insgesamt bewegen sich die einzelnen Werte wieder in ähnlichen Größenordnungen, wie sie vor der Coronavirus-Pandemie bis zum Jahr 2019 mit einer eher geringen Dynamik im Zeitverlauf auftraten. Insbesondere die Normalisierung bei den AU-Fällen mit einer kurzzeitigen Dauer, die in den Jahren 2020 und 2021 deutlich

zurückgegangen waren, haben zu der Angleichung der Werte für die durchschnittliche Falldauer geführt. Eine Ausnahme im Muster bilden hier die Verletzungen und Vergiftungen, die aufgrund sehr hoher Fallzahlen im Jahr 2021 eine unterdurchschnittliche Falldauer aufweisen und im Jahr 2022 – trotz des erkennbaren Anstiegs – wieder in etwa das Niveau der Vor-Pandemie-Jahre erreichen.

1.2.2 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen im Detail

- Akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) sind in diesem Jahr sowohl nach AU-Tagen als auch nach AU-Fällen mit Abstand die wichtigste Diagnose im Fehlzeitengesehen mit einem sprunghaften Anstieg im Vergleich zu den Vorjahren.
- Zudem sind erstmalig insgesamt drei weitere Diagnosen, die mit unterschiedlichen Infektionen in Verbindung stehen, unter den zehn wichtigsten Diagnosen zu finden, was im Zusammenhang mit den ausgeprägten Infektionswellen unterschiedlichen viralen Ursprungs im Jahr 2022 steht.
- Depressionen (F32 bzw. F33) treten zwar als AU-Ursache nur sehr selten auf, allerdings liegt die Dauer der Arbeitsunfähigkeit in solch einem Fall mit durchschnittlich 8 bis 10 Kalenderwochen weit über dem Gesamtdurchschnitt von knapp unter 2 Kalenderwochen.

Wurden in den bisherigen Analysen die wichtigsten Kennzahlen des AU-Geschehens auf Ebene der Diagnosehauptgruppen dargestellt, so rücken im folgenden Teil zusätzlich spezifische Einzeldiagnosen (im Folgenden Diagnosen genannt) in den Fokus. Dabei liegt das Hauptaugenmerk auf den für das AU-Geschehen besonders relevanten Diagnosehauptgruppen. In der digitalen **»** Tabelle A.4 sind zusätzlich differenzierte Auswertungen nach Geschlecht und den wichtigsten Diagnosen bezogen auf die AU-Tage und AU-Fälle der Beschäftigten zu finden.

Die Mehrzahl der hier nach den AU-Tagen aufgeführten häufigsten Diagnosen gehört zu den drei Diagnosehauptgruppen, die im AU-Geschehen besonders relevant sind: Zwei Diagnosen sind der Gruppe der Muskel-Skelett-Erkrankungen, drei Diagnosen den psychischen Störungen sowie eine weitere den Atemwegserkrankungen zuzuordnen. An dieser Stelle zeigt sich nochmals eindrücklich das Verhältnis von AU-Fällen zu AU-Tagen sowie die daraus resultierenden Falldauern: Akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) sind zwar in dieser Auf-

listung der bei weitem häufigste Grund für einen AU-Fall, allerdings liegt die Falldauer bei dieser Kurzzeiterkrankung nur bei durchschnittlich einer Kalenderwoche (7,4 Tage je Fall). Anders hingegen verhält es sich beispielsweise bei einer depressiven Episode (F32): Diese ist im Verhältnis zur akuten Infektion der oberen Atemwege (J06) zwar ein eher seltener Grund für eine Arbeitsunfähigkeit, führt aber bei Betroffenen zu einer Falldauer, die im Mittel mehr als neun Kalenderwochen (60,2 Tage je Fall) beträgt (**»** Tabelle 1.2.2).

In diesem Berichtsjahr gibt es einige weitere Besonderheiten, die mit dem bereits berichteten überdurchschnittlichen Infektionsgeschehen zusammenhängen. Zum einen zeigt sich, dass die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit den akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06) im Vorjahresvergleich sprunghaft angestiegen sind (16,0 vs. 48,6 AU-Fälle bzw. 118 vs. 359 AU-Tage) und diese Diagnose damit den langjährigen Spitzenreiter Rückenschmerzen (M54) von Platz 1 verdrängt hat. Zudem sind COVID-19-Infektionen (U07)⁴ erstmalig seit Beginn der Coronavirus-Pandemie unter den zehn wichtigsten Diagnosen nach AU-Tagen zu finden. Ein weiteres Indiz für das überdurchschnittliche und multiple Infektionsgeschehen ist die Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation (B34) sowie die sonstigen nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs (A09; umgangssprachlich als Magen-Darm-Grippe bekannt), die – beide aus der Diagnosehauptgruppe der Infektionen (A00-B99) stammend – ebenfalls in diesem Jahr unter den zehn wichtigsten Diagnosen nach AU-Tagen zu finden sind. Summiert man allein diese vier mit Infektionen im Zusammenhang stehenden Diagnosen auf, so sind sie für mehr als jeden dritten AU-Fall (38,8%) und fast jeden vierten AU-Tag (23,3%) im Jahr 2022 verantwortlich.

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

- Männer weisen im Vergleich zu Frauen mehr AU-Fälle und AU-Tage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen auf.
- Dagegen dauert ein AU-Fall bei den beschäftigten Frauen im Mittel mehr als zwei Kalendertage länger als bei den männlichen Kollegen.

4 An dieser Stelle werden die AU-Kennzahlen der beiden ICD-10-Diagnosen U07.1 und U07.2 zusammenfassend berichtet.

1.2 AU-Geschehen nach Krankheitsarten

Tabelle 1.2.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2022)

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	48,6	359	7,4
M54	Rückenschmerzen	8,8	126	14,2
F32	Depressive Episode	1,6	98	60,2
U07	COVID-19 Virus nachgewiesen/nicht nachgewiesen	9,3	89	9,6
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	3,1	87	27,8
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	5,9	44	7,6
F48	Andere neurotische Störungen	1,4	41	30,1
F33	Rezidivierende depressive Störung	0,6	41	73,0
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	7,6	35	4,6
M75	Schulterläsionen	1,0	35	34,9

- Zwischen 2016 und 2022 sind die AU-Kennzahlen im Kontext der Muskel-Skelett-Erkrankungen wenig verändert, AU-Fälle und -Tage haben sogar tendenziell abgenommen.

Wie in »»» Diagramm 1.2.5 zu erkennen ist, zeigt sich 2022 im Vergleich zum Vorjahr sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Beschäftigten ein Rückgang der AU-Tage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen auf das vorpandemische Niveau. Die AU-Fälle für beide Geschlechter sind hingegen im Vorjahresvergleich relativ stabil geblieben. Unverändert bleibt zudem 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 längerfristigen Verlauf (2016 bis 2022) zeigt sich, dass sowohl die AU-Fälle (Männer: 26,0 vs. 24,8 AU-Fälle je 100 Beschäftigte; Frauen: 20,5 vs. 18,5 AU-Fälle je 100 Beschäftigte) als auch die AU-Tage (Männer: 483 vs. 467 AU-Tage je 100 Beschäftigte; Frauen: 423 vs. 402 AU-Tage je 100 Beschäftigte) tendenziell zurückgehen. Die Falldauer hat sich im gleichen

Zeitraum für Männer (18,6 vs. 18,9 AU-Tage je Fall) und Frauen (20,7 vs. 21,6 AU-Tage je Fall) ebenfalls nur geringfügig verändert. Insgesamt ist der hier ab dem Jahr 2016 wenig veränderte Verlauf im Kontext des demografischen Wandels, der auch die Beschäftigten betrifft, positiv zu bewerten. Vermutlich zeigen hier die zahlreichen BGM-Maßnahmen, die es insbesondere für den Bewegungsapparat gibt, erste Wirkung.

Psychische Störungen

- Männer sind deutlich seltener als Frauen von Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen betroffen.
- Während die AU-Fälle aufgrund psychischer Störungen im Vorjahresvergleich minimal zugenommen haben, sind die zugehörigen AU-Tage nahezu unverändert, was zu einem Rückgang bei der Falldauer und einer Annäherung dieses Wertes an das vorpandemische Niveau führt.
- Seit 2016 haben die AU-Tage deutlich stärker als die AU-Fälle zugenommen, was vor allem mit der überdurchschnittlich langen Falldauer in diesem Krankheitsspektrum begründet ist.

Diagramm 1.2.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2012–2022)

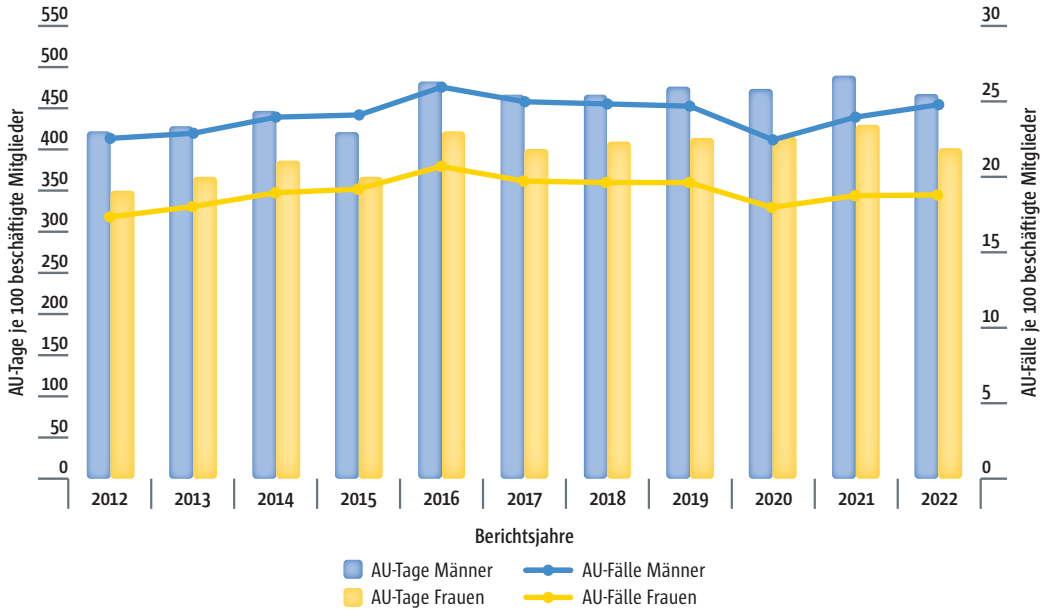
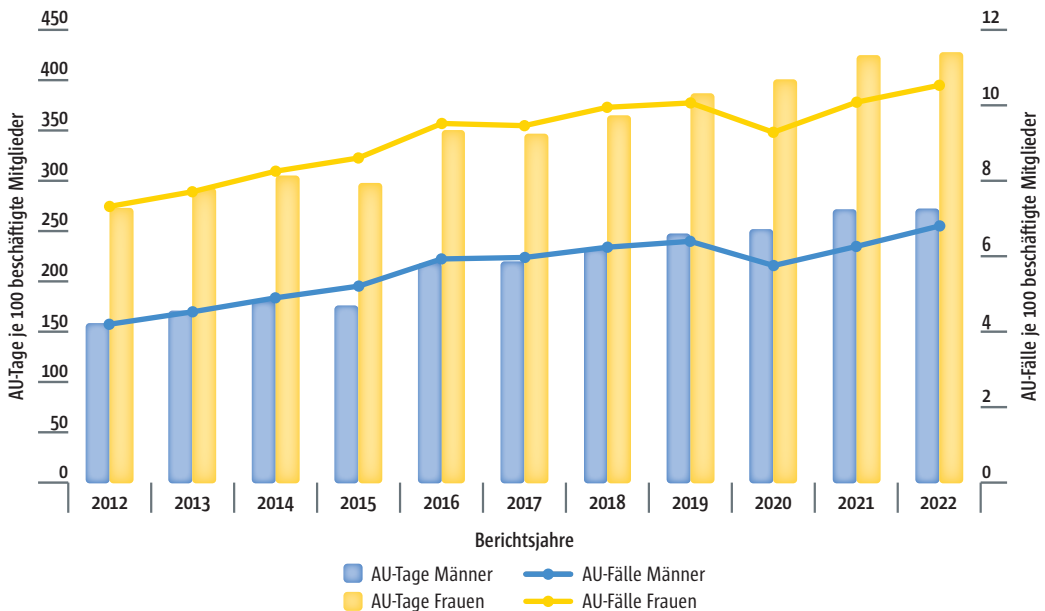


Diagramm 1.2.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Geschlecht im Zeitverlauf (2012–2022)



1.2 AU-Geschehen nach Krankheitsarten

Die psychischen Störungen sind mit einem Anteil von 4,6% der AU-Fälle und 15,2% der AU-Tage an allen krankheitsbedingten Fehlzeiten der Beschäftigten eine weitere wichtige Krankheitsgruppe im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. In **»»** Diagramm 1.2.6 sind die entsprechenden AU-Fälle und AU-Tage im Zeitverlauf zwischen 2012 und 2022 für beschäftigte Männer und Frauen dargestellt.

Im Vorjahresvergleich bewegen sich die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit psychischen Störungen auf einem gleichbleibenden Niveau, mit minimalen Zuwächsen bei den AU-Fällen (+0,5 AU-Fälle je 100 beschäftigte Männer bzw. +0,4 AU-Fälle je 100 beschäftigte Frauen) während die zugehörigen AU-Tage nahezu unverändert sind. Aufgrund der hohen durchschnittlichen Falldauer im Zusammenhang mit psychischen Störungen (**»»** Diagramm 1.2.4) wirkt sich bereits ein minimaler Anstieg bei den AU-Fällen überproportional hoch auf die zugehörigen AU-Tage aus. Dies ist eindrucksvoll in der Betrachtung zwischen 2016 und 2022 zu sehen: Sind in diesem Zeitraum mit +0,9 AU-Fällen bei den Männern bzw. +1,0 AU-Fällen bei den Frauen je 100 Beschäftigte ebenfalls nur geringe Zuwächse zu verzeichnen, so fallen die entsprechenden Veränderungen bei den AU-Tagen mit +53,8 bzw. +77,3 AU-Tagen je 100 Beschäftigten deutlich höher aus. Mit Beginn der Coronavirus-Pandemie im Jahr 2020 war zudem ein sprunghafter Anstieg der durchschnittlichen Falldauer beobachtbar (2019: 38,6 AU-Tage je Fall; 2020: 43,4 AU-Tage je Fall; 2021: 42,6 AU-Tage je Fall). Im aktuellen Berichtsjahr hat sich die durchschnittliche Falldauer dagegen wieder weitgehend normalisiert (40,4 AU-Tage je Fall).

Welche besondere Bedeutung die psychischen Störungen nicht nur für das AU-Geschehen, sondern auch für andere Lebens- und Versorgungsbereiche haben und wie deren epidemiologische Entwicklung und zunehmende gesellschaftliche Akzeptanz im Zusammenhang mit dem Versorgungsgeschehen zu bewerten sind, wurde u. a. im Rahmen des Schwerpunktthemas im **»»** BKK Gesundheitsreport 2019 näher betrachtet.

Krankheiten des Atmungssystems

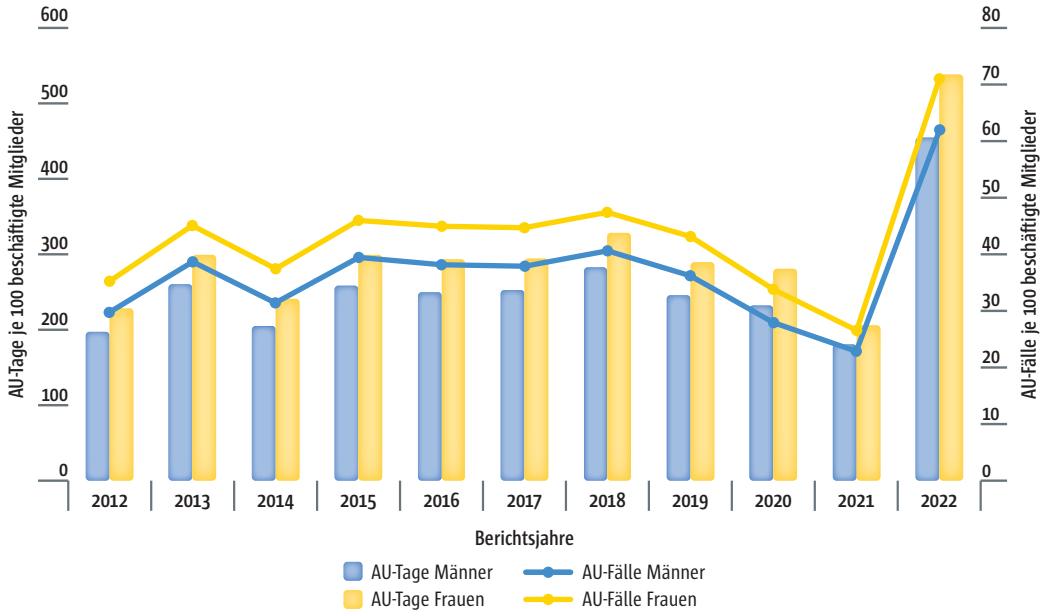
- Die AU-Fälle und -Tage im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen haben im Jahr 2022 neue Spitzenwerte erreicht und sind mehr als doppelt so hoch, wie in den Vorjahren.

- Neben dem Wegfall der Kontaktbeschränkungen und weiterer Pandemiemaßnahmen im März 2022, ist zudem die nahezu ganzjährige Zirkulation multipler viraler Erreger der Atemwege Ursache für diese Entwicklung.
- Trotz des enormen Anstiegs der AU-Fälle und -Tage hat sich die Falldauer, die im Zeitverlauf im Durchschnitt bei rund einer Kalenderwoche liegt, nur wenig verändert.

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen wird bei den Atemwegserkrankungen ganz wesentlich durch die saisonal meist zu Beginn bzw. Ende eines Jahres auftretenden Grippe- und Erkältungswellen bestimmt. Besondere Ereignisse, wie die Coronavirus-Pandemie und die damit verbundenen Maßnahmen nehmen zusätzlich Einfluss auf die Entwicklung, wie in **»»** Kapitel 1.1.2 beschrieben wird.

Der im **»»** Diagramm 1.2.7 dargestellte Zeitverlauf für die Atemwegserkrankungen zeigt noch einmal sehr eindrücklich die Auswirkungen der verschiedenen Infektionswellen auf die AU-Kennwerte im Jahr 2022. Sowohl die AU-Fälle als auch die AU-Tage haben sich im Vergleich zum Vorjahr mehr als verdoppelt. Selbst im Vergleich zu den Jahren 2013, 2015 und 2018 mit jeweils ausgeprägten Grippe- und Erkältungswellen und entsprechend hohen AU-Kennzahlen, wird erkennbar, wie überdurchschnittlich die Werte im aktuellen Berichtsjahr ausfallen. Die bereits in **»»** Kapitel 1.1.2 angeführten Ursachen, wie der Wegfall aller Kontaktbeschränkungen und weiteren Schutzmaßnahmen im März 2022, sowie dem damit wesentlich erhöhten Risiko von Kontaktinfektionen in Kombination mit dem parallelen Auftreten unterschiedlicher viraler Erreger, haben sicher wesentlich zu dieser Entwicklung beigetragen. Hilfreich war hingegen, dass in den besonders kritischen Quartalen zu Beginn und zum Ende des Jahres 2022, weiterhin die Möglichkeit zur telefonischen Krankenschreibung bestand. Zudem ist davon auszugehen, dass Beschäftigte nicht zuletzt durch die Coronavirus-Pandemie dahingehend stärker sensibilisiert wurden, dass auch ein vermeintlich trivialer Infekt dazu führen kann, dass man damit bei der Arbeit viele weitere Personen ansteckt. Insofern ist davon auszugehen, dass ein Teil dieses Anstieges auch auf den Fakt zurückzuführen ist, dass insbesondere hier der Präsentismus (= trotz Krankheit zur Arbeit gehen) deutlich stärker als bei anderen Ursachen von Arbeitsunfähigkeit zurückgegangen ist. Abschlie-

Diagramm 1.2.7 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Atmungssystems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2012–2022)



ßend sei noch angemerkt, dass sich trotz des Anstiegs die durchschnittliche Falldauer nur wenig verändert hat: Im Mittel dauert ein AU-Fall im Zusammenhang mit einer Atemwegserkrankung nach wie vor rund eine Kalenderwoche.

Exkurs COVID-19

In **III** Tabelle 1.2.3 sind die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose dargestellt. Insgesamt entfielen im Jahr 2022 5,1% aller AU-Fälle sowie 4,0% aller AU-Tage auf krankheitsbedingte Fehlzeiten im Zusammenhang mit COVID-19. Im Vergleich zum Vorjahr (2021: 1,1% bzw. 1,0%) ist eine deutliche Zunahme zu verzeichnen, entsprechend finden sich diese beiden COVID-19-Diagnosen zusammengefasst auch unter den Top-10 Ursachen für Arbeitsunfähigkeit wieder (**III** Tabelle 1.2.2). Hintergrund dieser Entwicklung dürften die im Jahr 2022 vorherrschenden COVID-19-Virusvarianten mit

einem deutlich höheren Risiko der Ansteckung in Kombination mit der gleichzeitigen Aufhebung der meisten Kontaktbeschränkungen und weiteren Schutzmaßnahmen im März 2022 sein. Im Gegenzug deutet der Rückgang der Falldauer, vor allem bei der ICD-10-Diagnose U07.1 (2021: 17,1 AU-Tage je Fall vs. 2022: 9,6 AU-Tage je Fall) darauf hin, dass diese Virusvariante(n) zwar ansteckender waren, aber dafür eine kürzere Krankheitsphase als ihre Vorgänger verursachten. Von großer Bedeutung ist hier zudem der Umstand, dass im Jahr 2022 die überwiegende Mehrheit aller Beschäftigten (88,8%) bereits mindestens einmal gegen COVID-19 geimpft waren (**III** BKK Gesundheitsreport 2022, S. 91), was ebenfalls zu einem milderen und kürzeren Verlauf und somit auch zu einer kürzeren AU-Dauer geführt haben dürfte. Aktuelle AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit COVID-19 sind zudem auf der Internetseite des BKK Dachverbandes in den Auswertungen zum monatlichen Krankenstand zu finden.

1.2 AU-Geschehen nach Krankheitsarten

Tabelle 1.2.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten COVID-19-Diagnosen (U07.1 und/oder U07.2) und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

ICD-10-Code	Diagnosen	Geschlecht	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
			je 100 beschäftigte Mitglieder		
U07.1	COVID-19, Virus nachgewiesen	Männer	7,1	68	9,5
		Frauen	8,7	86	9,9
		Gesamt	7,8	76	9,7
U07.2	COVID-19, Virus nicht nachgewiesen	Männer	1,4	12	8,8
		Frauen	1,6	15	9,1
		Gesamt	1,5	14	9,0
U07.1 und U07.2	COVID-19, Virus nachgewiesen/nicht nachgewiesen	Männer	8,5	80	9,4
		Frauen	10,3	101	9,8
		Gesamt	9,3	89	9,6

1.3 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Im folgenden Abschnitt wird das AU-Geschehen der Beschäftigten nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen betrachtet. Dabei erfolgt die Auswahl der Merkmale vor allem nach ihrem Einfluss auf die krankheitsbedingten Fehlzeiten. Neben dem Alter und dem Geschlecht, stellt auch der Versichererstatus, als ein mittelbarer Indikator der sozialen Lage, einen wichtigen Einflussfaktor auf das AU-Geschehen dar. Bildungsvariablen, wie der höchste Schul- bzw. Berufsabschluss, finden ebenfalls Eingang in die Betrachtung. Die berufliche Tätigkeit und die damit verbundenen Merkmale, die im weiteren Sinne auch zu den soziodemografischen Merkmalen gehören, werden in **»** Kapitel 1.5 im Kontext der arbeitsweltlichen Betrachtung separat dargestellt.

1.3.1 AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht

- Beschäftigte Frauen weisen über alle Altersgruppen hinweg im Durchschnitt insgesamt mehr AU-Fälle bzw. AU-Tage als beschäftigte Männer auf.
- Im Vorjahresvergleich sind bei den jungen Beschäftigten die AU-Kennzahlen vor allem durch Fehlzeiten im Kontext von Atemwegserkrankungen stärker als bei älteren Beschäftigten angestiegen.
- Im aktuellen Berichtsjahr weist nur die Minderheit (26,7–35,4%) der beschäftigten Männer und Frauen unterschiedlichen Alters gar keinen AU-Fall auf. Dieser Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr (44,2–58,9%) – maßgeblich wegen der hohen Fehlzahlen aufgrund von Atemwegserkrankungen – deutlich zurückgegangen.

In **»** Diagramm 1.3.1 sind die AU-Fälle und AU-Tage der Beschäftigten nach Altersgruppen und Geschlecht dargestellt. Über alle Altersgruppen hinweg weisen Frauen durchschnittlich mehr AU-Fälle sowie mehr AU-Tage auf. Der größte Geschlechtsunterschied – zuungunsten der Frauen – tritt mit einer Dif-

ferenz von +3,6 AU-Tagen je Beschäftigten in der Altersgruppe der über 65-jährigen Beschäftigten auf.

Bezogen auf das Alter zeigt sich bei den Fehltagen ein nahezu kontinuierlicher Anstieg bis einschließlich zur Gruppe der 60- bis 64-jährigen. Die Gruppe der über 65-Jährigen hat dagegen, im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen, die wenigsten AU-Fälle sowie deutlich geringere AU-Tage zu verzeichnen. Wesentlich zurückzuführen ist dies auf einen Selektionseffekt, der als *healthy worker effect* bekannt ist: Erwerbstätige, die kurz vor dem Renteneintrittsalter stehen bzw. noch darüber hinaus weiter arbeiten, sind meist gesünder als Beschäftigte im mittleren Alter, weil die dort noch vorhandenen und von (chronischen) Erkrankungen Betroffenen häufig – meist vorzeitig – aus dem Erwerbsleben ausscheiden und somit nicht mehr in der AU-Statistik der höheren Altersgruppen enthalten sind. Betrachtet man zusätzlich die Falldauer, so zeigt sich dagegen sowohl für die Männer als auch für die Frauen ein nahezu linearer Anstieg mit steigendem Lebensalter, wobei die Werte zwischen der jüngsten und der ältesten Beschäftigtengruppe um das Sechsfache zunehmen. Erweiterte Analysen und Kennzahlen zum AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht sind zusätzlich in der digitalen **»** Tabelle A.5 zu finden.

Ergänzend ist an dieser Stelle noch anzumerken, dass bei allen Altersgruppen im Vorjahresvergleich ein deutlicher Anstieg der AU-Fälle und -Tage, vor allem aufgrund der überdurchschnittlich hohen AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen, zu verzeichnen ist. Dabei fällt der Zuwachs altersspezifisch sehr unterschiedlich aus: Jüngere sind davon deutlich stärker als ältere Beschäftigte betroffen. So treten beispielsweise bei den unter 20-Jährigen im Vergleich zum Vorjahr bei Männern und Frauen jeweils mehr als +1 AU-Fall sowie rund +7 AU-Tage je Beschäftigten zusätzlich auf. Diese Zuwächse fallen mit zunehmendem Alter geringer aus und liegen bei den 60–64-jährigen Männern

1.3 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 1.3.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

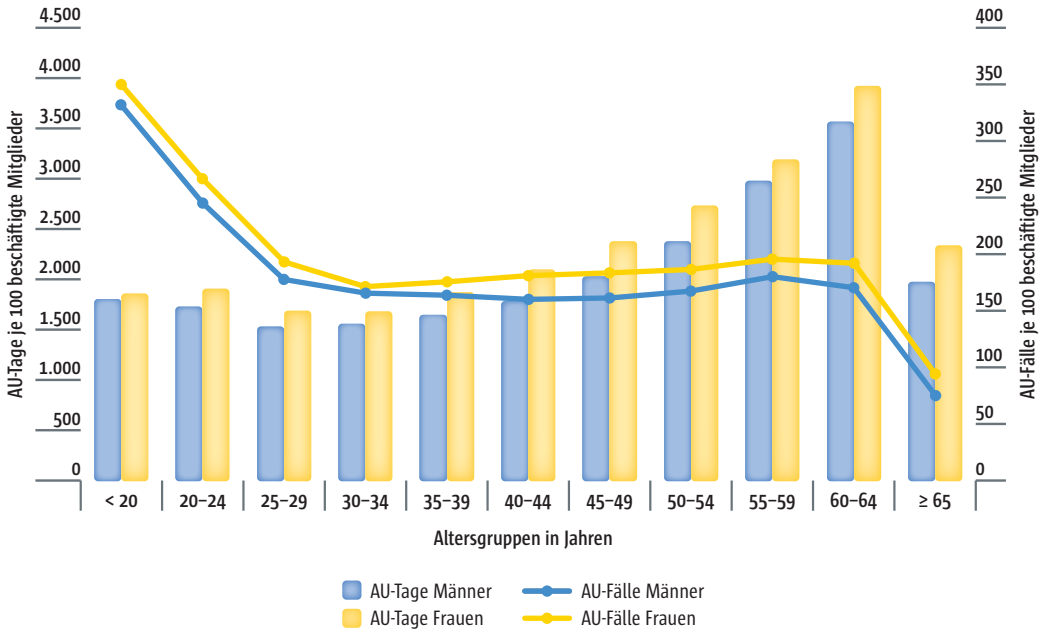


Tabelle 1.3.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

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	35,4	33,2	34,9	30,1	33,3	26,7	34,5	29,9
1 AU-Fall	24,0	23,5	26,2	26,3	25,3	26,8	25,2	25,6
2 AU-Fälle	15,9	16,5	17,0	18,5	17,2	19,4	16,7	18,2
3 und mehr AU-Fälle	24,7	26,7	21,8	25,1	24,2	27,1	23,6	26,3

und Frauen nur noch bei rund +0,4 AU-Fällen bzw. +2 bis +3 AU-Tagen.

Die AU-Quoten, differenziert nach Alter und Geschlecht, sind in III Tabelle 1.3.1 zu sehen. Hier wird ebenfalls der Einfluss der außergewöhnlich hohen Fehlzeiten im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen sichtbar. Wies im Jahr 2021 noch die Mehrheit der beschäftigten Männer (54,2%) und Frauen (50,3%) keinen AU-Fall auf, so sind diese Anteile im aktuellen Jahr um mehr als 20 Prozentpunkte zurückgegangen (III Diagramm 1.1.2). In der altersspezifischen Betrachtung zeigt sich, dass auch hier die jüngeren Beschäftigten deutlich stärker als

die älteren von diesen Veränderungen betroffen sind: So ist beispielsweise der Rückgang der Anteile derjenigen, die gar keinen AU-Fall im Berichtsjahr aufweisen, bei den berufstätigen Männern (-23,5 Prozentpunkte) bzw. Frauen (-21,8 Prozentpunkte) unter 35 Jahren stärker ausgeprägt, als bei den 50-jährigen und älteren Beschäftigten (Männer: -14,5 Prozentpunkte; Frauen: -17,6 Prozentpunkte). Im Gegenzug haben vor allem die AU-Quoten im Zusammenhang mit 3 und mehr AU-Fällen zugenommen, wobei die Zunahme bei den jüngeren Beschäftigten ebenfalls höher als bei den älteren Berufstätigen ausfällt. Angesichts der bereits berichteten krankheitsspezifischen

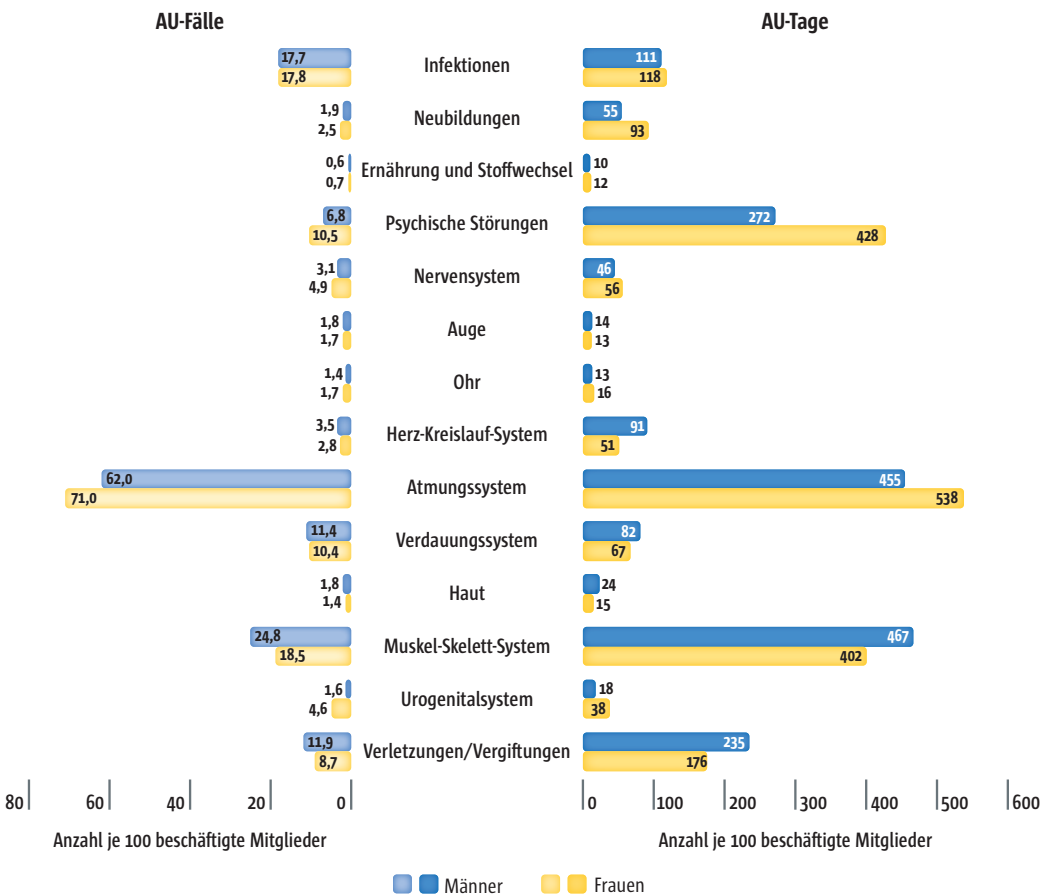
schen AU-Quoten (»»» Tabelle 1.2.1) ist davon auszugehen, dass bei Beschäftigten im Gegensatz zu bisherigen Grippe- und Erkältungswellen, gehäuft und mehrfach im Jahr 2022 AU-Fälle im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen auftraten, die allerdings meist nur von kurzer Dauer waren.

- Bei männlichen Berufstätigen treten deutlich mehr AU-Fälle bzw. -Tage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf.
- Bei weiblichen Berufstätigen treten hingegen höhere Fehlzeiten aufgrund von Neubildungen, psychischen Störungen und Atemwegserkrankungen auf.

- Mit zunehmendem Alter nimmt die Falldauer, vor allem bei Atemwegserkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychischen Störungen, kontinuierlich zu.

In »»» Diagramm 1.3.2 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-Skelett-Erkrankungen sowie bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Mittel deutlich mehr AU-Fälle und AU-Tage als die weiblichen Beschäftigten auf. Dagegen sind bei Frauen durchschnittlich wesentlich mehr Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen

Diagramm 1.3.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



1.3 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 1.3.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

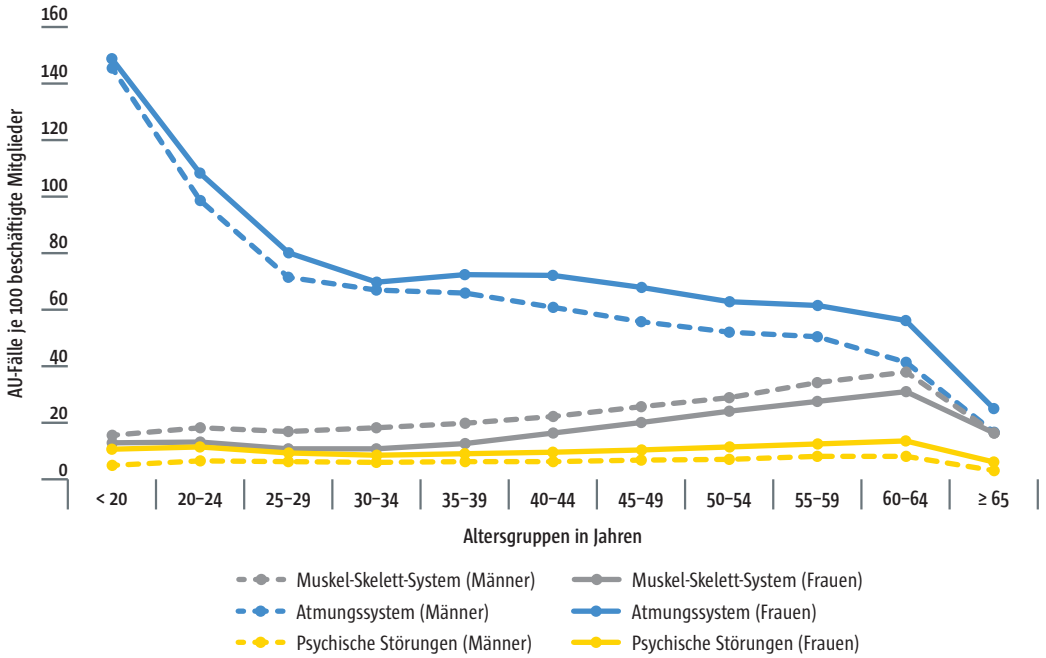
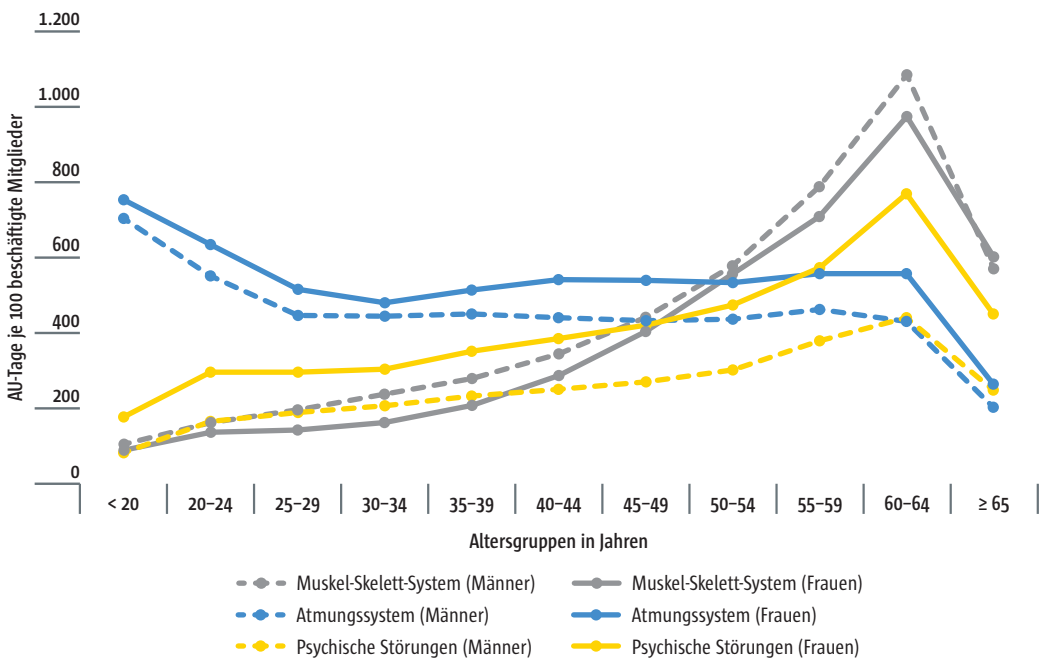


Diagramm 1.3.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

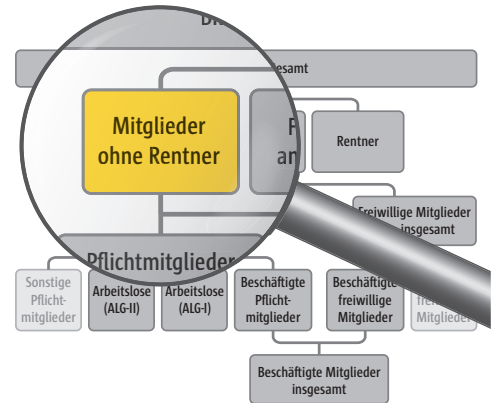


gen, Atemwegserkrankungen und Neubildungen zu finden. Bei den psychischen Störungen ist dabei die Geschlechtsdifferenz mit über einem AU-Tag am höchsten ausgeprägt. Für alle weiteren Diagnosehauptgruppen fallen die Unterschiede zwischen Männern und Frauen wesentlich geringer aus. Die Ursachen für diese Geschlechtsunterschiede sind vielfältig, wobei biologische (unterschiedliche Anatomie), soziale (unterschiedliche Sozialisation im Umgang mit dem eigenen Körper) aber auch arbeitsweltliche (unterschiedliche Berufspräferenzen bei Männern und Frauen) Faktoren in Kombination miteinander wirksam werden. Der bereits mehrfach erwähnte Anstieg der AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen wird hier ebenfalls noch einmal eindrucksvoll sichtbar: Sowohl die AU-Fälle als auch die AU-Tage bei den beschäftigten Männern und Frauen haben sich im Vergleich zum Vorjahr jeweils mehr als verdoppelt.

In **III** Diagramm 1.3.3 sind die AU-Fälle bzw. in **III** Diagramm 1.3.4 die AU-Tage der drei für das AU-Geschehen wichtigsten Krankheitsarten differenziert nach Alter und Geschlecht dargestellt. Die bereits im **III** Kapitel 1.2.2 beschriebenen Geschlechtsunterschiede werden hier zusätzlich für die unterschiedlichen Altersgruppen in gleicher Weise sichtbar. AU-Fälle und AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen treten besonders häufig bei jungen Beschäftigten auf, während die Werte zwischen den 25. bis zum 64. Lebensjahr relativ stabil bleiben. Auch wenn die AU-Kennzahlen bei dieser Krankheitsart im Jahr 2022 wesentlich höher als in den Vorjahren ausfallen, bleibt das beschriebene alters- und geschlechtsspezifische Muster nahezu unverändert. Bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen zeigt sich ein anderes altersspezifisches Bild: Hier steigen sowohl die AU-Fälle als auch die AU-Tage mit zunehmendem Alter deutlich an. Bei den psychischen Störungen ist hingegen der Anstieg bei den AU-Tagen mit zunehmendem Alter höher als der Anstieg bei den zugehörigen AU-Fällen ausgeprägt. Diese für die hier betrachteten Krankheitsarten sehr unterschiedlichen Altersverläufe der AU-Kennzahlen, haben eine ebenfalls unterschiedliche Entwicklung der jeweiligen Falldauern zur Folge: Im Vergleich zwischen den unter 20-Jährigen und den 60- bis 64-Jährigen steigt die Falldauer bei den Atemwegserkrankungen (5,0 vs. 10,2 AU-Tage je Fall) um mehr als das Doppelte, bei den psychischen Störungen um mehr als das Dreifache (16,3 vs. 56,0 AU-Tage je Fall) und bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen um mehr als das Vierfache (6,8 vs. 29,9 AU-Tage je Fall) an.

Wiederum wird hier für alle Krankheitsarten der bereits beschriebene *healthy worker effect* bei den über 65-Jährigen als vermeintlich besonders gesunde Beschäftigtengruppe sichtbar. Trotz des selteneren Auftretens eines AU-Falls in dieser Altersgruppe ist hier dennoch die Falldauer mit Abstand am größten (Atemwegserkrankungen: 11,4 AU-Tage je Fall; psychische Störungen: 74,7 AU-Tage je Fall; Muskel-Skelett-Erkrankungen: 35,6 AU-Tage je Fall). Wird also eine Person aus dieser Altersgruppe arbeitsunfähig, was gemessen an den AU-Fällen wesentlich seltener als in den meisten anderen Altersgruppen vorkommt, so ist solch ein Fall im Durchschnitt mit einer längeren krankheitsbedingten Ausfallzeit verbunden.

1.3.2 AU-Geschehen nach Versichertenstatus



- Arbeitslose (ALG-I) sind deutlich häufiger und länger von krankheitsbedingten Fehlzeiten aufgrund von psychischen Störungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen betroffen, wesentlich seltener ist dies jedoch aufgrund von Atemwegserkrankungen der Fall.
- Entsprechend liegt die durchschnittliche Falldauer bei den Arbeitslosen (ALG-I) mit 41,4 AU-Tagen je Fall um mehr als das Dreifache über der der Beschäftigten.
- Atemwegserkrankungen sind bei den beschäftigten Pflicht- bzw. freiwilligen Mitgliedern der Hauptgrund für den Anstieg der AU-Tage zwischen den Jahren 2021 und 2022. Bei den Arbeitslosen (ALG-I) zeigt sich zusätzlich ein Anstieg der Fehltage im Zusammenhang mit psychischen Störungen sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen.

Neben dem Alter und dem Geschlecht der Mitglieder übt deren sozialer Status ebenfalls einen wesentli-

1.3 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

chen Einfluss auf die Gesundheit und somit auf das AU-Geschehen aus. Da der soziale Status über die vorliegenden Routinedaten nur eingeschränkt abbildbar ist, wird an dieser Stelle die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe als alternativer Indikator herangezogen. Insofern werden im Folgenden insbesondere die Arbeitslosen (ALG-I), die beschäftigten Pflichtmitglieder sowie die beschäftigten freiwilligen Mitglieder als die relevantesten Teilgruppen der Mitglieder ohne Rentner betrachtet. Ausgehend vom durchschnittlichen Einkommen als einem wichtigen Faktor des sozialen Status kann angenommen werden, dass im Vergleich zwischen den drei genannten Versichertengruppen die Arbeitslosen einen relativ niedrigen und die beschäftigten freiwilligen Mitglieder einen relativ hohen Sozialstatus innehaben, während die beschäftigten Pflichtmitglieder zwischen beiden Gruppen einzuordnen sind. Die hier vorgenommene Einteilung stellt allerdings keine Ab- oder Aufwertung der einzelnen Versichertengruppen dar, sondern dient lediglich der plausiblen Einordnung der im Folgenden dargestellten Zusammenhänge mit den zugehörigen AU-Kennzahlen. In der digitalen **»** Tabelle A.1 sind ergänzend die AU-Kennzahlen der verschiedenen Versichertengruppen nach Geschlecht und Diagnosehauptgruppen dargestellt.

Einleitend sollen zunächst die allgemeinen AU-Kennzahlen der genannten Versichertengruppen betrachtet werden (**»** Tabelle 1.3.2). ALG-II-Empfänger bleiben bei den krankheitsbedingten Fehlzeiten ge-

nerell unberücksichtigt, da sie keinen Anspruch auf Krankengeld besitzen und somit bei den Krankenkassen in der Regel keine diesbezüglichen Leistungsfälle (AU-Fälle) angelegt werden. Gleiches gilt auch für die sonstigen Pflichtmitglieder (**»** Diagramm 0.1.1).

Während die beschäftigten freiwilligen Mitglieder im Jahr 2022 durchschnittlich nur 12,6 AU-Tage je Berufstätigen aufweisen, ist dieser Wert bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern mit 24,3 AU-Tagen fast mehr als doppelt so hoch. Mit deutlichem Abstand folgen die Arbeitslosen (ALG-I), die im Durchschnitt 35,9 AU-Tage und damit einen fast dreimal so hohen Wert 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 rund 6 Kalenderwochen (41,4 AU-Tage je Fall) im Mittel ebenfalls mehr als dreimal so hoch, wie bei den anderen beiden Versichertengruppen. Gleichzeitig haben die Arbeitslosen (ALG-I) mit 21,0% die niedrigste AU-Quote im Vergleich. Das ist nur scheinbar ein Widerspruch, der v.a. dadurch erklärt werden kann, dass in dieser Versichertengruppe Kurzzeiterkrankungen (z.B. Atemwegserkrankungen u.ä.) zwar genauso häufig auftreten, betroffene Arbeitslose diese aber wesentlich seltener ärztlich behandeln lassen. Belegt wird dies zusätzlich durch die zugehörigen Kennzahlen aus der ambulanten Versorgung (**»** Kapitel 2.3.2).

Tabelle 1.3.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen nach ausgewählten Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Versichertengruppen ¹	Geschlecht	AU-Kennzahlen				
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall	Krankenstand	AU-Quote
		je 100 Mitglieder			in Prozent	
Beschäftigte Pflichtmitglieder	Männer	194,9	2.403	12,3	6,6	67,7
	Frauen	198,0	2.460	12,4	6,7	71,0
	Gesamt	196,5	2.431	12,4	6,7	69,3
Beschäftigte freiwillige Mitglieder	Männer	109,1	1.231	11,3	3,4	54,7
	Frauen	113,4	1.376	12,1	3,8	54,0
	Gesamt	110,0	1.262	11,5	3,5	54,5
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	82,4	3.443	41,8	9,4	19,8
	Frauen	91,7	3.757	41,0	10,3	22,3
	Gesamt	86,6	3.586	41,4	9,8	21,0

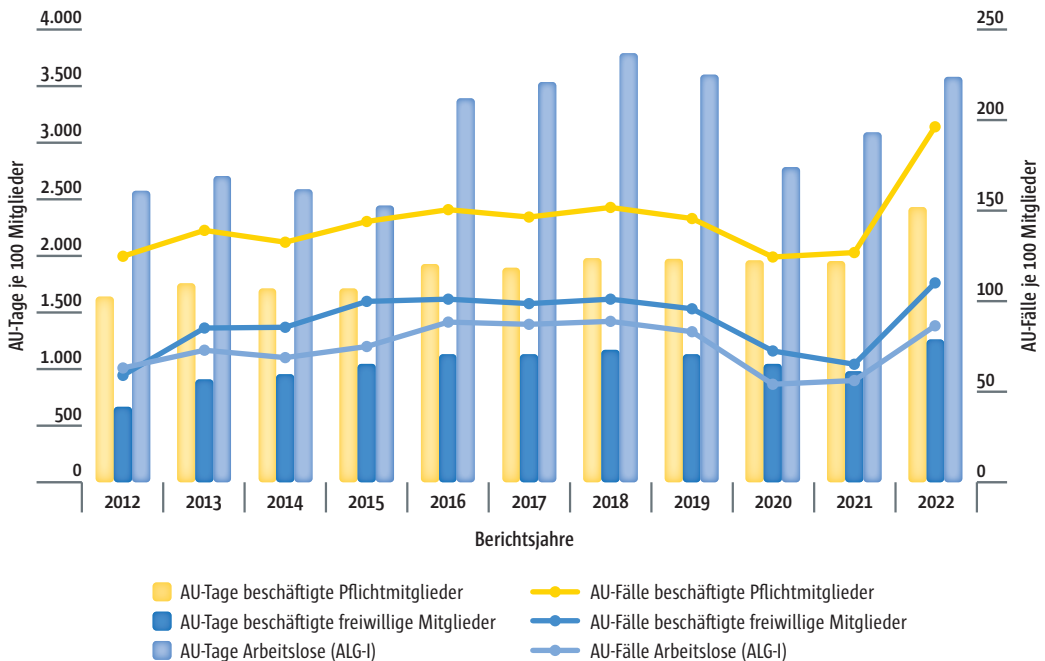
¹Zur Zuordnung der einzelnen Versichertengruppen sei auf das **»** Diagramm 0.1.1 verwiesen.

Im **»»»** Diagramm 1.3.5 ist für die drei ausgewählten Versichertengruppen die längsschnittliche Entwicklung der AU-Kennzahlen dargestellt. Für die beschäftigten Pflichtmitglieder bzw. die beschäftigten freiwilligen Mitglieder zeichnet sich im Zeitverlauf ein ähnliches Muster ab, wie es bereits im **»»»** Diagramm 1.1.1 zu sehen ist, mit einem ebenfalls deutlichen Anstieg im Jahr 2022. In allen Berichtsjahren liegen dabei die AU-Fälle und AU-Tage der beschäftigten freiwilligen Mitglieder deutlich unter denen der beschäftigten Pflichtmitglieder. Bei den Arbeitslosen (ALG-I) sind einige Besonderheiten zu beobachten: Während deren AU-Tage in allen Berichtsjahren deutlich über denen der beiden Beschäftigtengruppen liegen, weisen die Arbeitslosen gleichzeitig in der Mehrzahl der Berichtsjahre die wenigsten AU-Fälle im Vergleich auf. Hintergrund ist, dass die insbesondere in 2022 sehr häufig auftretenden Kurzzeiterkrankungen (z.B. Atemwegserkrankungen) in dieser Versichertengruppe wesentlich seltener zu einer ambulanten Behandlung führen und somit in einen AU-Fall münden. Dagegen steht die überwiegende Mehrheit aller AU-Tage (78,2%) und fast jeder sechste AU-Fall (16,3%) bei den Arbeitslosen mit Langzeitfällen von mehr als 6 Wochen Falldauer in Verbin-

dung. Im Kontrast dazu sind diese Anteile bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern (38,7% bzw. 3,5%) und den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern (34,0% bzw. 3,0%) deutlich niedriger ausgeprägt. Dieser hohe Anteil der Langzeiterkrankungen in Verbindung mit der relativ geringen Gruppengröße bei den Arbeitslosen (ALG-I) ist ein wesentlicher Grund für die relativ großen Schwankungen bei den AU-Tagen im Betrachtungszeitraum. Des Weiteren sind die AU-Kennzahlen der Arbeitslosen (ALG-I) im Jahre 2016 scheinbar sprunghaft gestiegen, was aber im Wesentlichen mit der ab diesem Berichtsjahr erfolgten Umstellung der Berechnungsweise der AU-Kennzahlen zu tun hat (**»»»** Methodische Hinweise). Abschließend sei noch angemerkt, dass auch hier im Vorjahresvergleich ein deutlicher Einfluss der AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen erkennbar wird. Die Anteile an den AU-Fällen und AU-Tagen im Zusammenhang mit Langzeitfällen sind im Vergleich zum Vorjahr sprunghaft zurückgegangen, wobei dieser Rückgang bei den beiden Beschäftigtengruppen wesentlich größer als bei den Arbeitslosen (ALG-I) ausfällt.

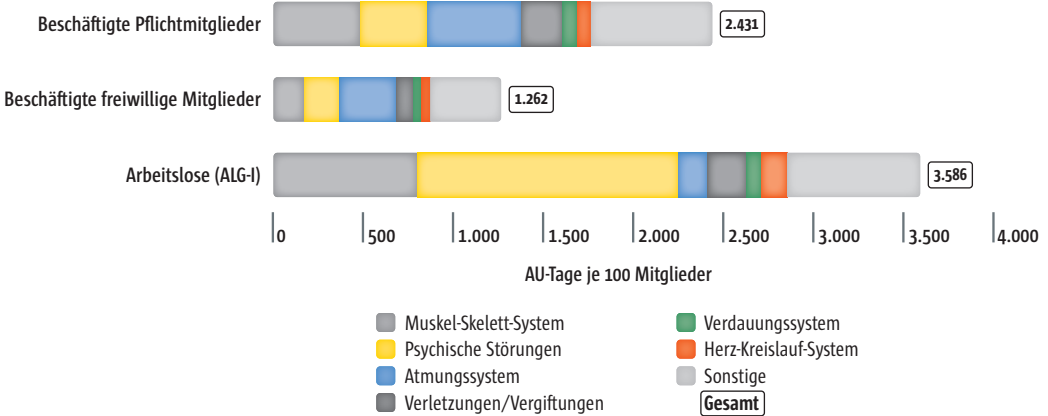
Das **»»»** Diagramm 1.3.6 zeigt die für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen wichtigsten Diagnosehaupt-

Diagramm 1.3.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen nach ausgewählten Versichertengruppen im Zeitverlauf (2012–2022)



1.3 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

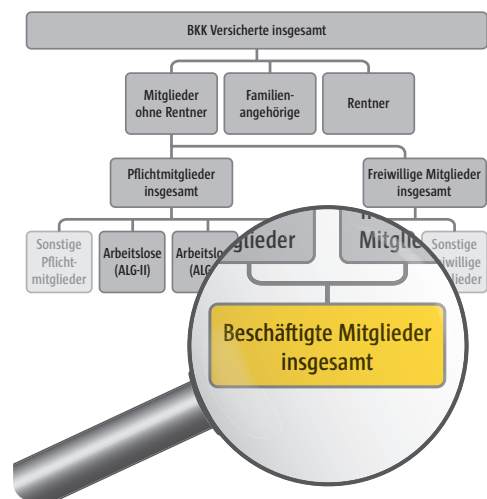
Diagramm 1.3.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage nach ausgewählten Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)



gruppen nach Versichertengruppen. Allein auf die nach AU-Tagen wichtigsten drei Diagnosehauptgruppen gehen zwischen 53,8% (beschäftigte freiwillige Mitglieder) und 67,1% (Arbeitslose ALG-I) aller AU-Tage im Jahr 2022 zurück. Zudem weisen die Arbeitslosen (ALG-I) mit Abstand die meisten Fehltagetage aufgrund von psychischen Störungen auf, und zwar im Mittel mehr als siebenmal so viele, wie die beschäftigten freiwilligen Mitglieder (1.441 vs. 196 AU-Tage je 100 Mitglieder). Ähnlich stellt sich das Bild auch bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen dar, wobei hier der Unterschied mehr als das Vierfache beträgt (801 vs. 171 AU-Tage je 100 Mitglieder). Anhand dieser Betrachtung wird noch einmal die besondere Rolle der Langzeiterkrankungen bei den Arbeitslosen (ALG-I) deutlich, die sich in dieser Versichertengruppe nicht nur in den krankheitsbedingten Ausfallzeiten, sondern auch in den Kennzahlen der ambulanten und stationären Versorgung sowie bei den Arzneimittelverordnungen widerspiegeln. Ein besonderes Augenmerk soll auch an dieser Stelle wiederum den AU-Tagen im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen gelten. Während die entsprechenden Werte für die beschäftigten Mitglieder zwischen 2021 und 2022 um das 2,5-Fache (208 vs. 524 AU-Tage je 100 Beschäftigte) und bei den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern sogar um das Dreifache (100 vs. 313 AU-Tage je 100 Beschäftigte) angestiegen sind, fällt die Zunahme mit einer Verdopplung bei den Arbeitslosen (78 vs. 164 AU-Tage je 100 Arbeitslose [ALG-I]) wesentlich geringer aus und bewegt sich zudem auf einem deutlich niedrigeren Niveau. Zudem zeigt der Vergleich mit dem Vorjahr, dass für alle anderen im **»»»** Diagramm 1.3.6 dargestellten

Krankheitsarten die AU-Tage in ihrer Höhe bei den beiden Beschäftigtengruppen nahezu unverändert sind. Dagegen ist bei den Arbeitslosen zusätzlich ein Anstieg der Fehltagetage aufgrund psychischer Störungen (1.271 vs. 1.441 AU-Tage je 100 Arbeitslose [ALG-I]) und tendenziell auch bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen (726 vs. 801 AU-Tage je 100 Arbeitslose [ALG-I]) zu beobachten.

1.3.3 AU-Geschehen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen



- Allgemein gilt: Je höher der Schul- bzw. Berufsabschluss eines Beschäftigten – soweit vorhanden bzw. bekannt –, desto niedriger sind seine krankheitsbedingten Fehlzeiten.
- Beschäftigte Frauen mit einem qualifizierten Schul- bzw. Berufsabschluss weisen dabei sowohl bei den AU-Fällen als auch den AU-Tagen jeweils höhere Werte als ihre männlichen Kollegen mit gleichwertigen Abschlüssen auf.

Höchster Schul- und Berufsabschluss

Ebenfalls für das AU-Geschehen wichtige soziodemografische Merkmale der Beschäftigten sind die Bildungsmerkmale höchster allgemeinbildender Schulabschluss bzw. höchster erlangter Berufsabschluss. In **III** Tabelle 1.3.3 wird erkennbar, dass mit höherem schulischen bzw. beruflichen Bildungsgrad – soweit vorhanden bzw. bekannt – eine Abnahme der durchschnittlichen Zahl der AU-Fälle und -Tage einhergeht. Besonders deutlich zeigt sich das beim Schulabschluss: Bezogen auf die AU-Tage weisen Erwerbstätige mit Volks- bzw. Hauptschulabschluss im Vergleich zu denen mit einem (Fach-)Abitur einen mehr

als doppelt so hohen Wert auf (31,0 vs. 14,7 AU-Tage je Beschäftigten). Allerdings wird ein nicht unerheblicher Teil dieser Differenz auf den Altersunterschied (46,3 vs. 39,8 Jahre) zwischen beiden Gruppen zurückzuführen sein. Vergleicht man zusätzlich Gruppen gleichen Alters bezogen auf die beiden Schulabschlüsse, so wird allerdings deutlich, dass der Schulabschluss selbst einen Großteil des Unterschieds bezogen auf die Fehlzeiten verursacht. In ähnlichem Kontext lässt sich der Unterschied bezogen auf die AU-Tage von Beschäftigten mit einer anerkannten Berufsausbildung (25,8 AU-Tage je Beschäftigten) und solchen mit einem Universitätsabschluss (12,3 AU-Tage je Beschäftigten) interpretieren. Dieser fällt sogar noch deutlicher als beim Schulabschluss aus und belegt aufgrund des nahezu identischen Alters (44,6 vs. 44,0 Jahre) eindrucksvoll, dass der Grad der Bildung unabhängig vom Alter ein wesentlicher Einflussfaktor für das Fehlzeitengeschehen als ein Indikator der Gesundheit von Beschäftigten darstellt. Gleichzeitig wird hier über nahezu alle Abschlussarten hinweg sichtbar, dass die Frauen im Vergleich zu den Männern tendenziell mehr AU-Fälle und insbesondere AU-Tage aufweisen.

Tabelle 1.3.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	Durchschnittsalter in Jahren	AU-Fälle			AU-Tage		
			Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
			je 100 beschäftigte Mitglieder					
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	43,2	209	219	212	2.742	2.954	2.805
	Haupt-/Volksschulabschluss	46,3	219	227	222	3.001	3.299	3.100
	Mittlere Reife oder gleichwertig	42,5	202	214	208	2.315	2.620	2.469
	Abitur/Fachabitur	39,8	128	167	148	1.232	1.716	1.474
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	34,1	251	257	254	2.421	2.683	2.533
	Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	44,6	195	202	198	2.540	2.618	2.577
	Meister/Techniker oder gleichwertig	46,4	156	181	163	1.853	2.192	1.943
	Bachelor	34,5	110	151	131	936	1.383	1.157
	Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	44,0	100	141	118	992	1.528	1.231
	Promotion	44,7	78	119	96	737	1.159	914
Gesamt		42,9	177	192	184	2.158	2.385	2.262

1.4 AU-Geschehen in Regionen

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

- Beschäftigte mit Wohnort in den Ostbundesländern weisen insgesamt deutlich mehr AU-Tage als diejenigen auf, die in den Westbundesländern wohnhaft sind.
- Bei Beschäftigten, die in Bayern und Baden-Württemberg sowie in Hamburg wohnen, sind in allen Betrachtungen die mit Abstand geringsten krankheitsbedingten Fehlzeiten im Bundeslandvergleich zu finden.
- Der starke Anstieg der AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen im Vergleich zum Vorjahr ist zwar in allen Bundesländern deutlich erkennbar, allerdings wiederum in den Ostbundesländern am stärksten ausgeprägt.

Wie bereits in den **»»** Methodischen Hinweisen beschrieben, basieren alle regionalen Zuordnungen der Beschäftigten auf deren Wohnort. Ergänzend hierzu finden sich in den digital verfügbaren **»»** Tabellen A.11 und A.12 weitere AU-Kennzahlen auf Ebene der Bundesländer bzw. der Landkreise und kreisfreien Städte. In **»»** Tabelle 1.4.1 sind zunächst die AU-Kennzahlen nach Bundesländern für das Jahr 2022 dargestellt.

Mit 29,7 AU-Tagen und 2,1 AU-Fällen je Beschäftigten sind im Jahr 2022 in Mecklenburg-Vorpommern die höchsten Werte im Bundeslandvergleich zu finden. Dagegen sind die entsprechenden Werte in Hamburg, Bayern und Baden-Württemberg nicht

nur deutlich niedriger, sondern liegen zudem unter dem Bundesdurchschnitt. Nach wie vor wird deutlich, dass in den Ost- im Vergleich zu den Westbundesländern nahezu durchgängig die höchsten krankheitsbedingten Fehlzeiten zu finden sind. Als wesentliche Ursachen des weiterhin bestehenden Ost-West-Unterschiedes (ausgenommen Berlin) sind vor allem die sozioökonomischen und soziodemografischen Faktoren zu sehen. Eine ungünstigere Arbeitsmarktlage, höhere Arbeitslosigkeit, mehr prekäre Beschäftigung sowie nach wie vor spürbare Folgen der großen Abwanderungswellen v. a. junger Fachkräfte in die Westbundesländer zu Beginn der 1990er-Jahre bzw. zur Jahrtausendwende und das damit einhergehende höhere Durchschnittsalter der Beschäftigten in den Ostbundesländern, wie im Kapitel **»»** Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherungen ausführlich dargestellt, sind hier beispielhaft als Gründe zu nennen.

Noch genauer lässt sich das AU-Geschehen bei der Betrachtung auf Ebene der Landkreise differenzieren. Die Spannweite der AU-Tage innerhalb eines Bundeslandes ist hier meistens genau so groß wie zwischen den Bundesländern selbst. Im **»»** Diagramm 1.4.1 wird nochmals deutlich, dass die durchschnittlichen Fehltag der beschäftigten Mitglieder in den Ostbundesländern fast durchweg über dem Bundesdurchschnittswert von 22,6 AU-Tagen je Beschäftigten liegen. Entsprechend sind unter den zehn Kreisen mit den meisten Fehltagen ausschließlich solche in den Ostbundesländern zu finden. Spitzenreiter ist dabei mit durchschnittlich 33,6 AU-Tagen je Beschäftigten der Saale-Holzland-Kreis in Thüringen. In den Westbundesländern sind das Saarland sowie Teile von Rheinland-Pfalz, Niedersachsen, Hessen und Nordrhein-Westfalen ebenfalls von überdurchschnittlich vielen AU-Tagen in einzelnen Landkreisen betroffen. Die gemessen an den AU-Tagen gesündeste Region ist im Jahr 2022 München (Bayern) mit nur 14,7 AU-Tagen je Beschäftigten, knapp gefolgt von Stuttgart, mit 14,9 AU-Tagen je Be-

Tabelle 1.4.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2022)

Bundesländer	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
	je 100 beschäftigte Mitglieder		
Baden-Württemberg	172	1.941	11,3
Bayern	179	2.053	11,5
Berlin	176	2.402	13,6
Brandenburg	202	2.909	14,4
Bremen	202	2.438	12,1
Hamburg	156	1.844	11,8
Hessen	194	2.296	11,8
Mecklenburg-Vorpommern	211	2.970	14,1
Niedersachsen	200	2.417	12,1
Nordrhein-Westfalen	182	2.334	12,8
Rheinland-Pfalz	187	2.389	12,8
Saarland	193	2.612	13,6
Sachsen	193	2.441	12,6
Sachsen-Anhalt	211	2.948	14,0
Schleswig-Holstein	186	2.312	12,4
Thüringen	208	2.964	14,3
Gesamt	184	2.262	12,3

schäftigten. Auch insgesamt sind auf Landkreisebene in Bayern und in Baden-Württemberg sowie im Stadtstaat Hamburg die im Durchschnitt niedrigsten AU-Tage je Beschäftigten zu finden.

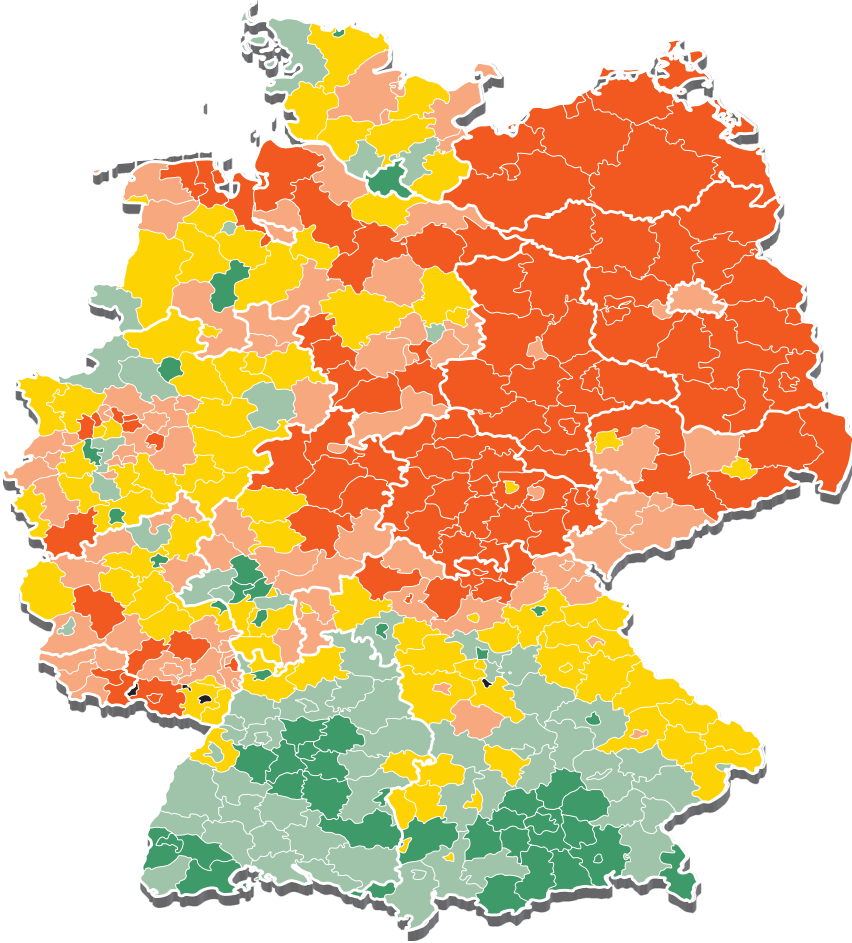
Abschließend werden in **»»»** Diagramm 1.4.2 die AU-Tage der Beschäftigten je Bundesland differenziert nach den wichtigsten Krankheitsarten dargestellt. Neben dem bereits in der **»»»** Tabelle 1.4.1 dargestellten Regionalmuster soll an dieser Stelle der Fokus auf den krankheitsspezifischen Unterschieden zwischen den Bundesländern liegen. Wenig überraschend ist auch für die einzelnen Krankheitsarten ein deutliches Ost-West-Muster erkennbar. Bei fünf der sechs Krankheitsarten finden sich in den Ostbundesländern die meisten AU-Tage je Beschäftigten und zwar in Mecklenburg-Vorpommern (Muskel-Skelett-System), Brandenburg (Atmungssystem), in Sachsen-Anhalt (Verletzungen und Vergiftungen so-

wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen) sowie in Thüringen (Krankheiten des Verdauungssystems). Lediglich bei den Fehltagen aufgrund psychischer Störungen liegt mit dem Saarland ein Westbundesland auf dem ersten Platz. Dagegen treten bei insgesamt fünf Krankheitsarten (Muskel-Skelett-System, Atmungssystem, Verletzungen und Vergiftungen, Verdauungssystem, Herz-Kreislauf-System) bei Beschäftigten in Hamburg die geringsten Fehltagel auf. Die niedrigste durchschnittliche Anzahl an AU-Tagen bei psychischen Störungen ist hingegen bei den Beschäftigten in Baden-Württemberg zu finden.

Auch hier zeigt sich im Vorjahresvergleich eine starke Zunahme der AU-Tage im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen, wobei wiederum die Ostbundesländer (außer Sachsen) die höchsten Zuwächse (+3,3 bis +3,7 AU-Tage je Beschäftigter) im Vorjahresvergleich aufweisen.

1.4 AU-Geschehen in Regionen

Diagramm 1.4.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2022)

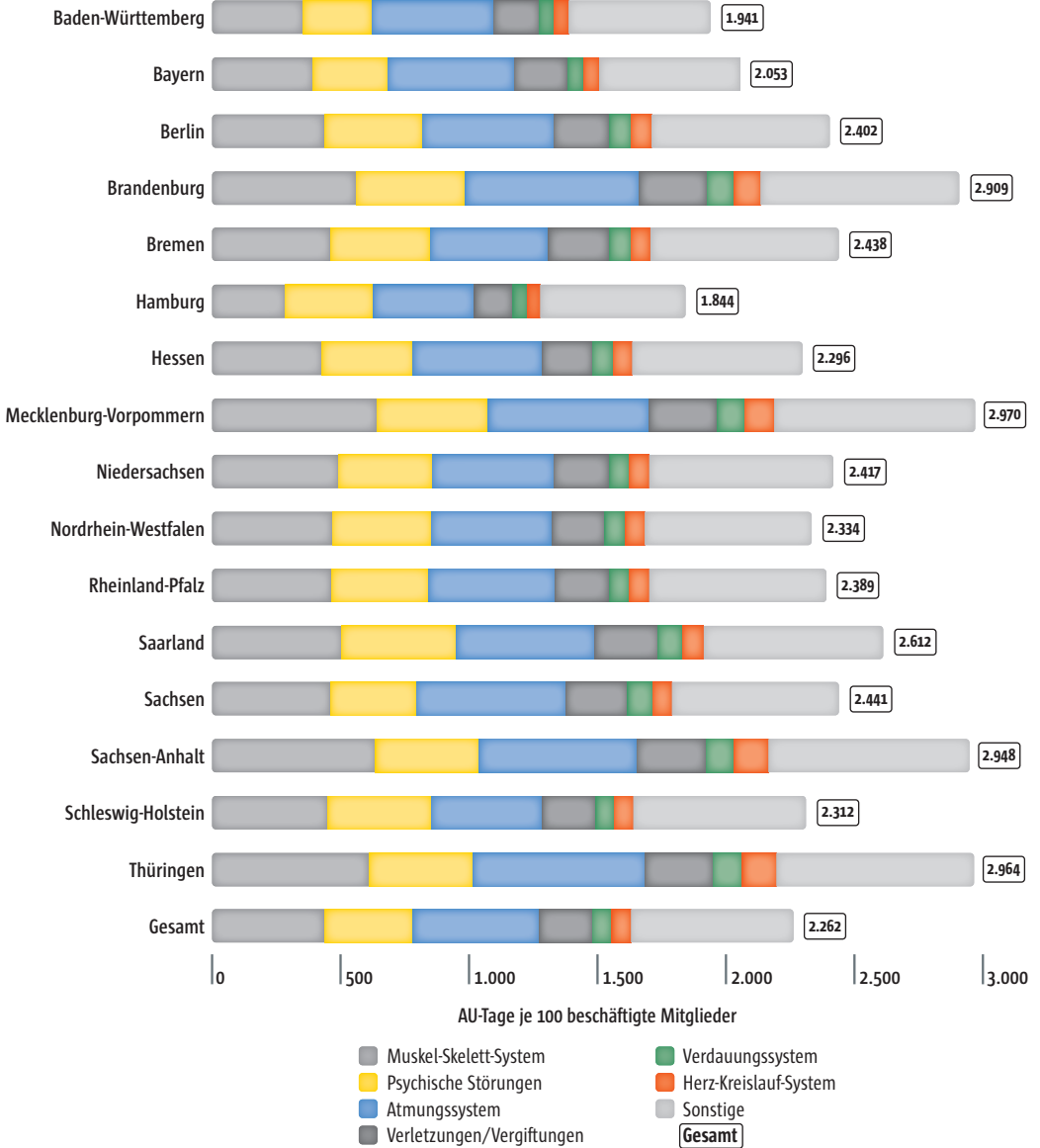


Prozentuale Abweichungen der AU-Tage der beschäftigten Mitglieder vom Bundesdurchschnitt
(2.262 AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder)

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

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

Diagramm 1.4.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)



1.5 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Dieser Abschnitt beleuchtet den Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit im Detail. Im Fokus der Betrachtungen stehen dabei wiederum alle beschäftigten BKK Mitglieder. Als arbeitsweltliche Indikatoren werden hierzu die Wirtschaftsgruppe, die Berufsgruppe sowie weitere Merkmale der beruflichen Tätigkeit der Beschäftigten in die Analysen einbezogen. Die Arbeitsumfeld- und Tätigkeitsmerkmale der beschäftigten BKK Mitglieder sind zudem im Kapitel **»** Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten ausführlich dargestellt. In der digital verfügbaren **»** Tabelle A.8 sind weitere Detailauswertungen nach Wirtschaftsabschnitten bzw. -abteilungen sowie Diagnosehauptgruppen und Geschlecht zu finden.

1.5.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Beschäftigte in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung weisen insgesamt sowohl die meisten AU-Fälle als auch die meisten AU-Tage im Wirtschaftsgruppenvergleich auf.
- Die niedrigsten krankheitsbedingten Fehlzeiten sind hingegen bei den Beschäftigten in der Information und Kommunikation zu finden.
- Der Anteil krankheitsbedingter Fehlzeiten von mehr als 6 Wochen Dauer ist bei den Beschäftigten in privaten Haushalten am größten, im Bereich Information und Kommunikation hingegen am geringsten.
- Die prozentualen Anteile der Langzeit-AU-Fälle und Langzeit-AU-Tage an allen AU-Fällen und -Tagen ist im Vorjahresvergleich deutlich zurückgegangen, was vor allem durch die enorme Zunahme von AU-Fällen und -Tagen mit kurzer Dauer im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen begründet ist.

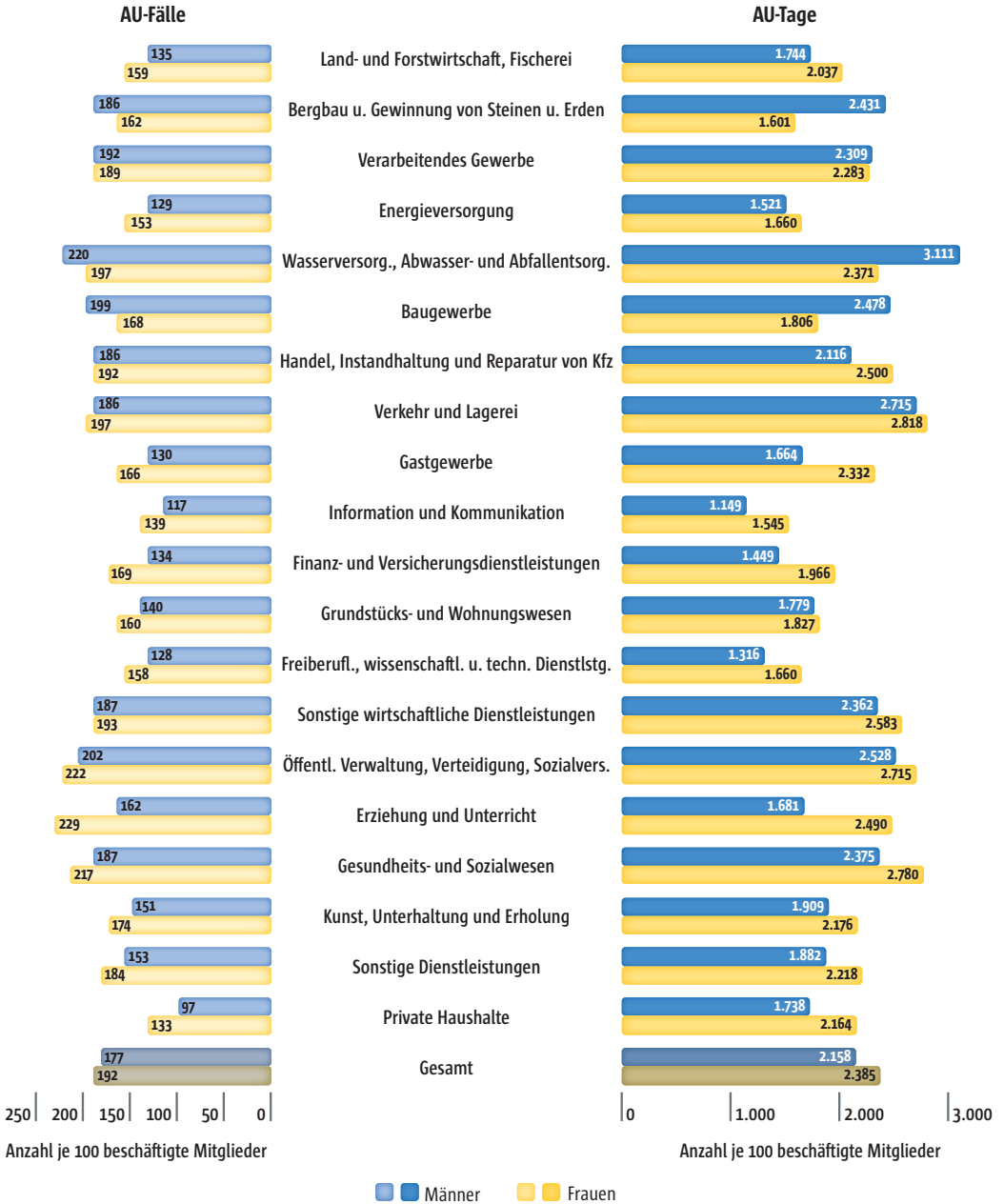
Mit 2,2 AU-Fällen bzw. 29,6 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied weisen die im Bereich Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung Tätigen im

Jahr 2022 die höchsten krankheitsbedingten Fehlzeiten insgesamt auf, gefolgt von den Branchen Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung (2,2 AU-Fälle bzw. 26,5 AU-Tage je Beschäftigter) sowie dem Gesundheits- und Sozialwesen (2,1 AU-Fälle bzw. 27,1 AU-Tage je Beschäftigter). Die geringsten Fehlzeiten sind, wie bereits in den Vorjahren, bei den im Bereich Information und Kommunikation Tätigen zu finden (1,3 AU-Fälle bzw. 12,9 AU-Tage je Beschäftigter).

Geschlechtsunterschiede treten immer dann besonders deutlich zu Tage, wenn Männer und Frauen innerhalb einer Wirtschaftsgruppe sehr unterschiedliche Tätigkeiten ausüben, die meist auch mit einem unterschiedlichen Grad von körperlichen und psychischen Beanspruchungen einhergehen. Dies wird besonders in den Gruppen Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung, im Baugewerbe sowie im Bergbau und Gewinnung von Erden und Steinen sichtbar. In allen drei Branchen sind Frauen häufiger als Männer mit verwaltenden Aufgaben bzw. Bürotätigkeit betraut. Die hier in größeren Anteilen vorrangig körperlich arbeitenden Männer weisen im Durchschnitt eine Kalenderwoche mehr krankheitsbedingte Fehltag pro Jahr als die dort beschäftigten Frauen auf. Auf der anderen Seite sind hingegen die im Gastgewerbe sowie in Erziehung und Unterricht beschäftigten Frauen im Mittel ebenfalls eine Kalenderwoche länger krankheitsbedingt arbeitsunfähig als ihre männlichen Kollegen, was auch hier durch die in der jeweiligen Branche unterschiedlichen Tätigkeitsschwerpunkte begründet ist (**»** Diagramm 1.5.1).

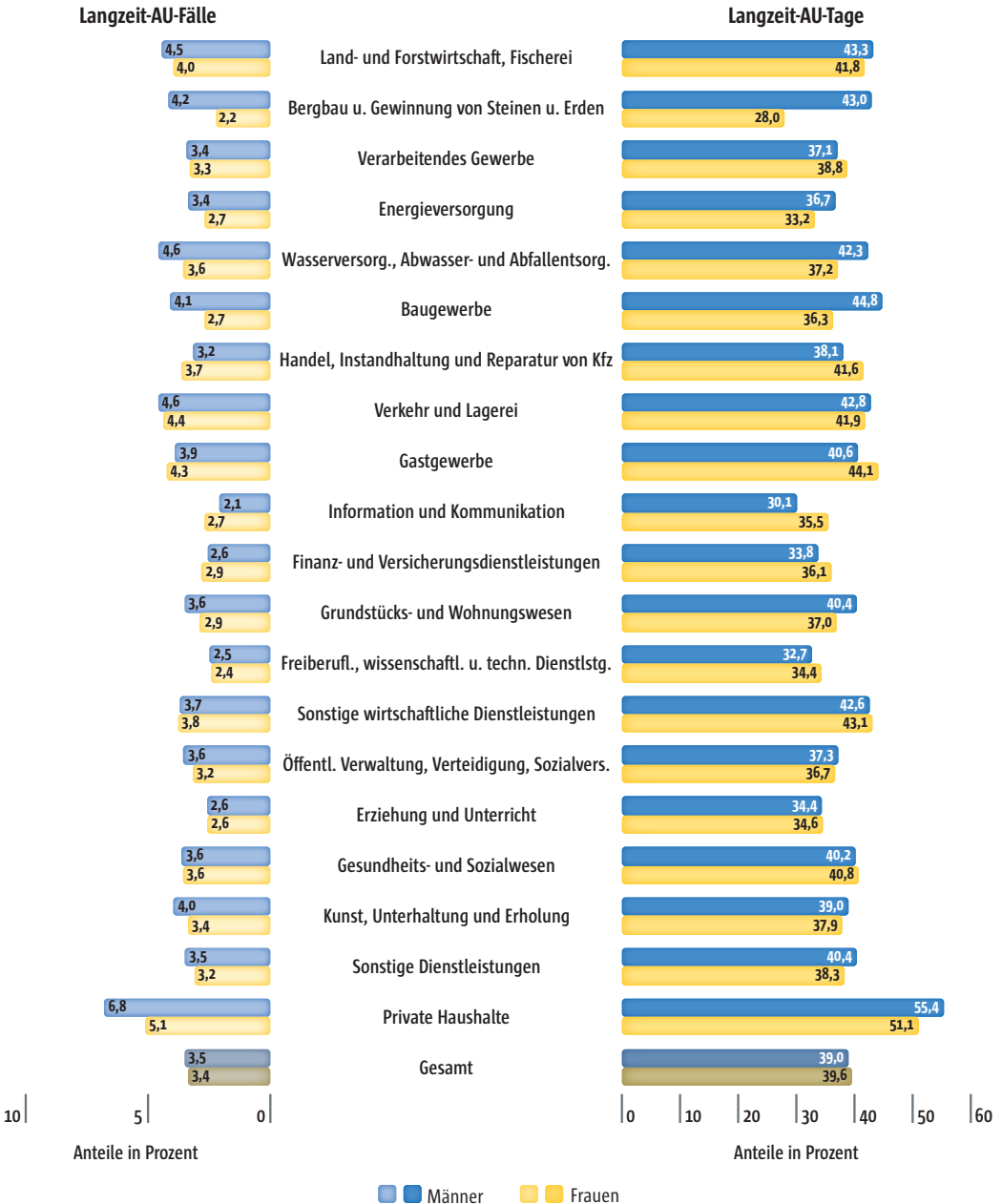
In **»** Diagramm 1.5.2 sind die Anteile der Langzeit-AU-Fälle bzw. Langzeit-AU-Tage differenziert nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht dargestellt. Die hier gezeigten Anteile beziehen sich dabei auf die AU-Fälle und -Tage die im Zusammenhang mit einer Falldauer von mehr als 6 Kalenderwochen stehen. Bezogen auf das vorhergehende **»** Diagramm 1.5.1 bedeutet dies beispielsweise für die

Diagramm 1.5.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



1.5 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Diagramm 1.5.2 Arbeitsunfähigkeit – Anteile der Langzeit*-AU-Fälle bzw. -Tage an allen AU-Fällen/-Tagen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



* Langzeit = Arbeitsunfähigkeit mit einer Falldauer von mehr als 42 Kalendertagen

Gesamtwerte der Frauen, dass 6,7 der insgesamt 192 AU-Fälle (3,5%) bzw. 944 der 2.158 AU-Tage (39,6%) je 100 Beschäftigte auf eine Langzeit-Arbeitsunfähigkeit mit mehr als 42 Kalendertagen Dauer zurückgehen. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Anteile der Langzeit-AU-Fälle um rund -2 Prozentpunkte bzw. die der Langzeit-AU-Tage um mehr als -10 Prozentpunkte gesunken, die damit in Verbindung stehenden AU-Fälle (6,4 je 100 Beschäftigte) und AU-Tage (888 je 100 Beschäftigte) haben sich hingegen im Vergleich zum Vorjahr (2021: 6,5 AU-Fälle bzw. 968 AU-Tage je 100 Beschäftigte) weniger stark verändert. Hintergrund für diese Entwicklung sind wiederum die sehr hohen Fehlzeiten im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen, die in den meisten Fällen nur von kurzer Dauer, aber insgesamt für einen Großteil des Anstieges der allgemeinen Fehlzeiten im Jahr 2022 verantwortlich sind.

Sowohl bei den Langzeit-AU-Fällen (5,4%) als auch bei den Langzeit-AU-Tagen (51,7%) weisen die Beschäftigten in privaten Haushalten insgesamt die größten Anteile auf. Ebenfalls überdurchschnittliche Werte finden sich in Verkehr und Lagerei (4,6% bzw. 42,6%), im Gastgewerbe (4,1% bzw. 42,9%) und in der Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei (4,3% bzw. 42,6%). Die geringsten Werte sind hingegen in den Branchen Erziehung und Unterricht, freiberufliche wissenschaftliche Dienstleistungen sowie Information und Kommunikation zu finden. Die größten Geschlechtsunterschiede bezogen auf die Langzeitarbeitsunfähigkeit zuungunsten der Männer finden sich wiederum im Baugewerbe, im Bereich Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sowie im Bergbau und Gewinnung von Erden und Steinen. Dies deckt sich mit dem Muster, welches bereits bei den allgemeinen AU-Tagen im **»»** Diagramm 1.5.1 sichtbar wurde. Entsprechend sind hier ebenfalls die sehr unterschiedlichen Tätigkeitsschwerpunkte und Beanspruchungen von Männern und Frauen in diesen Wirtschaftsgruppen ein wesentlicher Grund für die Geschlechtsunterschiede im Langzeit-AU-Geschehen.

- AU-Tage wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen bzw. wegen Verletzungen und Vergiftungen sind in Wirtschaftsgruppen mit ausgeprägten körperlichen Arbeitsanteilen (z.B. Baugewerbe oder Abfallbeseitigung) besonders hoch.
- Dagegen sind die meisten Fehltagewegen psychischer Störungen vor allem in solchen Wirtschaftsgruppen zu finden, deren Tätigkeit aus der Interaktion mit Menschen besteht (z.B. Gesundheits- und Sozialwesen oder Erziehung und Unterricht).

- Atemwegserkrankungen als Grund für krankheitsbedingte Fehltagewerden sind in diesem Jahr erstmalig bei vielen Wirtschaftsgruppen auf Platz 1 der AU-Ursachen zu finden, wobei sie bei Branchen, die häufig und viel Kontakt mit Menschen haben, besonders viele Fehlzeiten verursachen.

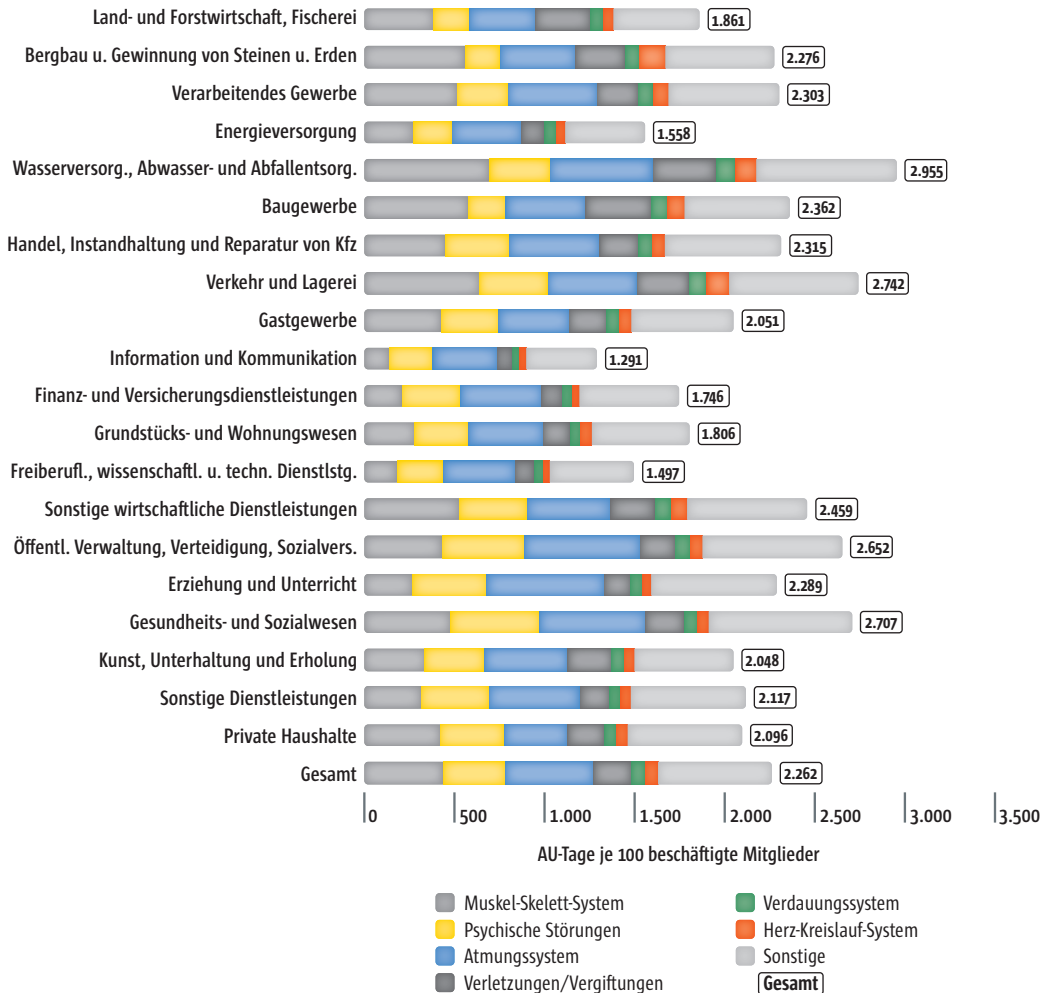
Im **»»** Diagramm 1.5.3 sind die AU-Tage der verschiedenen Wirtschaftsabschnitte zusätzlich differenziert für die wichtigsten Krankheitsarten dargestellt.

Muskel-Skelett-Erkrankungen: Nicht nur die meisten AU-Tage insgesamt, sondern auch aufgrund dieser Krankheitsart sind bei den Beschäftigten in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung (696 AU-Tage je 100 Beschäftigte) zu finden. Im Vergleich hierzu weisen Beschäftigte der Wirtschaftsgruppe Information und Kommunikation gerade einmal ein Fünftel dieses Wertes auf (136 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Diese Differenzen sind insbesondere durch die unterschiedlichen arbeitsbedingten Beanspruchungen und Belastungen in den einzelnen Branchen begründet: Insgesamt haben bei dieser Diagnosehauptgruppe vor allem Wirtschaftsgruppen des produzierenden Gewerbes bzw. des Handwerks (z.B. Baugewerbe) oder Dienstleistungen mit besonders körperlich beanspruchender Arbeit (z.B. Verkehr und Lagerei) auffällig viele krankheitsbedingte Fehltagewerden.

Psychische Störungen: Ein anderes Muster zeigt sich bei dieser Diagnosehauptgruppe: Mit 496 AU-Tagen je 100 Beschäftigten steht hier das Gesundheits- und Sozialwesen wie schon in den vergangenen Jahren an der Spitze mit den meisten Fehltagewerden. Beschäftigte im Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden haben dagegen nicht einmal halb so viele Fehltagewerden (199 AU-Tage je 100 Beschäftigte) aufgrund dieser Krankheitsart. Auch andere Branchen, deren Tätigkeit vorrangig durch die Interaktion mit Menschen geprägt ist (bspw. öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung oder Erziehung und Unterricht), weisen überdurchschnittlich viele AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen auf.

Atmungssystem: Mit 650 AU-Tagen je 100 Beschäftigten weisen die in Erziehung und Unterricht Tätigen im Jahr 2022 die meisten Fehltagewerden im Vergleich auf. Das ist mehr als doppelt so viel, wie im vergangenen Jahr (257 AU-Tage je 100 Beschäftigte) zu verzeichnen war. Diese Zuwächse sind in nahezu allen Wirtschaftsgruppen beobachtbar. Ein erhöhtes Expositionsrisiko für Atemwegsinfektionen durch häufigen zwischenmenschlichen Kontakt bzw. durch

Diagramm 1.5.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)



den Umgang mit für die Atemwege gefährlichen Stoffen in den verschiedenen Branchen sind Ursachen für die stärkere Betroffenheit einzelner Wirtschaftsgruppen im Vergleich. Die AU-Tage im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen sind im Jahr 2022 beim überwiegenden Anteil der hier dargestellten Wirtschaftsgruppen erstmalig für die anteilig meisten AU-Tage nach Krankheitsarten verantwortlich.

Verletzungen/Vergiftungen: Von Arbeitsunfähigkeit aufgrund dieser Krankheitsart sind wiederum solche Wirtschaftsgruppen (z.B. Baugewerbe, Abfallbeseitigung, Verkehr und Lagerei) stärker betroffen, deren Tätigkeit durch körperliche Belastungen bzw. ein

generell höheres Unfallrisiko (z.B. durch einen Tätigkeitsschwerpunkt im Straßenverkehr bzw. an Maschinen) geprägt ist. An der Spitze steht im Jahr 2022 das Baugewerbe mit 367 AU-Tagen je 100 Beschäftigten, während die wenigsten Fehltage aufgrund dieser Krankheitsart wiederum bei den Beschäftigten der Branche Information und Kommunikation mit nur 84 AU-Tagen je 100 Beschäftigten zu finden sind. Neben den Auswertungen nach Wirtschaftsabschnitten gibt die Betrachtung der AU-Kennzahlen auf Ebene der Wirtschaftsabteilungen ein differenzierteres Bild des Zusammenhangs zwischen Arbeit(sbedingungen) und Gesundheit. Die **»»»** Tabelle 1.5.1 zeigt die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten

Tabelle 1.5.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2022)

WZ 2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
87	Heime	217	3.358	15,5
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen	219	3.114	14,2
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	198	3.025	15,3
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	183	2.921	16,0
12	Tabakverarbeitung	208	2.905	14,0
88	Sozialwesen	217	2.898	13,4
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	202	2.890	14,3
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	180	2.754	15,3
13	Herstellung von Textilien	202	2.737	13,5
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	180	2.674	14,8
	Gesamt	184	2.262	12,3
72	Forschung und Entwicklung	144	1.549	10,7
71	Architektur- und Ingenieurbüros	149	1.516	10,2
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben, Unternehmensberatung	136	1.504	11,0
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	137	1.479	10,8
58	Verlagswesen	128	1.439	11,2
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	148	1.429	9,6
73	Werbung und Marktforschung	133	1.403	10,5
60	Rundfunkveranstalter	127	1.358	10,7
62	Dienstleistungen der Informationstechnologie	122	1.230	10,1
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	122	1.140	9,3

bzw. wenigsten AU-Tagen insgesamt im aktuellen Berichtsjahr. Neben Wirtschaftsgruppen, die vor allem durch einen hohen Anteil an körperlicher Beanspruchung geprägt sind (z. B. Metallerzeugung und -bearbeitung oder Abfallbeseitigung), sind hier auch Beschäftigte aus Branchen mit einer überdurchschnittlich hohen psychischen Arbeitsbelastung (z. B. Heime, Sozialwesen, Wach- und Sicherheitsdienste) zu finden. Dagegen finden sich unter den zehn Wirtschaftsgruppen mit den wenigsten AU-Tagen vor allem Branchen, die im Verhältnis dazu eine eher geringe physische und psychische Arbeitsbelastung aufweisen. Zwischen beiden Gruppen zeigen

sich nicht nur deutliche Unterschiede bei der Anzahl der AU-Fälle und AU-Tage, sondern auch bei der Falldauer. Eine dauerhaft hohe Arbeitsbelastung führt ohne entsprechenden Ausgleich nicht nur zu mehr AU-Fällen und -Tagen, sondern auch zu deutlich längeren krankheitsbedingten Ausfallzeiten.

Welchen Einfluss körperliche Arbeitsbelastungen auf die gesundheitliche Lage der Beschäftigten ausüben, ist am Beispiel der Muskel-Skelett-Erkrankungen in »»» Tabelle 1.5.2 zu sehen. Hier sind vor allem solche Wirtschaftsgruppen unter denen mit den meisten AU-Tagen zu finden, die eine besonders hohe körperliche Arbeitsbelastung aufweisen (bspw.

1.5 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Tabelle 1.5.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Berichtsjahr 2022)

WZ 2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	37,7	785	20,8
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	36,2	751	20,7
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen	36,3	751	20,7
13	Herstellung von Textilien	33,8	734	21,7
87	Heime	27,9	711	25,5
42	Tiefbau	31,0	706	22,8
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	34,3	698	20,4
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	32,1	693	21,6
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik	33,3	693	20,8
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	29,5	674	22,9
	Gesamt	21,9	437	19,9
79	Reisebüros, Reiseveranstalter, sonstige Reservierungen	10,5	195	18,6
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten	10,4	195	18,7
61	Telekommunikation	12,6	185	14,7
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	10,7	181	17,0
58	Verlagswesen	8,8	166	19,0
73	Werbung und Marktforschung	8,8	165	18,8
60	Rundfunkveranstalter	8,5	150	17,6
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	8,8	128	14,4
62	Dienstleistungen der Informationstechnologie	8,0	122	15,2
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	6,8	99	14,5

Metallerzeugung und -bearbeitung, Postdienste und Abfallbeseitigung). Umgekehrt gilt dies auch für die zehn Wirtschaftsgruppen mit den niedrigsten Kennwerten, deren körperliche Arbeitsbelastung im Vergleich dazu geringer ausfällt (bspw. Werbung und Marktforschung sowie Verlagswesen). Auffällig ist hier, dass ein Großteil der Wirtschaftsgruppen mit den meisten bzw. mit den wenigsten AU-Tagen die gleichen wie bei den AU-Tagen insgesamt (»» Tabelle 1.5.1) sind. Darin zeigt sich nochmals die besondere Bedeutung der Muskel-Skelett-Erkrankungen für das gesamte AU-Geschehen im Kontext der arbeitsweltlichen Betrachtung.

Ein etwas anderes Bild zeigt sich bei der Betrachtung der krankheitsbedingten Fehltag aufgrund psychischer Störungen (»» Tabelle 1.5.3). Hier wird deutlich, dass vor allem Wirtschaftsgruppen mit einem hohen Anteil an zwischenmenschlicher Interaktion (z.B. Heime, Sozialwesen, Einzelhandel oder öffentliche Verwaltung) besonders stark von Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart betroffen sind. Unter den zehn Wirtschaftsgruppen mit den geringsten Werten sind hingegen mehrheitlich solche aus dem produzierenden oder verarbeitenden Gewerbe (z.B. Energieversorgung oder Hoch-/Tiefbau) sowie dem technischen Dienstleistungsbereich zu fin-

Tabelle 1.5.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund Psychischer Störungen (Berichtsjahr 2022)

WZ 2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
87	Heime	15,2	668	43,9
88	Sozialwesen	13,0	559	43,0
12	Tabakverarbeitung	10,2	512	50,0
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	12,6	489	38,9
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	10,8	486	44,8
82	Wirtschaftliche Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen	12,1	473	39,0
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	11,5	458	39,7
47	Einzelhandel	10,1	419	41,7
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	11,3	417	36,9
85	Erziehung und Unterricht	10,6	413	38,8
	Gesamt	8,5	343	40,4
71	Architektur- und Ingenieurbüros	5,7	228	40,1
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	6,8	226	33,1
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren	6,0	221	36,9
41	Hochbau	4,7	219	46,0
35	Energieversorgung	5,4	217	40,4
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation	5,4	209	38,8
1	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten	5,0	206	41,3
42	Tiefbau	5,7	199	34,6
2	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	5,1	175	34,3
9	Dienstleistungen für den Bergbau	5,6	138	24,6

den. Eine weitere Besonderheit betrifft die Falldauer: Anders als bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen ist bei den psychischen Störungen kein eindeutiges Muster im Zusammenhang mit der dargestellten Rangfolge erkennbar. Die entsprechenden AU-Fälle wegen psychischer Störungen kommen zwar sehr selten vor (»»» Tabelle 1.2.1), führen aber mehrheitlich zu überdurchschnittlich langen Ausfallzeiten. Insofern wirken sich hier schon geringe Schwankungen bei den AU-Fällen bzw. -Tagen deutlich stärker auf die durchschnittliche Falldauer als bei den häufiger vorkommenden Muskel-Skelett-Erkrankungen aus.

Aufgrund der besonderen Relevanz der Atemwegserkrankungen für das AU-Geschehen im Jahr 2022, werden abschließend in »»» Tabelle 1.5.4 die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen im Zusammenhang mit dieser Krankheitsart aufgeführt. Besonders stark betroffen sind hier wiederum Bereiche, die im Rahmen ihrer Berufstätigkeit viel Kontakt mit Menschen haben. Wenig überraschend sind die Bereiche Luftfahrt, Erziehung und Unterricht, sowie das Gesundheits- und Sozialwesen und die öffentliche Verwaltung an der Spitze der Auflistung nach AU-Tagen zu finden. Anders sieht es bei Branchen mit Tätigkeiten aus, die

1.5 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

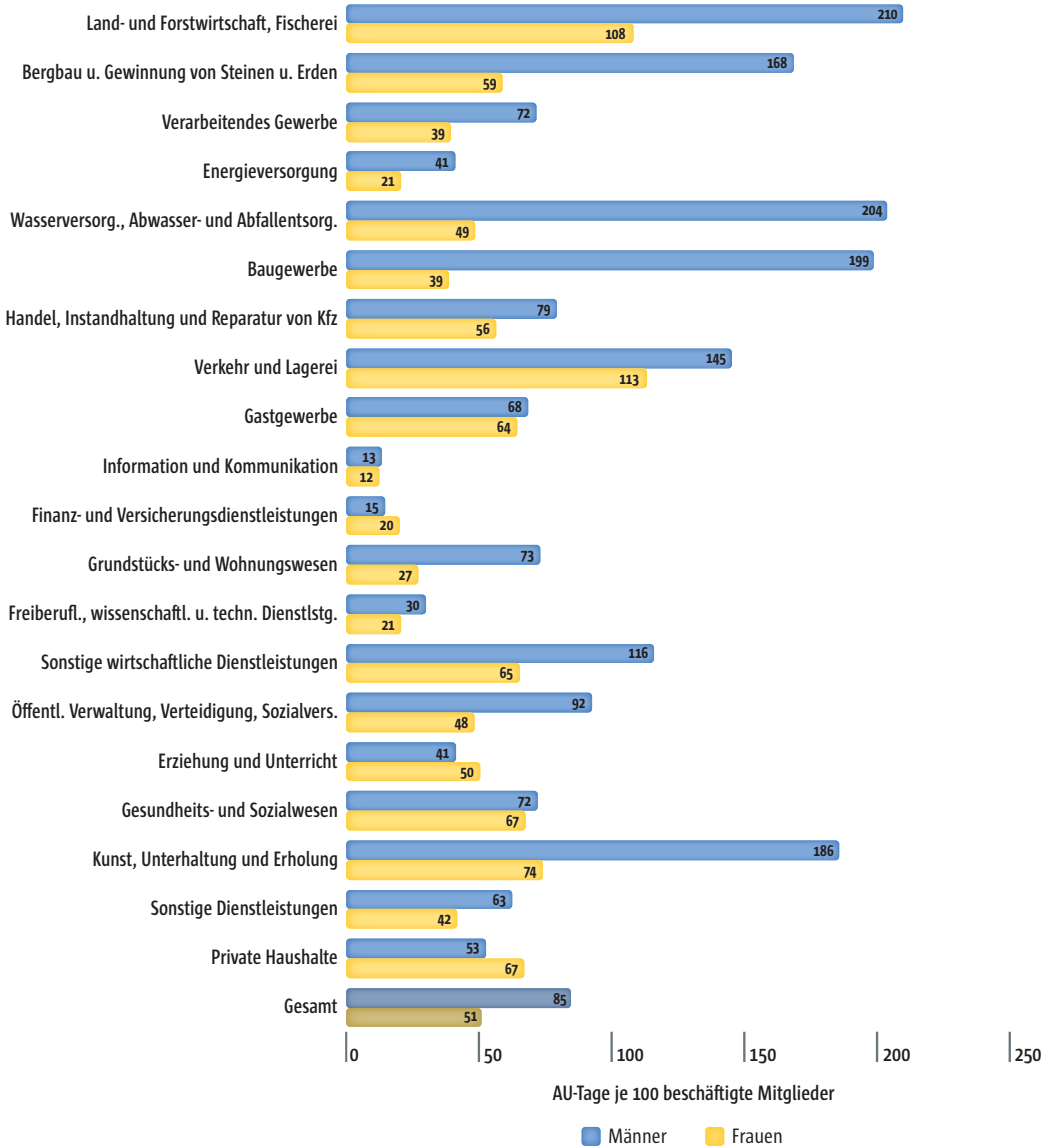
Tabelle 1.5.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems (Berichtsjahr 2022)

WZ 2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
51	Luftfahrt	75,6	650	8,6
85	Erziehung und Unterricht	90,2	650	7,2
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	81,4	643	7,9
88	Sozialwesen	82,0	641	7,8
87	Heime	71,9	613	8,5
36	Wasserversorgung	72,1	592	8,2
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen	66,7	575	8,6
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen	67,5	563	8,3
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten	69,5	557	8,0
86	Gesundheitswesen	76,3	556	7,3
	Gesamt	66,1	493	7,5
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben, Unternehmensberatung	53,6	378	7,1
60	Rundfunkveranstalter	53,1	374	7,0
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	55,3	371	6,7
56	Gastronomie	46,6	367	7,9
73	Werbung und Marktforschung	55,8	364	6,5
1	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten	47,9	362	7,6
58	Verlagswesen	52,4	360	6,9
97	Private Haushalte mit Hauspersonal	45,0	359	8,0
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	52,6	347	6,6
62	Dienstleistungen der Informationstechnologie	51,5	346	6,7

mit weniger direkter zwischenmenschlicher Interaktion verbunden bzw. häufiger im Homeoffice ausgeübt werden können (bspw. Werbung und Marktforschung oder Verlagswesen). Dort sind die zugehörigen AU-Tage teils nur halb so hoch ausgeprägt, wie bei den Spitzenreitern in der Auflistung. Anzumerken bleibt noch, dass sich – trotz der Unterschiede bei den AU-Fällen und -Tagen – die Falldauer zwischen den Wirtschaftsabteilungen nur wenig unterscheidet und mit minimalen Schwankungen bei rund einer Kalenderwoche pro Fall liegt.

- Wirtschaftsgruppen mit einer hohen körperlichen Arbeitslast (z.B. Baugewerbe oder Landwirtschaft), weisen die meisten AU-Tage im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen auf.
- Männer weisen überwiegend höhere, durch Arbeitsunfälle verursachte, Fehlzeiten als Frauen auf, da sich die konkreten Tätigkeiten im Unternehmen und das damit verbundene Unfallrisiko deutlich zwischen beiden Geschlechtern unterscheiden.

Diagramm 1.5.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



Neben den bisher dargestellten krankheitsbedingten Ursachen der Arbeitsunfähigkeit spielen auch Arbeitsunfälle und die damit verbundenen Fehlzeiten bei den Beschäftigten eine wichtige Rolle. Die positive Nachricht zuerst: Die AU-Fälle und AU-Tage aufgrund von Arbeitsunfällen weisen seit Einführung der vollständigen Zählung ab 2016 (77 AU-Tage je 100 Beschäftigte) bis 2022 (69 AU-Tage je 100 Be-

schäftigte) insgesamt eine abnehmende Tendenz auf. Insgesamt 3,1% aller Fehltag der Beschäftigten werden im Jahr 2022 durch Arbeitsunfälle verursacht. In »» Diagramm 1.5.4 wird der Zusammenhang zwischen den mit Arbeitsunfällen verbundenen Fehlzeiten und den Wirtschaftsgruppen sowie dem Geschlecht sichtbar: Wiederum sind es Beschäftigte in Bereichen mit erhöhter körperlicher Belas-

tung (z.B. Landwirtschaft oder Baugewerbe) bzw. mit einer potenziell weitaus höheren Unfallgefahr beispielsweise im Straßenverkehr (z.B. Verkehr und Lagerei oder Abfallbeseitigung), die am stärksten von Fehltagen aufgrund von Arbeitsunfällen betroffen sind, im Gegensatz zu Wirtschaftsgruppen mit geringer körperlicher Belastung und/oder vorwiegender Bürotätigkeit (bspw. Finanz- und Versicherungsdienstleistungen).

Insbesondere bei den Wirtschaftsgruppen mit besonders hohen Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfällen, gibt es jeweils ausgeprägte Geschlechtsunterschiede. Ursache hierfür ist wiederum die Tatsache, dass Männer und Frauen innerhalb solcher Unternehmen bzw. Branchen meist völlig unterschiedliche Tätigkeiten ausüben und die mit einem entsprechend unterschiedlichen Unfallrisiko verbunden sind. In Branchen mit geringen Geschlechtsunterschieden ist dagegen davon auszugehen, dass Männer und Frauen Tätigkeiten ausüben, die sich bzgl. ihres Risikos für einen Arbeitsunfall nicht wesentlich voneinander unterscheiden. Um welche beruflichen Tätigkeiten es sich dabei konkret handelt und in welchem Zusammenhang – nicht nur im Kontext von Arbeitsunfällen – diese mit der Gesundheit von Beschäftigten stehen, soll im nun folgenden **»** Kapitel 1.5.2 näher betrachtet werden.

1.5.2 Auswertungen nach Berufsgruppen

Neben der Betrachtung des AU-Geschehens auf Basis der Zuordnung zu Betrieben und somit des Berufstätigen zu einer bestimmten Wirtschaftsgruppe, gibt die vom Beschäftigten ausgeübte Tätigkeit weiteren Aufschluss über den Einfluss arbeitsweltlicher Faktoren auf die Gesundheit. Die Basis bildet hierbei der Tätigkeitsschlüssel aus der Klassifikation der Berufe (KldB 2010). Dieser zeigt nicht nur die aktuell ausgeübte Tätigkeit des Beschäftigten, sondern beinhaltet zudem noch weitere relevante Merkmale. In diesem Abschnitt soll der Fokus zunächst auf dem ausgeübten Beruf der Beschäftigten liegen. Das sich anschließende **»** Kapitel 1.5.3 widmet sich weiteren, für den Zusammenhang zwischen Arbeitswelt und Gesundheit relevanten Tätigkeitsmerkmalen. In der digital verfügbaren **»** Tabelle A.10 sind ergänzend die wichtigsten AU-Kennzahlen der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssektoren, -segmenten und -hauptgruppen im Überblick sowie im Zusammenhang mit Diagnosehauptgruppen und Geschlecht zu finden.

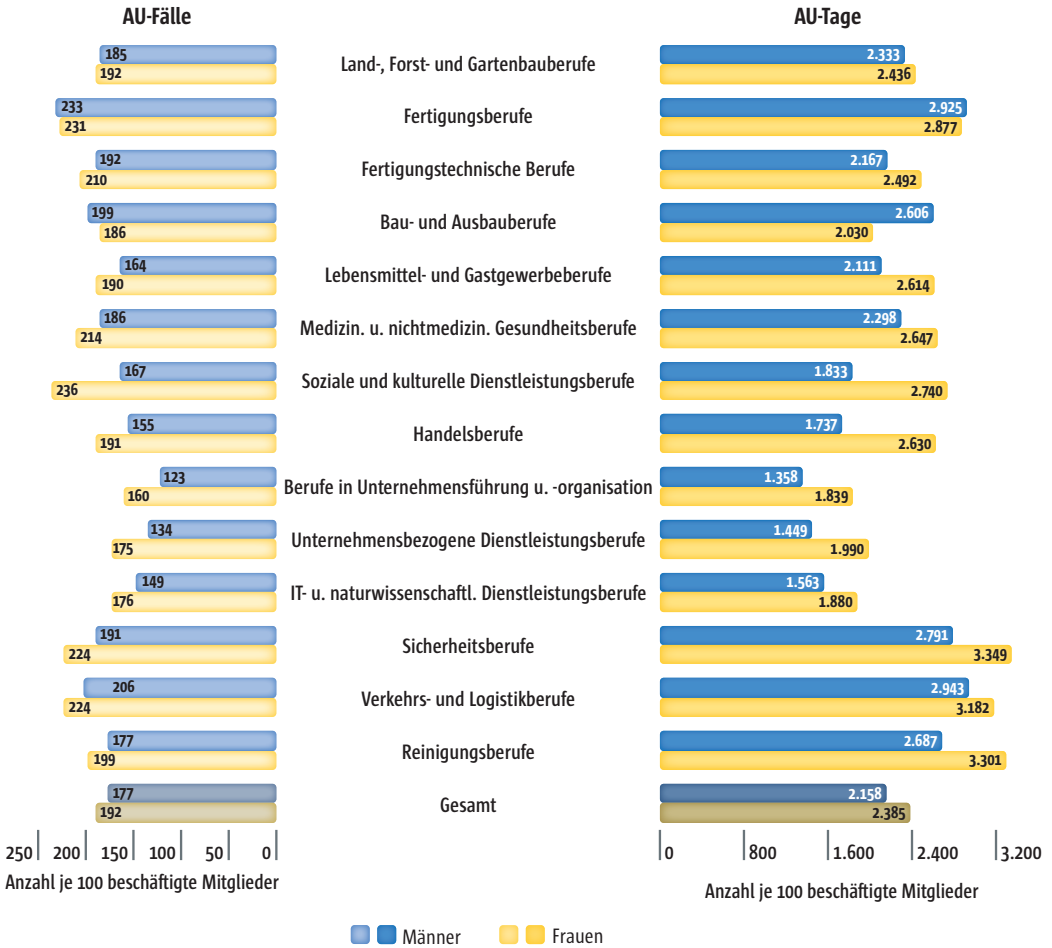
- Zwischen den verschiedenen Berufsgruppen mit den niedrigsten und den höchsten Fehlzeiten – 16,4 vs. 31,5 AU-Tage je Beschäftigter – beträgt der Unterschied rund das Doppelte.
- Die meisten Fehltag sind bei den Reinigungsberufen, den Verkehrs- und Logistikberufen sowie den Fertigungsberufen zu finden, während die niedrigsten Werte bei den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen auftreten.
- Unterschiede zwischen Männern und Frauen innerhalb einer Berufsgruppe sind vor allem auf die ungleiche Verteilung weiterer Tätigkeitsmerkmale (Anforderungsniveau, Vertragsverhältnis, Stellung im Beruf) und damit verbundener unterschiedlicher gesundheitlicher Belastungen zurückzuführen.
- Im Vorjahresvergleich sind über alle Berufsgruppen hinweg die Anteile der AU-Fälle und vor allem AU-Tage in Verbindung mit einer Langzeit-Arbeitsunfähigkeit zurückgegangen, wobei dies vor allem auf den enormen Anstieg der Fehlzeiten im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen mit meist kurzer Dauer zurückzuführen ist.

In **»** Diagramm 1.5.5 sind die AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht dargestellt. Mit durchschnittlich 2,3 AU-Fällen je Beschäftigten weisen die Fertigungsberufe dabei die höchste Fallzahl auf. An zweiter Stelle sind nach AU-Fällen die sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe (2,2 AU-Fälle je Beschäftigten) gefolgt von den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen sowie den Verkehrs- und Logistikberufen (jeweils 2,1 AU-Fälle je Beschäftigten) zu finden.

Gemessen an den Fehltagen stehen dagegen die Reinigungsberufe mit durchschnittlich 31,5 AU-Tagen je Beschäftigten an der Spitze dieses Vergleichs, gefolgt von den Verkehrs- und Logistikberufen (u. a. Beschäftigte der Postdienste) mit 30,0 AU-Tagen je Beschäftigten und den Fertigungsberufen mit 29,2 AU-Tagen je Beschäftigten. Bei den Berufen in Unternehmensführung und -organisation sind dagegen mit 1,5 AU-Fällen und bei den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen mit 16,4 AU-Tagen je Beschäftigten die jeweils niedrigsten krankheitsbedingten Fehlzeiten zu finden.

In der geschlechtsdifferenzierten Darstellung ist zu erkennen, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Werte der Frauen insbesondere bei den AU-Tagen zum Teil deutlich über denen der Männer liegen – die größten Differenzen finden sich im Bereich der sozialen und kulturellen Dienstleistungs-

Diagramm 1.5.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

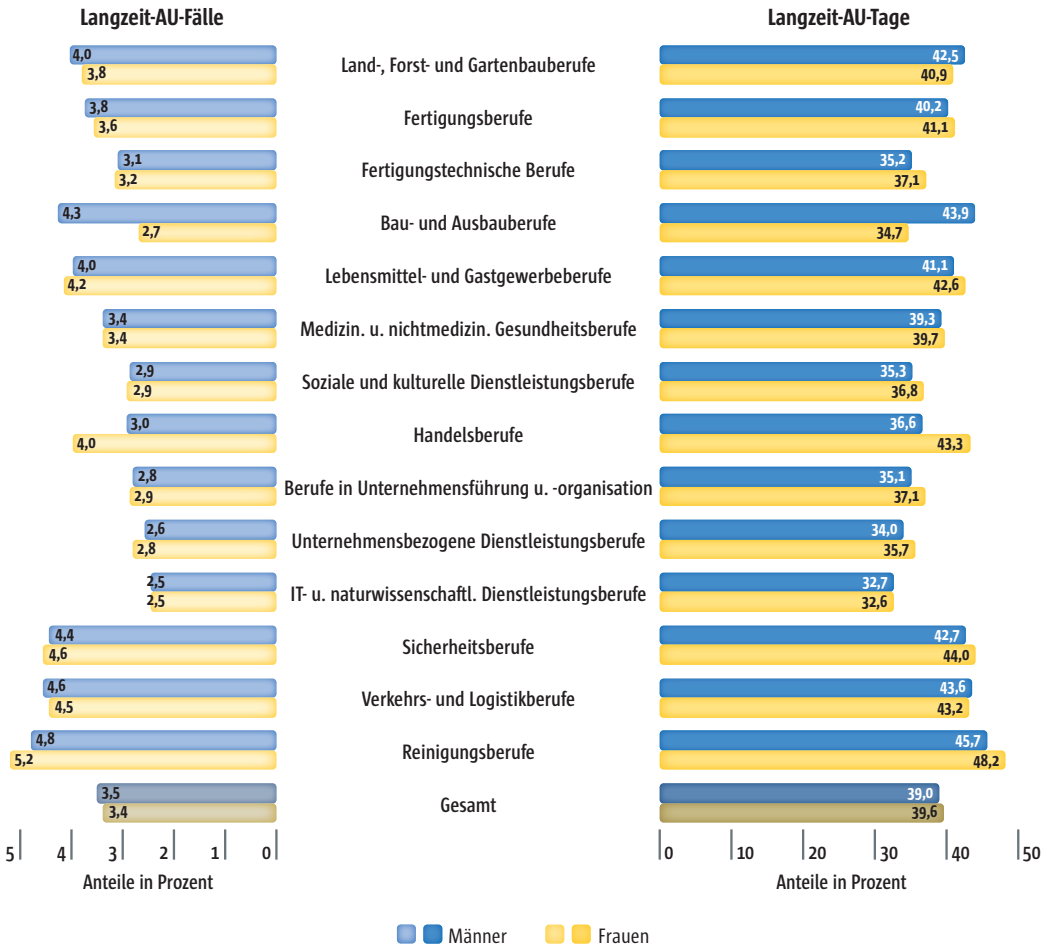


berufe (+9,1 AU-Tage) sowie bei den Handelsberufen (+8,9 AU-Tage). Hier spielen mindestens zwei weitere Faktoren eine Rolle und zwar das Alter der Beschäftigten in Kombination mit dem Anforderungsniveau der Tätigkeit. So sind Frauen in Handelsberufen am häufigsten im Bereich der fachlich ausgerichteten Tätigkeiten beschäftigt, wobei deren Durchschnittsalter über denen der Männer liegt. Männliche Beschäftigte in diesem Berufssegment sind hingegen häufiger in komplexen bzw. hoch komplexen Tätigkeiten zu finden, was meist mit einer gehobeneren Position (z.B. Führung oder Aufsicht) und einem höheren schulischen- bzw. beruflichen Bildungsgrad einhergeht. Auch für die anderen beobachtbaren Geschlechtsunterschiede gilt,

dass neben der eigentlichen Berufszuordnung weitere Tätigkeitsmerkmale (z.B. Vertragsform, Stellung im Beruf, Anforderungsniveau der Tätigkeit) die zwischen Frauen und Männern teils sehr unterschiedlich verteilt sind, Einfluss auf die Ausprägung der Fehlzeiten nehmen. Eine detaillierte Betrachtung dieser zusätzlichen arbeitsweltlichen Indikatoren im Zusammenhang mit dem AU-Geschehen ist im **»»»** Kapitel 1.5.3 zu finden.

Wie bereits im **»»»** Diagramm 1.5.2 für die Wirtschaftsprüfungsgesellschaften zu sehen, stellt das **»»»** Diagramm 1.5.6 die Anteile der AU-Fälle bzw. AU-Tage nach Berufssegmenten und Geschlecht dar, die mit einer Langzeit-Arbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Kalenderwochen im Zusammenhang stehen. Mit

Diagramm 1.5.6 Arbeitsunfähigkeit – Anteile der Langzeit*-AU-Fälle bzw. -Tage an allen AU-Fällen/-Tagen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



* Langzeit= Arbeitsunfähigkeit mit einer Falldauer von mehr als 42 Kalendertagen

den jeweils höchsten Werten bezogen auf die AU-Tage sind hier insgesamt die Beschäftigten in den Reinigungsberufen (47,7%) gefolgt von den Verkehrs- und Logistikberufen (43,5%) sowie den Bau- und Ausbauberufen (43,4%) an der Spitze zu finden. Besonders niedrige Anteile finden sich hingegen bei den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen (32,6%) sowie den unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen (35,2%). Während der Anteil der Langzeit-AU-Fälle zwischen den unterschiedlichen Berufssegmenten nur eine geringe Spannweite aufweist (2,5%–5,1%), ist diese bei den Langzeit-AU-Tagen deutlich größer ausgeprägt (32,6%–47,7%).

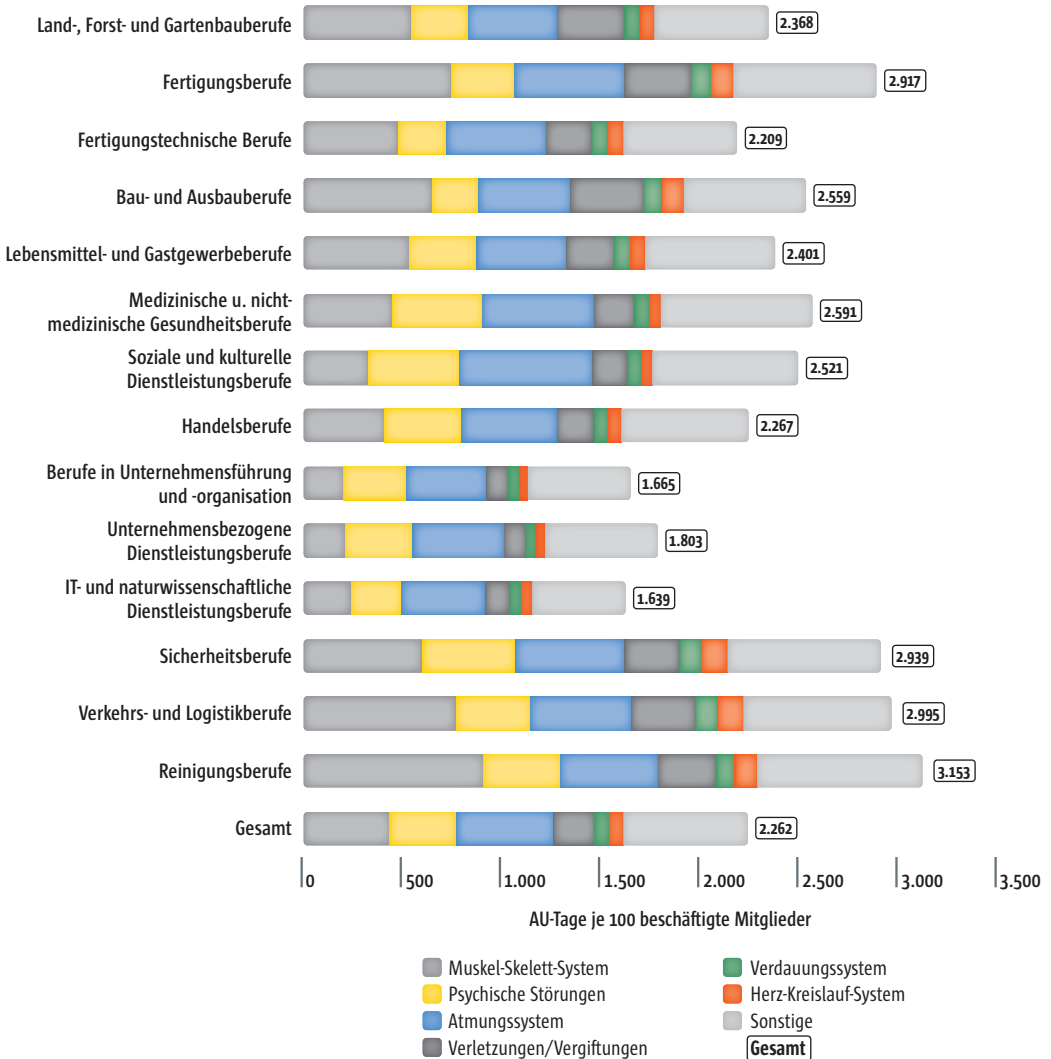
Die mit Abstand größten Geschlechtsunterschiede, bezogen auf die Anteile der Langzeit-AU-Tage, sind hier – zuungunsten der Männern – bei den Bau- und Ausbauberufen (+9,3 Prozentpunkte) zu finden. Der größte Geschlechtsunterschied zuungunsten der weiblichen Beschäftigten findet sich hingegen bei den Handelsberufen (+6,7 Prozentpunkte). Auch bei diesen beiden Berufsgruppen sind die bereits erwähnten Unterschiede bei den weiteren Tätigkeitsmerkmalen in gleichen Berufen mehrheitlich ausschlaggebend für die Differenzen bei den Langzeitfällen zwischen Männern und Frauen.

Es zeigt sich ebenfalls im Vorjahresvergleich ein deutlicher Rückgang der Anteile in Verbindung mit

einer Langzeit-Arbeitsunfähigkeit, der bei den AU-Fällen zwischen -1,7 bis -2,8 Prozentpunkten und bei den AU-Tagen zwischen -7,4 bis -13,3 Prozentpunkten schwankt. Wie bereits bei der gleichen Statistik im Kontext der Wirtschaftsgruppen (»» Diagramm 1.5.2) angemerkt wurde, ist für diese Entwicklung v.a. der massive Anstieg der Fehlzeiten im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen mit einer überwiegend kurzfristigen Falldauer im Jahr 2022 verantwortlich.

- Beschäftigte mit körperlich besonders beanspruchten Berufen (v.a. in der Fertigung oder Produktion) weisen besonders hohe Fehlzeiten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen bzw. Verletzungen und Vergiftungen auf.
- Berufstätige, die bei ihrer Arbeit viel mit Menschen interagieren (z.B. Erziehungs- und Gesundheitsberufe), sind besonders häufig von Fehlzeiten wegen psychischer Störungen und Atemwegserkrankungen betroffen.

Diagramm 1.5.7 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)



- Arbeitsunfähigkeit in Verbindung mit einem Arbeitsunfall tritt besonders häufig in Berufen mit einem erhöhten Unfallrisiko – beispielsweise im Handwerk oder in der Produktion – und dann vor allem bei Männern auf.

Das **»»** Diagramm 1.5.7 stellt die AU-Tage nach den wichtigsten Diagnosehauptgruppen für die einzelnen Berufssegmente dar.

Muskel-Skelett-Erkrankungen: Nicht nur insgesamt, sondern auch bei den AU-Tagen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen, liegen wiederum die Reinigungsberufe mit durchschnittlich 913 AU-Tagen je 100 Beschäftigte an der Spitze. Dagegen wird nicht einmal ein Drittel dieses Wertes bei Beschäftigten in den Berufen in Unternehmensführung und -organisation erreicht (204 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Fehltagewegen Muskel-Skelett-Erkrankungen sind zudem verstärkt bei Berufen mit einer hohen körperlichen Beanspruchung und Belastung (bspw. Fertigungsberufe, Bau- und Ausbauberufe etc.) zu finden.

Psychische Störungen: Ein anderes Muster wird bei den Fehltagen aufgrund dieser Krankheitsart sichtbar – hier sind die in den Sicherheitsberufen Tätigen mit 472 AU-Tagen je 100 Beschäftigten am stärksten betroffen, gefolgt von den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen (467 AU-Tage je 100 Beschäftigte) sowie den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen (457 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Auch an dieser Stelle zeigt sich, dass Berufe, deren Hauptinhalt in der Interaktion mit anderen Menschen besteht und somit potenziell mehr (zwischenmenschliche) Stresssituationen beinhaltet, überdurchschnittlich von Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart betroffen sind. Verstärkend spielt hier zudem der wesentlich höhere Anteil beschäftigter Frauen in den besonders stark betroffenen Berufssegmenten eine Rolle (**»»** Diagramm o.2.2).

Atemwegserkrankungen: Hier finden sich die sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe mit 675 AU-Tagen je 100 Beschäftigten, gefolgt von den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen (567 AU-Tage je 100 Beschäftigte) und den Fertigungsberufen (557 AU-Tage je 100 Beschäftigte) an der Spitze. Die höhere Exposition gegenüber Infektionen durch häufigen Kontakt mit Menschen bzw. mit für die Atemwege gefährlichen Stoffen sind für die Häufung der Fehlzeiten bei diesen Berufsgruppen ausschlaggebend. Wie bereits mehrfach erwähnt, liegen die AU-Kennzahlen für diese Krankheitsart teilweise um mehr als das Doppelte über den

Werten des Vorjahres und übersteigen in einigen Fällen sogar erstmal die Werte im Zusammenhang mit Muskel-Skelett-Erkrankungen.

Verletzungen/Vergiftungen: Bei den AU-Tagen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen sind vor allem solche Berufe betroffen, die einer erhöhten körperlichen Beanspruchung und Unfallgefahr ausgesetzt sind. Hierzu zählen zum Beispiel die Bau- und Ausbauberufe (375 AU-Tage je 100 Beschäftigte), die Land-, Forst- und Gartenbauberufe (346 AU-Tage je 100 Beschäftigte) bzw. die Fertigungsberufe (341 AU-Tage je 100 Beschäftigte).

Eine detaillierte Darstellung des AU-Geschehens auf Ebene einzelner Berufsgruppen zeigt die **»»** Tabelle 1.5.5. Darin aufgeführt sind jeweils diejenigen zehn Berufsgruppen, die im Jahr 2022 die meisten bzw. wenigsten AU-Tage insgesamt auf sich vereinen. Mit durchschnittlich 38,8 AU-Tagen je Beschäftigten stehen die in der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung Tätigen in diesem Jahr an der Spitze dieser Rangliste. Allein fünf dieser zehn Berufe mit den meisten Fehltagen stammen aus der Gruppe der Fertigungsberufe, sowie weitere zwei aus der Gruppe der Verkehrs- und Logistikberufe. Die in der Altenpflege Tätigen sind als einzige aus der Gruppe der nichtmedizinischen Gesundheitsberufe mit durchschnittlich 37,2 AU-Tagen je Beschäftigten auf Platz 2 dieser Rangliste vertreten.

Die in der unteren Hälfte aufgeführten Berufsgruppen sind hingegen diejenigen mit den wenigsten krankheitsbedingten Fehltagen im Berichtsjahr. Mit durchschnittlich 8,0 AU-Tagen haben wie im Vorjahr Beschäftigte mit Lehr- und Forschungstätigkeiten an Hochschulen die wenigsten Fehltagewerte – das entspricht nur rund einem Fünftel des berichteten Höchstwerts. Im Gegensatz zu den zehn Berufsgruppen mit den meisten Fehltagen entstammt hier die Mehrzahl den kaufmännischen und unternehmensbezogenen bzw. den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen.

Zudem zeigt sich, dass sich die AU-Fälle in ähnlicher Weise zwischen den hier aufgeführten Berufsgruppen unterscheiden. Mit überdurchschnittlichen AU-Tagen gehen zudem auch mehrheitlich überdurchschnittliche Falldauern einher, was ein Hinweis darauf ist, dass bei diesen anteilig häufiger als bei anderen Berufen Langzeiterkrankungen vorkommen, die in der Folge zu längeren krankheitsbedingten Ausfallzeiten führen.

In **»»** Tabelle 1.5.6 sind jeweils die zehn Berufsgruppen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen dargestellt. Hier sind wiederum die Beschäftigten der

Tabelle 1.5.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2022)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	233	3.876	16,6
821	Altenpflege	225	3.722	16,5
281	Textiltechnik und -produktion	237	3.579	15,1
832	Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	214	3.421	16,0
525	Bau- und Transportgeräteführung	219	3.407	15,5
221	Kunststoff- und Kautschukherstellung und -verarbeitung	254	3.332	13,1
241	Metallerzeugung	220	3.319	15,1
213	Industrielle Glasherstellung und -verarbeitung	236	3.314	14,1
514	Servicekräfte im Personenverkehr	233	3.292	14,1
234	Drucktechnik und -weiterverarbeitung, Buchbinderei	233	3.272	14,1
	Gesamt	184	2.262	12,3
931	Produkt- und Industriedesign	136	1.215	8,9
924	Redaktion und Journalismus	121	1.191	9,8
411	Mathematik und Statistik	106	1.156	10,9
432	IT-Systemanalyse, IT-Anwendungsberatung und IT-Vertrieb	119	1.128	9,5
914	Wirtschaftswissenschaften	99	1.115	11,2
434	Softwareentwicklung und Programmierung	118	1.072	9,0
944	Theater-, Film- und Fernsehproduktion	108	1.056	9,8
271	Technische Forschung und Entwicklung	115	1.049	9,1
711	Geschäftsführung und Vorstand	71	926	13,0
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	86	799	9,3

kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung mit durchschnittlich 13,5 AU-Tagen je Beschäftigten auf dem ersten Platz nach Fehltagen aufgrund dieser Krankheitsart zu finden. Zudem stammt auch hier die Mehrzahl der zehn aufgeführten Professionen aus den Fertigungsberufen bzw. den Bau- und Ausbauberufen, genau die Hälfte davon ist ebenfalls in »»» Tabelle 1.5.5 unter den Top 10 mit den meisten Fehltagen zu finden. Alle aufgeführten Berufe mit überdurchschnittlichen Fehlzeiten kennzeichnet dabei gleichermaßen ein hoher Anteil an körperlich beanspruchender Tätigkeit, der zu einer höheren Krankheitslast und somit zu den berichteten Fehltagen führt. Umgekehrt zeigt sich, dass vor allem Be-

rufe aus den Bereichen Dienstleistungen und Geisteswissenschaften mit einer meist geringeren körperlichen Beanspruchung die Liste der Berufe mit den wenigsten AU-Tagen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen dominieren. Wiederum sind es die Beschäftigten mit einer Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen, die mit gerade einmal 0,5 AU-Tagen je Beschäftigten nur einen Bruchteil der Fehltag im Vergleich zu den Berufen mit den meisten AU-Tagen aufweisen. Auch bei diesen zehn Berufen finden sich insgesamt sechs bereits in »»» Tabelle 1.5.5 aufgeführte Professionen wieder. Bei den Falldauern zeigt sich, dass vor allem Berufe mit unterdurchschnittlichen AU-Tagen auch unter-

Tabelle 1.5.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Berichtsjahr 2022)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tag	AU-Tag je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	58,0	1.350	23,3
281	Textiltechnik und -produktion	48,8	1.115	22,9
525	Bau- und Transportgeräteführung	47,0	1.001	21,3
511	Technischer Betrieb des Eisenbahn-, Luft- und Schiffsverkehrs	46,2	989	21,4
241	Metallerzeugung	47,3	981	20,7
221	Kunststoff- und Kautschukherstellung und -verarbeitung	49,6	966	19,5
243	Metalloberflächenbehandlung	48,7	947	19,5
231	Papier- und Verpackungstechnik	44,7	945	21,2
213	Industrielle Glasherstellung und -verarbeitung	44,5	940	21,1
541	Reinigung	38,3	913	23,8
	Gesamt	21,9	437	19,9
944	Theater-, Film- und Fernsehproduktion	6,0	99	16,6
431	Informatik	7,8	98	12,6
432	IT-Systemanalyse, IT-Anwendungsberatung und IT-Vertrieb	7,3	98	13,3
924	Redaktion und Journalismus	6,1	92	15,1
816	Psychologie und nicht ärztliche Psychotherapie	7,5	91	12,1
922	Öffentlichkeitsarbeit	5,8	90	15,5
434	Softwareentwicklung und Programmierung	6,6	80	12,1
914	Wirtschaftswissenschaften	5,5	65	11,7
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	6,2	49	7,9
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	3,7	47	12,9

durchschnittliche Werte im Verhältnis zu allen Beschäftigten insgesamt aufweisen und Langzeit-Arbeitsunfähigkeit im Kontext von Muskel-Skelett-Erkrankungen in diesen Berufsgruppen somit anteilig seltener auftritt.

Die Auflistung der Berufe mit den meisten bzw. wenigsten Fehltagen aufgrund psychischer Störungen ist in ►► Tabelle 1.5.7 zu sehen. Anders als bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen sind es hier vor allem die erzieherischen, sozialen und gesundheitsbezogenen Berufe (z.B. Alten- und Krankenpflege bzw. Erziehung und Sozialarbeit), die besonders hohe Fehltag aufgrund dieser Krankheitsart auf-

weisen. 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 technische bzw. 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 ein hohes Maß an psychosozialen Stress bei der Tätigkeit wesentlichen Einfluss auf die Fehlzeiten ausübt. So sind zum Beispiel Beschäftigte in der Alten- und Krankenpflege, Erzieherinnen und Erzieher oder Servicekräfte im

Tabelle 1.5.7 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund Psychischer Störungen (Berichtsjahr 2022)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
821	Altenpflege	16,3	727	44,7
514	Servicekräfte im Personenverkehr	18,8	571	30,4
831	Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	14,0	556	39,6
115	Tierpflege	12,5	531	42,3
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	13,5	530	39,2
533	Gewerbe- und Gesundheitsaufsicht, Desinfektion	11,3	518	45,9
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	10,4	505	48,7
832	Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	11,8	498	42,4
624	Verkauf von drogerie- und apothekenüblichen Waren, Sanitäts- und Medizinbedarf	11,5	490	42,5
822	Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness	11,9	486	41,0
	Gesamt	8,5	343	40,4
711	Geschäftsführung und Vorstand	2,8	157	56,2
261	Mechatronik und Automatisierungstechnik	5,4	150	27,9
111	Landwirtschaft	4,1	145	35,8
814	Human- und Zahnmedizin	4,1	141	34,6
331	Bodenverlegung	4,1	135	32,7
271	Technische Forschung und Entwicklung	3,6	132	37,3
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	3,6	132	36,3
935	Kunsthandwerkliche Metallgestaltung	7,7	120	15,5
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	2,7	102	37,9
523	Fahrzeugführung im Flugverkehr	2,4	95	39,7

Personenverkehr immer wieder besonderen zwischenmenschlichen Stresssituationen ausgesetzt, die zu den hier aufgezeigten hohen Fehlzeiten führen können.

Während die AU-Fälle dem gleichen Muster wie die AU-Tage folgen, zeigt sich hingegen bei den Falldauern keine eindeutige Systematik: Hier sind sowohl bei Berufen mit vielen als auch mit wenigen krankheitsbedingten Fehlzeiten unter- als auch überdurchschnittliche Falldauern zu finden, die sich in ihrer Spanne um mehrere Wochen (15,5–56,2 AU-Tage je Fall) voneinander unterscheiden.

An dieser Stelle sollen ergänzend, wie bereits bei den Wirtschaftsgruppen (»»» Tabelle 1.5.4), die Be-

rufsgruppen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen aufgrund der in diesem Jahr besonders relevanten Atemwegserkrankungen betrachtet werden (»»» Tabelle 1.5.8). Unter den zehn Berufsgruppen sind vor allem solche zu finden, die durch einen häufigen Kontakt mit Menschen im Rahmen ihrer Tätigkeit geprägt sind. Entsprechend sind vor allem die personenbezogenen Dienstleistungsberufe (bspw. Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege) sowie die sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungsberufe (bspw. Servicekräfte im Personenverkehr) besonders häufig unter den Berufen mit den meisten AU-Tagen vertreten. Unter den zehn Berufsgruppen mit den wenigsten AU-Tagen finden sich hingegen

Tabelle 1.5.8 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems (Berichtsjahr 2022)

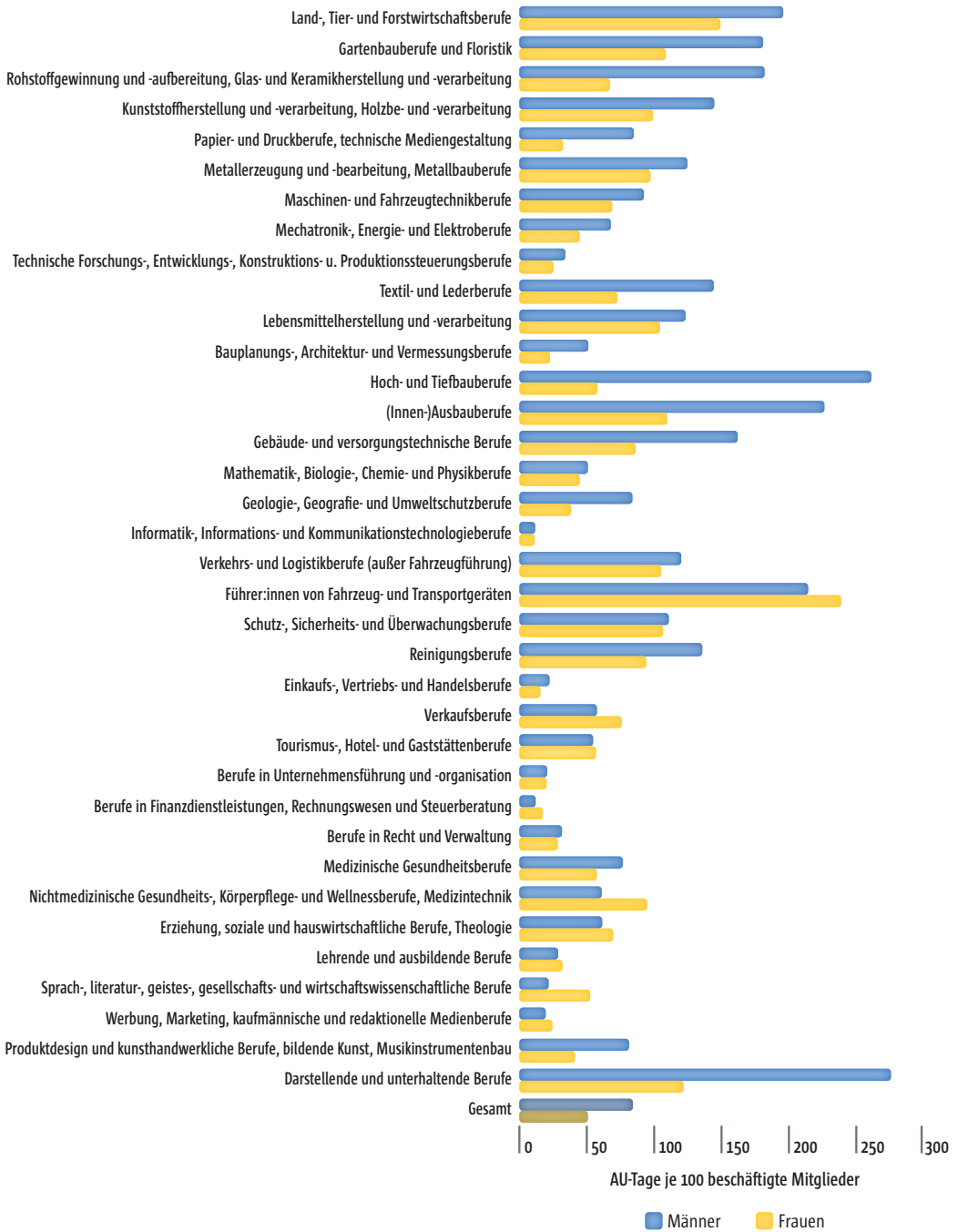
KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
831	Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	109,1	804	7,4
514	Servicekräfte im Personenverkehr	77,7	739	9,5
532	Polizeivollzugs- und Kriminaldienst, Gerichts- und Justizvollzug	79,2	685	8,7
817	Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde	90,1	634	7,0
512	Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur	75,8	629	8,3
624	Verkauf von drogerie- und apothekenüblichen Waren, Sanitäts- und Medizinbedarf	80,3	620	7,7
821	Altenpflege	69,3	620	8,9
832	Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	69,2	614	8,9
213	Industrielle Glasherstellung und -verarbeitung	72,8	607	8,3
533	Gewerbe- und Gesundheitsaufsicht, Desinfektion	70,0	606	8,7
	Gesamt	66,1	493	7,5
271	Technische Forschung und Entwicklung	51,1	336	6,6
922	Öffentlichkeitsarbeit	50,6	333	6,6
411	Mathematik und Statistik	46,5	332	7,1
914	Wirtschaftswissenschaften	42,9	317	7,4
944	Theater-, Film- und Fernsehproduktion	45,3	311	6,9
111	Landwirtschaft	42,2	305	7,2
113	Pferdewirtschaft	42,2	284	6,7
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	40,0	270	6,7
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	31,9	233	7,3
711	Geschäftsführung und Vorstand	26,8	205	7,7

vor allem solche Tätigkeiten, die in der Regel nur wenig direkten Kontakt mit anderen Menschen erfordern und die zudem häufig im Homeoffice ausgeübt werden können (bspw. Mathematik und Statistik oder Wirtschaftswissenschaften). Während sich die AU-Fälle und die AU-Tage zwischen den dargestellten Berufsgruppen deutlich unterscheiden, schwankt die Falldauer nur in geringem Maß: Mit etwa einer Kalenderwoche Dauer sind Atemwegserkrankungen durchschnittlich mit einer eher geringen Falldauer verbunden.

Wie bereits bei den Wirtschaftsgruppen werden in ►► Diagramm 1.5.8 ergänzend die Fehlzeiten betrachtet, die ausschließlich durch meldepflichtige

Arbeitsunfälle verursacht werden. Dabei zeigen sich sowohl zwischen den einzelnen Berufsgruppen als auch innerhalb dieser zwischen Männern und Frauen deutliche Unterschiede bei den Fehlzeiten. Insbesondere bei den produzierenden und handwerklichen Berufen mit einem höheren Arbeitsunfallrisiko sind v.a. bei den männlichen Beschäftigten deutlich überdurchschnittliche Werte zu finden, so wie bei den Hoch- und Tiefbauberufen mit dem höchsten Gesamtwert von 258 AU-Tagen je 100 Beschäftigten. Gleichzeitig sind es diese Berufe, bei denen auch die größten Unterschiede zwischen den Geschlechtern auftreten (z.B. Hoch- und Tiefbauberufe, Gartenbauberufe und Floristik bzw. darstellende und unterhal-

Diagramm 1.5.8 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Arbeitsunfälle nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



tende Berufe). Auch hier liegt vermutlich der Hauptgrund der Differenzen im heterogenen Tätigkeitspektrum für Männer und Frauen innerhalb der identischen Berufsgruppe, während sich beispielsweise in den IT- und Kommunikationsberufen – im Vergleich insgesamt der niedrigste Wert mit 12 AU-Tagen je 100 Beschäftigten – die konkrete Tätigkeit von Männern und Frauen sehr ähnelt und sich somit auch die durch Arbeitsunfälle verursachten Fehlzeiten geschlechtsspezifisch wenig unterscheiden.

1.5.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen

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

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit sowie Aufsichts- und Führungsverantwortung

- Beschäftigte mit komplexen Tätigkeiten haben im Vergleich zu Erwerbstätigen mit Helfer- bzw. Anlern-tätigkeiten deutlich weniger Fehlzeiten, wobei dieser Effekt für die Männer stärker als für die Frauen ausgeprägt ist.
- Gleiches gilt für die Beschäftigten mit Aufsichts- und Führungsverantwortung im Gegensatz zu jenen ohne eine solche Stellung im Beruf und das, obwohl erstgenannte im Durchschnitt sogar 4 Jahre älter sind.

In »»» Tabelle 1.5.9 sind die AU-Kennzahlen der Beschäftigten differenziert für das Anforderungsniveau der Tätigkeit sowie für eine Aufsichts- bzw. Führungsposition aufgeführt.

Anforderungsniveau der Tätigkeit: Gut zu erkennen ist, dass sowohl die AU-Fälle als auch die AU-Tagen mit zunehmendem Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit abnehmen, wobei diese Entwicklung bei den Männern etwas stärker als bei den Frauen ausgeprägt ist. Einfache Tätigkeiten sind oftmals mit höheren Belastungen verbunden als dies bei (hoch) komplexen Tätigkeiten der Fall ist. Zudem sind die sozioökonomischen Bedingungen (Bezahlung, Bil-

Tabelle 1.5.9 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	Durchschnittsalter in Jahren	AU-Fälle			AU-Tagen		
			Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
			je 100 beschäftigte Mitglieder					
Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit	Helfer-/Anlern-tätigkeiten	44,2	218	220	219	2.845	3.213	3.034
	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	42,4	205	201	203	2.513	2.451	2.484
	Komplexe Spezialistentätigkeiten	43,3	145	187	162	1.672	2.116	1.854
	Hoch komplexe Tätigkeiten	42,9	109	147	124	1.134	1.653	1.335
Aufsichts- und Führungsverantwortung	Ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung	42,7	181	194	187	2.205	2.399	2.296
	Mit Aufsicht- und Führungsverantwortung	46,6	127	149	132	1.571	1.953	1.672
Gesamt		42,9	177	192	184	2.158	2.385	2.262

dungshintergrund, Handlungsspielraum etc.) bei den Beschäftigten mit (hoch) komplexen Tätigkeiten in der Regel besser als bei den Beschäftigten mit Helfertätigkeiten ausgeprägt, was mehr Freiheitsgrade für die Gestaltung und Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit bietet.

Aufsicht- und Führungsverantwortung: Beschäftigte, die in ihrem Beruf eine Aufsichts- und/oder Führungsverantwortung innehaben, weisen deutlich weniger AU-Fälle und -Tage als diejenigen ohne eine solche berufliche Position auf. Auch hier hängt dies maßgeblich mit den unterschiedlichen körperlichen und psychischen Arbeitsbelastungen sowie mit den o.g. weiteren sozioökonomischen Bedingungen im Kontext der Tätigkeit zusammen. Interessant ist an dieser Stelle, dass dieser Effekt trotz des höheren Durchschnittalters der Aufsichts- bzw. Führungskräfte zutage tritt. Dies ist ein weiterer eindrücklicher Beleg dafür, dass neben dem Alter und dem Geschlecht die Arbeitsbedingungen und die damit verbundenen Belastungen und Beanspruchungen einen wesentlichen und eigenständigen Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten ausüben.

Vertragsformen und Arbeitnehmerüberlassung

- Beschäftigte in Leih- bzw. Zeitarbeit haben sowohl mehr AU-Fälle als auch mehr AU-Tage als solche in einer regulären Anstellung, trotz der Tatsache, dass Leih- bzw. Zeitarbeiter im Durchschnitt 3 Jahre jünger sind.

- Insbesondere die in Teilzeit beschäftigten Frauen weisen überdurchschnittlich hohe krankheitsbedingte Fehlzeiten auf, da sie meist noch zusätzlich anspruchsvolle familiäre Aufgaben, wie Kinderbetreuung oder Pflege von Angehörigen, erbringen, wobei diese Aufgaben meist selbst der Grund für die Teilzeitbeschäftigung sind.

Die in »»» Tabelle 1.5.10 dargestellten Merkmale beziehen sich vor allem auf die vertraglichen Rahmenbedingungen, unter denen die Tätigkeit ausgeübt wird. Auch diese stehen, wie zu erkennen ist, im Zusammenhang mit dem AU-Geschehen.

Vertragsformen: Während es bei den AU-Fällen nur geringe Unterschiede zwischen den einzelnen Vertragsformen gibt, zeigen sich bei den AU-Tagen deutlichere Differenzen. Die mit 19,8 AU-Tagen je Beschäftigten insgesamt niedrigsten Werte sind bei den befristet in Vollzeit Angestellten zu finden. Haupteinflussfaktor dürfte hier das sehr niedrige Durchschnittsalter im Vergleich zu den anderen Vertragsformen sein, da in dieser Gruppe zum großen Teil meist junge Auszubildende bzw. Berufsanfänger in Probezeit zu finden sind. Besonders auffällig ist zudem der Geschlechtsunterschied bei den in Teilzeit Beschäftigten zuungunsten der Frauen, vor allem bei einer befristeten Anstellung. Der Frauenanteil in der Gruppe der Teilzeit-Beschäftigten ist im Verhältnis zu dem der Männer überproportional hoch (»»» Tabelle 0.2.1). Eine Ursache hierfür liegt in der häufig vorkommenden Doppelbelastung berufstätiger Frauen durch zusätzliche Kinderbetreu-

Tabelle 1.5.10 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	Durchschnittsalter in Jahren	AU-Fälle			AU-Tage		
			Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
			je 100 beschäftigte Mitglieder					
Vertragsformen	Unbefristet/Vollzeit	43,7	176	186	179	2.220	2.270	2.235
	Unbefristet/Teilzeit	46,7	160	193	188	2.281	2.626	2.570
	Befristet/Vollzeit	31,4	221	233	226	1.950	2.022	1.979
	Befristet/Teilzeit	41,2	150	201	189	1.668	2.484	2.291
Arbeitnehmerüberlassung	Ohne Arbeitnehmerüberlassung	42,9	180	195	187	2.175	2.401	2.279
	Mit Arbeitnehmerüberlassung	39,1	210	224	215	2.350	2.618	2.438
Gesamt		42,9	177	192	184	2.158	2.385	2.262

ung und/oder Angehörigenpflege (vgl. » Kapitel o.2.2), was sich wiederum negativ auf die Gesundheit und somit auf die krankheitsbedingten Ausfallzeiten in dieser Gruppe der Beschäftigten auswirkt.

Arbeitnehmerüberlassung: Sowohl Männer als auch Frauen in Leih-/Zeitarbeit weisen mehr AU-Fälle und AU-Tage als solche in einer regulären Anstellung auf. Auch hier spielt das Durchschnittsalter, allerdings mit umgekehrten Vorzeichen, eine Rolle: Trotz der Tatsache, dass Beschäftigte mit Arbeitnehmerüberlassung knapp 3 Jahre jünger sind, weisen sie dennoch höhere Fehlzeiten auf. Prekäre Beschäftigung wirkt sich also deutlich negativ auf die gesundheitliche Lage im Kontext der Arbeitsunfähigkeit aus. Dieses Muster ist zudem in ähnlicher Form auch im

Bereich der stationären Versorgung sichtbar (» Tabelle 3.5.4). Ein anderes Bild zeigt sich hingegen in der ambulanten Versorgung (» Tabelle 2.5.4) mit niedrigeren Inanspruchnahmequoten für diese Beschäftigtengruppe, während bei den Arzneimittelverordnungen (» Tabelle 4.5.5) zwar weniger Verordnungsanteile, allerdings höhere Tagesdosen auftreten. Das Muster deutet darauf hin, dass Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung seltener und meist erst bei schwerwiegenden Gesundheitsproblemen einen niedergelassenen Arzt oder Psychotherapeuten aufsuchen. Dies führt dann zu den höheren AU- und KH-Kennzahlen sowie auch zu den höheren durchschnittlichen Tagesdosen im Arzneimittelbereich.

1.6 Schwerpunktthema

Gesunder Start ins Berufsleben

1.6.1 Einleitung

In welchem Alter jemand in das Berufs- bzw. Erwerbsleben startet, ist von vielen verschiedenen Faktoren abhängig. Neben formalen Voraussetzungen für eine Vielzahl von Tätigkeiten, wie bspw. einem Schulabschluss bzw. einem Berufs- und/oder (Fach-) Hochschulabschluss, ist es zudem in Deutschland frühestens ab dem 15. Lebensjahr möglich eine Erwerbstätigkeit in Vollzeit auszuüben⁵. In den meisten Fällen findet der Einstieg ins Erwerbsleben allerdings erst jenseits des 20. Lebensjahres statt. Darauf deutet unter anderem das Durchschnittsalter von Auszubildenden (22,5 Jahre)⁶ bzw. Hochschulabsolventen (23,6 Jahre)⁷ jeweils zum Zeitpunkt der erfolgreich absolvierten Abschlussprüfung hin. Betrachtet man zusätzlich die Quoten derer, die bis einschließlich zum 25. Lebensjahr ihren Berufs- bzw. bis zum 30. Lebensjahr ihren Studienabschluss erlangen (86,5% bzw. 85,3%), so ist davon auszugehen, dass der Großteil der erwerbsfähigen Personen den Start ins Berufsleben spätestens bis zum 30. Lebensjahr absolviert hat. Ein weiterer Beleg hierfür ist auch der Anteil der Beschäftigten nach Altersgruppen unter allen BKK Versicherten im Jahr 2022. Liegt dieser in der Gruppe der 15- bis unter 20-Jährigen bei etwas weniger als einem Drittel (30,7%), so ist bereits die über-

wiegende Mehrheit der 25- bis unter 30-Jährigen BKK Versicherten (81,5%) den Beschäftigten zuzuordnen.

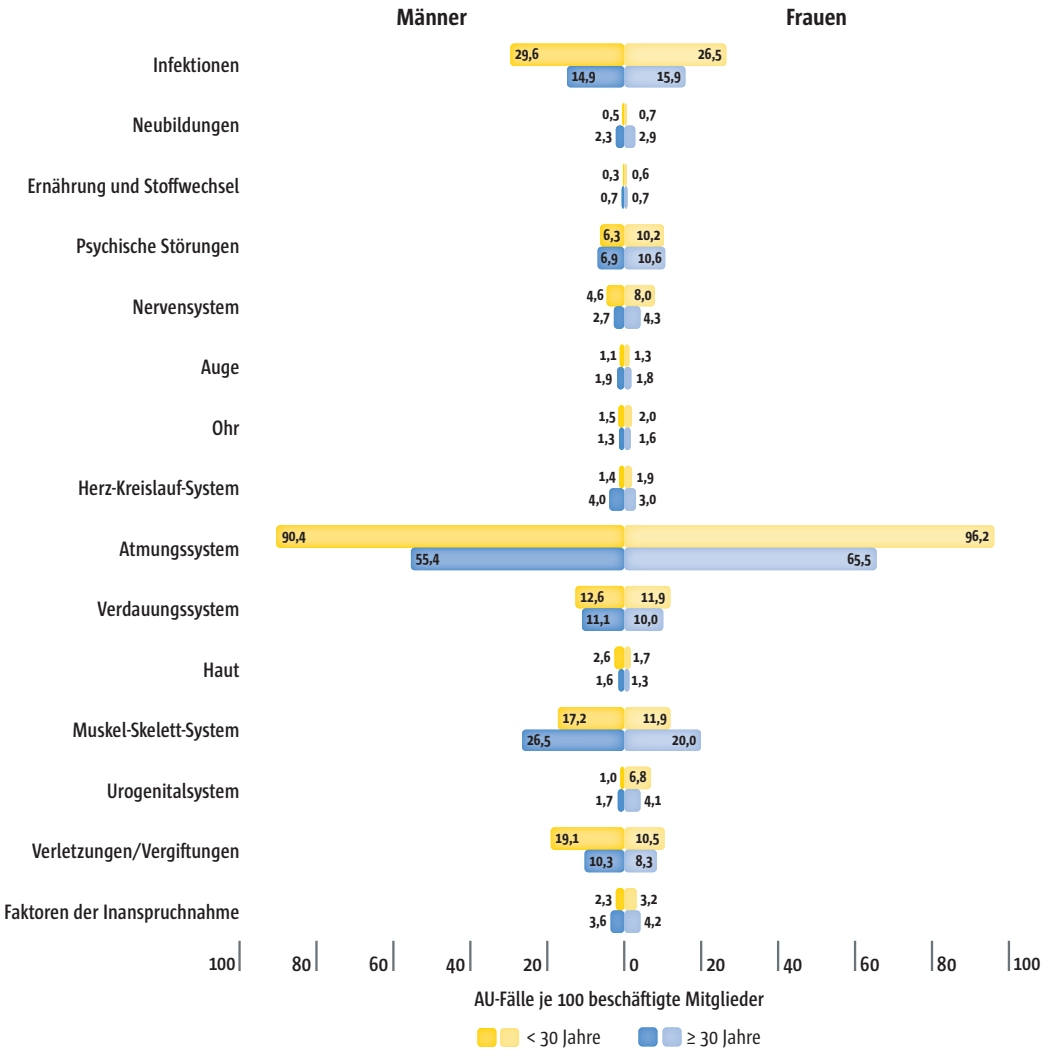
Entsprechend werden in den Auswertungen zum diesjährigen Schwerpunktthema hauptsächlich die Kennzahlen der Beschäftigten unter 30 Jahren denen gegenübergestellt, die 30 Jahre und älter sind. Die Gruppe der unter 30-jährigen Berufstätigen umfasst dabei knapp ein Fünftel (18,3%) aller rund 4,6 Millionen beschäftigten BKK Mitglieder, wobei beschäftigte Männer tendenziell einen höheren Anteil als beschäftigte Frauen in dieser Altersgruppe aufweisen (18,7% vs. 17,9%).

1.6.2 Auswertungen nach soziodemografischen Merkmalen

Erste differenzierte Auswertungen nach Alter und Geschlecht sind bereits im **III** Diagramm 1.3.1 zu finden. Bis zur Gruppe der 25- bis 29-Jährigen ist ein deutlicher Rückgang der AU-Fälle bei gleichzeitig wenig veränderten AU-Tagen zu erkennen. Ab dem 30. Lebensjahr stellt sich dieses Muster umgekehrt dar: Die AU-Fälle bewegen sich bis zur Gruppe der 60- bis 64-Jährigen wenig verändert auf gleichem Niveau, während gleichzeitig die AU-Tage sukzessive ansteigen. Bei den Beschäftigten ab dem 65. Lebensjahr ist hingegen ein deutlicher Rückgang der AU-Fälle und AU-Tage zu beobachten, was vor allem auf den bereits beschriebenen *healthy worker effect* zurückzuführen ist. In den weiteren differenzierten Analysen nach Altersgruppen, Geschlecht sowie ausgewählten Diagnosehauptgruppen für die AU-Fälle (**III** Diagramm 1.3.3) bzw. AU-Tage (**III** Diagramm 1.3.4) zeigen sich, je nach Krankheitsart, unterschiedliche Zusammenhänge mit dem Lebensalter der Beschäftigten. So treten bei den Beschäftigten bis zur Gruppe der 24- bis 29-Jährigen im Vergleich zu den folgenden Altersgruppen deutlich häufiger AU-Fälle und AU-Tage im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen auf. Ein umgekehrtes Bild

- 5 Bundesministerium für Justiz (Hrsg.) Gesetz zum Schutze der arbeitenden Jugend (Jugendarbeitsschutzgesetz – JArbSchG) <https://www.gesetze-im-internet.de/jarbschg/> [abgerufen am 02.08.2023].
- 6 Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2020. Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung. https://www.bibb.de/dokumente/pdf/bibb_datenreport_2020.pdf [abgerufen am 02.08.2023].
- 7 Statistisches Bundesamt, Fachserie 11, Reihe 4.2, PJ 2021 https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Publikationen/Downloads-Hochschulen/pruefungen-hochschulen-2110420217004.pdf?__blob=publicationFile [abgerufen am 02.08.2023].

Diagramm 1.6.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

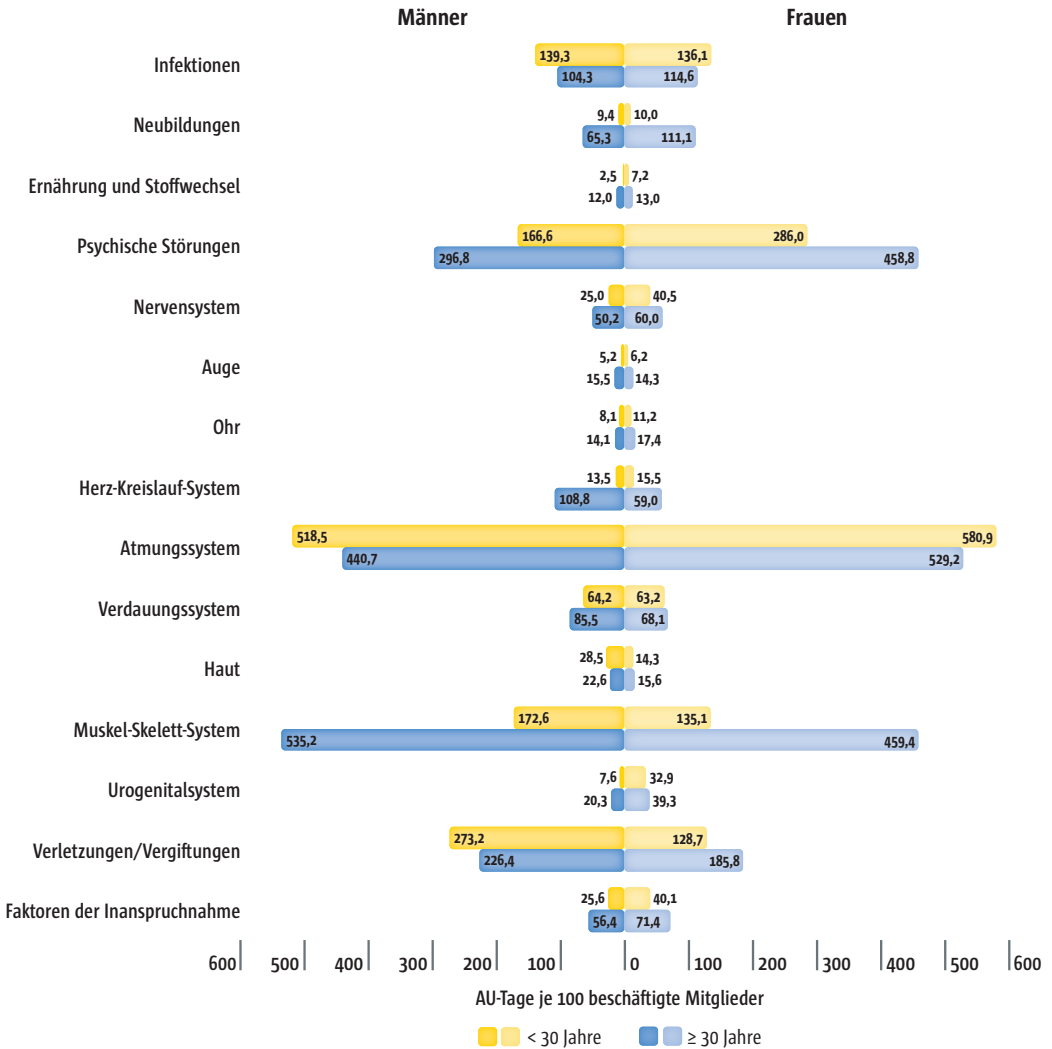


zeigt sich hingegen für die Muskel-Skelett-Erkrankungen, deren AU-Kennzahlen nahezu linear mit dem Lebensalter zunehmen. Eine ähnliche Entwicklung ist bei den psychischen Störungen zu beobachten, wobei hier die altersbedingte Zunahme bei den AU-Tagen wesentlich stärker als bei den AU-Fällen ausgeprägt ist. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass aufgrund der überdurchschnittlichen Falldauer

(40,4 AU-Tage je Fall) schon eine geringe Zunahme der AU-Fälle zu einem überproportionalen Anstieg der AU-Tage führt.

Im Folgenden werden, wie eingangs beschrieben, die Beschäftigten unter 30 Jahren mit denen ab dem 30. Lebensjahr hinsichtlich verschiedener Facetten im Kontext des AU-Geschehens miteinander verglichen.

Diagramm 1.6.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



Alter und Geschlecht

- Bei den Beschäftigten unter 30 Jahren treten häufiger AU-Fälle und AU-Tage im Zusammenhang mit Infektionen und Atemwegserkrankungen, sowie bei den Männern auch im Kontext von Verletzungen und Vergiftungen auf, als bei den Beschäftigten, die 30 Jahre und älter sind.

- Allein 40% aller AU-Fälle sowie rund jeder dritte AU-Tag gehen bei den Beschäftigten Männern und Frauen unter 30 Jahren auf das Konto von Atemwegserkrankungen.
- Für alle Krankheitsarten liegt die Falldauer in der Gruppe der unter 30-jährigen Beschäftigten jeweils deutlich unter den Werten der Berufstätigen ab dem 30. Lebensjahr.

Im **»»** Diagramm 1.6.1 sind die AU-Fälle und im **»»** Diagramm 1.6.2 die AU-Tage im Vergleich zwischen den unter 30-jährigen Berufstätigen und den Beschäftigten ab 30 Jahren nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht dargestellt.

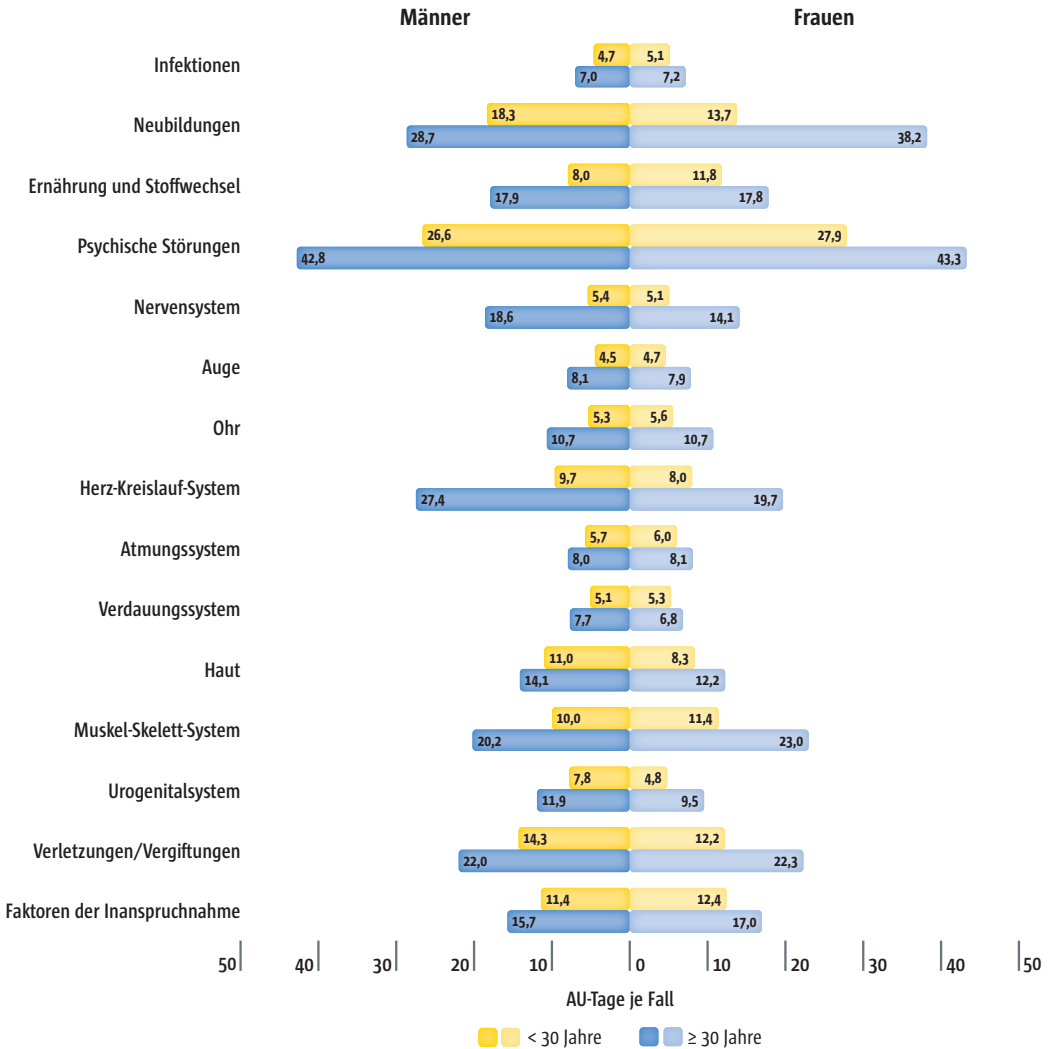
Bei den AU-Fällen fällt sofort die Dominanz der Atemwegserkrankungen ins Auge. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen unter 30 Jahren gehen jeweils mehr als 40% aller AU-Fälle auf diese Krankheitsart zurück. Auch wenn die Fallzahlen bei den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr deutlich zurückgehen und jeweils nur noch rund ein Drittel aller AU-Fälle ausmachen, so ist diese Krankheitsart doch weiterhin fallbezogen der häufigste Grund für eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch bei den AU-Tagen, wobei hier der altersbedingte Rückgang etwas geringer ausfällt. Entfällt bei den unter 30-jährigen rund jeder dritte AU-Tag auf eine Atemwegserkrankung, so ist es bei den Beschäftigten ab 30 Jahren etwa jeder fünfte AU-Tag. Bei dieser Krankheitsart sind die Geschlechtsunterschiede bei den unter 30-jährigen nur gering ausgeprägt, ab dem 30. Lebensjahr weisen die beschäftigten Frauen durchschnittlich mehr AU-Fälle und -Tage als die Männer auf. Anzumerken sei an dieser Stelle, dass die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen im Jahr 2022 besonders hoch ausfallen (**»»** Kapitel 1.2.1). Die hier beschriebenen Alters- und Geschlechtsunterschiede sind aber auch in den Vorjahren in gleicher Weise, allerdings auf einem deutlich niedrigeren Niveau, nachweisbar.

Ein umgekehrtes Muster in Abhängigkeit vom Alter zeigt sich hingegen bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen. Hier ist sowohl bei den AU-Fällen als auch bei den AU-Tagen ein deutlicher Anstieg der Kennzahlen im Vergleich zwischen beiden Altersgruppen zu sehen. Dabei weisen die Männer in beiden Altersgruppen sowohl mehr AU-Fälle als auch mehr AU-Tage im Vergleich zu den Frauen gleichen Alters auf. Für die psychischen Störungen, als weitere wichtige Krankheitsgruppe im AU-Geschehen, zeigt sich ein etwas anderes Bild. Zwar weisen Frauen mehr AU-Fälle aufgrund dieser Krankheitsart als Männer auf, allerdings bleibt deren Anzahl über beide Altersgruppen relativ stabil. Abweichend hierzu stellt sich das Bild bei den AU-Tagen dar. Neben der Tatsache, dass der Geschlechtsunterschied zuungunsten der Frauen in beiden Altersgruppen zutage tritt, ist hier auch eine deutliche altersabhängige Zunahme zu verzeichnen. Bei den Verletzungen und Vergiftungen ist bei den AU-Fällen mit zunehmendem Alter ein Rückgang feststellbar, während die

AU-Tage altersbedingt ansteigen, was vermutlich mit einer längeren Genesungszeit in der höheren Altersgruppe zusammenhängt. Weitere Erkrankungsarten, wie bspw. Neubildungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, spielen im AU-Geschehen nur eine untergeordnete Rolle, da sie meist erst mit Eintritt in den Ruhestand häufiger auftreten. Dieser Zusammenhang mit dem Lebensalter wird bereits bei den Beschäftigten sichtbar. Für beide Krankheitsarten ist sowohl bei den AU-Fällen als auch bei den AU-Tagen ein altersbedingter Anstieg sichtbar, wobei bei den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr bezogen auf die AU-Tage die Frauen deutlich höhere Werte im Kontext von Neubildungen und die Männer im Kontext von Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufweisen.

Ergänzend zeigt das **»»** Diagramm 1.6.3 die durchschnittliche Falldauer für ausgewählte Krankheitsarten, differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht. Auf den ersten Blick wird deutlich, dass für alle dargestellten Diagnosehauptgruppen die durchschnittliche Falldauer bei den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr durchgehend höher im Vergleich zu den unter 30-jährigen ausgeprägt ist. Die größte altersbedingte Zunahme mit +24,5 AU-Tagen je Fall ist bei den Frauen im Zusammenhang mit Neubildungen zu verzeichnen. Die entsprechenden Werte der Männer steigen hingegen mit +10,4 AU-Tagen je Fall altersbedingt nicht einmal halb so stark an. Anzumerken ist zudem, dass bei dieser Krankheitsart in der Gruppe der unter 30-Jährigen bei Männern eine höhere durchschnittliche Falldauer auftritt, während sich die höheren Falldauern ab dem 30. Lebensjahr wiederum bei den Frauen finden. Vermutlich spielen neben der geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme des Gesundheitswesens hier auch geschlechtsspezifische Krankheitsbilder und unterschiedlich lange Behandlungs- und Genesungsverläufe eine Rolle. Ebenfalls zweistellige Zunahmen bei der Falldauer sind im Vergleich zwischen den Altersgruppen bei den psychischen Störungen und den Muskel-Skelett-Erkrankungen festzustellen, wobei sich hier die durchschnittliche Falldauer für Männer und Frauen innerhalb einer Altersgruppe nicht wesentlich unterscheidet. Anders ist dies hingegen bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Liegt die Falldauer bei den unter 30-jährigen Männern und Frauen jeweils knapp über einer Kalenderwoche, so liegt der Wert bei den über 30-jährigen männlichen Beschäftigten mit 27,4 Tagen je Fall mehr als eine Kalenderwoche über dem Wert bei den Frauen in der gleichen Altersgruppe (19,7 Tage je Fall).

Diagramm 1.6.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage je Fall der beschäftigten Mitglieder für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



Höchster Schul- und Berufsabschluss

- Bereits bei den Beschäftigten unter 30 Jahren treten in Abhängigkeit vom höchsten Schul- bzw. Berufsabschluss deutliche Unterschiede bei den AU-Kennzahlen zutage: Je höher qualifiziert die Beschäftigten sind, desto niedriger sind die zugehörigen krankheitsbedingten Fehlzeiten.

Neben dem Alter und dem Geschlecht sind der höchste Schul- bzw. Berufsabschluss ebenfalls zwei Merk-

male, die in engem Zusammenhang mit der Gesundheit im Sinne des Fehlzeitengeschehens bei den Beschäftigten stehen. Wie anhand der »»» Tabelle 1.6.1 gut zu erkennen ist, nehmen mit einem höheren Schul- bzw. Berufsabschluss, soweit vorhanden, die AU-Fälle und AU-Tage über beide Altersgruppen für Männer und Frauen sukzessive ab. Einzige Ausnahme bilden hier die Männer mit einer Promotion in der Altersgruppe der unter 30-Jährigen, wobei es sich hierbei um einen statistischen Effekt (relativ kleine Gruppengröße, in der bereits wenige AU-Fälle große

1.6 Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben

Tabelle 1.6.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schul- und Berufsabschluss, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	< 30 Jahre		≥ 30 Jahre		< 30 Jahre		≥ 30 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
		AU-Fälle je 100 beschäftigte Mitglieder				AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder			
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	240	237	201	215	1.701	1.857	3.004	3.209
	Haupt-/Volksschulabschluss	297	306	208	216	2.285	2.508	3.103	3.401
	Mittlere Reife oder gleichwertig	262	279	184	199	1.909	2.107	2.441	2.731
	Abitur/Fachabitur	157	195	120	159	1.097	1.428	1.269	1.805
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	290	296	206	219	1.843	1.926	3.099	3.425
	Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	219	239	191	196	1.806	1.986	2.667	2.719
	Meister/Techniker oder gleichwertig	175	210	155	179	1.364	1.749	1.886	2.231
	Bachelor	100	154	114	150	718	1.160	1.017	1.494
	Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	79	124	101	143	585	912	1.024	1.599
	Promotion	102	121	78	119	801	869	736	1.167
Gesamt		223	235	167	183	1.645	1.787	2.277	2.515

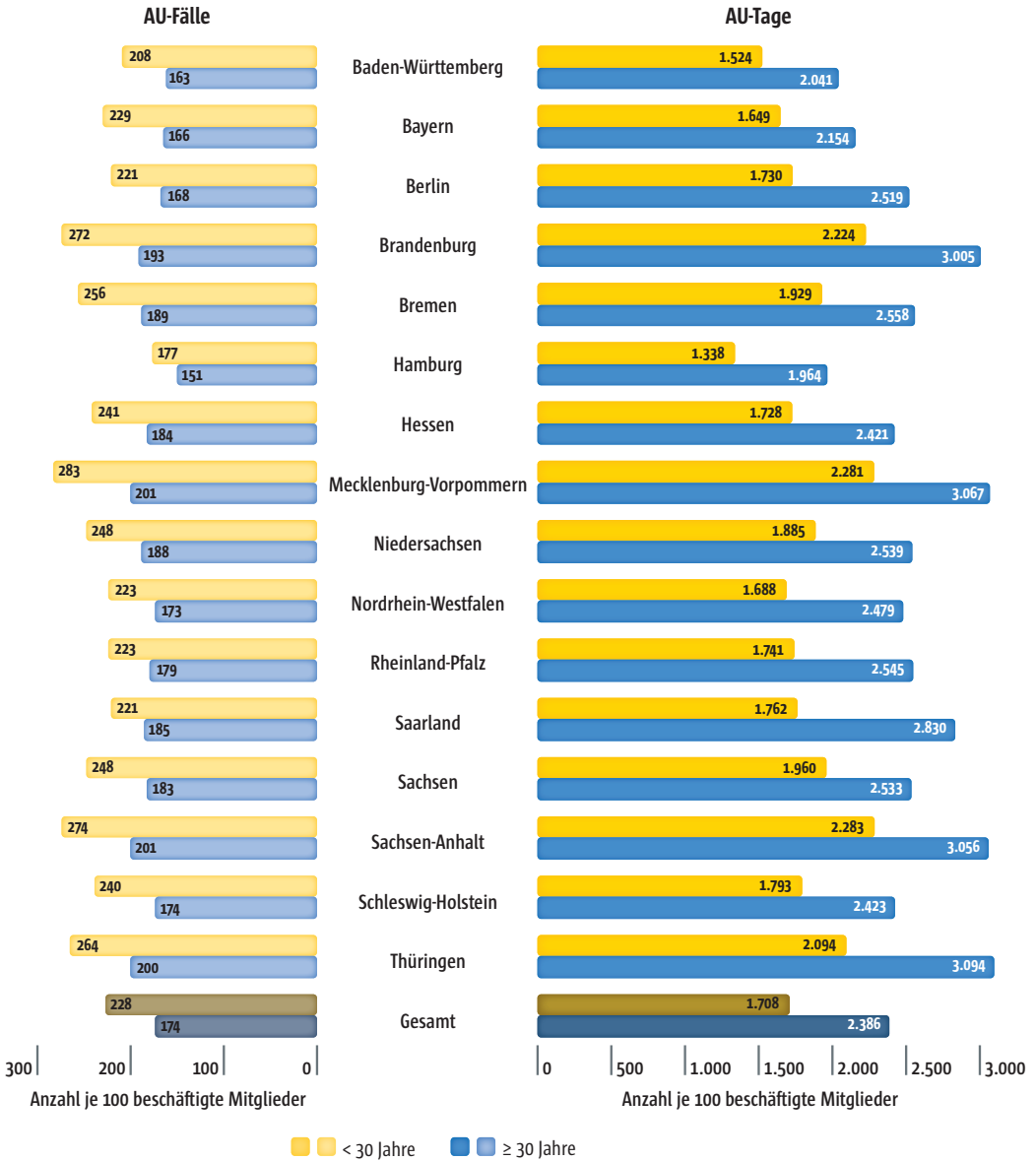
Auswirkungen auf den Durchschnittswert haben können) handelt. Insgesamt tritt hier der positive Einfluss der Bildung auf die Gesundheit sehr deutlich hervor. So betragen die AU-Kennzahlen bei den Beschäftigten mit dem jeweils höchsten Schul- bzw. Berufsabschluss je nach Alter und Geschlecht des Beschäftigten teilweise weniger als die Hälfte im Vergleich zu denen mit der jeweils niedrigsten Abschlussart. Bemerkenswert ist, dass dieser Unterschied bereits in einer Deutlichkeit in der Gruppe der unter 30-jährigen Beschäftigten zu finden ist. Anzumerken ist außerdem, dass, wie in **»»»** Diagramm 1.3.1 dargestellt, die AU-Fälle innerhalb des jeweiligen Bildungsabschlusses mit dem Alter abnehmen, während die AU-Tage zunehmen.

1.6.3 Auswertungen nach Regionen

- Im Regionalvergleich zeigt sich, unabhängig vom Alter der Beschäftigten, dass in den Ostbundesländern durchweg überdurchschnittlich viele AU-Fälle und AU-Tage auftreten, während diese Werte bspw. in Hamburg, Baden-Württemberg und Bayern jeweils unterdurchschnittlich ausgeprägt sind.
- Die regional unterschiedlichen sozioökonomischen und infrastrukturellen Bedingungen wirken sich also schon frühzeitig im Leben auf die Gesundheit der Beschäftigten im Kontext des AU-Geschehens aus.

Welche Zusammenhänge es zwischen dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen und dem Alter in Abhängigkeit vom Wohnort des Beschäftigten gibt, ist in **»»»** Diagramm 1.6.4 zu sehen. Zunächst ist in allen

Diagramm 1.6.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)



Bundesländern das gleiche Altersmuster dahingehend zu erkennen, dass bei den unter 30-jährigen die AU-Fälle über denen der Beschäftigten in der gleichen Branche ab dem 30. Lebensjahr liegen, während es sich bei den AU-Tagen genau umgekehrt verhält. Wesentlich interessanter ist jedoch die Reihung der Wirtschaftsgruppen nach AU-Fällen und

AU-Tagen innerhalb der jeweiligen Altersgruppe. Sowohl bei den unter 30-jährigen Beschäftigten als auch bei jenen über 30 Jahren sind die Ostbundesländer nach AU-Fällen und AU-Tagen jeweils mit den höchsten Kennwerten an der Spitze zu finden. Dagegen liegen die AU-Kennzahlen der in Bayern, Baden-Württemberg und in Hamburg wohnhaften Be-

schäftigten beider Altersgruppen jeweils deutlich unter dem Gesamtdurchschnitt. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass der Wohnort und die damit verbundenen sozioökonomischen und infrastrukturellen Bedingungen schon sehr frühzeitig einen deutlichen Einfluss auf die Gesundheit im Kontext des AU-Geschehens der dort wohnhaften Beschäftigten ausüben und sich dieses Muster mit zunehmendem Alter verfestigt bzw. sogar noch leicht verstärkt: Beträgt die Differenz bei den unter 30-jährigen zwischen den Bundesländern mit dem höchsten und dem niedrigsten Wert 9,5 AU-Tage je Beschäftigten, so steigt diese Spannbreite bei den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr auf 11,3 AU-Tage je Beschäftigten an.

1.6.4 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Im Vergleich der AU-Kennzahlen nach Wirtschaftsgruppen zeigt sich bereits bei den unter 30-jährigen das gleiche Muster, welches sowohl bei den über 30-jährigen als auch bei den Beschäftigten insgesamt zu beobachten ist und das sich wie folgt darstellt:
- Überdurchschnittliche Fehlzeiten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen sind bspw. in beiden Altersgruppen in den Branchen Verkehr und Lagerei sowie in der Wasserversorgung, Abwasser und Abfallentsorgung zu finden.
- Ein ähnliches Bild zeigt sich bezogen auf AU-Zeiten im Zusammenhang mit psychischen Störungen altersunabhängig im Gesundheits- und Sozialwesen.
- Für beide Altersgruppen unterdurchschnittliche AU-Fälle und AU-Tage zeigen sich dagegen bspw. im Bereich Information und Kommunikation.

In **»»** Diagramm 1.6.5 sind die AU-Kennzahlen der Beschäftigten nach Wirtschaftsgruppen und Altersgruppen aufgeschlüsselt. Bereits bei den unter 30-jährigen werden deutliche Unterschiede bei den krankheitsbedingten Fehlzeiten zwischen den Branchen sichtbar. So liegen beispielsweise die Werte der Beschäftigten in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung, im Bereich Verkehr und Lagerei sowie in Gesundheits- und Sozialwesen bereits in dieser Altersgruppe deutlich über dem entsprechenden Gesamtwert. Diese Muster verfestigt sich bzw. tritt noch stärker in der Gruppe der über 30-jährigen zutage. So sind bei den Beschäftigten in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung mit +10,5 AU-Tagen je Beschäftigten sowie bei denen in Verkehr und Lagerei Tätigen mit +10,9 AU-Tagen je Beschäftigten der jeweils größte Anstieg der Fehl-

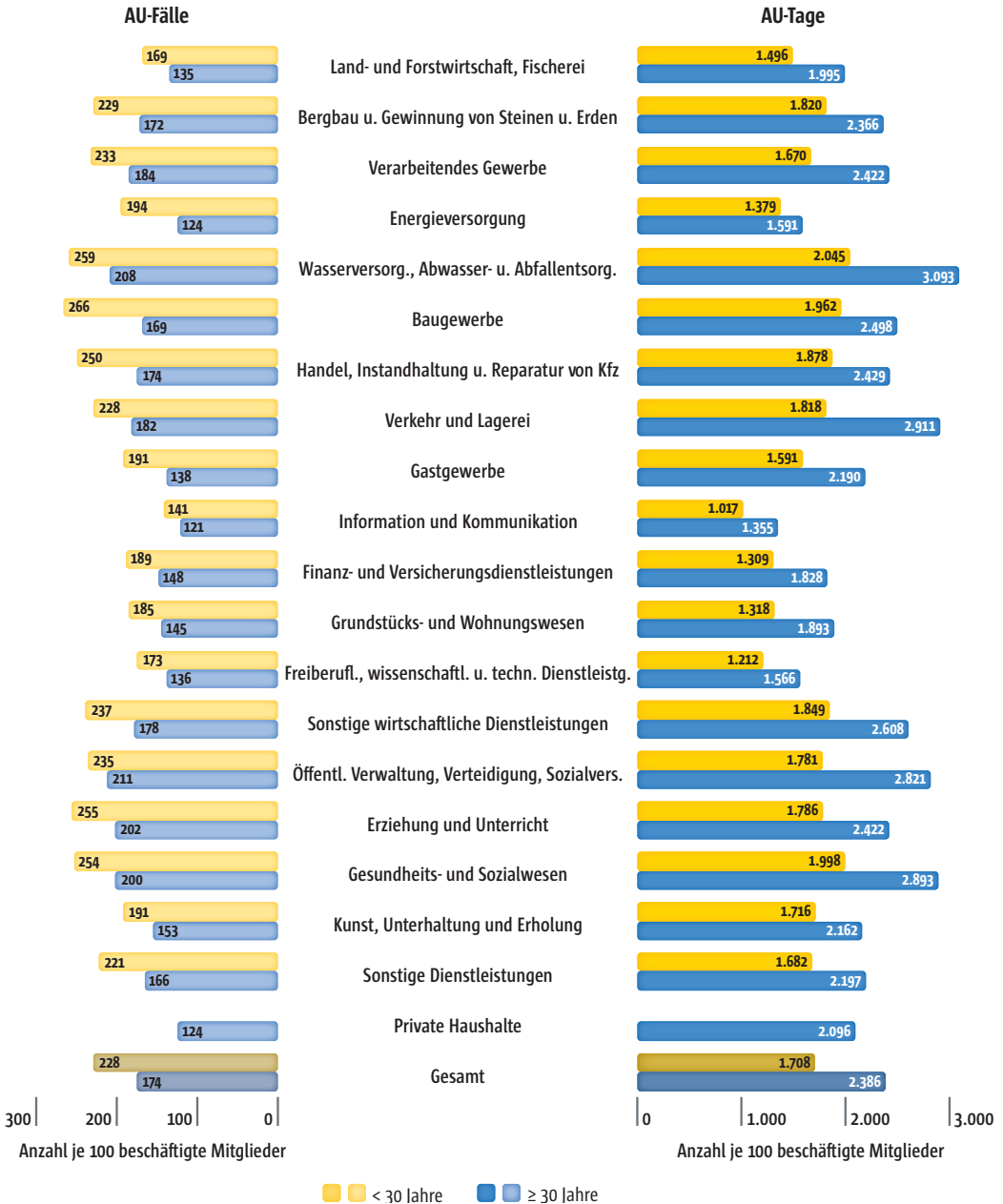
zeiten im Vergleich zwischen beiden Altersgruppen feststellbar. Ein umgekehrtes Bild zeigt sich für Branchen, die generell unterdurchschnittliche krankheitsbedingte Fehlzeiten aufweisen, wie dies bspw. im Bereich Information und Kommunikation der Fall ist. Hier liegen nicht nur die Werte der unter 30-jährigen als auch die der Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr deutlich unter dem jeweiligen Gesamtdurchschnitt, der altersbedingte Zuwachs beträgt hier mit +3,4 AU-Tagen nur einen Bruchteil dessen, was bei den vorher genannten Wirtschaftsgruppen zu verzeichnen ist.

Es wird deutlich, dass das Muster des AU-Geschehens, welches sich bereits in der Gesamtbetrachtung (**»»** Diagramm 1.5.1) zeigt, im Wesentlichen auch in der altersspezifischen Betrachtung wiederzufinden ist. Bemerkenswert ist dabei, dass dieses Muster bereits sehr deutlich bei den unter 30-jährigen zu beobachten ist, was darauf hindeutet, dass die branchenspezifischen Arbeitsbedingungen und -belastungen als ein wichtiger Faktor schon sehr frühzeitig einen Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten ausüben. Branchenspezifische BGM-Angebote sind also schon für die Berufseinsteiger sinnvoll, um deren Gesundheit langfristig zu verbessern bzw. aufrecht zu erhalten.

Wie sich das AU-Geschehen bei den Wirtschaftsgruppen in den beiden Altersgruppen im Zusammenhang mit ausgewählten Krankheitsarten darstellt, ist in **»»** Diagramm 1.6.6 abgebildet. An dieser Stelle soll vor allem noch einmal auf die Wirtschaftsgruppen, die bereits im Kontext der vorhergehenden Betrachtung (**»»** Diagramm 1.6.5) besonders auffällig waren, näher eingegangen werden.

Beschäftigte, die in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung tätig sind, weisen bereits in der Altersgruppe unter 30 Jahren überdurchschnittlich viele AU-Tage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen sowie Erkrankungen des Verdauungssystems auf. Ein ähnliches Muster zeigt sich für die im Bereich Verkehr und Lagerei Berufstätigen unter 30 Jahren. In der gleichen Altersgruppe weisen die im Gesundheits- und Sozialwesen Tätigen mit 3,3 AU-Tagen je Beschäftigten die meisten krankheitsbedingten Fehlzeiten im Zusammenhang mit psychischen Störungen auf, wobei dieser Wert mehr als einen Kalendertag über dem zugehörigen Gesamtdurchschnitt (2,2 AU-Tage je Beschäftigten) liegt. Des Weiteren sind in dieser Branche überdurchschnittliche AU-Werte im Zusammenhang mit Muskel-Skelett-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen sowie Erkrankungen des Verdauungssystems

Diagramm 1.6.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)



zu finden. Dagegen liegen die entsprechenden Kennzahlen im Bereich Information und Kommunikation durchweg und teils sehr deutlich unterhalb des jeweiligen Gesamtwertes in der Gruppe der unter

30-jährigen. Die beschriebenen Muster setzen sich ab dem 30. Lebensjahr in den o.g. Wirtschaftsgruppen fort bzw. verstärken sich teils noch. Zudem gewinnen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Kontext

1.6 Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben

Diagramm 1.6.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)

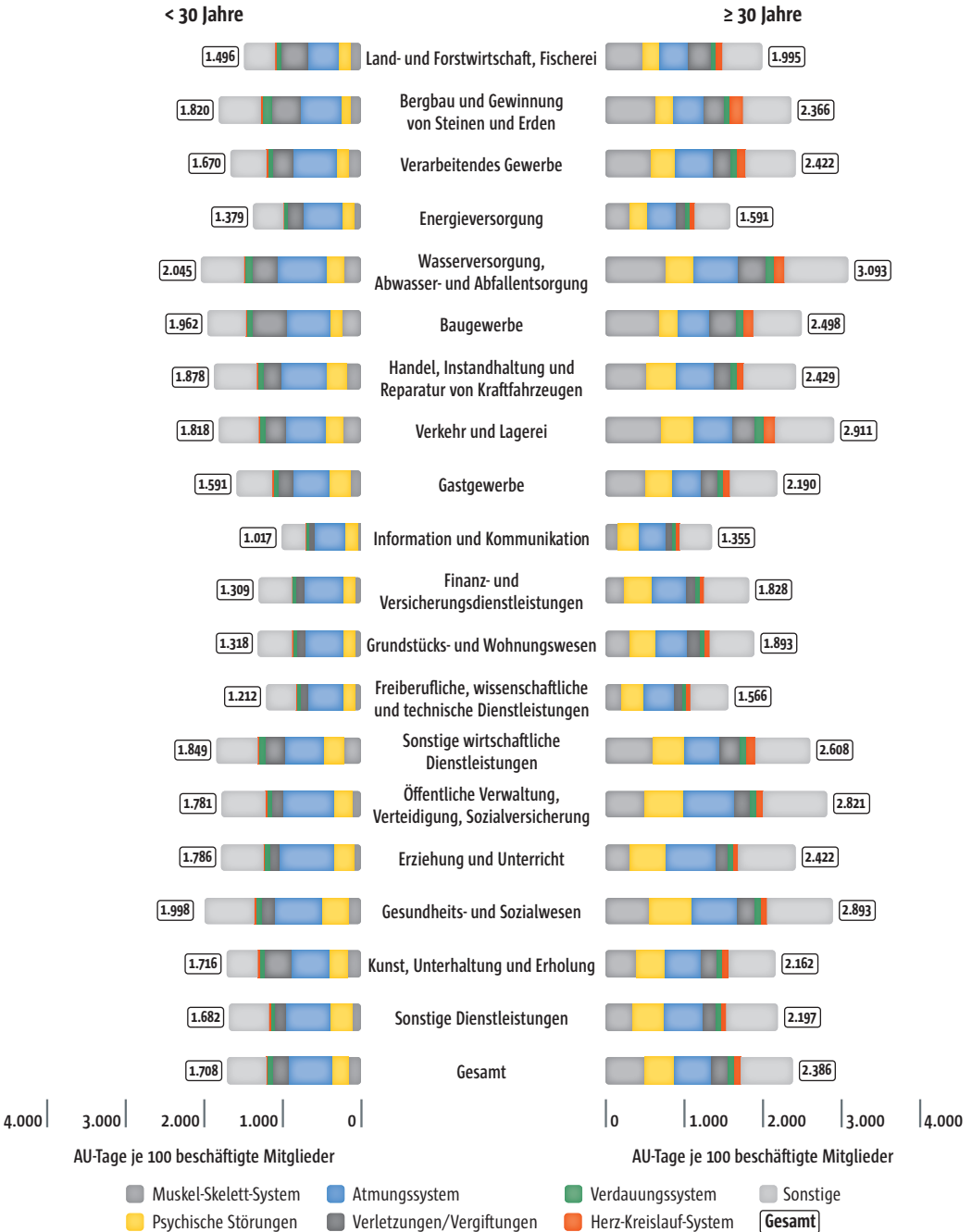
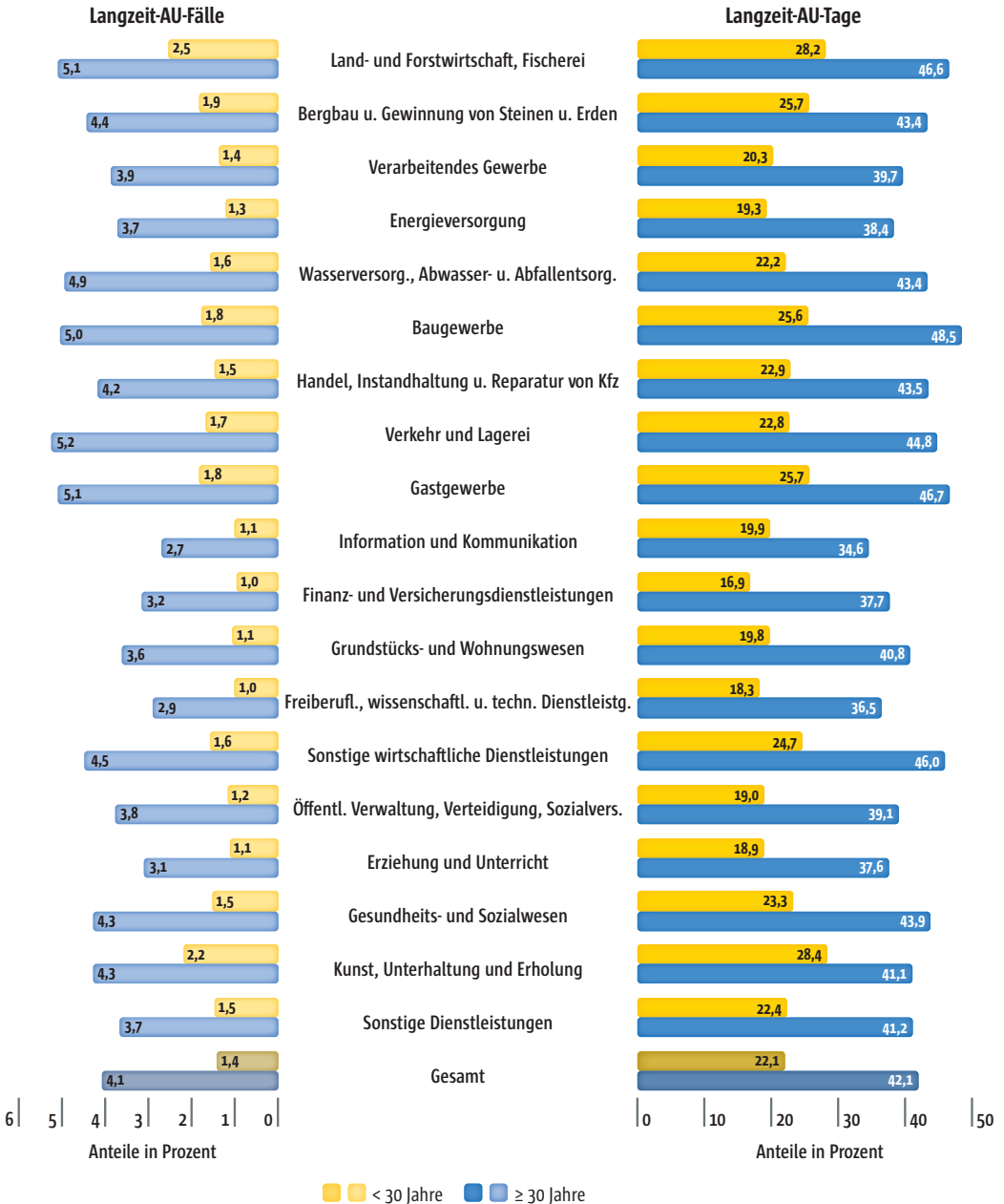


Diagramm 1.6.7 Arbeitsunfähigkeit – Anteile der Langzeit*-AU-Fälle bzw. -Tage an allen AU-Fällen/-Tagen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)



* Langzeit = Arbeitsunfähigkeit mit einer Falldauer von mehr als 42 Kalendertagen

1.6 Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben

Tabelle 1.6.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen der Beschäftigten unter 30 Jahren (Berichtsjahr 2022)

WZ 2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder	
		< 30 Jahre	≥ 30 Jahre
87	Heime	2.354	3.570
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	2.192	3.152
75	Veterinärwesen	2.130	2.033
88	Sozialwesen	2.125	3.058
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen	2.115	3.255
82	Wirtschaftliche Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen	2.002	2.502
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation	1.986	2.457
47	Einzelhandel	1.976	2.706
8	Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau	1.963	2.697
31	Herstellung von Möbeln	1.952	2.539
	Gesamt	1.708	2.386
90	Kreative, künstlerische und unterhaltende Tätigkeiten	1.239	2.230
71	Architektur- und Ingenieurbüros	1.225	1.578
73	Werbung und Marktforschung	1.156	1.482
58	Verlagswesen	1.128	1.490
72	Forschung und Entwicklung	1.119	1.634
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben, Unternehmensberatung	1.115	1.589
63	Informationsdienstleistungen	1.084	1.715
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	1.041	1.181
62	Dienstleistungen der Informationstechnologie	990	1.287
60	Rundfunkveranstalter	954	1.434

des AU-Geschehens in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sowie in Verkehr und Lagerei ab dem 30. Lebensjahr stark an Bedeutung. Es zeigt sich abermals, dass die branchenspezifischen Arbeitsbelastungen bereits in jungen Jahren krankheitsspezifisch teils sehr unterschiedliche Auswirkungen auf die Beschäftigten ausüben, was wiederum entsprechend zielgerichtete und frühzeitige Maßnahmen zur Gesundheitsförderung impliziert.

Welches Muster sich in Abhängigkeit vom Lebensalter und der Tätigkeit in einer bestimmten Wirtschaftsgruppe bezogen auf die Langzeit-Arbeitsunfähigkeit zeigt, ist in **»»»** Diagramm 1.6.7 zu se-

hen. Zunächst lässt sich insgesamt feststellen, dass Langzeit-AU-Fälle nur einen geringen Teil aller AU-Fälle ausmachen, im Verhältnis dazu aber einen überproportional großen Teil der AU-Tage auf sich vereinen. Dabei zeigt sich zunächst ein erwartetes Muster dahingehend, dass die entsprechenden Anteilswerte der Beschäftigten unter 30 Jahren durchweg unterhalb derer ab dem 30. Lebensjahr in der jeweils gleichen Branche liegen. Allerdings werden bereits bei den unter 30-jährigen Beschäftigten deutliche Unterschiede zwischen den Wirtschaftsgruppen sichtbar. So schwanken sowohl die Anteile an den AU-Fällen (1,0%-2,5%) als auch an den AU-Tagen

(16,9%–28,4%) in erheblichem Maße. Allerdings ist hier ein anderes Muster als in den vorhergehenden Darstellungen sichtbar. So stehen die Beschäftigten in der Land-, Forstwirtschaft und Fischerei sowie Kunst, Unterhaltung und Erholung in der Gruppe der unter 30-Jährigen mit den höchsten Anteilen an der Spitze. In der allgemeinen Betrachtung weisen diese beiden Gruppen eher unterdurchschnittliche AU-Kennzahlen auf, sodass hier schon wenige Langzeit-AU-Fälle eine überproportionale Zunahme der hier gezeigten Anteilswerte bewirken können. Das Muster, welches in der Gruppe der unter 30-Jährigen sichtbar wird, setzt sich – anders als bei den bisherigen Betrachtungen – nicht bzw. nur teilweise in der Gruppe der Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr fort. Hier spielen also neben dem Alter vermutlich weitere arbeitsweltliche Faktoren eine Rolle.

Abschließend sollen noch die zehn Wirtschaftsgruppen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen in der Gruppe der unter 30-Jährigen betrachtet werden (»»» Tabelle 1.6.2). Hier ist noch einmal sehr deutlich das Muster erkennbar, wie es bereits in »»» Diagramm 1.6.5 sichtbar wurde. Die hier aufgeführten Wirtschaftsgruppen mit den meisten AU-Tagen bei den unter 30-Jährigen liegen auch bei den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr über dem Durchschnittswert für die AU-Tage. Mit umgekehrtem Vorzeichen verhält es sich bei den zehn Branchen mit den wenigsten AU-Tagen bei den unter 30-Jährigen. Deren krankheitsbedingte Fehltageliegen auch bei den entsprechenden Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr durchweg unter dem zugehörigen Durchschnittswert der Altersgruppe. Bemerkenswert ist zudem, dass vier der hier aufgeführten Wirtschaftsgruppen mit den meisten bzw. sogar sieben der Wirtschaftsgruppen mit den wenigsten AU-Tagen bei den unter 30-Jährigen schon in der altersgruppenunabhängigen Gesamtbetrachtung (»»» Tabelle 1.5.1) ebenfalls unter den zehn Branchen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen zu finden sind. Beschäftigte in Heimen (v. a. Pflegekräfte) sind dabei jeweils auf Platz 1 der Rangliste zu finden. Welche besondere Rolle und Belastung die vorrangig in der Pflege Beschäftigten in Heimen und weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens haben, wurde ausführlich im »»» BKK Gesundheitsreport 2022 betrachtet.

1.6.5 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Das Muster, welches schon bei den Wirtschaftsgruppen sichtbar wurde, wiederholt sich bei den Berufsgruppen: Bereits in der Gruppe der Beschäftigten

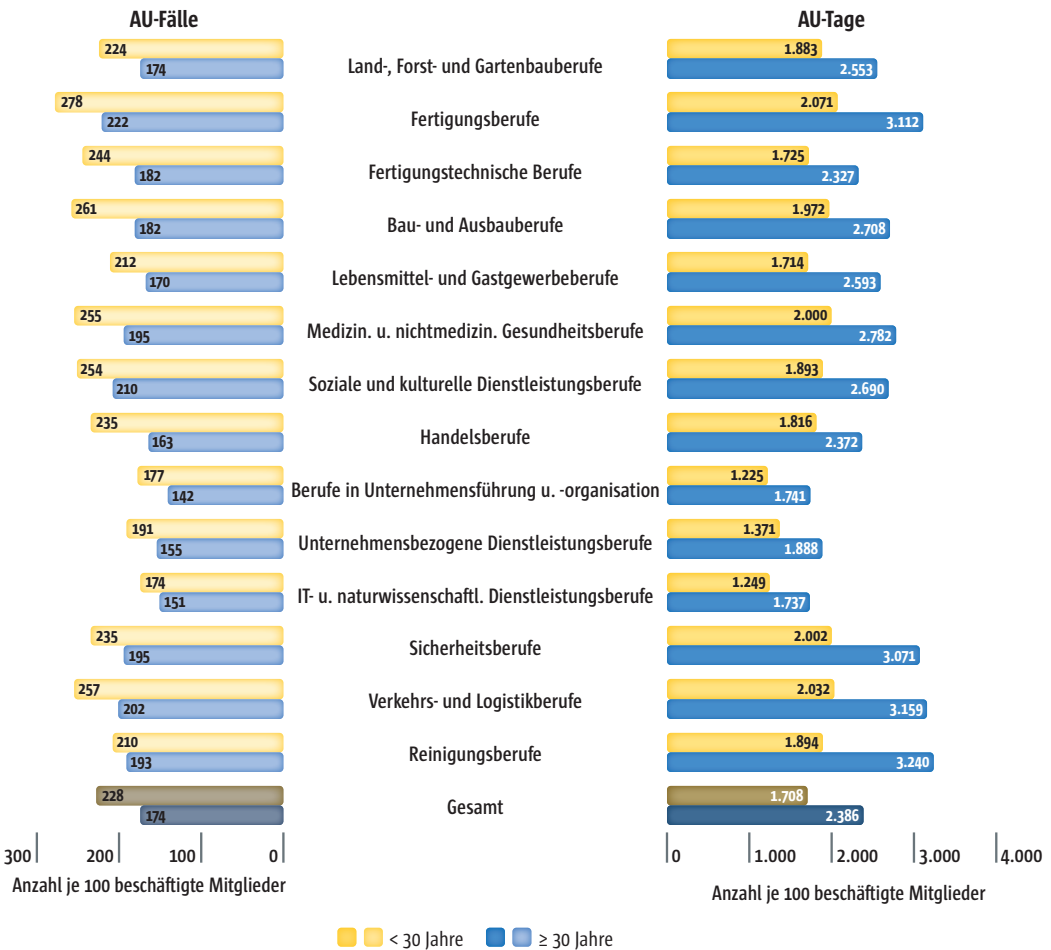
unter 30 Jahren bildet sich ein Muster der AU-Kennzahlen heraus, welches auch bei den über 30-jährigen Beschäftigten zutage tritt.

- Beschäftigte in Fertigungsberufen, Sicherheitsberufen, Verkehrs- und Logistikberufen sowie Reinigungsberufen weisen in beiden Altersgruppen jeweils überdurchschnittliche AU-Zeiten auf.
- Unterdurchschnittliche krankheitsbedingte Fehlzeiten sind hingegen in beiden Altersgruppen bspw. in Berufen der Unternehmensführung und -organisation, in den unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen sowie in den IT- und naturwissenschaftlichen Berufen zu finden.

Neben der Zugehörigkeit des Unternehmens zu einer bestimmten Branche, steht der vom Beschäftigten ausgeübte Beruf in einem noch unmittelbarerem Zusammenhang mit dessen Gesundheit. Wie sich dies im Kontext des Alters der Beschäftigten darstellt, soll Gegenstand des folgenden Abschnittes sein.

Im »»» Diagramm 1.6.8 sind zunächst die allgemeinen AU-Fälle und AU-Tage der unter 30-jährigen Beschäftigten denen ab dem 30. Lebensjahr nach Berufssegmenten gegenübergestellt. Schon auf den ersten Blick wird sichtbar, dass es bereits in der Gruppe der unter 30-jährigen Beschäftigten deutliche Unterschiede bei den AU-Kennzahlen zwischen den einzelnen Berufssegmenten gibt. So weisen die IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufe in dieser Altersgruppe etwa einen AU-Fall pro Beschäftigten weniger auf, als dies bei den Fertigungsberufen der Fall ist (1,7 vs. 2,8 AU-Fälle je Beschäftigten). Bezogen auf die AU-Tage ist die Spannweite mit über einer Kalenderwoche zwischen den Beschäftigten in der Unternehmensführung und -organisation (12,3 AU-Tage je Beschäftigten) und wiederum den in den Fertigungsberufen tätigen (20,7 AU-Tage je Beschäftigten) noch größer ausgeprägt. Betrachtet man nun die Kennwerte der Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr, so lässt sich feststellen, dass das Muster, welches sich bereits in der Gruppe der unter 30-jährigen zeigt, sich im späteren Erwerbsleben weiter verfestigt bzw. verstärkt. So sind die Beschäftigten in den Fertigungsberufen auch in der Altersgruppe ab dem 30. Lebensjahr mit 2,2 AU-Fällen bzw. 31,1 AU-Tagen je Beschäftigten mit Werten deutlich über dem Durchschnitt (1,7 AU-Fälle bzw. 23,9 AU-Tage je Beschäftigten) zu finden. Umgekehrt weisen bspw. die Beschäftigten in der Unternehmensführung und -organisation mit 1,4 AU-Fällen bzw. 17,4 AU-Tagen je Beschäftigten in dieser Altersgruppe weiterhin unterdurchschnittliche Werte auf. Es zeigt sich also schon frühzeitig in

Diagramm 1.6.8 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)

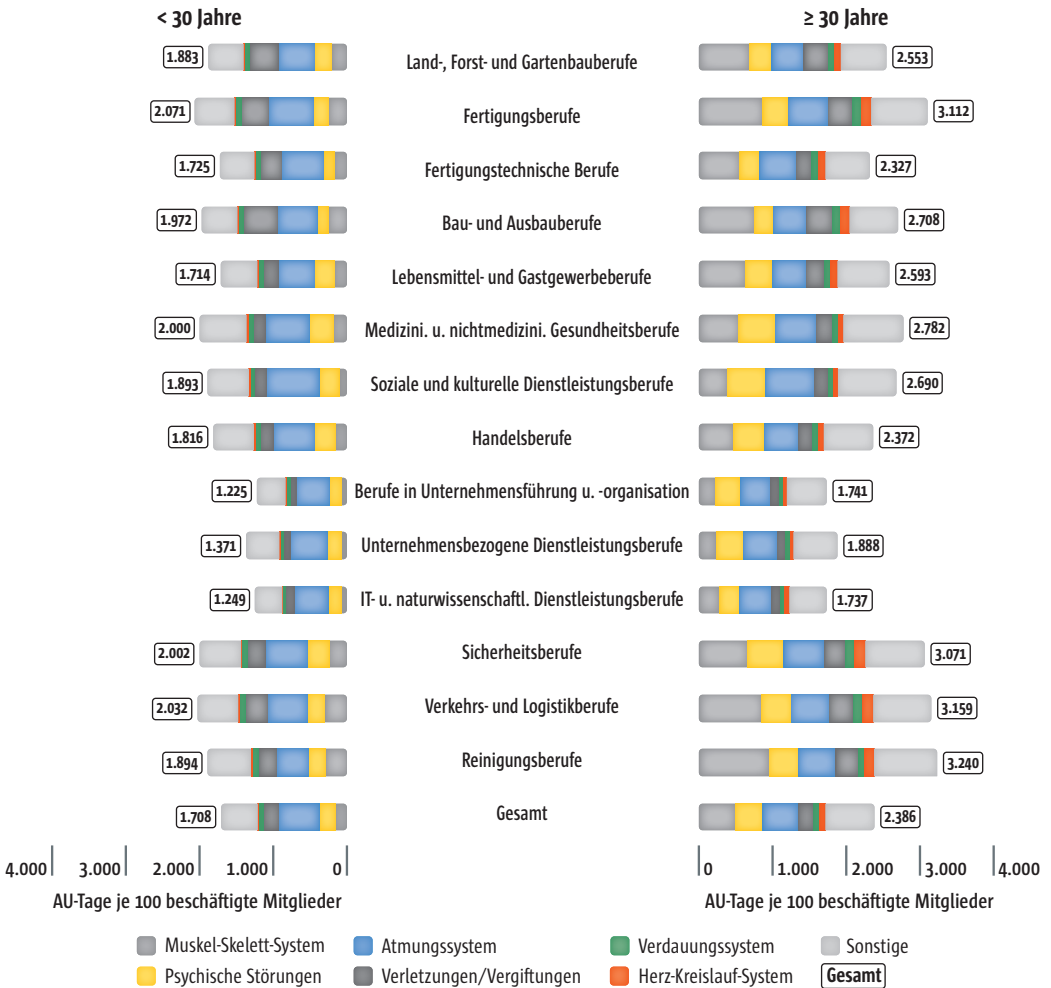


Erwerbsleben ein Einfluss der berufsspezifischen Arbeitsbelastungen auf die Gesundheit, was wiederum frühzeitige gesundheitsförderliche Maßnahmen impliziert.

Die Arbeitsbelastungen sind in jedem Beruf sehr spezifisch ausgeprägt. Dies spiegelt sich unter anderem in der unterschiedlichen Relevanz einzelner Krankheitsarten am AU-Geschehen je nach Berufsgruppe wider, wie das »»» Diagramm 1.6.9 zeigt. So sind bereits bei den unter 30-Jährigen in den Berufen mit einer hohen körperlichen Arbeitsbelastung überdurchschnittlich viele AU-Tage im Zusammenhang mit Muskel-Skelett-Erkrankungen (bspw. Bau- und Ausbauberufe: 2,5 AU-Tage je Beschäftigten oder Verkehrs- und Logistikberufe: 2,9 AU-Tage je Beschäf-

tigten) sowie bei Verletzungen und Vergiftungen (bspw. Bau- und Ausbauberufe: 4,5 AU-Tage je Beschäftigten oder Fertigungsberufe: 3,7 AU-Tage je Beschäftigten) zu erkennen. Im Kontrast dazu liegen diese Werte bei den IT- und naturwissenschaftlichen Berufen mit 0,8 bzw. 1,2 AU-Tagen je Beschäftigten deutlich darunter. Ein anderes Bild zeigt sich bei den krankheitsbedingten Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen. Hier sind ebenfalls bei den unter 30-Jährigen schon deutliche Unterschiede zwischen Berufen mit einem hohen (bspw. medizinische und nichtmedizinische Gesundheitsberufe: 3,4 AU-Tage je Beschäftigten) und einem niedrigeren (bspw. IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe: 1,8 AU-Tage je Beschäftigten) Anteil an psychosozia-

Diagramm 1.6.9 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)

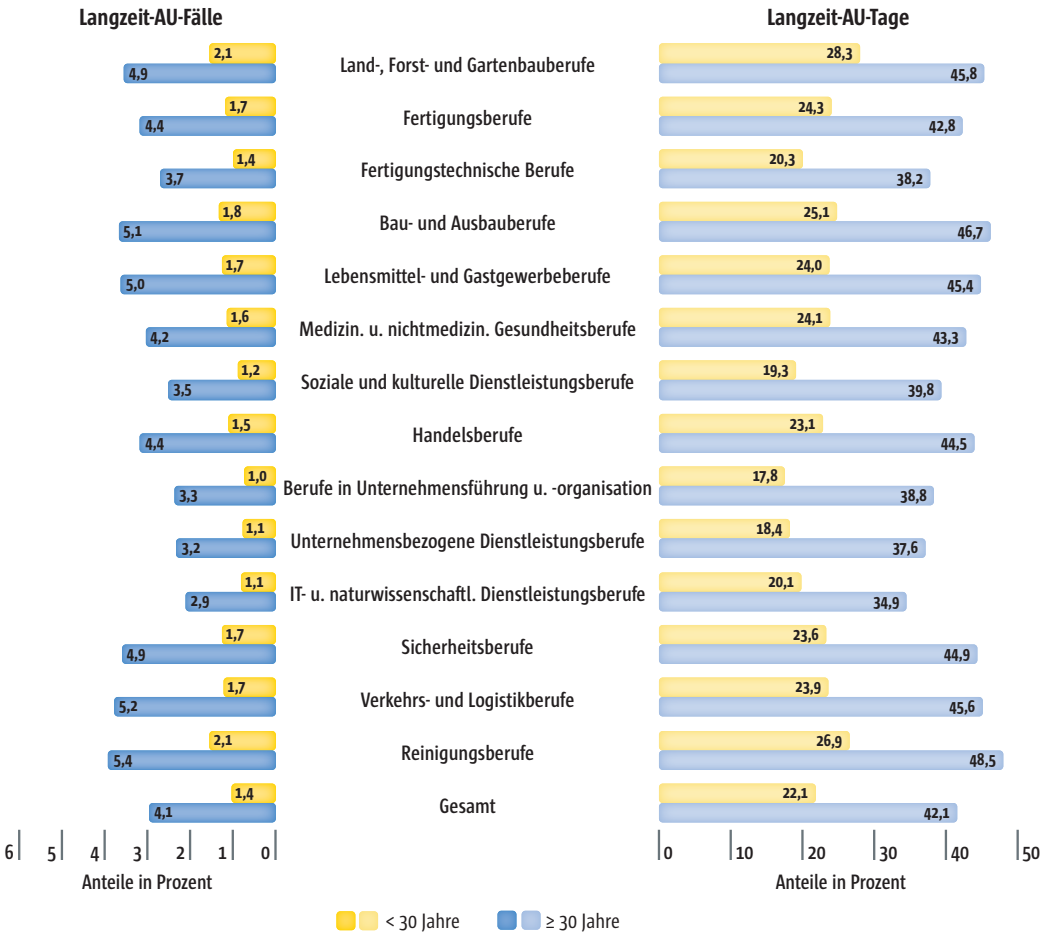


ler Belastung bei der Arbeit sichtbar. Nicht nur insgesamt, sondern auch krankheitsspezifisch setzen sich die Muster bzw. Unterschiede, die bereits bei den unter 30-jährigen Berufstätigen zu beobachten sind, bei denen ab dem 30. Lebensjahr fort. Gesundheitsförderliche bzw. erhaltende Maßnahmen sollten also nicht nur, wie bereits erwähnt, frühzeitig im Erwerbsleben ansetzen, sondern zudem auch spezifisch auf die Bedürfnisse und Belastungen der jeweiligen Berufsgruppe zugeschnitten sein.

Beschäftigte unter 30 Jahren sind deutlich seltener als diejenigen ab dem 30. Lebensjahr von Langzeit-Arbeitsunfähigkeit mit einer Falldauer von mehr als 6 Kalenderwochen betroffen, wie man im

»» Diagramm 1.6.10 erkennen kann. Allerdings ist hier ebenfalls zu sehen, dass bereits bei den jungen Beschäftigten eine beachtliche Spannweite bezogen auf die Anteile an den AU-Tagen besteht. Beträgt dieser Anteil in den Berufen der Unternehmensführung und -organisation lediglich 17,8%, so liegt er mit 28,3% bei den Beschäftigten in den Land-, Forst- und Gartenbauberufen mehr als zehn Prozentpunkte darüber. Es wird wiederum deutlich, dass sich das Muster, welches sich bereits bei den unter 30-jährigen Beschäftigten herausbildet, bei den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr fortsetzt und ausbaut. So nimmt die Differenz der Anteile zwischen der Berufsgruppe mit dem geringsten (34,9% bei den IT-

Diagramm 1.6.10 Arbeitsunfähigkeit – Anteile der Langzeit*-AU-Fälle bzw. -Tage an allen AU-Fällen/Tagen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)



* Langzeit = Arbeitsunfähigkeit mit einer Falldauer von mehr als 42 Kalendertagen

und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen) und dem höchsten Anteil (48,5% bei den Reinigungsberufen) sogar noch zu. Es zeigt sich zudem, dass durchweg bei allen Berufsgruppen, deren Anteile bereits bei den unter 30-jährigen Beschäftigten über dem Gesamtdurchschnitt liegen, dies auch in der Gruppe der Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr der Fall ist. Umgekehrt gilt dies auch bei Berufsgruppen mit unterdurchschnittlichen Werten.

In »» Tabelle 1.6.3 sind die Berufsgruppen im Detail mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen in der Gruppe der unter 30-jährigen Beschäftigten aufgeführt. Zunächst zeigt sich auch hier, dass bereits in dieser Altersgruppe eine enorme Spannweite bei den

krankheitsbedingten Fehlzeiten zwischen der Berufsgruppe mit den höchsten (24,1 AU-Tage je Beschäftigten) und den niedrigsten (9,9 AU-Tage je Beschäftigten) Werten besteht. Die Rangliste führen dabei Berufe aus dem Bereich Produktion und Fertigung (bspw. Metallherstellung und -bearbeitung oder Rohstoffgewinnung bzw. Kunststoffherstellung) sowie aus dem Bereich Gesundheit und Soziales (Gesundheitsberufe sowie Berufe aus dem Bereich der Erziehung) an. Für alle zehn aufgeführten Berufe gilt, dass in beiden Altersgruppen deren krankheitsbedingte Fehlzeiten durchweg über dem jeweiligen altersspezifischen Durchschnittswert liegen. Umgekehrt gilt dies ebenfalls für die zehn Berufe mit

Tabelle 1.6.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen der Beschäftigten unter 30 Jahren (Berichtsjahr 2022)

KldB-2010-Code	Berufshauptgruppen	< 30 Jahre	≥ 30 Jahre
		AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder	
21	Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikherstellung und -verarbeitung	2.406	3.276
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik	2.321	3.322
83	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie	2.214	3.111
22	Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung	2.213	3.268
12	Gartenbauberufe und Floristik	2.188	2.912
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe	2.151	2.885
24	Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe	2.107	3.190
33	(Innen-)Ausbauberufe	2.075	2.815
51	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	2.067	3.092
62	Verkaufsberufe	2.065	2.866
	Gesamt	1.708	2.386
11	Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe	1.557	2.036
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe	1.464	2.060
92	Werbung, Marketing, kaufmännische und redaktionelle Medienberufe	1.392	1.802
61	Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe	1.351	1.679
27	Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- u. Produktionssteuerungsberufe	1.260	1.768
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung	1.233	1.686
71	Berufe in Unternehmensführung und -organisation	1.225	1.741
31	Bauplanungs-, Architektur- und Vermessungsberufe	1.095	1.674
43	Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe	1.011	1.230
84	Lehrende und ausbildende Berufe	985	1.645

den wenigsten AU-Tagen. Hier sind hingegen vor allem kaufmännische bzw. naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe zu finden. Das Muster, was bereits in den vorhergehenden Analysen dieses Abschnittes zutage trat, wird also in dieser Detailbetrachtung noch einmal eindrucksvoll bestätigt.

1.6.6 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen

Beschäftigte, die formal den gleichen Beruf ausüben, können sich dennoch hinsichtlich weiterer Merkmale ihrer Tätigkeit voneinander unterschei-

den. Jene, die im Rahmen der Versichertenmerkmale zur Berufstätigkeit zur Verfügung stehen und Einfluss auf die Gesundheit ausüben können, sind Gegenstand der abschließenden altersspezifischen Betrachtungen.

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit sowie Aufsichts- und Führungsverantwortung

- Sowohl für die unter 30-jährigen als auch für die Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr gilt, dass mit zunehmendem Anforderungsniveau der Tätigkeit die AU-Zeiten sukzessive abnehmen.
- In gleicher Weise gilt dies auch für Beschäftigte mit einer Aufsichts- bzw. Führungsposition, die unabhängig vom Alter und Geschlecht durchweg niedrigere krankheitsbedingte Fehlzeiten als Beschäftigte ohne eine solche berufliche Position aufweisen.

Mit zunehmendem Anforderungsniveau ist sowohl in der Gruppe der unter 30-jährigen als auch bei den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr beiderlei Geschlechts ein Rückgang der krankheitsbedingten Fehlzeiten zu beobachten (» Tabelle 1.6.4). Besonders stark ausgeprägt ist dieser Effekt bei den männlichen Beschäftigten beider Altersgruppen: Im Verhältnis zu den Berufstätigen mit Helfer- bzw. Anlerntätigkeiten, sind die AU-Fälle und AU-Tage bei denjenigen mit hoch komplexen Tätigkeiten jeweils um mehr als die Hälfte niedriger ausgeprägt. Ein ähnliches Muster zeigt sich beim Merkmal Aufsichts- und Führungsverantwortung: Unabhängig vom Alter und Geschlecht weisen die Beschäftigten, die eine solche Position innehaben, deutlich weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten auf als jene ohne eine solche Position. Bezogen auf den Alterseffekt lässt sich feststellen, dass schon bei den unter 30-jährigen ein sehr deutlicher Einfluss der o. g. Tätigkeitsmerkmale auf deren Gesundheit im Sinne der Arbeitsunfähigkeit feststellbar ist.

Tabelle 1.6.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	< 30 Jahre		≥ 30 Jahre		< 30 Jahre		≥ 30 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
		AU-Fälle je 100 beschäftigte Mitglieder				AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder			
Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit	Helfer / Anlerntätigkeiten	242	257	211	214	1.900	2.107	3.094	3.383
	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	250	253	191	189	1.813	1.901	2.720	2.586
	Komplexe Spezialistentätigkeiten	156	218	144	181	1.204	1.654	1.738	2.209
	Hoch komplexe Tätigkeiten	111	150	108	147	807	1.131	1.175	1.749
Aufsichts- und Führungsverantwortung	Ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung	224	236	170	184	1.655	1.793	2.341	2.533
	Mit Aufsicht- und Führungsverantwortung	140	161	126	148	1.130	1.368	1.595	2.008
Gesamt		223	235	167	183	1.645	1.787	2.277	2.515

Vertragsformen und Arbeitnehmerüberlassung

- Unbefristet in Teilzeit beschäftigte Frauen weisen in beiden Altersgruppen jeweils deutlich mehr AU-Tage – aufgrund von Doppelbelastung durch Beruf und Familie – als Frauen in andere Vertragsformen auf.
- Beschäftigte unter 30 Jahren, die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, weisen mehr AU-Fälle und -Tage als solche mit einer regulären Anstellung auf. Dieses Muster setzt sich bei den Berufstätigen ab 30 Jahren in gleicher Weise fort.

Der zeitliche Umfang sowie der Umstand, ob es sich um eine befristete bzw. eine unbefristete oder eine reguläre Anstellung handelt, stehen ebenfalls im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Lage der Beschäftigten im Kontext der Arbeitsunfähigkeit (III Tabelle 1.6.5). Die befristet in Vollzeit beschäftigten Männer und Frauen unter 30 Jahren weisen die meisten AU-Fälle im Vergleich auf. Da es sich bei dieser Gruppe vor allem um (junge) Auszubildende handelt, liegt das Durchschnittsalter in dieser Gruppe mit 22,5 substanziell unter dem der anderen Vertragsformen (24,7–25,4 Jahre). Dies ist gleichzeitig auch ein wesentlicher Faktor für die überdurch-

schnittliche Anzahl der AU-Fälle. Zugleich treten bei den unbefristet in Teilzeit beschäftigten Frauen in beiden Altersgruppen die meisten AU-Tage im Vergleich der verschiedenen Vertragsformen auf. Dieser altersunabhängige Zusammenhang wurde bereits in III Tabelle 1.5.10 deutlich. Vermutlich tritt bereits bei einem substanziellen Teil der beschäftigten Frauen in der Gruppe der unter 30-Jährigen neben der beruflichen Tätigkeit eine Doppelbelastung durch die Kinderbetreuung auf, die gleichzeitig oftmals auch Ursache der Teilzeitbeschäftigung ist. Ein weiteres Muster, welches über alle Vertragsformen und AU-Kennzahlen hinweg besteht, ist, dass die jeweiligen Kennwerte der Männer im Vergleich zu denen der Frauen im gleichen Vertragsverhältnis durchweg niedriger ausfallen.

Beschäftigte, die über eine Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) angestellt sind, weisen unabhängig von Alter und Geschlecht jeweils mehr AU-Fälle und AU-Tage als jene mit einer regulären Anstellung auf. Dieser Effekt tritt bereits bei den unter 30-Jährigen zutage, was zeigt, dass prekäre Arbeitsverhältnisse unabhängig vom Alter einen negativen Einfluss auf die Gesundheit ausüben.

Tabelle 1.6.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	< 30 Jahre		≥ 30 Jahre		< 30 Jahre		≥ 30 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
		AU-Fälle je 100 beschäftigte Mitglieder				AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder			
Vertragsformen	Unbefristet/Vollzeit	211	219	171	178	1.652	1.725	2.307	2.405
	Unbefristet/Teilzeit	174	237	158	190	1.536	2.115	2.414	2.657
	Befristet/Vollzeit	261	267	174	188	1.719	1.790	2.216	2.330
	Befristet/Teilzeit	176	227	137	195	1.386	1.866	1.817	2.618
Arbeitnehmerüberlassung	Ohne Arbeitnehmerüberlassung	224	238	169	185	1.652	1.803	2.295	2.531
	Mit Arbeitnehmerüberlassung	256	262	191	210	1.872	2.002	2.546	2.836
Gesamt		223	235	167	183	1.645	1.787	2.277	2.515

1.7 Zusammenfassung und Ausblick

Im Jahr 2022 erreicht die durchschnittliche Anzahl der krankheitsbedingten Fehlzeiten mit mehr als drei Kalenderwochen pro Beschäftigten einen neuen Höchstwert. Hauptursache ist der enorme Anstieg der AU-Fälle und AU-Tage im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen. Dies ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass es im Jahr 2022 eine ungewöhnlich hohe Aktivität unterschiedlicher viraler Erreger von Atemwegserkrankungen gab, wobei hier auch in den Sommermonaten eine überdurchschnittliche Aktivität zu beobachten war. Entsprechend sind die Atemwegserkrankungen im Jahr 2022 erstmalig für die anteilig meisten AU-Fälle und AU-Tage im Vergleich zu anderen Erkrankungsarten als Ursache von Arbeitsunfähigkeit verantwortlich. Für das I. Quartal 2023 sind zwar bereits ähnlich hohe Werte erkennbar, im Folgequartal gehen diese aber deutlich zurück, erreichen aber noch nicht wieder das vorpandemische Niveau. Wie sich das AU-Geschehen im laufenden Jahr entwickeln wird, hängt insbesondere bezogen auf die Atemwegserkrankungen vom Verhalten jedes Einzelnen ab. Nicht krank zur Arbeit zu gehen bzw. dabei den Kontakt mit anderen Menschen zumindest zu reduzieren, kann die Entwicklung wesentlich beeinflussen. Aber auch erprobte niederschwellige Maßnahmen, wie die dauerhafte Möglichkeit der telefonischen Krankenschreibung, können zu einer Reduktion der Anstreckung und somit der krankheitsbedingten Fehlzeiten insgesamt beitragen. Unabhängig von der besonderen Relevanz der Atemwegserkrankungen sind weiterhin die Muskel-Skelett-Erkrankungen, die psychischen Störungen sowie die Verletzungen und Vergiftungen häufige Gründe für krankheitsbedingte Fehlzeiten. Alle vier Krankheitsarten zusammen sind für die Mehrzahl aller AU-Fälle und AU-Tage im aktuellen Jahr bei den Beschäftigten verantwortlich. Der Anstieg der AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen – es handelt sich meist

um Fälle von kurzer Dauer – hat zudem dazu geführt, dass die durchschnittliche AU-Dauer pro Fall wieder auf das vorpandemische Niveau zurückgegangen ist.

In der arbeitsweltlichen Betrachtung zeigt sich – abseits der allgemeinen Zunahme der AU-Kennzahlen im Vorjahresvergleich – im Wesentlichen das Muster, welches auch schon in den Vorjahren zu erkennen war. Wirtschafts- bzw. Berufsgruppen mit einer besonders hohen körperlichen und/oder psychischen Arbeitsbelastung weisen entsprechend überdurchschnittliche krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund somatischer und/oder psychischer Erkrankungen auf. Im Detail werden dabei weitere Zusammenhänge mit dem Alter, dem Geschlecht, dem Bildungsgrad sowie weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen sichtbar, die in Kombination miteinander ein durchaus komplexes Bild ergeben. Daraus ableitend ist es für die Planung und Durchführung von BGM-Maßnahmen notwendig, auf dieses komplexe Bild mit einer entsprechenden Vielfalt an Möglichkeiten zur gesundheitsförderlichen Verhaltens- und Verhältnisänderung zu reagieren, die auf die berufsbezogenen und individuellen Bedürfnisse der Beschäftigten zugeschnitten sind.

Das diesjährige Schwerpunktthema vertieft die arbeitsweltlichen Betrachtungen mit dem besonderen Fokus auf die jungen Berufsanfänger unter 30 Jahren. Bei der Betrachtung der Krankheitsursachen im Falle einer Arbeitsunfähigkeit zeigt sich, dass die jungen Berufsanfänger häufiger als ihre älteren Kolleginnen und Kollegen von Fehlzeiten aufgrund Atemwegserkrankungen und Infektionen sowie auch von Verletzungen und Vergiftungen betroffen sind. Dies kann mit der altersspezifischen größeren Häufigkeit sozialer Aktivitäten in Zusammenhang mit entsprechend höheren Risikobereitschaft auf der Suche nach neuen (Lebens-)Erfahrungen zusammenhängen und ist insofern auf den ersten Blick nicht im Bereich der betrieblichen Gesundheitsför-

derung verortet. Allerdings kann hier bspw. ein besonderer Fokus darauf liegen, dass junge Beschäftigte nicht mit einem Infekt zur Arbeit kommen und dass die erhöhte Risikobereitschaft nicht dazu führt, dass Arbeitsschutzvorschriften nur als wohlwollende Hinweise verstanden werden. Dies gilt natürlich in gleichem Maße auch für die älteren Beschäftigten. Wesentlich interessantere Aspekte in den Analysen zum diesjährigen Schwerpunktthema zeigen sich in den detaillierten arbeitsweltlichen Betrachtungen. So wird bei der Analyse der krankheitsbedingten Fehlzeiten nach Wirtschafts- und Berufsgruppen bereits bei den Beschäftigten unter 30 Jahren ein Muster erkennbar, was sich in nahezu gleicher Weise bei den Kolleginnen und Kollegen jenseits des 30. Lebensjahres zeigt. Das bedeutet, dass die spezifischen Arbeitsbedingungen und -belastungen bereits frühzeitig einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der jungen Beschäftigten ausüben und somit auch frühzeitige Interventionen im Sinne gesundheitsförderlicher Maßnahmen zielführend sind. Darüber hinaus setzt sich dieses Bild über alle weiteren betrachteten Merkmale fort. Beim Wohnort der Beschäftigten, dem höchsten Bildungsgrad, dem Anforderungsniveau der Tätigkeit, der Vertragsform, dem Ausüben einer Aufsichts- bzw. Führungsposition sowie der Anstellung über eine

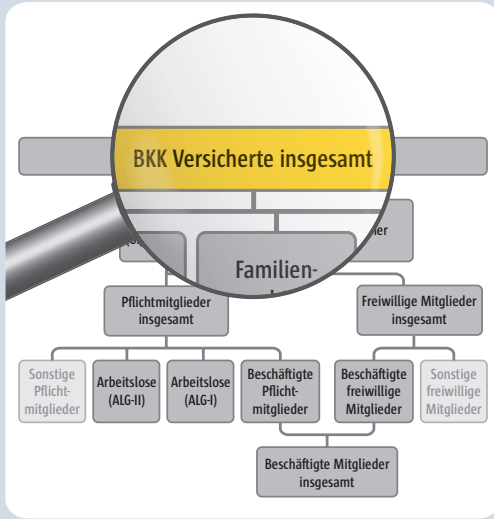
Arbeitnehmerüberlassung zeigen sich jeweils in der Gruppe der Beschäftigten unter 30 Jahren bereits die Muster im AU-Geschehen, die sich in gleicher Weise, teils in noch deutlicherer Ausprägung, auch in der Gruppe der Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr bzw. entsprechend auch bei den Beschäftigten insgesamt zeigen. Somit kann hier eindrucksvoll der Zusammenhang zwischen den spezifischen Belastungen und Beanspruchungen der Arbeitswelt und der Gesundheit der Beschäftigten nachgewiesen werden. BGM-Maßnahmen sind also nicht nur bereits in jungen Jahren sinnvoll, sondern müssen zudem auch auf die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse der Beschäftigten zugeschnitten werden. Die vorliegenden Analysen geben hierfür nicht nur zahlreiche Hinweise, sondern können bspw. in einer arbeitgeberspezifischen Betrachtung mittel- bzw. langfristig auch die Wirkung solcher Maßnahmen anhand der vorhandenen AU-Kennzahlen evaluieren. Nicht zuletzt sind das Angebot und die Qualität gesundheitsförderlicher Maßnahmen eines Arbeitgebers wichtige Aspekte, welche die Entscheidung eines Berufsanfängers für bzw. gegen eine Tätigkeit in einem Unternehmen wesentlich mitentscheiden können. Dies wird zunehmend ein wichtiger Faktor für die zukünftige Gewinnung von Fachkräftenachwuchs für Unternehmen sein.

2

Ambulante Versorgung

Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert





In diesem Kapitel wird das Versorgungsgeschehen im ambulanten Sektor dargestellt. Anders als im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (III Kapitel 1), in dem nur die krankengeldberechtigten Versichertengruppen (im Wesentlichen sind dies die beschäftigten Mitglieder sowie ALG-I-Empfänger) betrachtet werden, werden für die ambulante Versorgung im Allgemeinen alle BKK Versicherten in die Auswertungen einbezogen. Unter anderem sind darin auch Kinder und Rentner enthalten, die im Kontext des AU-Geschehens nicht einbezogen werden können. Wiedergegeben werden dabei die Anteile derjenigen Versicherten, für die mindestens einmal im aktuellen Berichtsjahr in der ambulanten Versorgung mindestens eine Diagnose dokumentiert und zur Abrechnung gebracht wurde (III Methodische Hinweise). Dabei spielt das ganze Spektrum der ICD-Diagnosen eine Rolle, d. h. diese beziehen sich nicht nur allein auf behandlungsbedürftige Erkrankungen, sondern es werden beispielsweise auch Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen in diesen Diagnoseschlüsseln codiert. So sind in der ambulanten Versorgung gerade Vorsorge- bzw. Früherkennungsmaßnahmen für einen relativ großen Teil der Konsultationen ursächlich. Bei der Interpretation der nachfolgend dargestellten Kennzahlen ist zu berücksichtigen, dass diese allein auf dem Vorhandensein von bei der Abrechnung verwendeten Diagnosen basieren – eventuelle Folgekonsultationen aufgrund der gleichen Diagnose sind dabei nicht dokumentiert. Entsprechend sind Häufigkeiten von oder Zeiträume mit Arzt-Patient- oder Therapeut-Patient-Kontakten somit darin nicht erfasst. Die hier berichteten administrativen Prävalenzen geben also den Prozentsatz der BKK Versicherten mit mindestens einer Diagnose wieder. Sie sind nicht gleichbedeutend mit empirisch ermittelten Prävalenzen, wie sie etwa bei Bevölkerungsstudien ermittelt werden.

2.1 Ambulante Versorgung im Überblick

- 92,1% der BKK Versicherten waren im Jahr 2022 mindestens einmal ambulant in Behandlung. Damit ist der Anteil derer, die ambulant behandelt worden sind, im Vergleich zum Vorjahr ein weiteres Mal gestiegen. Auch im Vergleich zu den letzten 10 Jahren ist dies der höchste jemals ermittelte Wert.
- Der Anteil der Frauen, die mindestens einmal in ambulanter Behandlung waren (94,2%), ist dabei größer als der Anteil der Männer (89,9%). Während nur geringfügig mehr Frauen im Vergleich zum Vorjahr ambulant behandelt worden sind, ist der Anteil der Männer mit mindestens einer Diagnose im Vergleich zum Vorjahr um +1,2 Prozentpunkte gestiegen.

Im aktuellen Berichtsjahr 2022 haben 92,1% der BKK Versicherten insgesamt mindestens einmal eine ambulante Behandlung in Anspruch genommen, bei der eine Diagnose dokumentiert worden ist. Bei Frauen ist dabei der Anteil der Personen in Behandlung mit 94,2% höher als bei den Männern, von denen 89,9% mindestens einmal in ambulanter Behandlung waren. Damit sind nur geringfügig mehr Frauen im Vergleich zum Vorjahr (+0,1 Prozentpunkte) ambulant behandelt worden, bei den Männern ist hingegen eine deutlichere Steigerung (+1,2 Prozentpunkte) zu erkennen.

Während insbesondere im stationären Sektor (» Kapitel 3) die Coronavirus-Pandemie und darauf ausgerichtete Bewältigungsmaßnahmen zu einer deutlich geringeren Inanspruchnahme geführt haben (u. a. durch die Verschiebung von elektiven Eingriffen, Freihalten von Betten), ist im ambulanten Sektor keine solche Reduktion durch die dort geltenden Regelungen zur Bewältigung der Pandemie vorgesehen (» Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie) bzw. erfolgt. Wie die zuvor dargestellten Anteilswerte belegen, ist in der ambulanten Versorgung gegenläufig zum Krankenhaussektor eine Steigerung der Inanspruchnahme zu beobachten.

Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie

Den ambulanten Bereich betreffende, pandemiebedingte Sonderregelungen¹ sind vor allem vom Bedarf nach größerer Flexibilisierung geprägt. Wesentliche Zielsetzung war dabei, nicht zwingend nötige Kontakte zu vermeiden und damit zur Eindämmung der Ausbreitung des COVID-19-Virus beizutragen. Hierzu wurden die Möglichkeiten zu ärztlichen und psychotherapeutischen Konsultationen per Telefon bzw. Videogespräch erweitert bzw. bisher geltende Beschränkungen aufgehoben. Das Ausstellen von AU-Bescheinigungen für leichte Erkrankungen der oberen Atemwege wurde für bis zu 14 Tage erlaubt (Geltungszeiträume: 9.3.–31.5.2020, 19.10.2020–31.5.2022 sowie 4.8.2022–31.3.2023). Vorgegebene Untersuchungszeiträume für Kinder-Früherkennungsuntersuchungen ab U6 (10.–12. Lebensmonat) wurden ausgesetzt (25.3.2020–30.6.2022 sowie 15.12.2022–31.3.2023). Zudem ist eine Unterschreitung des Versorgungsauftrages, sofern pandemiebedingt (bei zeitweise reduzierten Sprechzeiten z.B. aufgrund von fehlender Schutzausrüstung), nicht sanktioniert worden.

Differenziert nach Versichertengruppen sind es wie zu erwarten die Rentner, bei denen mit 95,0% der größte Anteil mindestens eine Diagnose im Rahmen einer ambulanten Behandlung erhalten hat (» Tabelle 2.1.1). Deutlich seltener als der Durchschnitt sind hingegen Arbeitslose in der ambulanten Versorgung in Erscheinung getreten, insbesondere hat bei den ALG-I-Empfängern mit 66,7% nur ein deutlich geringerer Anteil der Versicherten ambulant eine Diagnose erhalten. Detailliertere Auswertungen für die verschiedenen Versichertengruppen sind im » Kapitel 2.3.2 zu finden.

1 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023). Sonderregelungen für die ambulante Versorgung. https://www.kbv.de/html/themen_53751.php [abgerufen am 6.4.2023]

Für einen Zeitreihenvergleich stehen im Rahmen des Gesundheitsreports entsprechende Statistiken über die Inanspruchnahme ambulanter Versorgung ab dem Jahr 2012 zur Verfügung (»» Diagramm 2.1.1). Dabei liegen in den meisten Jahren dieses Zeitraums die Anteile der Versicherten mit einer Diagnose nahezu stabil zwischen 90% und 91%. Nach einem starken Anstieg des Anteilswerts im vorherigen Berichtsjahr (+1,2 Prozentpunkte gegenüber 2020), ist auch im aktuellen Berichtsjahr 2022 dieser Kennwert ein weiteres Mal höher ausgefallen (+0,7 Prozentpunkte gegenüber 2021). Damit liegt der Anteil derer, die in ambulanter Behandlung gewesen sind, so hoch wie noch nie seit Beginn der Analyse ambulanter Versorgungsdaten.

Zusätzlich zur allgemeinen Kennzahl der Inanspruchnahme liegt für den Zeitraum ab 2012 auch die durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle vor. Im aktuellen Berichtsjahr 2022 betragen diese 8,4 Behandlungsfälle je BKK Versicherten. Damit liegt im aktuellen Berichtsjahr die durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle am oberen Ende des relativ schmalen Schwankungsbereichs, in dem sich dieser Kennwert seit Wegfall der Praxisgebühr eingependelt hat. Dieser liegt seit 2013 konstant zwischen 8,1 und 8,4 Behandlungsfällen je BKK Versicherten.

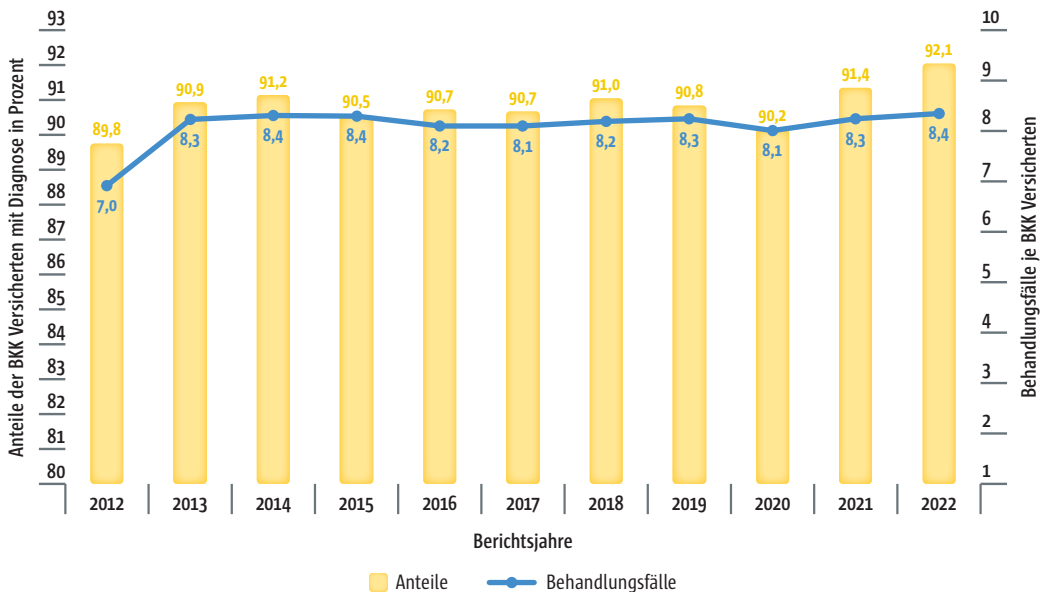
Tabelle 2.1.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2022)

Versichertengruppen	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	90,7
Arbeitslose (ALG-I)	66,7
Arbeitslose (ALG-II)	75,9
Familienangehörige	89,3
Rentner	95,0
BKK Versicherte insgesamt	92,1

»»» Behandlungsfälle

Wie viele Arzt-Patient-Kontakte stattfinden, kann anhand der GKV-Abrechnungsdaten nicht genau nachvollzogen werden. Vielmehr werden hierbei Behandlungsfälle verwendet, welche die Behandlungen in 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

Diagramm 2.1.1 Ambulante Versorgung – Behandlungsfälle und Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose im Zeitverlauf (2012–2022)



2.1 Ambulante Versorgung im Überblick

pro Quartal erfolgt sind. Zu Zeiten der Praxisgebühr (erhoben von 2004 bis 2012) war davon auszugehen, dass den Patienten daran gelegen war, möglichst viele Behandlungen innerhalb eines Quartals zu bündeln, um eine erneute Gebührenzahlung am Anfang eines neuen Quartals

zu vermeiden. Dies spiegelt sich bei den hier aufgeführten Kennzahlen darin wider, dass in 2012 im Durchschnitt nur 7,0 Behandlungsfälle je Versicherten erfolgt sind, nach der Abschaffung der Praxisgebühr schnellte diese Zahl hingegen auf 8,3 Behandlungsfälle in 2013 hoch.

2.2 Ambulante Versorgung nach Krankheitsarten

2.2.1 Diagnosehauptgruppen im Überblick

- In 2022 sind mit einem Anteil von 56,2% so viele Versicherte wie nie zuvor mindestens einmal wegen Atemwegserkrankungen ambulant behandelt worden. Damit ist der Kennwert mit +15 Prozentpunkten gegenüber dem Vorjahr extrem gestiegen.
- Auch die Zahl der Behandlungen aufgrund von Infektionen hat deutlich zugenommen, aufgrund dessen sind im aktuellen Berichtsjahr 25,9% der Versicherten in ambulanter Behandlung gewesen (+4,9 Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr).
- Bei anderen Erkrankungsarten zeigt sich hingegen ein sehr ähnliches Bild zu den Vorjahren: Muskel-Skelett-Erkrankungen sind etwa bei der Hälfte der Versicherten, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten bei etwa 40%, Krankheiten des Urogenitalsystems, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie psychische Störungen sind bei etwas mehr als jedem dritten Versicherten diagnostiziert worden.

Die im vorherigen Abschnitt berichtete, doch eher als relativ gering zu bezeichnende Schwankungsbreite des Anteilswertes von Versicherten mit mindestens einer ambulant gestellten Diagnose setzt sich auch im Wesentlichen bei der Differenzierung nach den zugrundeliegenden Krankheitsarten fort (»Diagramm 2.2.1): Die meisten Erkrankungsarten sind seit Jahren in wenig veränderten Anteilen Grund für eine ambulante Konsultation. Allerdings stechen im Vergleich der Berichtsjahre seit 2012 zumindest drei Diagnosehauptgruppen mit stärkeren Veränderungen in den Anteilswerten heraus:

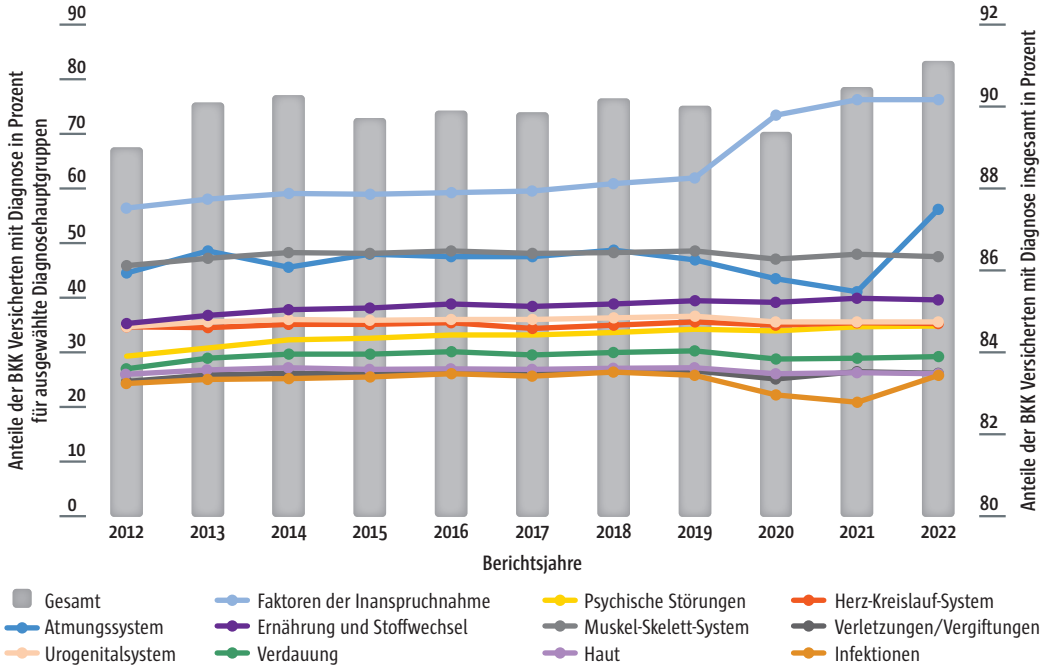
- Wie schon im Vorjahr verbleiben die Anteile von Versicherten mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme (Zoo-Z99) auf deutlich höherem Niveau als vor 2020. Waren schon seit Beginn der Analysen für den ambulanten Sektor die meisten Diagnosen aus dieser Diagnosehauptgruppe vergeben worden (der Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2019 beträgt knapp 60%), so stieg im Jahr 2020 der Anteilswert

für diese Diagnosen sprunghaft auf 73,5% der BKK Versicherten an, im aktuellen Berichtsjahr beträgt dieser Wert nun wie schon im Vorjahr 76,2%. Diese enorme Steigerung ist, wie sich auch bei der Darstellung der Einzeldiagnosen (»Kapitel 2.2.2) zeigt, wesentlich auf die unter die allgemeinen Untersuchungen und Abklärungen (Z01) fallende Diagnose für Laboruntersuchungen (Z01.7) zurückzuführen, die deutlich häufiger als in den Vorjahren vergeben worden ist (siehe »Faktoren der Inanspruchnahme).

- In den beiden vorangegangenen Jahren unter den Pandemiebedingungen waren die Anteile von Versicherten, die wegen Krankheiten des Atmungssystems behandelt wurden, deutlich zurückgegangen. Diese waren die niedrigsten Anteilswerte seit Beginn der Analysen für die ambulante Versorgung. Im aktuellen Berichtsjahr hingegen sind mit einem Anteil von 56,2% nun so viele Versicherte wie nie zuvor mindestens einmal wegen Atmungssystem-Erkrankungen ambulant behandelt worden. Gegenüber dem Vorjahr ist der Anteilswert um +15 Prozentpunkte gestiegen und liegt damit sogar noch deutlich über dem bisherigen Spitzenwert von 48,8% aus dem Jahre 2018. Gründe dafür dürften der Wegfall von Pandemiemaßnahmen und die damit einhergehende Zunahme von Sozialkontakten sein, zudem sind im aktuellen Berichtsjahr mehrere virulente Erregerstämme im Umlauf gewesen.
- Diese Erreger lösten nicht nur Atemwegserkrankungen aus, wie zudem der aktuelle Anstieg bei den Infektionen im Vergleich zum Vorjahr zeigt: Aufgrund dessen sind im aktuellen Berichtsjahr 25,9% der Versicherten ambulant behandelt worden, gegenüber dem Vorjahr ist dieser Wert um +4,9 Prozentpunkte gestiegen.

Bei den anderen Erkrankungsarten zeigen sich hingegen nur geringe Veränderungen gegenüber den Vorjahren. So sind wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen in der Regel etwas weniger als die Hälfte al-

Diagramm 2.2.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2022)



ler Versicherten in ambulanter Behandlung gewesen, im aktuellen Berichtsjahr ist diese Diagnosehauptgruppe mit einem Anteilswert von 47,6% (-0,3 Prozentpunkte weniger als im Vorjahr) nur der dritthäufigste Grund für die Arztkonsultation. Mit Abstand folgen nach diesen drei Diagnosegruppen die Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (39,7%). Wegen Krankheiten des Urogenitalsystems (35,6%), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (35,4%) oder psychischer Störungen (34,8%) wiederum sind etwas mehr als ein Drittel der Versicherten mindestens einmal ambulant behandelt worden.

2.2.2 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen im Detail

- In der ambulanten Versorgung werden auch Informationen über Faktoren, die zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen, dokumentiert. Wie schon im Vorjahr sind auch im aktuellen Berichtsjahr 2022 die sonstigen speziellen Untersuchungen und Abklärungen (Z01) die mit Abstand am häufigsten vergebene Diagnose.

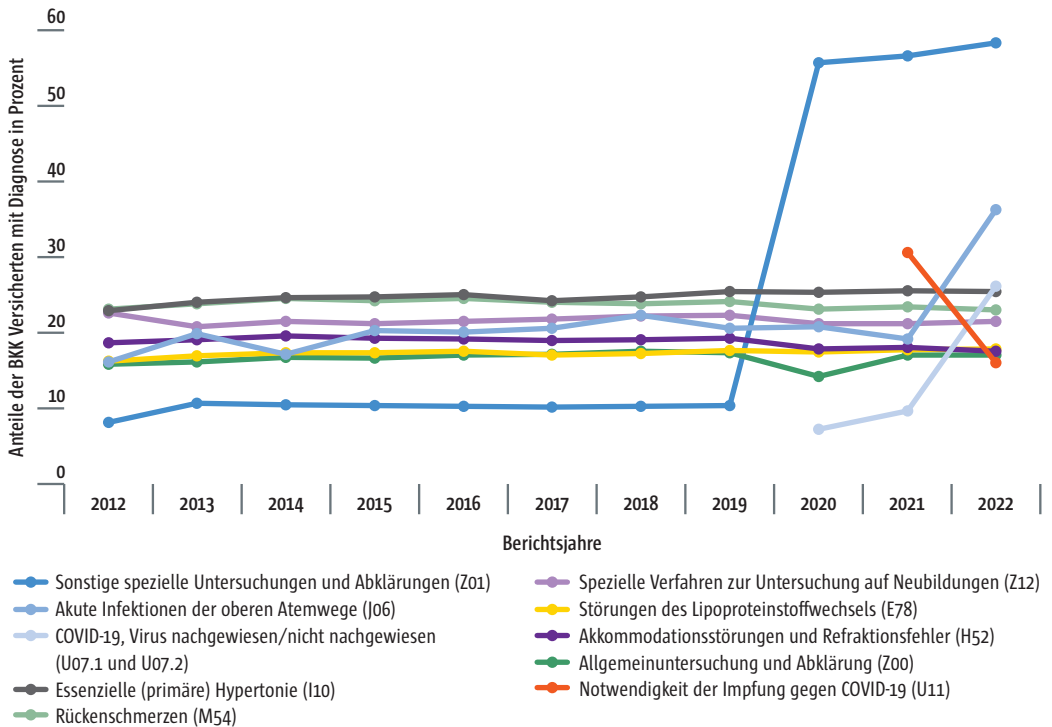
- Zweithäufigster Grund für eine Konsultation in der ambulanten Versorgung ist in 2022 eine akute Atemwegsinfektion (J06) gewesen: Für diese Diagnose ist eine enorme Steigerung von 19,1% im Vorjahr auf 36,3% im aktuellen Berichtsjahr zu verzeichnen. Auch COVID-19-Infektionen sind mit 26,1% bei fast dreimal so vielen Versicherten diagnostiziert worden.
- Bei nicht-infektiösen Erkrankungen zeigen sich hingegen nur unwesentliche Veränderungen: Wie schon in den Vorjahren sind etwa ein Viertel der BKK Versicherten wegen Bluthochdruck (I10) in Behandlung, nur etwas weniger aufgrund von Rückenschmerzen (M54). Etwas mehr als jeder Sechste war von Störungen des Lipoproteinstoffwechsels (E78) bzw. von Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (H52) betroffen.

Die Betrachtung der zehn häufigsten Einzeldiagnosen in der ambulanten Versorgung (III Diagramm 2.2.2) lässt erkennen, dass die enorme Steigerung der dokumentierten Faktoren der Inanspruchnahme vor allem mit den sonstigen speziellen Untersuchungen und Abklärungen (Z01) zusammenhängt: War im Jahr 2019 nur für etwa 10% der Versi-

cherten diese Einzeldiagnose dokumentiert worden, so war es danach auf einmal mehr als jede(r) Zweite. Im aktuellen Berichtsjahr sind nun 58,3% der Versicherten bei solchen Untersuchungen bzw. Abklärungen gewesen, zu denen u. a. Früherkennungsuntersuchungen auf Gebärmutterhals- und Brustkrebs, aber auch Untersuchungen der Zähne, der Ohren und der Augen gehören. In den letzten beiden Jahren ist allerdings eine besondere Steigerung bei der Vergabe der Unterdiagnose Z01.7 (siehe hierzu Exkurs **III** Faktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens) zu beobachten gewesen, welche den Großteil des Zuwachses ausmacht. Zweithäufigste Diagnose im aktuellen Berichtsjahr bezieht sich auf akute Infektion der oberen Atemwege (J06), aufgrund derer 36,3% in ambulanter Behandlung gewesen sind. Gegenüber dem Vorjahr sind dies +17 Prozentpunkte mehr, somit hat sich dieser Anteil fast verdoppelt. Ebenfalls um +17 Prozentpunkte mehr Versicherte als im Vorjahr haben eine COVID-19-Infektion (U07.1/U07.2) diagnostiziert bekommen,

mehr als jeder Vierte (26,1%) hat eine solche Diagnose erhalten. Gegenläufig dazu hat die Impfung gegen COVID-19 (U11) deutlich abgenommen, nur noch 16,0% sind 2022 in der ambulanten Versorgung immunisiert worden, allerdings ist dabei zu bedenken, dass COVID-19-Impfungen auch in Impfzentren sowie von Betriebsärztinnen und -ärzten durchgeführt worden sind, was in den hier berichteten Kennzahlen nicht erfasst wird. Demgegenüber nur geringe Veränderungen sind bei den weiteren Diagnosen in dieser Auflistung der zehn häufigsten Diagnosen festzustellen. So ist von essentieller (primärer) Hypertonie (I10) – allgemein als Bluthochdruck bezeichnet – wie schon in den Vorjahren etwa jeder vierte Versicherte betroffen, Rückenschmerzen (M54) wurden bei einem nur etwas geringeren Anteil (23,0%) diagnostiziert. Etwas mehr als jeder Sechste ist von Störungen des Lipoproteinstoffwechsels (E78) bzw. von Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern (H52) betroffen.

Diagramm 2.2.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die zehn häufigsten Diagnosen im Zeitverlauf (2012–2022)



Exkurs Faktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Eine wesentliche Besonderheit der ambulanten Versorgung sind die häufig verwendeten Diagnoseschlüssel aus dem Kodierungsspektrum Z00 bis Z99. Durch diese werden die „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ (in diesem Kapitel kurz als „Faktoren der Inanspruchnahme“ bezeichnet) dokumentiert. Bei dieser Kodierung handelt es sich um ein sehr heterogenes Spektrum von für die Behandlung relevanten und zu dokumentierenden Informationen. Im Wesentlichen sind dies Zusatzinformationen z.B. über sozioökonomische oder psychosoziale Lebensumstände (z.B. in der sozialen Umgebung oder dem Berufsleben) sowie potentielle Gesundheitsrisiken (z.B. Kontakt mit und Exposition gegenüber übertragbaren Krankheiten oder allgemein aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände). Außerdem finden sich unter diesen Kodierungen erbrachte Leistungen, die nicht von einer Erkrankung verursacht sind (z.B. allgemeine Untersuchungen, Vorsorgeleistungen, Empfängnisverhütung). Seit kurzem werden

hierbei nun auch Laboruntersuchungen unter der Kodierung Z01.7 erfasst², der bisher geltende Ersatzwert „UUU“ ist seit dem Jahr 2020 ungültig und wurde durch die besagte Kodierung ersetzt. Entsprechend deutlich häufiger wurde dieser Diagnoseschlüssel im Vergleich zu den Vorjahren dokumentiert. Darunter gefasst sind diverse in-vitro-diagnostische Untersuchungen, auch die sogenannten PCR-Labortests zum Nachweis einer Coronavirus-Infektion fallen darunter. Da allerdings die Umstellung der Kodierung mit der Coronavirus-Pandemie zusammenfällt und eventuell auch regionale Vereinbarungen andere Kodierungen zulassen³, ist unklar, wie groß der jeweilige Einfluss dieser beiden Faktoren jeweils ist. Allgemein gilt wesentlich, dass das Dokumentieren und Abrechnen dieser Zusatzdiagnosen nur dann zulässig ist, wenn diese zusammen mit einer Hauptdiagnose gestellt werden. Eine alleinige

2 Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband (2023). Bundesmantelvertrag – Ärzte. § 57a: Diagnosekodierung, Verwendung Ersatzwert. <https://www.kbv.de/media/sp/BMV-Aerzte.pdf> [abgerufen 15.8.2023]

3 Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband (2021). Coronavirus: Empfehlungen zum Kodieren mit Kodierbeispielen (Stand 31.07.2021). [abgerufen 15.8.2023]

Tabelle 2.2.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen der Faktoren der Inanspruchnahme nach Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

ICD-10-Code	Diagnosen	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent		
		Männer	Frauen	Gesamt
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	49,9	66,8	58,3
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	10,6	32,6	21,5
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	16,3	17,8	17,0
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	13,5	15,8	14,7
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	0,4	27,8	14,0
Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	6,0	8,6	7,3
Z71	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke anderer Beratung oder ärztlicher Konsultation in Anspruch nehmen, anderenorts nicht klassifiziert	5,5	8,7	7,1
Z11	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten	6,3	7,4	6,8
Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	6,2	7,0	6,6
Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	5,2	6,7	5,9

Angabe von Z-Diagnosen ist nur dann erlaubt, wenn die abzurechnenden Leistungen nicht in einer Erkrankung begründet sind (z.B. Prävention)⁴. Aufgrund dessen treten diese Diagnosen auch nur sehr selten als Grund für eine Arbeitsunfähigkeit auf.

Die zuvor beschriebene Heterogenität der verschiedenen Einzeldiagnosen, die unter diese Hauptgruppe gefasst sind, wird anhand der **»** Tabelle 2.2.1 deutlich. Dies zeigt sich nicht zuletzt auch in den teils stark ausgeprägten Geschlechtsunterschieden: Kontrazeptive Maßnahmen (Z30) sind fast ausschließlich für Frauen relevant, die speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12), wozu u.a. Hautkrebscreening und Darmkrebsfrüherkennung gehören, werden dreimal häufiger von Frauen als von Männern in Anspruch genommen. Auch zeigen sich bei den verschiedenen Impf-Diagnosen (Z25 - Z27) Unterschiede zuungunsten der Männer.

Ausgewählte Diagnosen im Detail

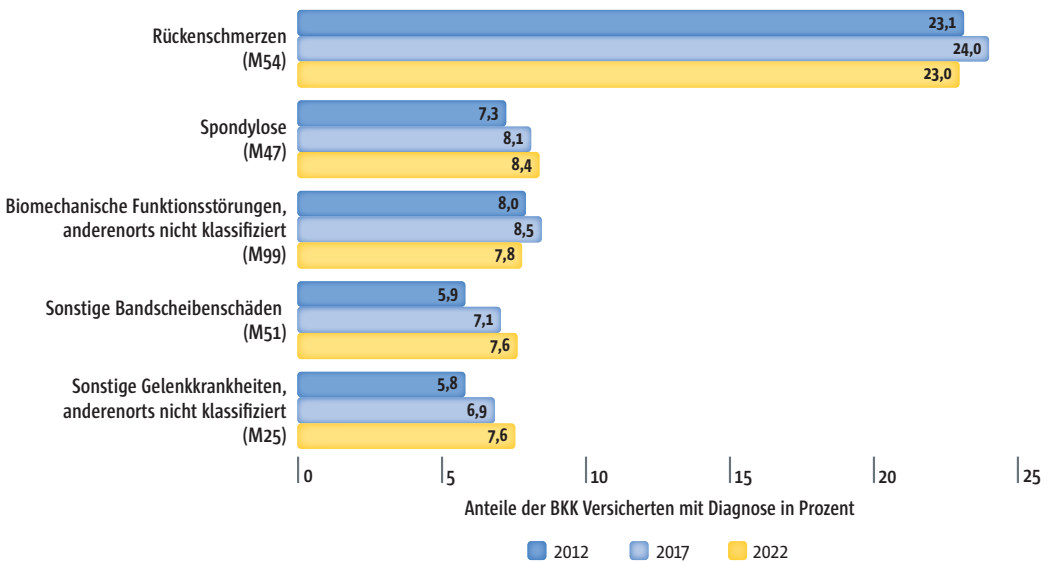
Nachfolgend werden für vier ausgewählte Diagnosehauptgruppen die fünf häufigsten darunter subsummierten Einzeldiagnosen betrachtet, dabei wird

auch ein Vergleich zu den Anteilswerten vor fünf sowie vor zehn Jahren angestellt.

Wie schon zuvor berichtet, sind Muskel-Skelett-Erkrankungen nach den Atemwegserkrankungen und den Faktoren der Inanspruchnahme dritthäufigster Grund für eine ambulante Behandlung. Dabei werden Rückenschmerzen (M54) von allen Einzeldiagnosen, die zu dieser Erkrankungsart gehören, bei weitem am häufigsten diagnostiziert (**»** Diagramm 2.2.3): Bei fast einem Viertel der Versicherten (23,0%) wurde dies im aktuellen Berichtsjahr 2022 als Behandlungsgrund festgestellt. Allerdings ist diese hohe Prävalenz wahrscheinlich auch dadurch bedingt, dass Rückenschmerzen als unspezifisches Hauptsymptom bei verschiedensten Erkrankungen (z.B. der Wirbelsäule, der Muskulatur oder des Knochenstoffwechsels) dokumentiert werden. Mit deutlichem Abstand ist die Spondylose (M47) – d.h. ein (altersbedingter) Wirbelsäulenschleiß – die zweithäufigste Muskel-Skelett-Erkrankung in der ambulanten Versorgung, die bei 8,4% dokumentiert worden ist. Nur etwas seltener waren biomechanische Funktionsstörungen (M99) Grund für eine Behandlung, gefolgt von sonstigen Bandscheibenschäden (M51) sowie sonstigen Gelenkrankheiten (M25). Insbesondere bei den beiden letztgenannten Diagnosen ist eine relativ deutliche Steigerung der Anteile der Versicherten, die deshalb in ambulanter Behandlung waren, zu verzeichnen: Gegenüber 2012 sind die

4 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023). Kodierbasics der ICD-10-GM. <https://www.kbv.de/html/1518.php> [abgerufen 15.8.2023]

Diagramm 2.2.3 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die fünf wichtigsten Diagnosen der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems im Fünf- und Zehnjahresvergleich (2012, 2017, 2022)



2.2 Ambulante Versorgung nach Krankheitsarten

Kennwerte von 5,8% (M25) bzw. 5,9% (M51) auf aktuell jeweils 7,6% gestiegen.

Wie schon erwähnt, sind im aktuellen Berichtsjahr besonders viele Versicherte aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems in ambulanter Behandlung gewesen: 56,2% haben im Jahr 2022 mindestens einmal eine solche Diagnose gestellt bekommen. Wesentlich geht dies auf eine Steigerung des Anteilswerts der bei weitem häufigsten Einzeldiagnose aus diesem Erkrankungsspektrum zurück (»» Diagramm 2.2.4): Mehr als jeder Dritte (36,3%) hat aufgrund von akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06) die ambulante Versorgung aufgesucht. Wie schon zuvor in »» Diagramm 2.2.2 dargestellt, sind gerade bei dieser Diagnose im Zeitvergleich relativ starke Veränderungen zu beobachten, was maßgeblich von der jeweiligen Ausprägung der Erkältungswellen in den jeweiligen Jahren abhängt. Dennoch ist die Situation im aktuellen Berichtsjahr außergewöhnlich, ein so hoher Anteil der Versicherten ist nie zuvor wegen dieser Diagnose in Behandlung gewesen. Demgegenüber sind von anderen Krankheiten des Atmungssystems nur ein Bruchteil der Versicherten betroffen, so sind mit einem Anteil von nur 9,2% die Zweitmeisten wegen vasomotorischer und allergischer Rhinopathie (J30) – umgangssprachlich als allergischer Schnupfen bekannt – bei ihrer Ärztin/ihrer Arzt gewesen. Bei etwa jedem dreizehnten Versicherten (7,9%) ist Asthma Bronchiale

(J45) dokumentiert. Bei beiden Diagnosen sind die Anteilswerte im Vergleich zu 2012 moderat gestiegen. Im aktuellen Berichtsjahr ist der Erkältungsschnupfen (J00) die vierthäufigste Diagnose aus dem Spektrum der Atmungssystem-Erkrankungen. Wie entsprechend nach der letztjährigen Erkältungswelle zu erwarten, ist im Vergleich zu den Vorjahren ein deutlich größerer Anteil der Versicherten deswegen behandelt worden. Hingegen abgenommen hat in den letzten zehn Jahren der Anteil derer, die eine akute Bronchitis (J20) diagnostiziert bekommen haben. Es muss aber auch hier konstatiert werden, dass im Vergleich zum Vorjahr (hier nicht dargestellt: 2021 haben 2,7% eine solche Diagnose bekommen) aufgrund dessen deutlich mehr Versicherte ambulant in Behandlung waren.

Bei den Krankheiten des Kreislaufsystems sticht besonders die essenzielle (primäre) Hypertonie (I10) als Einzeldiagnose heraus (»» Diagramm 2.2.5): Knapp mehr als ein Viertel der Versicherten (25,4%) ist deshalb im aktuellen Berichtsjahr in ambulanter Behandlung gewesen. In den letzten 10 Jahren ist dieser Anteil um +2,5 Prozentpunkte gestiegen. Berücksichtigt werden muss bei dieser sehr stark alterskorrelierten Erkrankung auch das in den letzten Jahren gestiegene Durchschnittsalter der Versicherten. Hypertonie ist wiederum wesentlicher Prädiktor für weitere Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, die aufgrund der

Diagramm 2.2.4 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die fünf wichtigsten Diagnosen der Krankheiten des Atmungssystems im Fünf- und Zehnjahresvergleich (2012, 2017, 2022)

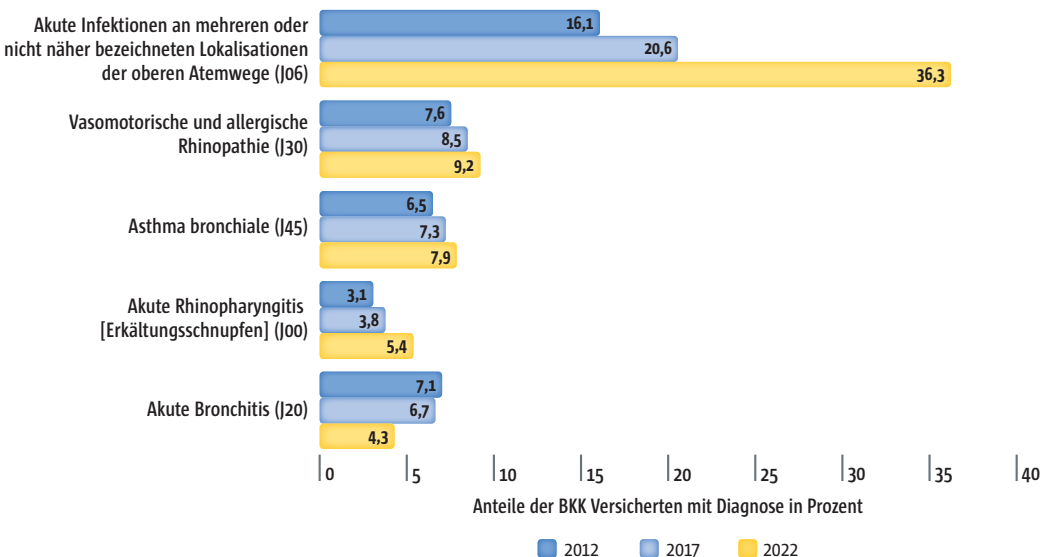
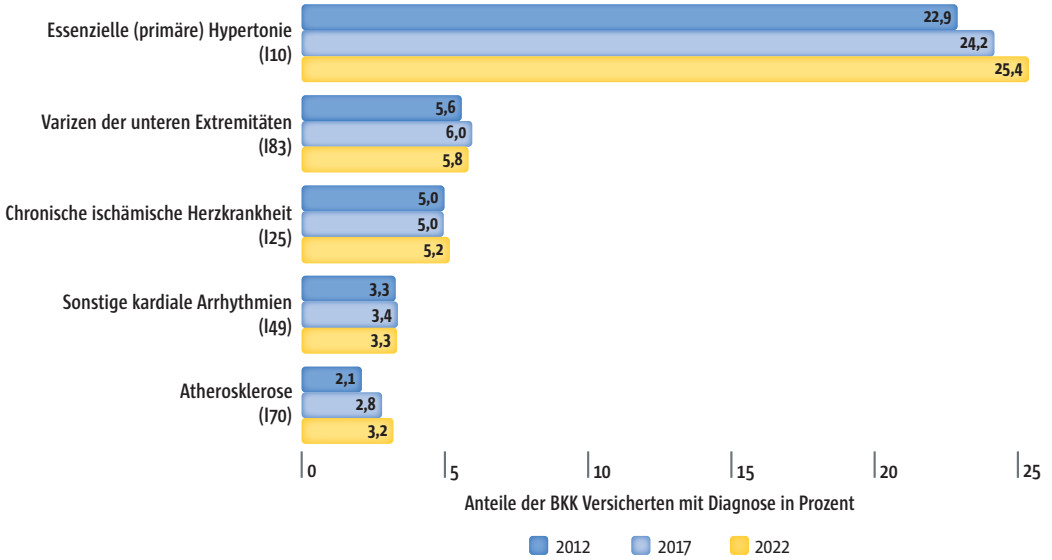


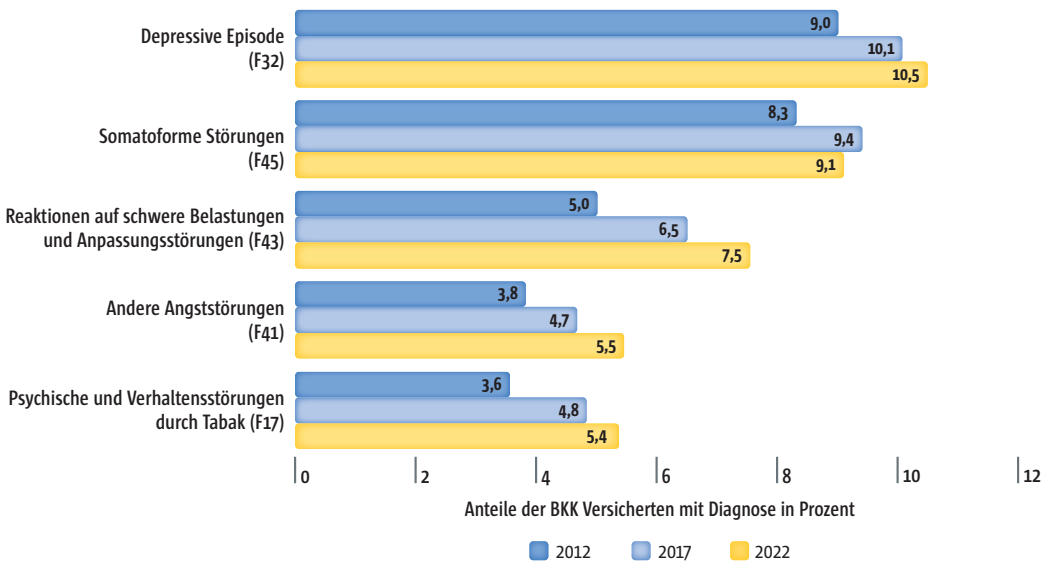
Diagramm 2.2.5 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die fünf wichtigsten Diagnosen der Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems im Fünf- und Zehnjahresvergleich (2012, 2017, 2022)



deutlich größeren Schwere und den deutlich aufwendigeren Behandlungserfordernissen dann wesentlich im stationären Sektor zu finden sind (Kapitel 3), wo sie sogar einen relativ großen Teil des Versorgungsgeschehens ausmachen. Andere Herz-

Kreislauf-Erkrankungen sind in der ambulanten Versorgung verglichen mit der Hypertonie nur bei einem Bruchteil der Versicherten dokumentiert. So waren nur 5,8% der Versicherten aufgrund von Varizen der unteren Extremitäten (I83), d.h. Krampf-

Diagramm 2.2.6 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die fünf wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen im Fünf- und Zehnjahresvergleich (2012, 2017, 2022)



2.2 Ambulante Versorgung nach Krankheitsarten

adern, vorrangig in den Beinen, in ambulanter Behandlung. Die chronisch ischämische Herzkrankheit (I25) wurde bei 5,2% diagnostiziert, sonstige kardiale Arrhythmien (I49) sowie Atherosklerose (I70) waren jeweils bei nur knapp über 3% zu verzeichnen. Wegen letztgenannter Diagnose waren noch vor zehn Jahren deutlich weniger Versicherte ambulant behandelt worden (2,1% mit Diagnose im Jahr 2012), auf diesem niedrigen Niveau ist dies eine Steigerung des Anteilswerts immerhin um die Hälfte.

Auch psychische Störungen sind in der ambulanten Versorgung eine relevante Größe, innerhalb eines Jahres wird i.d.R. bei mehr als jedem dritten Versicherten (2022 waren dies 34,8%) eine Diagnose aus diesem Spektrum dokumentiert. Aber anders als bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder den Muskel-Skelett-Erkrankungen sticht hier keine Einzeldiagnose besonders heraus. Noch am häufigsten wird als psychische Störung in der ambulanten Versorgung die depressive Episode (F32) diagnostiziert (»» Diagramm 2.2.6), auch im aktuellen Berichtsjahr ist diese bei jedem zehnten Versicherten (10,5%) festgestellt worden. Im Vergleich zu 2012 ist der Anteilswert um +1,5 Prozentpunkte höher. Somatoforme Störungen (F45) betreffen 9,1%, während Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen (F43) bei 7,5% der Versicherten in der ambulanten Versorgung diagnostiziert wurden. Im Zehnjahresvergleich ist hier die größte Steigerung zu verzeichnen, so ist der Anteilswert gegenüber 2012 um +2,5 Prozentpunkte höher. Andere Angststörungen (F41) sowie Tabakabhängigkeit (F17) sind im aktuellen Berichtsjahr bei

5,5% bzw. 5,4% der Versicherten Grund der Behandlung gewesen. Wegen dieser Diagnosen waren noch vor zehn Jahren deutlich weniger Versicherte ambulant behandelt worden (F41: 3,8%; F17: 3,6%), auf diesem niedrigen Niveau ist damit zumindest auch eine Steigerung um die Hälfte gegenüber den Anteilswerten im Jahr 2012 zu verzeichnen.

Exkurs COVID-19

Zum Abschluss dieses Abschnittes werden die Diagnosen im Zusammenhang mit COVID-19 noch einmal genauer betrachtet (»» Tabelle 2.2.2). Eine ausführlichere Darstellung von ambulanten Kennzahlen zu diesem Thema wurde basierend auf den Daten des Jahres 2020 im »» BKK Gesundheitsreport 2021 im Rahmen des Schwerpunktthemas dargestellt. Der dabei festgestellte Anteil von Versicherten mit einer Diagnose im Zusammenhang mit COVID-19 betrug damals 7,2%. War im Folgejahr ein leichter Anstieg auf 9,6% zu verzeichnen, so ist nun im aktuellen Berichtsjahr 2022 mit 26,1% der Anteil aufgrund einer solchen Infektion ambulant behandelter Versichelter mehr als zweieinhalbmal so groß. Dabei bleibt auch im aktuellen Berichtsjahr ein leichter Geschlechtsunterschied mit höheren Anteilswerten bei den Frauen im Vergleich zu den Männern erhalten. Außerdem ist festzustellen, dass die enorme Kennwertsteigerung wesentlich auf den Anteil derjenigen zurückgeht, bei denen das Virus durch einen Labortest nachgewiesen wurde (U07.1). Damit ist der dies-

Tabelle 2.2.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose im Zusammenhang mit COVID-19 (U07.1 und/oder U07.2) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2020–2022)

ICD-10-Code	Berichtsjahre	Männer	Frauen	Gesamt
		Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent		
U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen)	2020	1,5	1,7	1,6
	2021	3,7	3,9	3,8
	2022	21,5	23,1	22,3
U07.2 (COVID-19, Virus nicht nachgewiesen)	2020	5,5	6,4	5,9
	2021	6,2	6,9	6,6
	2022	6,4	7,0	6,7
U07.1 und U07.2 Gesamt	2020	6,6	7,7	7,2
	2021	9,3	10,0	9,6
	2022	25,2	27,0	26,1

bezügliche Anteilswert im aktuellen Berichtsjahr im Gegensatz zu den beiden Vorjahren erheblich größer im Vergleich zur Diagnose U07.2, bei der die COVID-

19-Infektion anhand von Symptomen und möglicher Kontakte zu anderen infizierten Personen abgeleitet wird.

2.3 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

2.3.1 Ambulante Versorgung nach Alter und Geschlecht

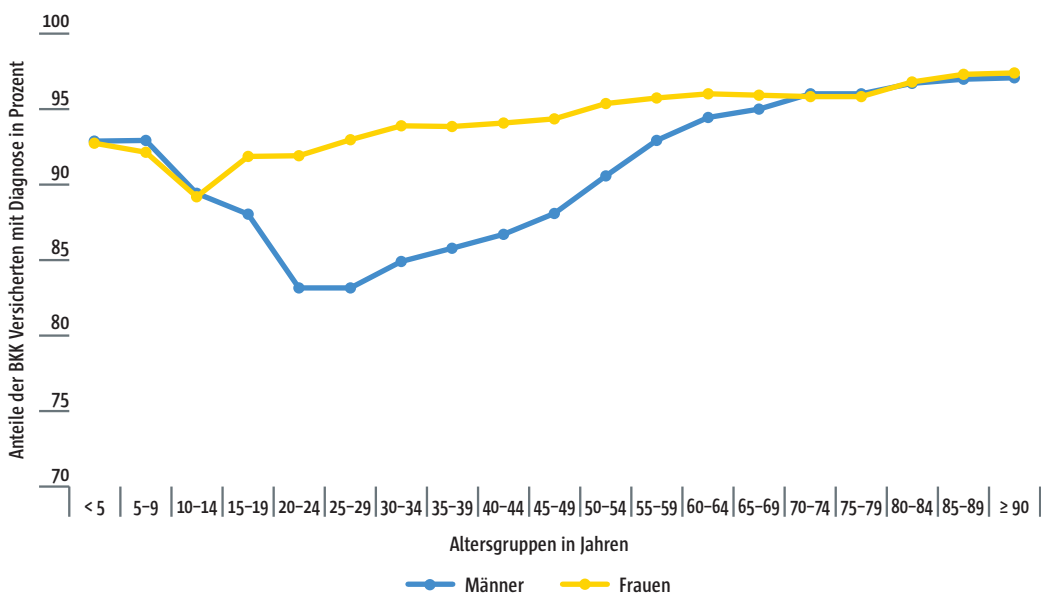
- Nicht nur allgemein, sondern auch bezogen auf einzelne Erkrankungsarten, sind mehr Frauen als Männer in ambulanter Behandlung. Außerdem werden viele Erkrankungen mit zunehmendem Alter häufiger diagnostiziert.
- Mit dem Alter nehmen Herz-Kreislauf-Erkrankungen besonders stark zu, insbesondere gilt dies für den Bluthochdruck (I10). Schließlich sind 8 von 10 Versicherten älter als 70 Jahre deswegen in ambulanter Behandlung gewesen.
- Die Krankheiten des Atmungssystems nehmen hingegen mit zunehmendem Alter ab. Dabei ist sogar ein „Rentenknick“ zu beobachten: Ab dem Renteneintrittsalter sind die Anteile der Versicherten, die

deshalb ambulant behandelt werden, erkennbar geringer als bei den jüngeren Versicherten.

- Bei Urogenitalerkrankungen ist der Geschlechtsunterschied in der Altersspanne zwischen 20 und 54 Jahren besonders groß: Über 60% der Frauen, aber weniger als 20% der Männer in diesem Alter sind deshalb in ambulanter Behandlung gewesen.

Zwischen den Geschlechtern bestehen auch teils deutliche altersabhängige Unterschiede in der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung, wie das Diagramm 2.3.1 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 (Klein-)Kinder mit mindestens einer ambulant-ärztlichen Konsultation (mehr als 92% bei den

Diagramm 2.3.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

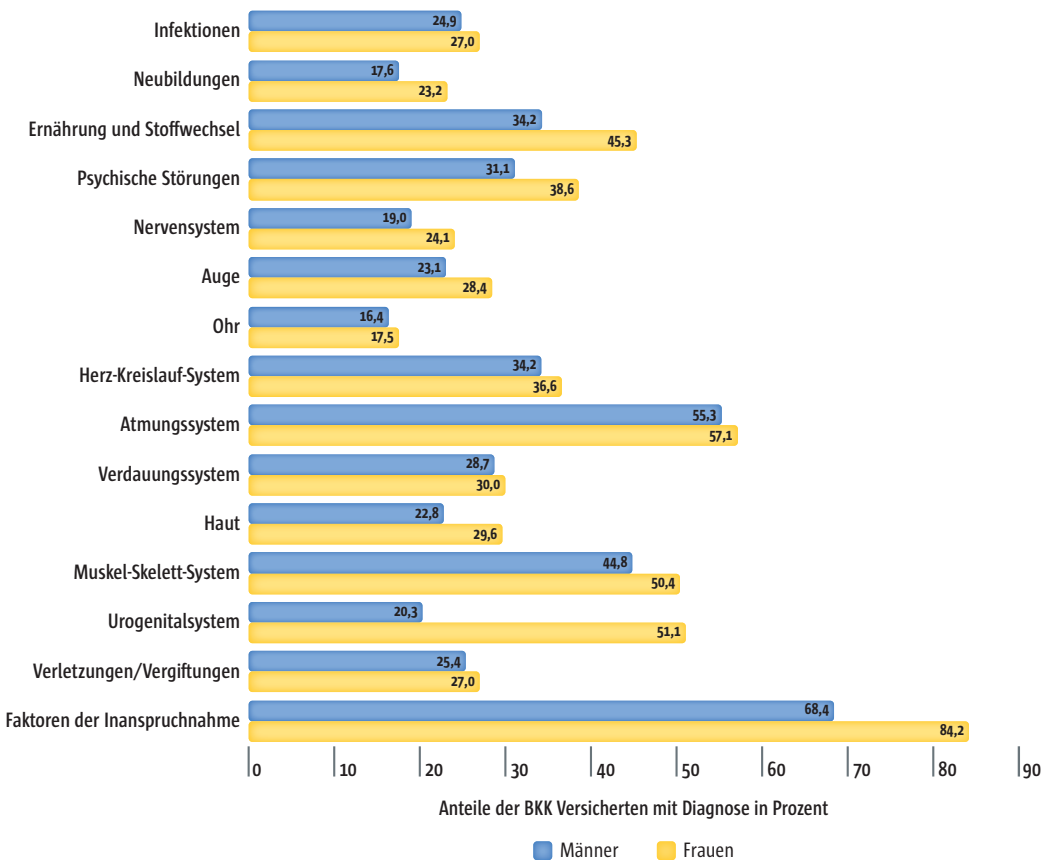


Kindern bis 9 Jahre) vor allem durch die in regelmäßigen Abständen erfolgenden Kindervorsorgeuntersuchungen und Impfungen begründet ist. Auch in den nachfolgend höheren Altersklassen (älter als 14 Jahre) verbleiben bei den Frauen die Anteilswerte auf hohem Niveau (> 90%). Dies ist größtenteils durch geschlechtsspezifische Vorsorgemaßnahmen und – in den entsprechenden Altersgruppen – durch die regelmäßige Verordnung von Kontrazeptiva (III Kapitel 4.3) begründet, wodurch Frauen sich unweigerlich sehr viel kontinuierlicher in ärztlicher Betreuung befinden. Bei den männlichen Versicherten sinkt hingegen der Anteil derer mit einer ambulanten Diagnose ab dem Jugendalter deutlich. Wie auch schon in den Vorjahren weisen die Männer in der Altersklasse der 25- bis 29-jährigen mit 82,2% den geringsten Anteilswert auf – im aktuellen Berichtsjahr allerdings gleichauf mit den 20- bis 24-jährigen

männlichen Versicherten. Gerade bei den Männern in diesen Altersgruppen ist aber auch vergleichsweise viel Dynamik im Inanspruchnahmeverhalten während der Pandemiezeit zu beobachten gewesen: So ging der Anteilswert bei den Männern in den Altersklassen zwischen 25 und 34 Jahren im ersten Pandemiejahr um –2 Prozentpunkte zurück, in den beiden nachfolgenden Jahren stieg dieser wiederum jeweils um +3 Prozentpunkte im Vorjahresvergleich. Bei den höheren Altersgruppen sind auch bei den Männern die Anteilswerte wieder erheblich höher, jenseits des Renteneintrittsalters sind beide Geschlechter wieder etwa auf gleichem Niveau.

Wie bereits erwähnt sind mehr Frauen als Männer im aktuellen Berichtsjahr 2022 in ambulanter Behandlung gewesen, die Differenz beträgt über 4 Prozentpunkte: 89,9% der Männer und 94,2% der Frauen sind mindestens einmal behandelt worden. Dabei

Diagramm 2.3.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



2.3 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

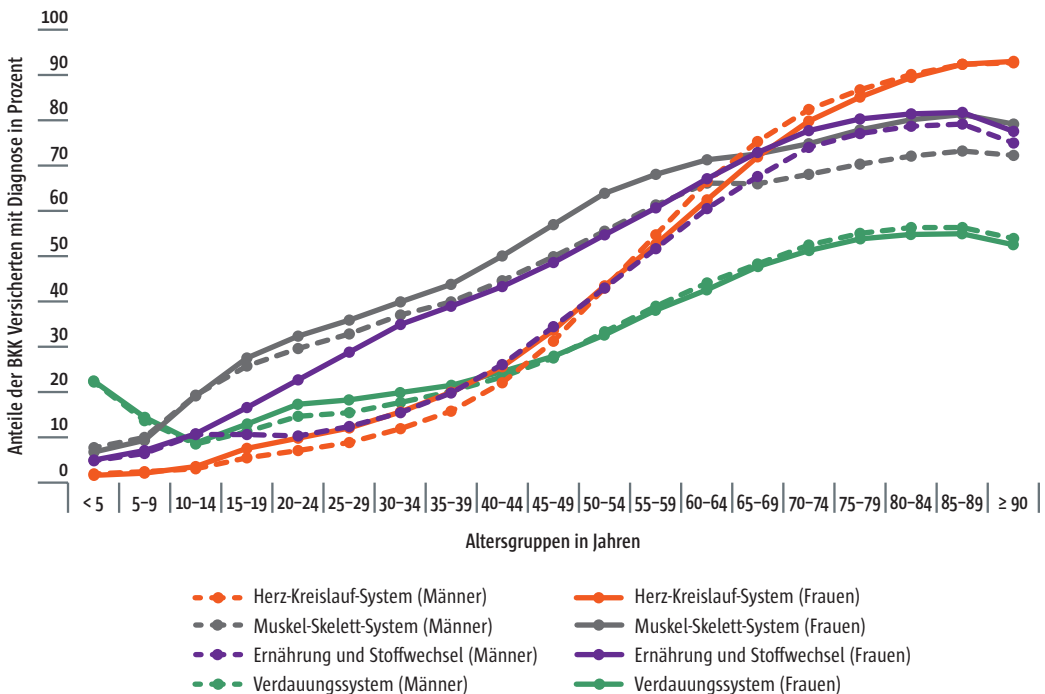
gibt es auch zwischen den Geschlechtern Unterschiede hinsichtlich der diesen Konsultationen zugrundeliegenden Erkrankungen. Bei allen Diagnosehauptgruppen sind die Anteile derer, die eine Diagnose aus dem jeweiligen Spektrum erhalten haben, bei den Frauen größer als bei den Männern (»» Diagramm 2.3.2), die Differenzen variieren aber zwischen den Erkrankungsarten sehr stark. So sind beispielsweise deutlich mehr Frauen aufgrund von Krankheiten des Urogenitalsystems in Behandlung gewesen: Bei mehr als jeder zweiten Frau (51,1%) war dies Grund für eine ambulante Behandlung, hingegen wurde bei nur jedem fünften Mann (20,3%) eine solche Diagnose gestellt. Ebenfalls besteht ein großer Unterschied bei den Zusatzdiagnosen aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme: 84,2% der Frauen, aber nur 68,4% der Männer haben mindestens einmal eine solche Diagnose erhalten. Bei den Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen ist der Unterschied zwischen Männern (34,2%) und Frauen (45,3%) ebenfalls erheblich.

Wie die vorherigen Darstellungen zeigen, ergeben sich markante Erkenntnisse zur Inanspruchnahme

in Abhängigkeit jeweils vom Alter und Geschlecht, dies gilt auch insbesondere für einzelne Erkrankungsarten. Dabei lässt sich grob unterteilen, dass es neben Krankheitsarten, die alle Altersgruppen und Geschlechter zumindest in nicht unerheblichem Maße betreffen, auch andere Krankheitsarten gibt, die wesentlich auf altersbedingten Verschleißprozessen beruhen und entsprechend bei jungen Menschen kaum auftreten, dann mit steigendem Alter der Versicherten aber erhebliche Anteile betreffen. Bei anderen Diagnosen zeigen sich wiederum sehr starke Geschlechtsunterschiede. Die nachfolgenden Darstellungen zeigen exemplarisch für ausgewählte Erkrankungsarten deren Anteilswerte differenziert nach Alter und Geschlecht im Detail.

Am augenfälligsten sind die Verläufe der altersabhängigen Anteilswerte bei Krankheiten, deren Auftreten mit höherem Alter zunehmen, woran Verschleißerscheinungen einen erheblichen Anteil haben (»» Diagramm 2.3.3). Bei Kindern treten diese kaum auf, in der zweiten Lebenshälfte betragen deren Anteilswerte hingegen ein Vielfaches, oftmals sind sogar mehr als die Hälfte der Versicherten des-

Diagramm 2.3.3 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022) – Teil 1

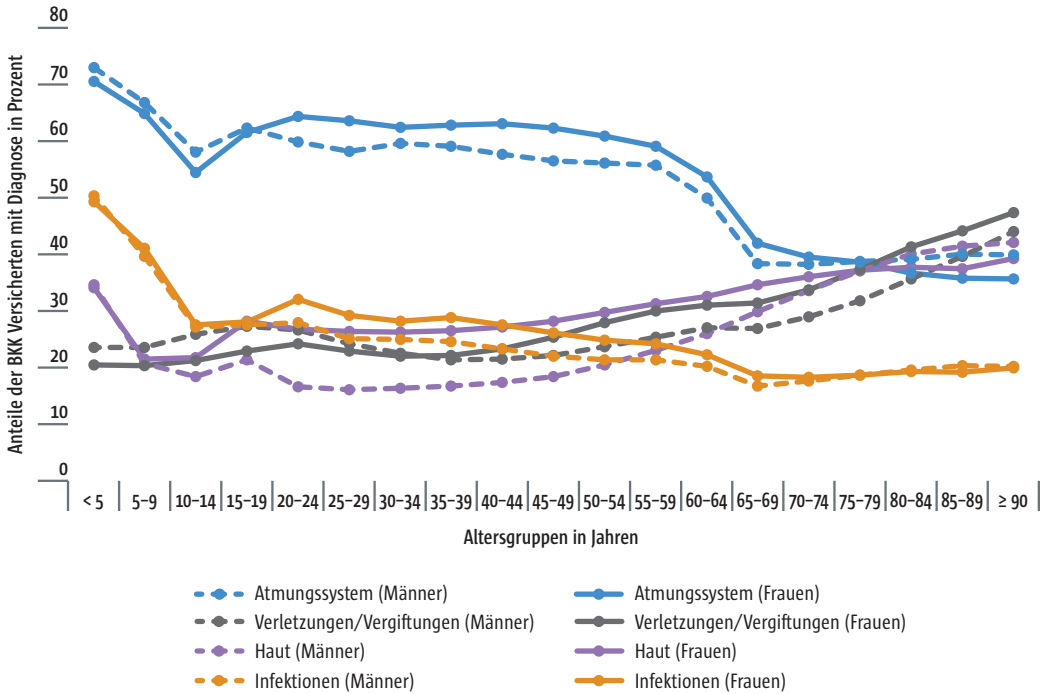


wegen in ambulanter Behandlung. Bestes Beispiel dafür sind insbesondere die Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Sind bei den unter 10-jährigen nur knapp 2 Prozent davon betroffen (bei diesen dürfte es sich vorrangig um angeborene Herzprobleme handeln), so steigt die Zahl derer, die aufgrund dessen behandelt werden, mit dem Alter rapide an. Ab dem 55. Lebensjahr sind mehr als die Hälfte der Versicherten betroffen, ab dem 70. Lebensjahr sind es sogar mehr als 80%. Sehr häufig ist dabei Hypertonie (I10) der auslösende Behandlungsgrund (III Diagramm 2.2.5), aber auch andere Diagnosen aus diesem Bereich zeigen diesen typischen Altersverlauf mit den größten Anteilswerten in den hohen Altersgruppen. Ähnliches gilt auch für die Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, von diesen sind höchstens 7% der unter 10-jährigen, aber ebenfalls mehr als die Hälfte der Versicherten ab 55 Jahren betroffen. Jenseits des 70. Lebensjahrs sind mehr als drei Viertel der Versicherten deswegen in ambulanter Behandlung. Diese hohen Anteilswerte sind in weiten Teilen durch die bekannten „Alterskrankheiten“ Typ-2-Diabetes (E11) und krankhaft erhöhte Cholesterin- bzw. Blutfettwerte (E78) zu erklären – dies sind ebenfalls Diagnosen, die in jungen Jahren nur selten auftreten, später aber chronisch werden können und (ähnlich wie der schon erwähnte Bluthochdruck) als Risikofaktoren für schwere Vorfälle wie Herzinfarkt und Schlaganfall bekannt sind. Ebenfalls um ein Vielfaches steigt der Anteil der Versicherten mit einer Diagnose aus dem Bereich der Muskel-Skelett-Erkrankungen. Während von den unter 10-jährigen weniger als 10% betroffen sind, steigt dann schon ab dem Jugendalter der Anteil der Versicherten, die deswegen in ambulanter Behandlung sind, recht stark an. Schon ab dem 45. Lebensjahr sind aufgrund dessen mehr als die Hälfte der Versicherten in Behandlung. Krankheiten des Verdauungssystems indes kommen bei den unter 5-jährigen sogar relativ häufig vor (knapp über 20% haben eine Diagnose aus diesem Spektrum erhalten), wobei bei diesen oftmals eine nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis (K52) Auslöser der Behandlung ist. Der geringste Anteilswert ist hingegen bei den 10- bis 14-jährigen mit 8–9% zu verzeichnen, danach nehmen die Anteile mit einer solchen Diagnose stetig zu, bis schließlich ab dem 70. Lebensjahr mehr als die Hälfte der Versicherten wegen einer Verdauungssystem-Erkrankung ambulant in Behandlung ist. Dabei haben verschiedene darunter subsummierte Einzelerkrankungen ihre häufigste Verbreitung jenseits des Renteneintrittsalters, exemplarisch, mit einem ähnlichen Verlauf der altersabhängigen Anteilswerte, kann hier aber die

gastroösophageale Refluxkrankheit (Sodbrennen: K21) gelten, welche die häufigste Einzeldiagnose insgesamt aus dieser Diagnosehauptgruppe ist.

Im Vergleich dazu zeigen sich bei Krankheiten der Haut sowie Verletzungen/Vergiftungen mit zunehmendem Alter nur relativ geringe Steigerungen der Diagnoseraten (III Diagramm 2.3.4). Zwar steigen auch hier die Anteile der Versicherten mit einer Diagnose aus dem Bereich dieser Krankheitsarten, der höchste Wert ist immerhin etwa doppelt so hoch wie der niedrigste. Dennoch liegen alle Anteilswerte auch geschlechtsspezifisch mindestens über 15% und sind damit nur moderat abweichend vom altersübergreifenden Gesamtwert. Bei den Hautkrankheiten lässt sich exemplarisch aufzeigen, wie diesbezügliche Einzeldiagnosen jeweils in unterschiedlichen Altersgruppen besonders häufig auftreten: So ist das atopische [endogene] Ekzem (L20), auch als Neurodermitis bekannt, weitaus am häufigsten bei den unter 5-jährigen Grund für eine ambulante Behandlung, Akne (L70) betrifft vor allem die 15- bis 25-jährigen Versicherten und die meisten Schuppenflechte-Patienten (Psoriasis; L40) treten im Alter zwischen 60 und 80 Jahren auf. Die sonstige Dermatitis (L30) wird weitaus am meisten bei den unter 5-jährigen, aber auch bei den über 80-jährigen dokumentiert. Bei den Verletzungen und Vergiftungen sind die Einzeldiagnosen sogar so divers, dass keine einzelne Kodierung wesentlich die Anteile in bestimmten Altersgruppen erklärt. Bei dieser Erkrankungsart ist wiederum sehr gut die Wechselwirkung mit anderen Erkrankungen nachvollziehbar, so wirken sich auch Verschleißerscheinungen wie etwa ein geschwächter Muskel-Skelett-Apparat oder verminderte Sehfähigkeit darauf aus, ob es beispielsweise zu Stürzen kommt und diese dann medizinisch behandelt werden müssen. Bei den hier außerdem dargestellten Krankheiten des Atmungssystems werden die Anteilswerte mit höherem Alter sogar geringer: Es stechen besonders die unter 5-jährigen heraus, von denen etwa zwei Drittel wegen einer Atemwegserkrankung in ambulanter Behandlung gewesen sind. Dieser besonders hohe Anteil hängt allerdings auch mit der Erstattungsfähigkeit u. a. von Mund- und Rachentherapeutika sowie Erkältungsmitteln für Kinder bis 12 Jahren (III Kapitel 4.3) zusammen. Aber es ist auch bei den weiteren Altersgruppen zu beobachten, dass der Anteil der Versicherten mit zunehmendem Alter abnimmt, bis hin zu einem „Rentenknick“ ab dem 65. Lebensjahr. Im Vergleich zum Vorjahr sind gerade bei diesen beiden Teilgruppen die geringsten Steigerungen zu verzeichnen, so nahmen sowohl bei den unter 5-jährigen

Diagramm 2.3.4 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022) – Teil 2



gen genauso wie bei den ab 65-jährigen Versicherten die Anteile derer, die wegen Atmungssystem-Erkrankungen behandelt wurden, nur um rund +5 Prozentpunkte zu. Bei den 25- bis 59-Jährigen waren es hingegen im Mittel rund +19 Prozentpunkte. Eine ähnliche Verlaufskurve, aber auf deutlich niedrigerem Niveau zeigt sich bei den Infektionen: Am häufigsten waren Kinder aufgrund von Infektionen ambulant behandelt worden, mit Abstand war dies der Fall bei den unter 5-Jährigen, von denen rund jede(r) Zweite deshalb in Behandlung gewesen ist. Von den 5- bis 9-Jährigen haben immerhin noch rund 40% eine solche Diagnose bekommen, bei den nachfolgenden Altersgruppen pendeln sich die Anteilswerte wiederum im Bereich zwischen 20% bis 30% ein und auch ein leichter „Rentenknicke“ ab dem 65. Lebensjahr ist zu beobachten. Bei den Infektionen sind aber im Vergleich zum Vorjahr, anders als bei den Krankheiten des Atmungssystems, vor allem die Kinder bis 9 Jahre in größeren Teilen ambulant behandelt worden: Bei den 5- bis 9-jährigen ist der Anteil derjenigen mit einer ambulant behandelten Infektion um mehr als +11 Prozentpunkte und bei den unter 5-Jährigen um mehr als +8 Prozentpunkte gestiegen. Zu

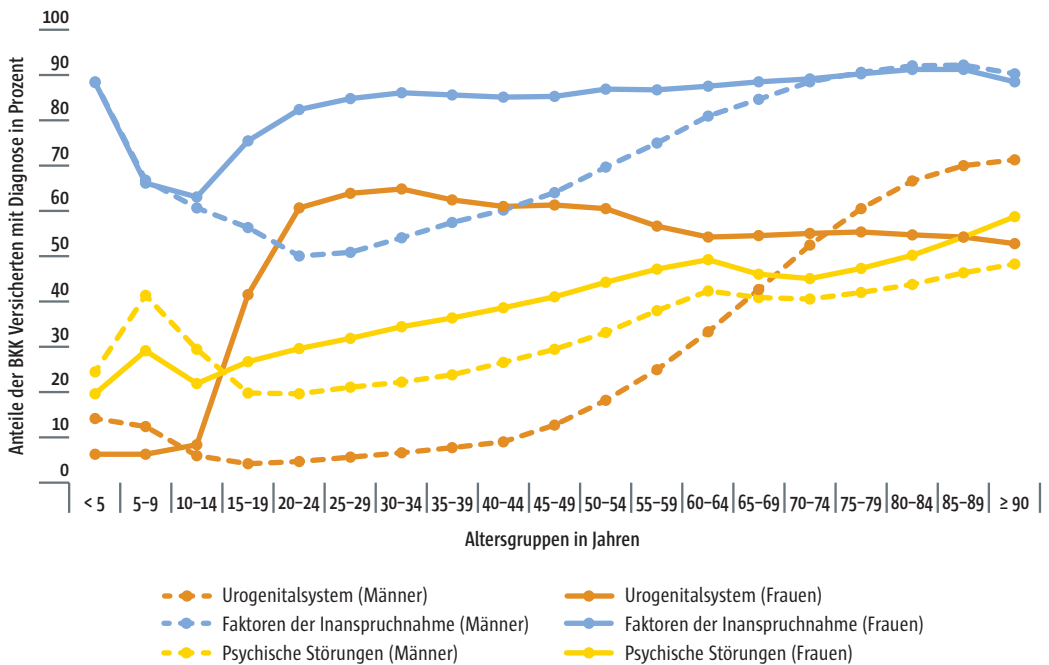
einem großen Teil ist dies darauf zurückzuführen, dass deutlich häufiger bei Kindern/Jugendlichen eine Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation (B34) diagnostiziert wurde. Bei denjenigen im Rentenalter sind dagegen nur um rund +1 Prozentpunkt mehr Versicherte wegen Infektionen behandelt worden.

Hingegen sehr unterschiedliche Verläufe nehmen die Anteilswerte der im **»»»** Diagramm 2.3.5 dargestellten Erkrankungsarten. So sind die altersspezifischen Geschlechtsunterschiede bei den Urogenital-Erkrankungen besonders auffällig. Hierbei sticht das häufige Auftreten dieser Erkrankungen besonders bei Frauen zwischen 20 und 54 Jahren mit Anteilswerten über 60% hervor, während in der gleichen Altersspanne die männlichen Versicherten zu weniger als 20% deshalb in ambulanter Behandlung waren. Dies ist insbesondere durch geschlechtsspezifisch unterschiedliche anatomische Gegebenheiten (bspw. unterschiedliche Länge der Harnröhre) bzw. durch jeweils geschlechtsspezifische Organe bedingt. Während bei dieser Erkrankungsart die Inanspruchnahmequote bei den Frauen hin zur höchst-

ten Altersgruppe zumindest leicht abnimmt, steigt bei den Männern der Anteil um das Vielfache, bis schließlich mehr als zwei Drittel der Männer ab dem 80. Lebensjahr eine solche Diagnose gestellt bekommen. Ein ähnliches Bild, wenn auch auf höherem Niveau der Anteilswerte, zeigt sich auch für die diagnostizierten Faktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens – die schon beschriebenen „Zusatzdiagnosen“ in der Klassifikation der Krankheiten (siehe **III** Exkurs Faktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens). Während über 88% bei den unter 5-Jährigen eine solche Diagnose bekommen haben (dies geht insbesondere auf die Kodierung Zoo zurück, worunter u. a. die Kindervorsorgeuntersuchungen fallen), nehmen bei den nächsthöheren Altersgruppen die Anteilswerte deutlich ab. Bei den ab 20-Jährigen zeigt sich schließlich eine große geschlechtsspezifische Differenz: Durchweg mehr als 80% der Frauen bekommen bis ins hohe Alter mindestens eine solche Zusatzdiagnose gestellt, bei den Männern sind es gerade bei den jungen Erwachsenen zwischen 20 und 29 Jahren nur knapp 50%. Grund dafür ist u. a. der hohe Anteil der Frauen, die Kontrazeptiva (Z30) bekommen, aber auch einige Krebsvorsorgeuntersuchungen (Z12) werden bei den Frauen schon ab dem 20. Lebensjahr empfohlen,

während Männer erst später – und dann auch nicht so zahlreich – für solche Untersuchungen eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen. Entsprechend erfolgen bei mehr als 40% der Frauen zwischen 25 und 69 Jahren Krebsvorsorgeuntersuchungen, bei den Männern hingegen ist hierfür die höchste Inanspruchnahme bei den 70- bis 79-Jährigen zu verzeichnen, von denen aber „nur“ etwa ein Viertel eine solche Untersuchung durchführen lässt. Die ebenfalls im Diagramm aufgeführten psychischen Störungen zeigen wiederum noch einen anderen Verlauf. Bei den 5- bis 9-Jährigen ist eine erste Spitze in der altersabhängigen Verteilungskurve zu beobachten, besonders die Jungen stechen dabei heraus. Diese sind häufiger als Mädchen von Sprachentwicklungsstörungen (F80) aber auch von Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (F82) sowie Verhaltens- und emotionalen Störungen (F98) betroffen. Ab der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen sind es hingegen die Frauen, die in höheren Anteilen aufgrund von psychischen Störungen in Behandlung sind. Dies geht insbesondere auf unterschiedliche Prävalenzen von Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen (F43) sowie depressiven Episoden (F32) zurück. Für beide Geschlechter gehen die Anteile mit einer diagnostizierten psychischen Störung direkt mit

Diagramm 2.3.5 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022) – Teil 3



2.3 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

dem Renteneintrittsalter leicht zurück, bei den über 90-Jährigen ist dann allerdings für beide Geschlechter der höchste Anteilswert zu verzeichnen. Für diese Altersgruppe spielt neben Depressionen auch die Demenz (F03) eine erhebliche Rolle, wovon in der Regel etwas weniger als ein Fünftel der Männer und etwa ein Viertel der Frauen betroffen ist.

2.3.2 Ambulante Versorgung nach Versichertenstatus

- Im Vergleich zum Vorjahr haben bei den Beschäftigten die Atemwegserkrankungen besonders stark zugenommen. Im aktuellen Berichtsjahr sind 61,9% deswegen ambulant behandelt worden, das sind rund +20 Prozentpunkte mehr als im Vorjahr.
- Auch die Anteile derer, die wegen Infektionen behandelt worden sind, sind bei den Beschäftigten, noch

stärker aber bei den Familienangehörigen, gestiegen.

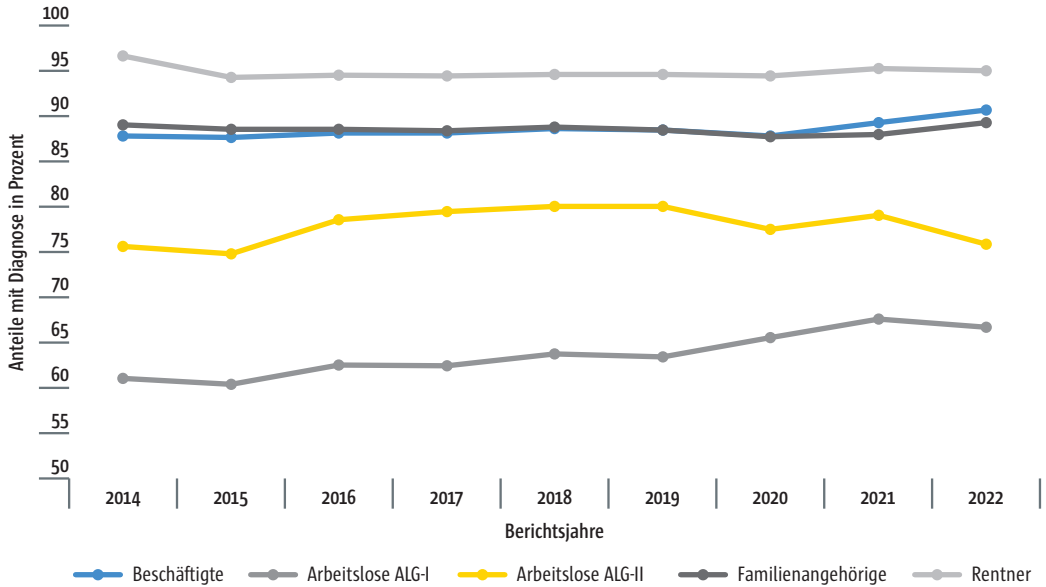
- Wie schon in den Vorjahren ist außerdem bei den Beschäftigten fast jeder Zweite wenigstens einmal aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen beim Arzt gewesen.
- Ebenfalls wie in den Jahren zuvor ist der Anteil an psychischen Diagnosen bei den ALG-II-Empfängern überdurchschnittlich hoch (39% mit einer solchen Diagnose).

Wie **»** Tabelle 2.3.1 zeigt, ist der schon beschriebene generelle Trend, dass mehr Frauen als Männer in ambulanter Behandlung sind, auch in den einzelnen Versichertengruppen wiederzufinden, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung. Bei der Gruppe der ALG-II-Empfänger ist die Wertedifferenz zwischen den Geschlechtern am größten, sodass nur 71,5% der männlichen, aber 80,1% der weiblichen Versicherten dieser Gruppe im aktuellen Berichtsjahr in ambulanter Behandlung waren. Ebenfalls einen Geschlechts-

Tabelle 2.3.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Versichertengruppen	Geschlecht	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Männer	87,8
	Frauen	94,2
	Gesamt	90,7
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	63,0
	Frauen	71,1
	Gesamt	66,7
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	71,5
	Frauen	80,1
	Gesamt	75,9
Familienangehörige	Männer	88,3
	Frauen	90,0
	Gesamt	89,3
Rentner	Männer	94,7
	Frauen	95,3
	Gesamt	95,0
BKK Versicherte insgesamt	Männer	89,9
	Frauen	94,2
	Gesamt	92,1

Diagramm 2.3.6 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen im Zeitverlauf (2014–2022)



unterschied von etwa 8 Prozentpunkten weisen die Arbeitslosen mit ALG-I-Bezug auf. Im Vergleich zum Vorjahr sind bei beiden Arbeitslosengruppen geringere Anteile ambulant behandelt worden, insbesondere bei den Frauen ging der jeweilige Anteilswert relativ deutlich zurück (Frauen ALG-II: -5,0 Prozentpunkte; Frauen ALG-I: -2,2 Prozentpunkte). Bei den ALG-I-Leistungen beziehenden Versicherten zeigt sich damit auch insgesamt der geringste Anteil mit einer ambulanten Diagnose: So ist für diese im Jahr 2022 bei nur 66,7% eine Diagnose dokumentiert worden, immerhin rund -24 Prozentpunkte weniger als bei den Beschäftigten. Wie entsprechend der Altersanalysen zu erwarten ist, ist wiederum bei den Rentnern mit 95,0% sowohl der höchste Anteil bei gleichzeitig geringstem geschlechtsspezifischem Unterschied zu finden. Das damit für den ambulanten Sektor beschriebene Bild der Inanspruchnahme nach Versichertengruppen spiegelt sich ähnlich auch im Arzneimittelverordnungsgeschehen (III Kapitel 4.3) wider. Hingegen sind in der stationären Versorgung die beiden Arbeitslosengruppen deutlich häufiger und länger in Behandlung (III Kapitel 3.3) – was insbesondere auf einen hohen Anteil psychischer Erkrankungen zurückzuführen ist.

Das III Diagramm 2.3.6 zeigt die Anteile mit Diagnose für die verschiedenen Versichertengruppen in Zeitverlauf seit 2014. Dabei sind Veränderungen vor

allem bei den Anteilswerten für die beiden dargestellten Arbeitslosengruppen festzustellen. Wie schon erwähnt, ist die größte Veränderung gegenüber dem Vorjahr bei den ALG-II-Empfängern zu verzeichnen: Deren Inanspruchnahmequote ist deutlich um -3,1 Prozentpunkte gesunken. Damit ist der Anteil von ALG-II-Leistungen beziehenden Versicherten im aktuellen Berichtsjahr so niedrig wie seit 2015 nicht mehr. Auch bei den ALG-I-Empfängern ist der Anteilswert zumindest leicht gesunken, nachdem dieser in den Jahren zuvor fast kontinuierlich gestiegen war: Sind im Jahr 2015 nur 60,4% der Arbeitslosen mit ALG-I-Bezug in ambulanter Behandlung gewesen, so ist dieser Wert in den folgenden Jahren durchschnittlich um +1 Prozentpunkt bis zum höchsten Wert im Jahr 2021 (67,7%) gestiegen. Bei den anderen Versichertengruppen sind hingegen deutlich weniger Veränderungen zwischen den Jahren zu beobachten. Im aktuellsten Berichtsjahr hat der Anteilswert noch am stärksten bei den Beschäftigten mit +1,4 Prozentpunkten zugenommen, gefolgt von den Familienangehörigen (+1,2 Prozentpunkte).

Auch in der detaillierten Betrachtung differenziert nach Diagnosehauptgruppen (III Tabelle 2.3.2) weisen die ALG-I-Empfänger durchweg geringere Anteilswerte im Vergleich zu allen Versicherten auf. So waren nur 27,9% aufgrund von Atemwegserkrankungen und nur 11,4% aufgrund von Infektionen in am-

2.3 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

bulanter Behandlung gewesen – jeweils ein weniger als halb so hoher Anteilswert wie bei den Versicherten insgesamt. Hier zeigen sich auch sehr starke Unterschiede in den Veränderungen der Anteilswerte gegenüber dem Vorjahr: Nur +3,6 Prozentpunkte mehr ALG-II-Empfänger sind wegen Krankheiten des Atmungssystems ambulant behandelt worden, während dieser Anteilswert bei den Familienangehörigen um +12,9 Prozentpunkte und bei den Beschäftigten sogar um +20,4 Prozentpunkte gestiegen ist. Es ist allerdings insgesamt zu vermuten, dass Arbeitslose gerade bei solchen Kurzzeiterkrankungen eher darauf verzichten, zum Arzt zu gehen: Während hierfür bei den beschäftigten Mitgliedern oftmals die Attestierung von Arbeitsunfähigkeit ausschlaggebend für den Arztbesuch ist, besteht bei Arbeitslosen solch ein „Nachweisdruck“ nicht (für ALG-I-Empfänger besteht eine solche Verpflichtung, allerdings nur bei anberaumten Terminen). Auch bei anderen Erkrankungsarten bestehen sehr starke Unter-

schiede, z.B. sind Augenkrankheiten nur bei einem weniger als halb so großen Anteil der ALG-I-Empfänger im Vergleich zu den Versicherten insgesamt diagnostiziert worden (10,9% vs. 25,7%). Ebenso besteht wie in den letzten Jahren bei den Inanspruchnahmefaktoren eine enorme Differenz zwischen den beiden besagten Versichertengruppen. Auch bei den ALG-II-Empfängern sind die Anteile mit Diagnose fast durchweg geringer als bei den Versicherten insgesamt – allerdings mit Ausnahme der psychischen Störungen: Bei den ALG-II-Empfängern sind sie mit 39,2% die (abgesehen von den für diese noch häufiger dokumentierten Inanspruchnahmefaktoren) am häufigsten diagnostizierte Erkrankungsart. Bei den Familienangehörigen fallen hingegen – wie aufgrund des hohen Kinder- und Jugendlichenanteils zu erwarten – vor allem die Anteile der Infektionsdiagnosen (30,5%) sowie die der Krankheiten des Atmungssystems (56,3%) überdurchschnittlich aus. Die größten Steigerungen im Vergleich zum Vorjahr sind

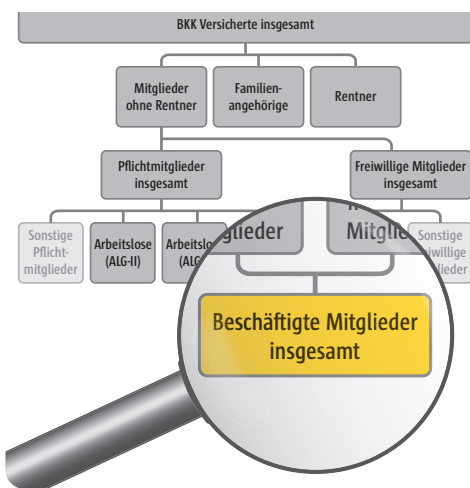
Tabelle 2.3.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)

Diagnosehauptgruppen	Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familienangehörige	Rentner	BKK Versicherte insgesamt
Infektionen	25,8	11,4	16,9	30,5	18,2	25,9
Neubildungen	18,3	11,7	8,9	9,3	37,6	20,4
Ernährung und Stoffwechsel	36,3	30,1	30,5	17,0	73,5	39,7
Psychische Störungen	31,4	33,4	39,2	27,4	47,5	34,8
Nervensystem	19,4	18,3	18,8	8,3	40,6	21,5
Auge	17,4	10,9	12,0	26,2	45,3	25,7
Ohr	12,5	8,5	9,3	16,1	27,9	16,9
Herz-Kreislauf-System	29,6	25,8	23,6	10,3	79,2	35,4
Atmungssystem	61,9	27,9	35,3	56,3	38,8	56,2
Verdauungssystem	26,0	20,3	22,7	16,8	50,7	29,3
Haut	22,6	14,3	17,2	24,5	34,8	26,2
Muskel-Skelett-System	48,8	35,8	36,8	21,9	71,3	47,6
Urogenitalsystem	34,7	21,1	24,1	20,1	53,1	35,6
Verletzungen/Vergiftungen	24,1	14,8	18,1	22,0	33,5	26,2
Faktoren der Inanspruchnahme	72,4	46,8	54,1	70,6	87,4	76,2
Gesamt	90,7	66,7	75,9	89,3	95,0	92,1

auch bei diesen beiden Erkrankungen zu finden. Neben diesen beiden schon mehrfach erwähnten, besonders hervorstechenden Diagnosehauptgruppen ist aber auch erwähnenswert, dass Familienangehörige zudem auch deutlich häufiger aufgrund von Krankheiten des Ohres und des Auges in ambulanter Behandlung waren. 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. Aber gerade aufgrund der schon zuvor beschriebenen großen Betroffenheit der Beschäftigten von Atemwegserkrankungen (61,9%) liegt für diese Versichertengruppe der Anteilswert merklich über dem der Versicherten insgesamt (56,2%). Zudem sind die beschäftigten Mitglieder häufiger als der Durchschnitt aller Versicherten wegen Muskel-Skelett-Krankheiten (48,8%) in ambulanter Behandlung.

Wiederum in der Gruppe der Rentner sind muskuloskeletale Erkrankungen mit einem Anteil von 71,3% wie zuvor schon dargelegt deutlich verbreiteter, noch größere Anteile der berenteten Versicherten sind von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (79,2%) sowie Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (73,5%) betroffen. Wie schon ausgeführt wurde, bedeuten diese Erkrankungsarten in der ambulanten Versorgung in weiten Teilen nicht akut lebensbedrohliche Vorfälle. Vielmehr handelt es sich hier oftmals um chronische Krankheiten, wie krankhaft erhöhte Cholesterin- bzw. Blutfettwerte und Bluthochdruck.

Fokus Beschäftigte Mitglieder

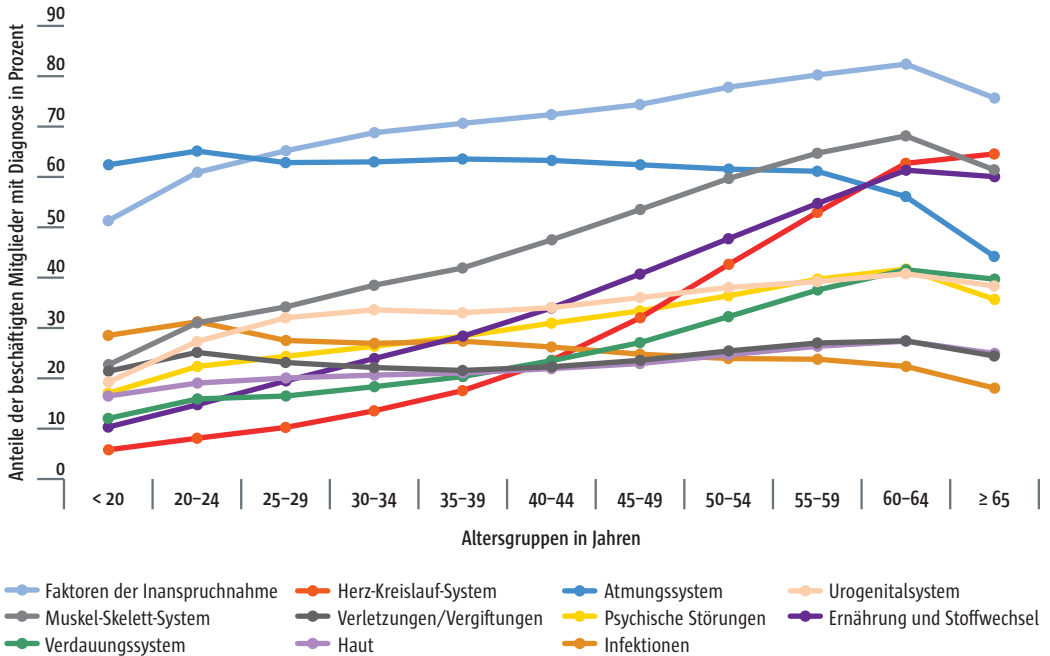


- Bei den Beschäftigten hat sich der Anteil derer, die aufgrund von einer akuten Infektion der oberen Atemwege (I06) behandelt worden sind, mit rund 45% gegenüber dem Vorjahr verdoppelt. Die Anteile derer, die mit einer COVID-19-Diagnose behandelt worden sind, haben sich sogar mehr als verdreifacht.
- Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich bei den unter 20-jährigen Beschäftigten u.a. eine geringere Inanspruchnahme von Impfungen gegen Infektionskrankheiten (Z26) sowie (vermutlich damit zusammenhängend) weniger Komplikationen bei Eingriffen und Behandlungen (T88).

Die Gruppe der beschäftigten Mitglieder macht fast die Hälfte aller Versicherten aus und steht im Fokus bei den arbeitsweltlichen Analysen in diesem Kapitel. Aus diesem Grund sind nachfolgend weitere Details zu den Beschäftigten dargestellt.

In der Betrachtung der Anteilswerte für ausgewählte Erkrankungsarten nach Altersgruppen (»»» Diagramm 2.3.7) ist auch im ambulanten Versorgungssektor der schon aus anderen Leistungsbereichen bekannte, sogenannte healthy worker effect zu erkennen: Erwerbstätige, die kurz vor dem regulären Renteneintrittsalter stehen, weisen niedrigere Kennwerte auf als jüngere Beschäftigte. Dies legt oberflächlich betrachtet eine bessere Gesundheit in dieser Altersgruppe nahe, wesentlich geht dies aber auf einen vorhergehenden Selektionseffekt zurück. So scheiden Personen mit chronischen bzw. schweren Erkrankungen häufig schon vorzeitig aus dem Erwerbsleben aus, sodass es sich bei den Beschäftigten ab 65 Jahren um eine positiv-selektierte Gruppe bezogen auf ihren Gesundheitszustand handelt. Bei fast allen hier dargestellten Diagnosegruppen ist dieser Effekt zu verzeichnen, am stärksten ist dabei der Rückgang des Anteilswerts ausgeprägt bei den Krankheiten des Atmungssystems mit -11,8 Prozentpunkten. Kein healthy worker effect ist hingegen bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu beobachten: 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 schon zuvor für die Versicherten insgesamt beschrieben (»»» Diagramm 2.3.3–2.3.5), für die Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine enorme Steigerung von den Jüngsten zu den Ältesten im Vergleich mit einem mehr als elfmal so großen Anteil der Beschäftigten mit einer solchen Diagnose. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich neben den Steigerungen der Anteilswerte bei den Krankheiten des Atmungssystems und Infektionen, von denen alle Altersgruppen betroffen sind, punktuell

Diagramm 2.3.7 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)



ein Rückgang der Anteile mit Diagnose aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme (-4,2 Prozentpunkte) sowie der Verletzungen/Vergiftungen (-3,6 Prozentpunkte) bei den unter 20-Jährigen. Zurückzuführen ist dies u. a. auf eine geringe Inanspruchnahme von Impfungen gegen Infektionskrankheiten (Z26) sowie (vermutlich damit zusammenhängend) weniger Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung (T88).

Die **III** Tabelle 2.3.3 stellt für die Gruppe der beschäftigten Mitglieder die häufigsten Einzeldiagnosen differenziert für Frauen und Männer dar. Wenig überraschend sind weiterhin die speziellen Untersuchungen/Abklärungen (Z01) die mit Abstand am häufigsten dokumentierte Diagnose, wobei sich wie zu erwarten auch bei den beschäftigten Mitgliedern ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern zeigt (Frauen: 72,6% vs. Männer: 48,0%). Ebenso zu erwarten sind die deutlich gestiegenen Anteilswerte der akuten Infektion der oberen Atemwege (J06), die sich bei beiden Geschlechtern im Vergleich zum Vorjahr mehr als verdoppelt haben (Männer +22,4 Prozentpunkte; Frauen: +25,2 Prozentpunkte). Zudem sind im aktuellen Berichtsjahr im Vergleich zu 2021

sogar mehr als dreimal so viele Beschäftigte wegen einer (nicht-)nachgewiesenen COVID-19-Infektion ambulant behandelt worden (Männer +22,1 Prozentpunkte; Frauen: +25,9 Prozentpunkte). Auch die speziellen Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2 (U99) sind im Vergleich zum Vorjahr deutlich häufiger Grund für das Aufsuchen der ambulanten Versorgung gewesen, bei beiden Geschlechtern stiegen die Anteilswerte um rund +5 Prozentpunkte. Impfungen gegen COVID-19 sind hingegen bei deutlich weniger Beschäftigten erfolgt. Abseits dessen sind die Veränderungen bei den häufigsten Einzeldiagnosen höchstens moderat und damit zeichnet sich das Bild recht ähnlich zu den Vorjahren. So bezieht sich bei den Frauen mit einem Anteilswert von 43,2% die dritthäufigste Diagnose auf kontrazeptive Maßnahmen (Z30), gefolgt von Krebsvorsorgeuntersuchungen (Z12), die bei 42,3% der beschäftigten Frauen durchgeführt worden sind. Bei den männlichen Beschäftigten wiederum ist auch in diesem Jahr fast jeder Vierte (23,1%) aufgrund von Rückenschmerzen (M54) behandelt worden, bei etwas mehr als jedem Fünften (21,4%) ist Bluthochdruck (I10) Grund für eine ambulante Behandlung gewesen.

Tabelle 2.3.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

ICD-10-Code	Diagnosen	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
Männer		
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	48,0
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	42,9
U07	COVID-19-Virus nachgewiesen/nicht nachgewiesen	32,6
M54	Rückenschmerzen	23,1
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	21,4
U99	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2	17,0
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	15,4
U11	Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19	11,1
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	10,9
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	9,8
Frauen		
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	72,6
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	48,0
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	43,2
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	42,3
U07	COVID-19-Virus nachgewiesen/nicht nachgewiesen	37,9
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	34,1
M54	Rückenschmerzen	27,2
U99	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2	19,9
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	15,9
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	15,2

2.3.3 Ambulante Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen

Nachfolgend werden die ambulanten Versorgungsdaten nach höchstem Schul- und Berufsabschluss differenziert. Hierzu wird wiederum die Gruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt betrachtet, da nur bei dieser Versichertengruppe die entsprechen-

de Zuordnung nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) vorliegt.

Höchster Schul- und Berufsabschluss

- Diejenigen ohne einen Schulabschluss sind im Vergleich zu Beschäftigten mit einem qualifizierten Schulabschluss mit Abstand am seltensten in ambulanter Behandlung. Im aktuellen Berichtsjahr sind

2.3 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

die Anteile derjenigen ohne einen Schulabschluss mit einer Diagnose sogar im Vergleich zum Vorjahr noch gesunken.

- Beschäftigte mit einem Hochschulabschluss sind im Vergleich zu denen mit anderen Berufsabschlüssen seltener wegen Infektionen, Krankheiten des Atmungssystems, psychischen Störungen oder Verletzungen/Vergiftungen behandelt worden.

Bei der Analyse der Anteile der Beschäftigten mit Diagnose, aufgeschlüsselt nach höchstem Schulabschluss (»»» Tabelle 2.3.4), ist auffällig, dass diejenigen ohne einen Schulabschluss – obwohl sie überdurchschnittliche Kennwerte im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (»»» Kapitel 1.3) sowie in der stationären Versorgung (»»» Kapitel 3.3) aufweisen – die geringsten Anteile an Beschäftigten aufweisen, die in ambulanter Behandlung gewesen 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 nur knapp ein Jahr älter als der Durchschnitt). So sind i. d. R. für diese Gruppe erheblich weniger Zusatzdiagnosen sowie Urogenitalerkrankungen dokumentiert, außerdem sind die Anteile mit ambulant diagnostizierten Atmungssystem-Erkrankungen sowie Neu-

bildungen deutlich geringer. Im Vergleich zum Vorjahr ist zudem bei denjenigen ohne Schulabschluss dieser Anteilswert auch noch gesunken, bei den Frauen stärker (-7,7 Prozentpunkte) als bei den Männern (-4,7 Prozentpunkte).

In der Differenzierung nach höchstem Berufsabschluss sind es in der Regel und so auch im aktuellen Berichtsjahr die Beschäftigten mit Bachelor-Abschluss, deren Anteile mit Diagnose sehr niedrig sind, bei den männlichen Absolventen ist der Wert sogar noch einmal deutlich geringer als bei den weiblichen. Zu bedenken ist dabei aber, dass Bachelor-Absolventen auch mehr als 8 Jahre jünger als der Durchschnitt aller Beschäftigten sind. Wie dem Alter entsprechend zu erwarten ist, besteht bei den Bachelor-Absolventen auch der größte Unterschied zwischen den Geschlechtern mit einer Differenz von fast 10 Prozentpunkten (Frauen: 91,1% vs. Männer: 81,5%). Nur wenig älter sind diejenigen ohne einen beruflichen Ausbildungsabschluss, wozu u. a. auch die Auszubildenden zählen. Wie zu erwarten, ist auch von dieser Beschäftigtengruppe nur ein unterdurchschnittlicher Anteil in ambulanter Behandlung gewesen. Dies steht allerdings im Kontrast zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (»»» Kapitel 1.3), wo diejenigen ohne Abschluss überdurchschnittliche Fehlzeiten aufweisen. Diese weisen in der ambulanten

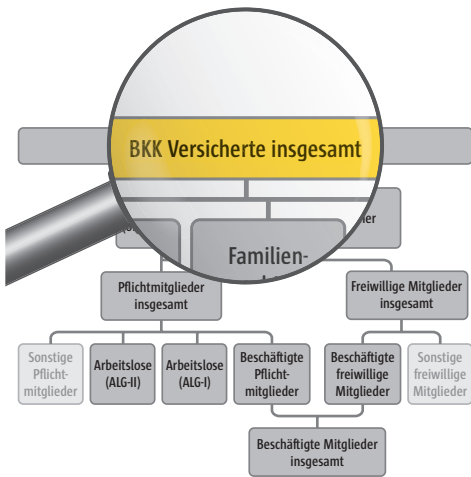
Tabelle 2.3.4 Ambulante Versorgung – Anteile mit Diagnose und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	Durchschnittsalter in Jahren	Männer	Frauen	Gesamt
			Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent		
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	43,2	73,3	77,3	74,5
	Haupt-/Volksschulabschluss	46,3	90,4	93,9	91,6
	Mittlere Reife oder gleichwertig	42,5	90,2	95,5	92,9
	Abitur/Fachabitur	39,8	85,7	93,4	89,6
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	34,1	82,1	89,4	85,2
	Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	44,6	91,0	95,9	93,4
	Meister/Techniker oder gleichwertig	46,4	90,5	94,9	91,7
	Bachelor	34,5	81,5	91,1	86,3
	Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	44,0	86,3	93,1	89,4
	Promotion	44,7	82,6	91,4	86,3
Gesamt		42,9	87,8	94,2	90,7

ten Versorgung bei vielen Erkrankungsarten unterdurchschnittliche Anteilswerte auf, dies gilt auch bei den Zusatzfaktoren der Inanspruchnahme, worunter Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen fallen. Möglicherweise gehen von denjenigen ohne einen Abschluss mehr Personen erst dann zur Ärztin oder zum Arzt, wenn es ein ‚ernster‘ Vorfall ist. Anders hingegen bei denjenigen mit einem anerkannten Berufsausbildungsabschluss: Diese weisen auch in den anderen Leistungsbereichen überdurchschnittlich hohe Kennwerte auf, so sind auch in der ambulanten Versorgung deren Anteilswerte am

höchsten (Frauen: 95,9% vs. Männer: 91,0%). Ebenso sind von den Meistern bzw. Technikern überdurchschnittlich viele ambulant behandelt worden. Diejenigen mit einem Hochschulabschluss sind hingegen zu geringeren Anteilen in ambulanter Behandlung gewesen, dies zeigt sich auch bei Differenzierung nach Diagnosegruppen, so sind Hochschulabsolventen u. a. seltener wegen Infektionen, Krankheiten des Atmungssystems, psychischen Störungen sowie Verletzungen/Vergiftungen behandelt worden.

2.4 Ambulante Versorgung in Regionen



Auch der jeweilige Wohnort der Versicherten selbst hat einen Einfluss auf deren Gesundheit – ursächlich hierfür sind unterschiedliche regionale Lebens- und Arbeitsbedingungen (z.B. Wirtschaftskraft, die Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote sowie weitere soziokulturelle Bedingungen), aber auch die medizinische Versorgung vor Ort (z.B. Arzt-, Krankenhaus- und Apothekendichte). Nachfolgend werden deshalb die Kennwerte der ambulanten Versorgung regional differenziert betrachtet. Im Vergleich zum Vorjahr zeigen sich dabei auch auf regionaler Ebene die schon beschriebenen Veränderungen, allerdings treten keine besonderen pandemiebedingten Muster zu Tage, sodass nachfolgend im Wesentlichen keine Details zu Veränderungen zum Vorjahr zu erörtern sind.

- Sachsen-Anhalt ist weiterhin mit deutlichem Abstand Spitzenreiter bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Im Jahr 2022 sind rund 48% der dortigen Versicherten aufgrund dessen in ambulanter Behandlung gewesen. Zum Vergleich: In Hamburg waren es nur etwa 27%.

- Sachsen-Anhalt hat auch bei Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten den Spitzenplatz inne, die höchsten Anteile der Versicherten mit psychischen Störungen und Urogenital-Krankheiten sind hingegen in Mecklenburg-Vorpommern zu finden.

Bei der detaillierteren Analyse des regionalen Krankheitsgeschehens bezüglich der im ambulanten Bereich häufigsten Diagnosehauptgruppen (» Tabelle 2.4.1) zeigen sich bei bestimmten Erkrankungsarten insbesondere zwischen den Ost- und Westbundesländern deutliche Unterschiede. Dabei spielen das höhere Durchschnittsalter (» Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten), die höhere Arbeitslosenquote sowie infrastrukturelle Unterschiede in den ostdeutschen Bundesländern sicher eine große Rolle.

So sind in den Ostbundesländern in der Regel höhere Versichertenanteile aufgrund von solchen Erkrankungsarten ambulant behandelt worden, die häufiger bei den höheren Altersgruppen diagnostiziert werden (vgl. » Kapitel 2.3.1). Dies gilt insbesondere für die als „Seniorenkrankheiten“ geltenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Wie schon in den Vorjahren sind diese mit Abstand am häufigsten in Sachsen-Anhalt festgestellt worden, 47,8% der dort wohnhaften BKK Versicherten sind aufgrund dessen in ambulanter Behandlung gewesen. Zudem sind die nachfolgend höchsten Anteilswerte allesamt in den Ostbundesländern zu verorten. Die geringsten Anteile von Versicherten mit einer kardiovaskulären Diagnose weisen wie schon im vergangenen Jahr Hamburg (27,1%) und Baden-Württemberg (30,5%) auf. Weiterhin liegen auch bei den Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (45,5%) sowie den Muskel-Skelett-Erkrankungen (54,6%) die höchsten Anteilswerte wie schon im Vorjahr in Sachsen-Anhalt. Mecklenburg-Vorpommern ist wiederum Spitzenreiter bei den Anteilen derer, die aufgrund von psychischen Störungen (39,9%) sowie Krankheiten des Uro-

Tabelle 2.4.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2022)

Bundesländer	Infektionen	Ernährung und Stoffwechsel	Psychische Störungen	Herz-Kreislauf-System	Atmungssystem	Verdauungssystem	Haut	Muskel-Skelett-System	Urogenital-system	Verletzungen/Vergiftungen	Faktoren der Inanspruchnahme
Baden-Württemberg	24,4	35,4	33,3	30,5	55,3	25,2	25,0	44,1	34,4	24,3	76,6
Bayern	25,2	38,6	33,8	32,5	59,0	28,7	26,5	47,2	35,1	27,2	77,6
Berlin	26,3	37,7	37,9	32,2	52,6	27,5	24,5	44,0	33,1	23,0	70,9
Brandenburg	24,4	41,6	35,9	39,6	55,5	27,9	25,8	49,0	36,8	24,0	75,3
Bremen	28,4	39,7	36,9	35,4	51,3	30,1	26,4	46,0	33,6	24,1	73,6
Hamburg	25,8	32,6	34,8	27,1	52,7	24,3	23,5	38,7	30,7	22,1	71,9
Hessen	25,9	38,8	33,9	34,3	56,6	29,3	25,9	46,9	34,3	26,4	75,5
Mecklenburg-Vorpommern	27,9	45,4	39,9	44,2	57,0	31,1	28,0	52,6	39,0	26,2	79,3
Niedersachsen	29,6	40,2	36,3	37,7	55,7	30,1	26,8	49,3	36,4	27,0	76,6
Nordrhein-Westfalen	25,6	42,1	34,5	37,6	55,6	31,8	26,4	48,3	36,4	26,5	76,2
Rheinland-Pfalz	25,8	43,3	34,8	38,9	56,0	31,8	27,0	50,4	38,0	27,9	74,0
Saarland	25,7	42,3	35,8	38,3	57,8	33,2	25,7	51,0	34,9	28,6	76,9
Sachsen	23,6	42,0	36,5	42,5	51,9	28,6	26,1	50,8	36,7	24,6	76,3
Sachsen-Anhalt	25,3	45,5	38,1	47,8	54,3	32,0	28,1	54,6	38,3	26,8	78,0
Schleswig-Holstein	28,1	35,5	34,0	34,0	52,8	27,6	25,3	45,6	32,9	25,6	73,9
Thüringen	23,4	44,1	36,0	46,1	55,1	32,1	27,0	53,6	37,0	27,6	76,6
Gesamt	25,9	39,7	34,8	35,4	56,2	29,3	26,2	47,6	35,6	26,2	76,2

genitalsystems (39,0%) behandelt wurden. Außerdem sind in diesem Bundesland am häufigsten Diagnosen aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme (79,3%) vergeben worden.

An dieser Stelle sei außerdem auf eine Besonderheit bei den Diagnoseraten für Neubildungen in Bre-

men hingewiesen (nicht in der Tabelle dargestellt): In diesem Bundesland sind in der stationären Versorgung für diese Erkrankungsart sehr viele Fälle und Behandlungstage zu verzeichnen (nähere Erläuterungen hierzu in **III** Kapitel 3.4) – in der ambulanten Versorgung ist hier hingegen der Anteil Versi-

2.4 Ambulante Versorgung in Regionen

cherter mit einer Neubildungsdiagnose unterdurchschnittlich (18,2%) im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (20,4%).

Wie schon bei den Anteilswerten bezogen auf alle Diagnosen erhöht sich auch bei Betrachtung einzelner Erkrankungsarten die Varianz, wenn man die Anteile auf Kreisebene statt für Bundesländer betrachtet. Nachfolgend werden die landkreisbezogenen Kennwerte für vier ausgewählte Diagnosehauptgruppen betrachtet, diejenigen Diagnosehauptgruppen mit der dabei größten bzw. geringsten Kennwertvarianz werden exemplarisch auch als Diagramm dargestellt.

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems: Waren im Bundesländervergleich die Versicherten in Sachsen-Anhalt den Diagnoseanteilen zufolge am häufigsten von diesen Erkrankungen betroffen, so zeigt sich auch auf Kreisebene insbesondere dort, aber auch in den angrenzenden Bundesländern, eine deutliche Häufung überdurchschnittlicher Anteilswerte. So ist mit 58,8% der höchste Anteil der Versicherten mit einer solchen Diagnose im brandenburgischen Kreis Elbe-Elster zu finden, gefolgt vom Dessau-Roßlau in Sachsen-Anhalt (58,6%) sowie dem thüringischen Kreis Hildburghausen (58,5%). Aber auch in den rheinland-pfälzischen Landkreisen in der Nähe zur französischen Grenze sind regelmäßig deutlich überdurchschnittliche Inanspruchnahmequoten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen zu verzeichnen, am höchsten im aktuellen Berichtsjahr im Kreis Südwestpfalz mit immerhin 57,3% der Versicherten, die eine solche Diagnose erhalten haben. In Rheinland-Pfalz ist zugleich auch ein deutlich unterdurchschnittlicher Anteilswert zu finden und zwar in der Stadt Trier, wo nur 39,5% aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung waren. Ebenfalls beachtlich fällt die Differenz zwischen höchster und niedrigster Inanspruchnahmequote in Hessen aus (Werra-Meißner-Kreis: 55,4% vs. Frankfurt am Main: 37,6%). Die wenigsten Versicherten, die wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen behandelt worden sind, sind hingegen auf Kreisebene in Flensburg (33,3%) und Heidelberg (33,8%) zu finden.

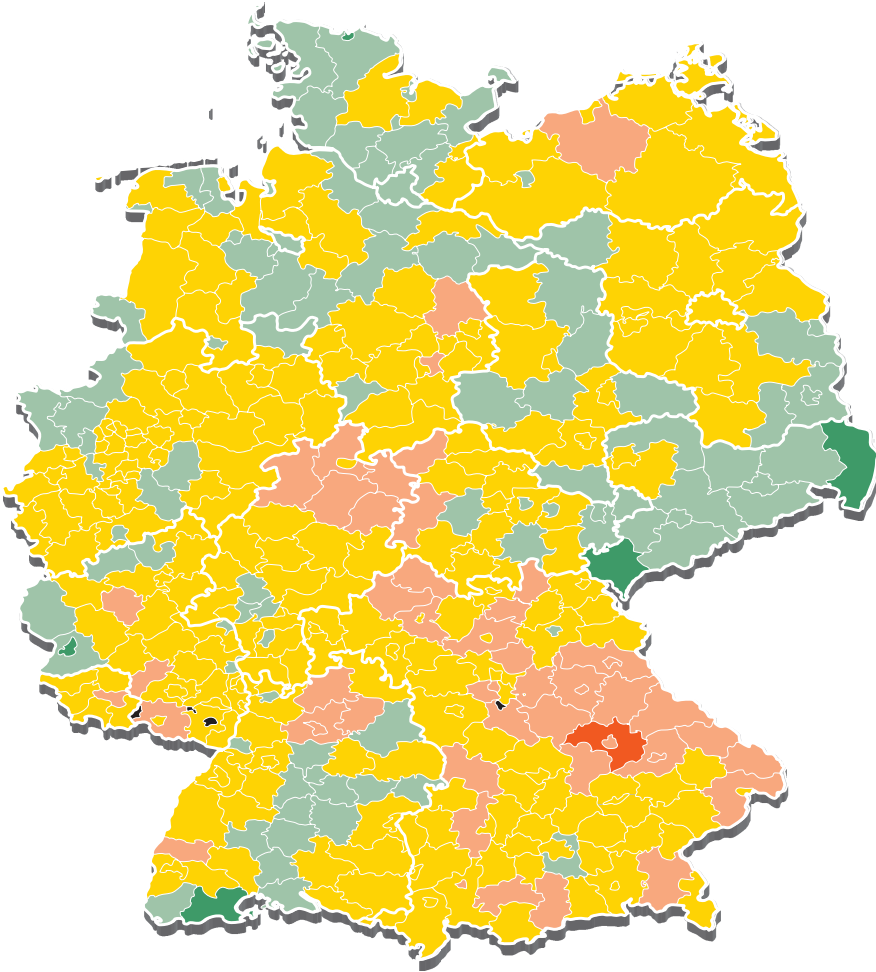
Krankheiten des Atmungssystems: Wie anhand von **»»** Diagramm 2.4.1 zu erkennen ist, sind die Anteile der Versicherten mit einer diagnostizierten Atmungssystem-Erkrankung weniger stark schwankend. War im Bundesländervergleich Bayern mit einem Anteilswert von 59% zumindest leicht hervorstechend, so sind es auch bayrische Kreise, in denen entsprechende Diagnosen im aktuellen Berichtsjahr am häufigsten gestellt worden sind: Im Landkreis

Regensburg waren es 66,2%, im Kreis Neustadt an der Waldnaab 64,5% und im Landkreis Bamberg 63,5% der Versicherten, die aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems in ambulanter Behandlung gewesen sind. Andererseits sind im bayrischen Bayreuth mit 49,8% erkennbar unterdurchschnittlich viele Versicherte deswegen behandelt worden. Eine ähnlich große Schwankungsbreite bei den Anteilswerten weist wiederum das Nachbarbundesland Baden-Württemberg auf: So sind im Neckar-Odenwald-Kreis 60,5% der Versicherten aufgrund von dieser Erkrankungsart behandelt worden, im Kreis Waldshut sind es hingegen nur 44,7% gewesen. Der geringste Anteilswert hingegen ist auch im aktuellen Berichtsjahr wieder in Flensburg mit 41,6% zu verzeichnen.

Krankheiten des Kreislaufsystems: Wie das **»»** Diagramm 2.4.2 eindrücklich erkennen lässt, sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen besonders in den ostdeutschen Kreisen deutlich überdurchschnittlich häufig (d.h. mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt) Grund für eine ambulante Behandlung. Ausnahmen bilden insbesondere Berlin, Potsdam und der „Speckgürtel“ um diese Städte. Hingegen liegen diejenigen sechs Kreise, in denen sogar mehr als die Hälfte der Versicherten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Behandlung sind, allesamt in ostdeutschen Bundesländern. Wie schon im Vorjahr hat dabei der Saalekreis in Sachsen-Anhalt mit 53,3% den Spitzenplatz inne, gefolgt vom thüringischen Kreis Schmalkalden-Meiningen mit 52,4% und Dessau-Roßlau (ebenfalls Sachsen-Anhalt; 51,5%). Eine deutliche Häufung von Kreisen, in denen hingegen nur ein deutlich unterdurchschnittlicher Anteil der Versicherten wegen solcher Beschwerden behandelt worden ist, ist in den süddeutschen Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg zu finden, d.h. in den Bundesländern, in denen die Versicherten jünger als der Gesamtdurchschnitt sind. So waren in Freiburg im Breisgau nur 22,4%, in Heidelberg sogar nur 21,2% der Versicherten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen behandelt worden.

Psychische Störungen: Auch in der landkreisbezogenen Auswertung der Anteile Versicherter mit einer ambulant diagnostizierten psychischen Störung ist der Schwankungsbereich der Werte ebenfalls nicht so groß wie bei den zuvor dargestellten Muskel-Skelett- bzw. Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Wie schon im Vorjahr sind die höchsten Werte in den Küstenregionen Deutschlands zu finden: Mit einem Anteil von 43,5% sind die meisten Versicherten mit einer solchen Diagnose in Rostock in Mecklenburg-Vorpommern zu finden, auch im niedersächsischen Wilhelmshaven (41,7%), im mecklenburg-vorpom-

Diagramm 2.4.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für Krankheiten des Atmungssystems nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2022)



Prozentuale Abweichungen der Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose vom Bundesdurchschnitt (56,2%)

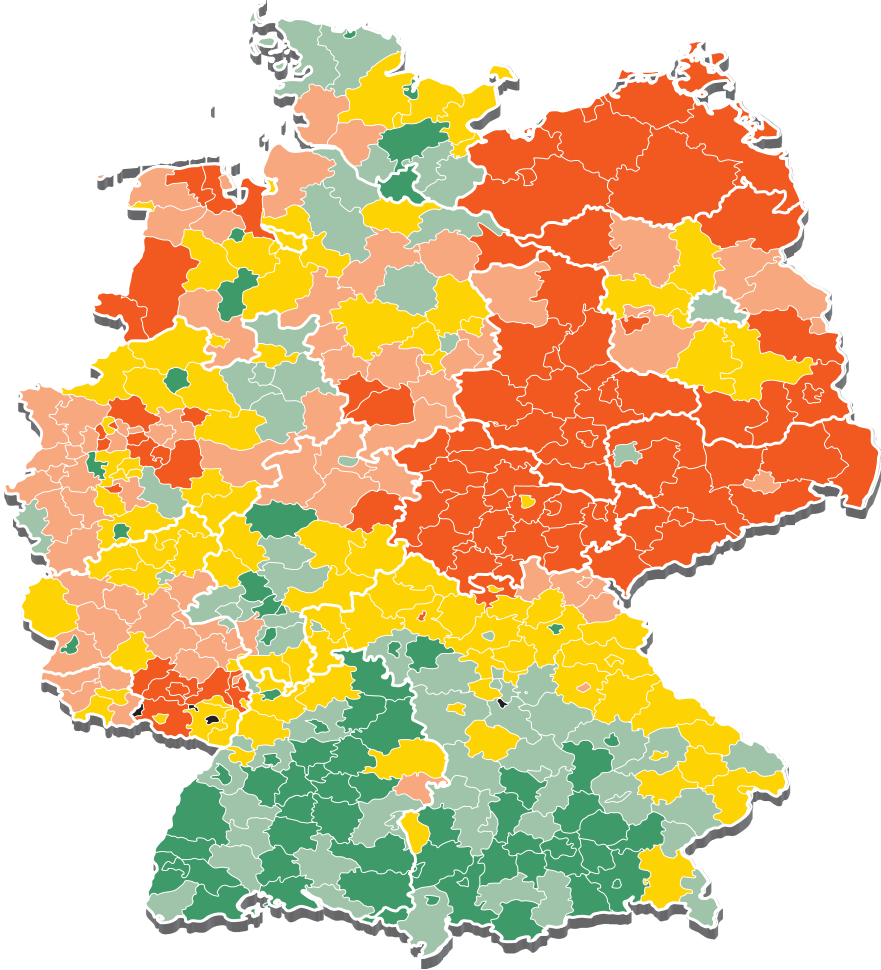
- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
- 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt
- 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt
- mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
- ± 5% um den Bundesdurchschnitt
- keine Angaben*

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

merschen Schwerin (40,9%) oder dem schleswig-holsteinischen Lübeck (40,2%) sind die Anteilswerte erheblich über dem Gesamtdurchschnitt (34,8%). Auch in der Gesamtbetrachtung der Kennwerte ist auffäl-

lig, dass diejenigen Regionen mit besonders hohen Anteilswerten (mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt) meist kleine Kreise bzw. Kreisstädte (z.B. Hof, Halle an der Saale) sind. Möglicherweise tritt

Diagramm 2.4.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für Krankheiten des Kreislaufsystems nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2022)



Prozentuale Abweichungen der Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose vom Bundesdurchschnitt (35,4%)

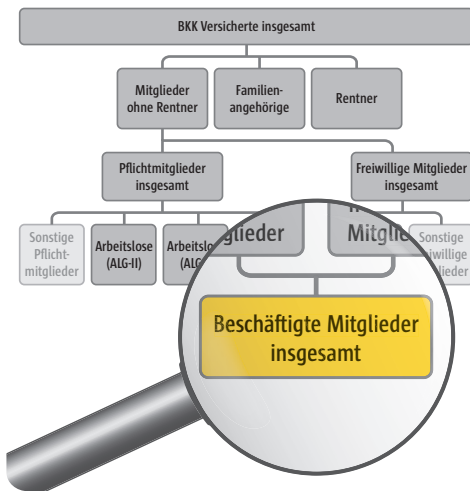
- | | |
|--|---|
| ■ mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt | ■ 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| ■ 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt | ■ mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| ■ ± 5% um den Bundesdurchschnitt | ■ keine Angaben* |

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

hierbei auch eine angebotsbezogene Nachfrage zu Tage. Deutlich unterdurchschnittliche Anteile sind hingegen eher im süddeutschen Raum vorzufinden, wie etwa im baden-württembergischen Kreis Schwä-

bisch Hall (26,4%), dem bayrischen Kreis Unterallgäu (27,3%) sowie dem schleswig-holsteinischen Flensburg (27,6%).

2.5 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), das Anforderungsniveau der Tätigkeit sowie das Arbeiten mit oder ohne Arbeitnehmerüberlassung. Dabei beziehen sich die folgenden Analysen auf die Versicherten­gruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt (eine Beschreibung dieser Versicherten­gruppe hinsichtlich soziodemografischer Merkmale ist im »» Kapitel 0.2 aufgeführt).

2.5.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Die höchsten Anteile männlicher Beschäftigter, die 2022 in ambulanter Behandlung gewesen sind, sind in der Energieversorgung sowie im verarbeitenden Gewerbe zu finden. Gerade in diesen Branchen sind

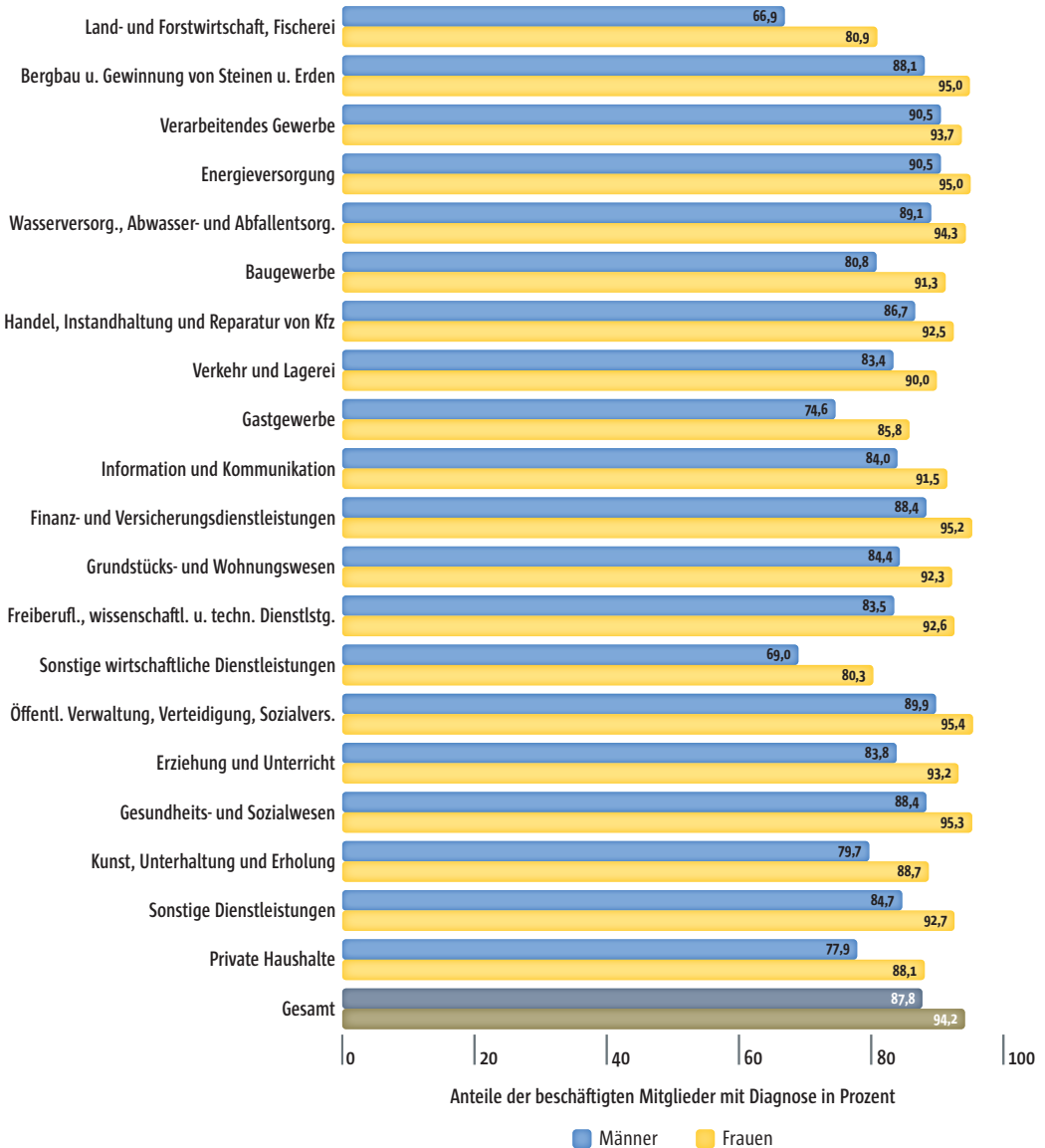
oftmals Muskel-Skelett-Erkrankungen verbreitet und häufig Grund für eine ambulante Behandlung.

- Bei den Frauen weisen diejenigen in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung die höchste Inanspruchnahmequote auf, gefolgt von denen im Gesundheits- und Sozialwesen. Für die Frauen in diesen Branchen sind Atemwegserkrankungen aber auch psychische Störungen in überdurchschnittlichem Maße Grund, sich ambulant in Behandlung zu begeben.
- Wie schon in den Vorjahren sind die geringsten Anteile insgesamt bei Beschäftigten in Land- und Forstwirtschaft vorzufinden. Dabei sind es die dort beschäftigten Männer, die besonders selten in ambulanter Versorgung gewesen sind.

Wie das »» Diagramm 2.5.1 eindrücklich zeigt, bestehen zwischen den Wirtschaftsgruppen teils erhebliche Differenzen hinsichtlich der Anteile der Beschäftigten, die in ambulanter Behandlung gewesen sind. Außerdem sind auch innerhalb einzelner Wirtschaftsgruppen große Geschlechtsunterschiede festzustellen. Wie schon in den Vorjahren ist der Anteil der Beschäftigten mit Diagnose insgesamt am niedrigsten in der Land- und Forstwirtschaft. Einzeln nach Geschlecht betrachtet weisen insbesondere die dort beschäftigten Männer eine sehr niedrige Inanspruchnahmequote auf: Nur 66,9% der dort tätigen Männer sind 2022 in ambulanter Behandlung gewesen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass deren Durchschnittsalter (»» Kapitel 0.2) niedriger ist als das der Beschäftigten der meisten anderen Wirtschaftsgruppen. Den geringsten Anteil weiblicher Beschäftigter mit einer Diagnose weisen hingegen in diesem Jahr die sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen auf, von denen nur 80,3% bei Niedergelassenen in Behandlung gewesen sind. Ebenfalls deutlich unterdurchschnittlich sind die Anteile der Beschäftigten in privaten Haushalten, die in ambulanter Behandlung waren. Diese sind allerdings

2.5 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 2.5.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



mit im Schnitt knapp 50 Jahren deutlich älter als die Beschäftigten in anderen Wirtschaftsgruppen und weisen in der stationären Versorgung überdurchschnittlich viele Behandlungstage auf (» Kapitel 3.5.1). Der höchste Anteilswert bei den Männern ist wiederum sowohl bei den Beschäftigten in der Energieversorgung als auch bei den im verarbeitenden Gewerbe Tätigen zu finden: Jeweils 90,5% der

dort tätigen Männer haben im Laufe des Berichtsjahrs 2022 mindestens einmal ambulant eine Diagnose gestellt bekommen. Bei den Frauen ist die höchste Inanspruchnahmequote im aktuellen Berichtsjahr anders als in den Vorjahren nicht bei denjenigen, die in der Energieversorgung tätig sind, zu finden. Vielmehr weisen nun die Frauen in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialver-

sicherung mit 95,4% den höchsten Anteilswert auf, dicht gefolgt vom Gesundheits- und Sozialwesen mit 95,3% und den Finanz- und Versicherungsdienstleistungen mit 95,2%. Die Beschäftigten in den beiden erstgenannten Branchen waren auch überdurchschnittlich viele Tage arbeitsunfähig (III Kapitel 1.5.1) sowie auch auffällig durch mehr Tage in stationärer Behandlung als der Durchschnitt (III Kapitel 3.5.1). Außerdem bekommen von diesen insbesondere die dort beschäftigten Frauen zu überdurchschnittlichen Anteilen Medikamente verordnet (III Kapitel 4.5.1). Anders hingegen bei den Beschäftigten, die Finanz- und Versicherungsdienstleistungen erbringen. Zwar arbeiten dort auch – wie in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung sowie im Gesundheits- und Sozialwesen – mehr Frauen als Männer, das Durchschnittsalter ist zudem leicht überdurchschnittlich. Die durchschnittliche Anzahl an Fehltagen, Krankenhaustagen sowie Arzneimittelverordnungen ist hingegen unterdurchschnittlich. Wie dieser Abgleich zwischen den Leistungsbereichen zeigt, reicht die alleinige Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsstruktur innerhalb der Wirtschaftsgruppen nicht aus, um die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in den jeweiligen Sektoren zu erklären. Wie die arbeitsweltlichen Analysen in den verschiedenen Kapiteln verdeutlichen, ist dabei ebenso die Belastung durch die Arbeit ein eigenständiger Einflussfaktor, zudem ist anzunehmen, dass „Hemmschwellen“ (z.B. Konsequenzen am Arbeitsplatz, aber auch Motivationsunterschiede etwa bei Vorsorgemaßnahmen) ebenfalls eine Rolle spielen.

Im III Diagramm 2.5.2 sind zur Betrachtung weiterer Details die Anteile der Beschäftigten mit einer Diagnose aus den verschiedenen Wirtschaftsabschnitten für die Diagnosehauptgruppen psychische Störungen, Muskel-Skelett-, Atmungssystem- sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen differenziert. Die Beschäftigten in Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung weisen dabei wie schon im Vorjahr die höchsten Anteile derer auf, die wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen (53,6%) sowie aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (35,5%) in ambulanter Behandlung waren. Psychische Störungen sind bei den im Gesundheits- und Sozialwesen Tätigen besonders häufig Grund für eine ambulante Behandlung (38,3%), zudem weisen diese für die Krankheiten des Atmungssystems den zweithöchsten Wert auf. Etwas höher ist dieser nur bei den Beschäftigten in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung. Ersichtlich wird in diesem Diagramm aber auch, dass gerade die Beschäftigten dieser Wirt-

schaftsgruppe in allen hier aufgeführten Erkrankungsarten sehr hohe Diagnoseanteile aufweisen: Bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychischen Störungen haben sie jeweils den zweithöchsten Anteilswert inne, bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen liegen diese auf Rang 4 in diesem Vergleich. Jeweils deutlich unterdurchschnittliche Anteilswerte für alle aufgeführten Erkrankungsarten weisen insbesondere die Beschäftigten in der Land- und Forstwirtschaft, der Fischerei sowie der Information und Kommunikation auf.

Auch bei weiterer Differenzierung nach Wirtschaftsabteilungen (III Tabelle 2.5.1) zeigen sich, wie schon im Vorjahr, besonders hohe Anteilswerte für das Gesundheitswesen, für Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime) sowie für die öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung: Von den Beschäftigten in diesen Branchen sind im aktuellen Berichtsjahr insgesamt 94,2% bzw. jeweils 93,5% in ambulanter Behandlung gewesen. Die hohen Anteilswerte haben sicher auch mit der generellen besonderen Nähe zur Gesundheitsversorgung zu tun, insbesondere die Heim-Mitarbeiter stechen allerdings auch bei vielen Erkrankungsarten mit deutlich überdurchschnittlichen Anteilswerten hervor, wie die nachfolgende Betrachtung zeigt:

- **Psychische Störungen** sind wie schon im Vorjahr am häufigsten bei Beschäftigten in Heimen (ohne Erholungs- und Ferienheime) (43,3%) diagnostiziert worden. Danach folgen in der Rangreihe die Beschäftigten im Sozialwesen (ohne Heime) (40,4%) sowie diejenigen im Spiel-, Wett- und Lotteriewesen (38,0%). Die Beschäftigten im Gesundheitswesen weisen immerhin den siebthöchsten Wert (38,3%) auf.
- Auch bei den **Muskel-Skelett-Erkrankungen** gehören die Beschäftigten in Heimen zu denjenigen mit den höchsten Anteilswerten. 55,4% von diesen sind aufgrund dieser Erkrankungsart ambulant behandelt worden. Nur von den Beschäftigten in der Metallerzeugung und -bearbeitung waren noch mehr deswegen bei einer Ärztin oder einem Arzt (56,6%) in Behandlung. Die meisten Branchen mit überdurchschnittlichen Anteilen der Beschäftigten mit Muskel-Skelett-Erkrankungen kommen allerdings aus dem verarbeitenden Gewerbe. So ist auch die Wirtschaftsabteilung mit dem dritthöchsten Anteilswert (54,6% der Beschäftigten in der Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus waren deshalb ambulant in Behandlung) diesem Wirtschaftsabschnitt zuzuordnen.

2.5 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 2.5.2 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)

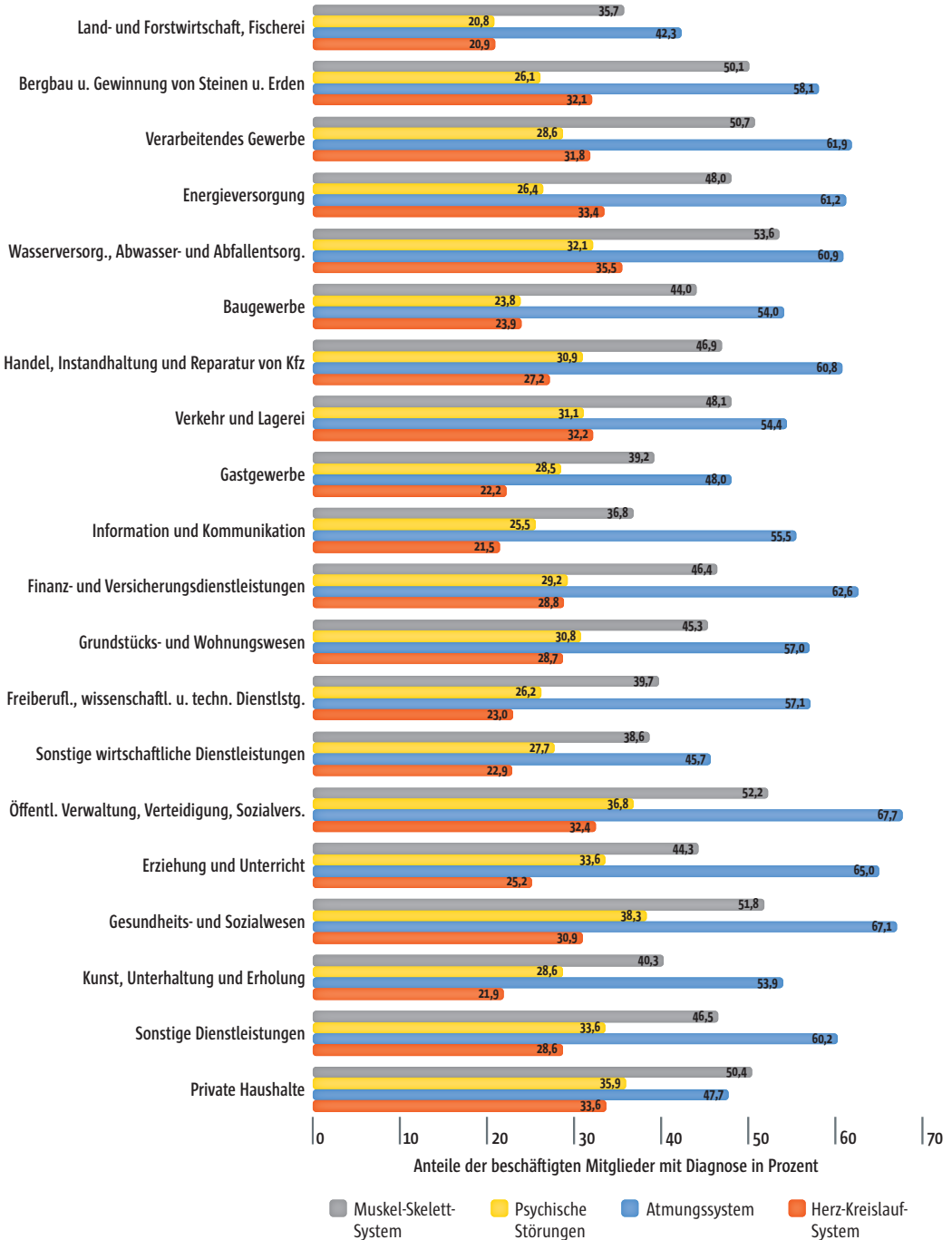


Tabelle 2.5.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den größten/geringsten Anteilen (Berichtsjahr 2022)

WZ 2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
86	Gesundheitswesen	94,2
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	93,5
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	93,5
36	Wasserversorgung	92,9
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen	92,8
75	Veterinärwesen	92,5
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	92,4
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	92,4
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen	92,4
51	Luftfahrt	92,0
	Gesamt	90,7
42	Tiefbau	82,7
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation	82,3
2	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	81,0
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	80,6
41	Hochbau	80,6
56	Gastronomie	78,8
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	76,4
53	Post, Kurier- und Expressdienste	73,4
1	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten	71,2
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	57,6

- Die höchsten Anteile der Beschäftigten mit **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** sind wie schon im Vorjahr ebenfalls bei den Beschäftigten in der Metallerzeugung und -bearbeitung (38,9%) zu finden, gefolgt vom Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen (37,0%) sowie der Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen, Rückgewinnung (35,8%). Hierbei ist aber zu berücksichtigen, dass alle drei Branchen ein überdurchschnittliches Alter aufweisen.
- Die Beschäftigten der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung (67,9%) sind am häufigsten wegen **Krankheiten des Atmungssystems** in Behandlung gewesen, am zweihäufigsten waren dies die Beschäftigten im Gesundheitswe-

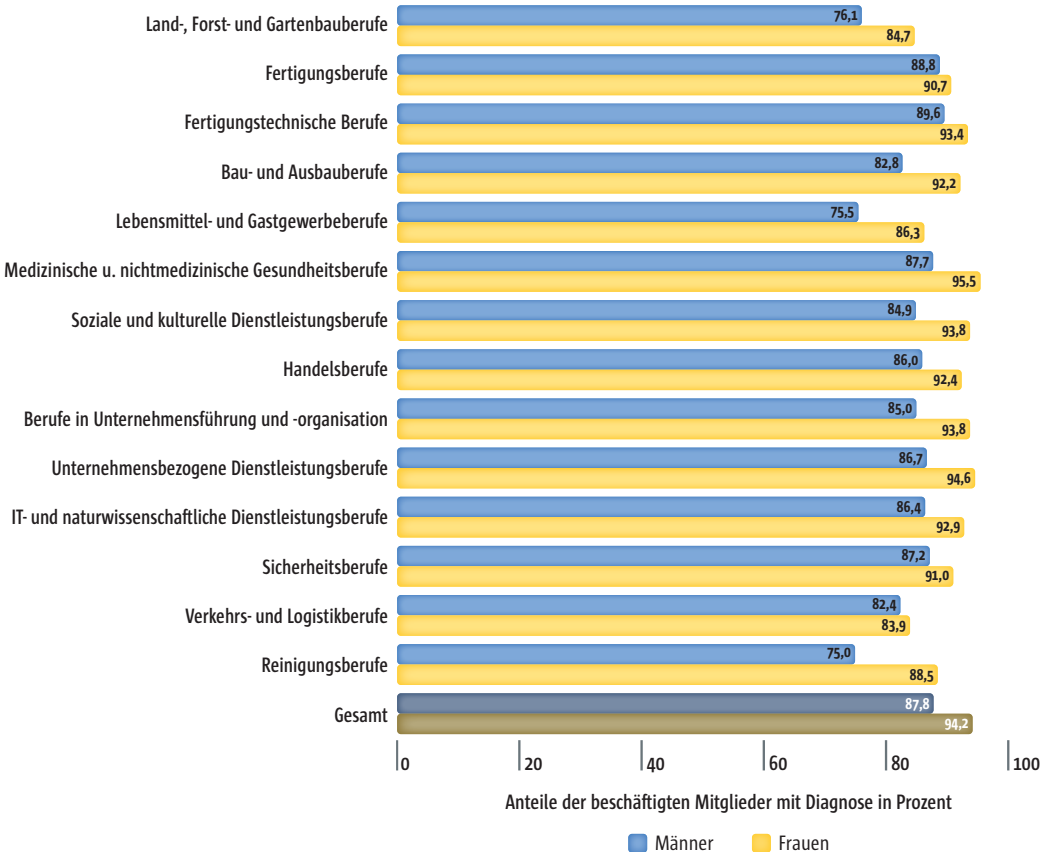
sen (67,0%), gefolgt von denjenigen, die in Heimen arbeiten (65,8%). Auch den meisten weiteren nachfolgenden Wirtschaftsabteilungen ist gemein, dass bei diesen sehr oft Kontakt zu anderen Menschen zu den Arbeitsinhalten gehört und somit ein hohes Risiko für eine Erregerübertragung besteht.

2.5.2 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Beschäftigte in Gesundheitsberufen sind am häufigsten in ambulanter Behandlung gewesen. Dies liegt aber auch daran, dass hier strengere Regeln für den Umgang mit ansteckenden

2.5 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 2.5.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



Erkrankungen gelten. Sie sind aber auch überdurchschnittlich häufig aufgrund von psychischen Störungen in Behandlung gewesen.

- Insgesamt sind Reinigungsberufe seltener als andere Berufsgruppen in ambulanter Behandlung gewesen. Allerdings sind gerade bei den Reinigungsberufen am häufigsten Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Störungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen diagnostiziert worden.

Die Beschäftigten in (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen weisen i. d. R. immer den insgesamt größten Anteil derer auf, die ambulante Leistungen in Anspruch nehmen: Im aktuellen Berichtsjahr ist bei 94,2% der Beschäftigten in Gesundheitsberufen mindestens eine Diagnose dokumentiert worden (» Diagramm 2.5.3), dies sind +1,4 Prozentpunkte mehr als im Vorjahr. Dabei ist insbesondere bei den Frauen in den Gesundheitsberufen der Anteil sehr

hoch (95,5%), bei den männlichen Beschäftigten in dieser Berufsgruppe ist indes der Anteil so stark gestiegen wie bei keiner anderen in diesem Vergleich (+3,5 Prozentpunkte). Die größten Anteile in ambulanter Behandlung von allen männlichen Beschäftigten in diesem Vergleich sind hingegen bei denen in den fertigungstechnischen Berufen (89,6%) sowie den Fertigungsberufen (88,8%) zu finden. Andererseits vergleichsweise wenig Versicherte mit einer gestellten Diagnose sind bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen zu finden. Von diesen sind insgesamt 78,9% in ambulanter Behandlung gewesen. Nach einem starken Anstieg der Anteilswerte bei den Beschäftigten in dieser Berufsgruppe ist im aktuellen Berichtsjahr die Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung bei diesen wieder leicht gesunken. Geschlechtsspezifisch betrachtet sind es wiederum andere Berufsgruppen, die dabei die geringsten Anteilswerte aufweisen. So sind die Frauen in den Ver-

kehr- und Logistikberufen (83,9%) noch seltener in ambulanter Behandlung gewesen (zweitniedrigster Wert bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen mit 84,7%). Bei den männlichen Beschäftigten sind es diejenigen in den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen (75,5%) sowie den Reinigungsberufen (75,0%), von denen die geringsten Anteile in ambulanter Behandlung gewesen sind. Gerade bei letztgenannter Berufsgruppe ist auch ein deutlicher Kontrast zu den anderen Leistungsbereichen zu finden: Diese weisen nämlich trotz der niedrigsten Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung gleichzeitig deutlich überdurchschnittlich viele Arbeitsunfähigkeitstage (III Kapitel 1.5.2), stationäre Behandlungstage (III Kapitel 3.5.2) und Tagesdosen bei den Arzneimittelverordnungen (III Kapitel 4.5.2) auf.

Im III Diagramm 2.5.4 sind die Anteile der Beschäftigten mit einer Diagnose aus den Diagnosehauptgruppen psychische Störungen, Muskel-Skelett-, Atmungssystem- sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen differenziert nach Berufssegmenten dargestellt. Hier zeigt sich, dass die Reinigungskräfte trotz hohem Anteil derer, die innerhalb eines Jahres gar nicht in ambulanter Behandlung gewesen sind, bezogen auf diese sehr verbreiteten Erkrankungsarten doch sehr häufig behandelt worden sind. Die Beschäftigten in den Reinigungsberufen sind – wie schon in den Vorjahren – Spitzenreiter bei den Anteilen mit Diagnose von psychischen Störungen, Muskel-Skelett- sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen – dabei sind es vor allem die Frauen in dieser Berufsgruppe, von denen überdurchschnittlich viele deshalb in ambulanter Behandlung gewesen sind. Der größte Anteil der Beschäftigten, die aufgrund von Atmungssystem-Erkrankungen behandelt worden sind, ist bei den (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen zu finden, knapp vor den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen mit dem zweitgrößten Anteil. Hierbei spielt sicherlich eine Rolle, dass die Tätigkeit dieser Berufsgruppen oftmals einen engen Kontakt mit Kindern/Jugendlichen (im Erziehungsbereich) bzw. mit Erkrankten (in Gesundheitsberufen) beinhaltet. Entsprechend sind für diese Berufsgruppen auch die Anteile derer, die wegen Atemwegserkrankungen in ambulanter Behandlung gewesen sind, am höchsten. Die (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufe weisen zudem aber auch den zweithöchsten Anteilswert derer auf, die wegen einer psychischen Störung behandelt worden sind, wobei der hohe Frauenanteil in dieser Berufsgruppe zu berücksichtigen ist. Am geringsten sind die Anteilswerte bei den Beschäftigten in den Land-, Forst- und Gartenbauberufen, von denen, nur 49,2% wegen

Atmungssystem-Erkrankungen und 22,3% wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen behandelt worden sind, sowie den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen, welche die geringsten Anteilswerte bei den psychischen Störungen (24,9%) sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen (39,8%) aufweisen.

Die III Tabelle 2.5.2 stellt als weitere Differenzierung diejenigen Berufsgruppen dar, welche die größten bzw. niedrigsten Anteile beschäftigter Mitglieder mit einer ambulant dokumentierten Diagnose aufweisen. Der geringste Anteilswert ist in diesem Jahr für die Landwirtschaft-Beschäftigten (63,4%) zu finden. Die höchste Inanspruchnahmequote ist – wie schon in den Vorjahren – bei den Arzt- und Praxishilfen (96,3%) zu verzeichnen. Des Weiteren fällt auf, dass auf den vorderen Rangplätzen viele weitere Gesundheitsberufe vertreten sind, bei einzelnen Erkrankungsarten sind diese indes nicht unbedingt immer auch mit hohen Anteilswerten vertreten. Vielmehr sind bei den nachfolgend aufgelisteten Ergebnissen 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 (44,5%), bei Beschäftigten in Hauswirtschaft und Verbraucherberatung (42,4%) sowie bei den Servicekräften im Personenverkehr (40,9%) 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 (67,4%), in der Metallerzeugung (60,1%) sowie der Hauswirtschaft und Verbraucherberatung (59,4%) in Behandlung. Auch auf den nachfolgenden Rangplätzen zeigt sich eine Tendenz zu höheren Diagnoseanteilen gerade in den Fertigungsberufen, die häufiger eine körperliche und oftmals einseitige Arbeitsbelastung im Vergleich zu anderen Berufen mit sich bringen.
- Die höchsten Anteile von Beschäftigten mit **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** sind bei den in der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung Tätigen (51,3%) zu verzeichnen, gefolgt von den Angehörigen gesetzgebender Körperschaften und leitenden Bediensteten von Interessenorganisationen (46,9%). Hierbei ist aber zu berücksichti-

2.5 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 2.5.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)

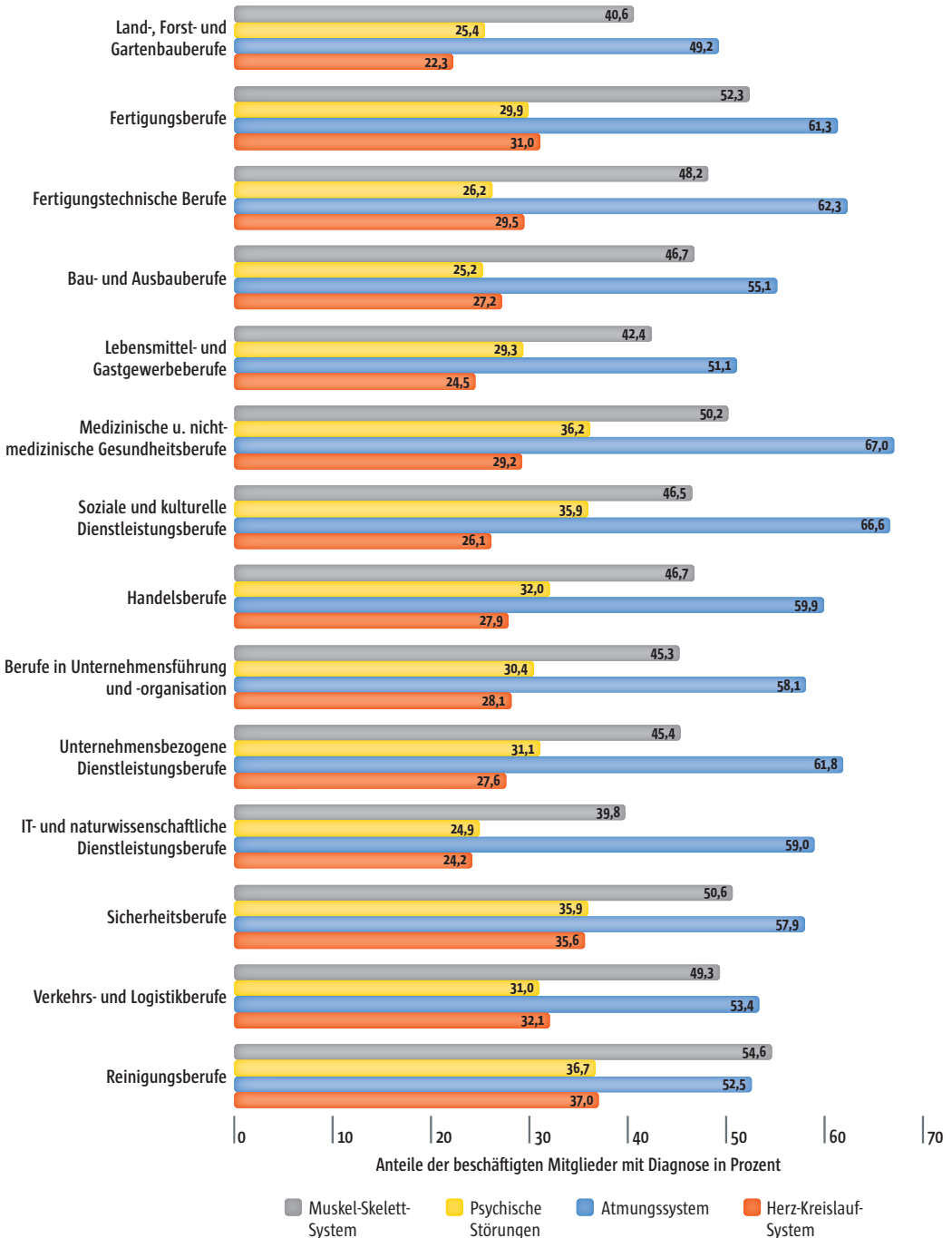


Tabelle 2.5.2 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn Berufsgruppen mit den größten/geringsten Anteilen (Berichtsjahr 2022)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
811	Arzt- und Praxishilfe	96,3
831	Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	94,6
817	Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde	94,1
825	Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik	93,7
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	93,7
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	93,4
732	Verwaltung	93,4
721	Versicherungs- und Finanzdienstleistungen	93,0
812	Medizinisches Laboratorium	93,0
712	Angehörige gesetzgebender Körperschaften und leitende Bedienstete von Interessenorganisationen	92,7
Gesamt		90,7
113	Pferdewirtschaft	77,7
292	Lebensmittel- und Genussmittelherstellung	77,4
944	Theater-, Film- und Fernsehproduktion	77,1
333	Aus- und Trockenbau, Isolierung, Zimmerei, Glaserei, Rollladen- und Jalousiebau	76,9
112	Tierwirtschaft	74,6
321	Hochbau	70,2
634	Veranstaltungsservice und -management	68,4
943	Moderation und Unterhaltung	68,1
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	67,0
111	Landwirtschaft	63,4

gen, dass diese mit jeweils durchschnittlich über 50 Jahren zu den ältesten Berufsgruppen gehören.

- Die Beschäftigten in Erziehung, Sozialarbeit und Heilerziehungspflege (73,1%) sind auch in diesem Jahr am häufigsten wegen **Krankheiten des Atmungssystems** in Behandlung gewesen, danach folgen die Arzt- und Praxishilfen (72,3%) sowie die Be-

schäftigten in nicht-ärztlicher Therapie und Heilkunde (69,4%). In diesen Berufen besteht ohnehin eine ausgeprägte Sensibilität gegenüber jeglicher Art von Infektionen, aber auch das erhöhte eigene Ansteckungsrisiko aufgrund von häufigen Kontakten mit zu betreuenden Personen bzw. Patienten trägt sicherlich zu den hohen Anteilswerten bei.

2.5.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen

- Beschäftigte, die Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten ausführen, sind verglichen mit anderen Beschäftigten weniger häufig in ambulanter Behandlung.
- Befristete Beschäftigte sind seltener in ambulanter Behandlung als unbefristete Tätige. Eine Ausnahme bilden unbefristete in Teilzeit tätige Männer, von denen ebenfalls nur ein unterdurchschnittlicher Anteil in Behandlung gewesen ist. Diese weisen allerdings in der stationären Versorgung die meisten Krankenhaustage auf.
- Beschäftigte in Leih- oder Zeitarbeit sind in erheblich geringeren Teilen in ambulanter Behandlung. Zwar sind diese auch jünger als die regulär Beschäftigten, aber eine Inanspruchnahme von weniger als 70% ist selbst altersgruppenspezifisch unterdurchschnittlich.

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit sowie Aufsichts- und Führungsverantwortung

Anforderungsniveau: Hinsichtlich des Anforderungsniveaus lässt sich in den weiteren, im Report dargestellten Leistungsbereichen recht klar folgender Zusammenhang feststellen: In der Regel geht mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit der Beschäftigten einher, dass diese seltener (und entsprechend in der Summe weniger Tage) arbeitsunfähig (III Kapitel 1.5.3) und ebenso seltener stationär in Be-

handlung sind (III Kapitel 3.5.3) sowie weniger Medikamente einnehmen (III Kapitel 4.5.3). Für die hier dargestellte allgemeine Inanspruchnahme ambulanten Versorgung muss diese Zusammenhangsausage hingegen in der Form eingeschränkt werden (III Tabelle 2.5.3), dass zwar von den fachlich ausgerichteten Tätigkeiten, über komplexe Spezialistentätigkeiten bis zu hoch komplexen Tätigkeiten der Anteil der Beschäftigten mit Diagnose abnimmt, allerdings der niedrigste Anteilswert i.d.R. bei den Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten zu finden ist. Im aktuellen Berichtsjahr sind von diesen nur 80,6% in ambulanter Behandlung gewesen. Damit ist bei diesen der Anteilswert im Vergleich zum Vorjahr sogar zurückgegangen, während für alle anderen Ausprägungsniveaustufen gleichgebliebene oder leicht höhere Anteile zu verzeichnen sind. Dieses Muster findet sich auch getrennt nach Geschlecht. Entsprechend ist der größte Anteilswert bei den fachlich ausgerichtet tätigen Frauen zu finden, für die bei 94,8% eine ambulante Diagnose dokumentiert ist, der geringste Anteil Beschäftigter in ambulanter Behandlung ist wiederum bei den Männern mit Helfer- und Anlernertätigkeit vorzufinden (74,9%).

Aufsichts- und Führungsverantwortung: Wie III Tabelle 2.5.3 außerdem zeigt, besteht zwischen Beschäftigten mit und ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung nur ein relativ geringer Unterschied hinsichtlich der allgemeinen Inanspruchnahme. Differenziert nach Geschlecht sind es die Frauen, für die sich ebenfalls ein – wenn auch eher geringer –

Tabelle 2.5.3 Ambulante Versorgung – Anteile mit Diagnose und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	Durchschnittsalter in Jahren	Männer	Frauen	Gesamt
			Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent		
Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit	Helfer-/Anlernertätigkeiten	44,2	74,9	86,5	80,6
	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	42,4	88,7	94,8	91,6
	Komplexe Spezialistentätigkeiten	43,3	87,4	93,3	89,9
	Hoch komplexe Tätigkeiten	42,9	85,3	92,2	88,0
Aufsichts- und Führungsverantwortung	Ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung	42,7	87,4	94,1	90,6
	Mit Aufsicht- und Führungsverantwortung	46,6	87,6	92,5	89,0
Gesamt		42,9	87,8	94,2	90,7

Unterschied zwischen denen mit und denen ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung zeigt, während bei den Männern zwischen diesen Gruppen die Anteilswerte nur minimal im Nachkommastellenbereich variieren. Wie zu erwarten, haben die Frauen aber insgesamt in größeren Anteilen die ambulante Versorgung in Anspruch genommen, diejenigen ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung weisen mit 94,1% den insgesamt höchsten Anteilswert in diesem Vergleich auf.

Vertragsformen sowie Arbeitnehmerüberlassung

Vertragsformen: Im Vergleich der Vertragsformen (III Tabelle 2.5.4) sind insbesondere die Unterschiede der Anteilswerte zwischen Beschäftigten mit befristeten und unbefristeten Teilzeitverträgen sehr groß: Von denjenigen, die unbefristet in Teilzeit arbeiten, waren 91,5% in ambulanter Behandlung, während 82,2% 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 und einen sehr hohen Frauenanteil aufweist, während das Durchschnittsalter der befristet in Teilzeit Beschäftigten demgegenüber mehr als 5 Jahre niedriger ist. Bei den Letztgenannten ist außerdem der Unterschied der Anteile derjenigen mit einer Diagnose zwischen den Geschlech-

tern mit 17 Prozentpunkten Differenz am größten. Überdies zeigt sich bei den Männern in unbefristeter Teilzeitarbeit ein Kontrast gegenüber dem Geschehen in der stationären Versorgung (III Kapitel 3.5.3): Von diesen ist nur ein unterdurchschnittlicher Anteil (79,1%) in ambulanter Behandlung gewesen, an stationären Behandlungsfällen und -tagen weisen diese aber die jeweils höchste Anzahl auf.

Arbeitnehmerüberlassung: Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung sind im Durchschnitt 3,8 Jahre jünger als jene, die in einem regulären Beschäftigungsverhältnis angestellt sind. Außerdem ist bei der Interpretation der in III Tabelle 2.5.4 dargestellten Anteilswerte zu berücksichtigen, dass der Männeranteil bei den Leih- und Zeitarbeitern gegenüber den regulären Beschäftigten insgesamt höher ist. Wie schon in den Vorjahren ist der Unterschied hinsichtlich der Inanspruchnahme ambulanten Versorgung zwischen den beiden Beschäftigtengruppen auch im aktuellen Berichtsjahr deutlich: 60,5% der Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung, aber 91,3% der Beschäftigten in anderen Vertragsverhältnissen sind in ambulanter Behandlung gewesen. Diese Relationen bestehen in ähnlicher Form auch jeweils bei den Geschlechtern. Gerade bei den Leih- und Zeitarbeitern schwankten allerdings die Anteilswerte in den letzten Jahren relativ stark: Nach einer deutlichen Zunahme in 2021 ist aktuell die Inanspruchnahmequote wieder gesunken (-7,2% gegenüber dem Vorjahr).

Tabelle 2.5.4 Ambulante Versorgung – Anteile mit Diagnose und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	Durchschnittsalter in Jahren	Männer	Frauen	Gesamt
			Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent		
Vertragsformen	Unbefristet/Vollzeit	43,7	88,9	93,9	90,5
	Unbefristet/Teilzeit	46,7	79,1	94,4	91,5
	Befristet/Vollzeit	31,4	78,8	87,1	82,3
	Befristet/Teilzeit	41,2	69,8	86,8	82,2
Arbeitnehmerüberlassung	Ohne Arbeitnehmerüberlassung	42,9	88,5	94,6	91,3
	Mit Arbeitnehmerüberlassung	39,1	58,0	66,0	60,5
Gesamt		42,9	87,8	94,2	90,7

2.6 Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben

Äquivalent zu den anderen Kapiteln im BKK Gesundheitsreport wird im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas Gesunder Start ins Berufsleben nun nachfolgend in diesem Abschnitt die Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung durch junge Beschäftigte näher betrachtet.

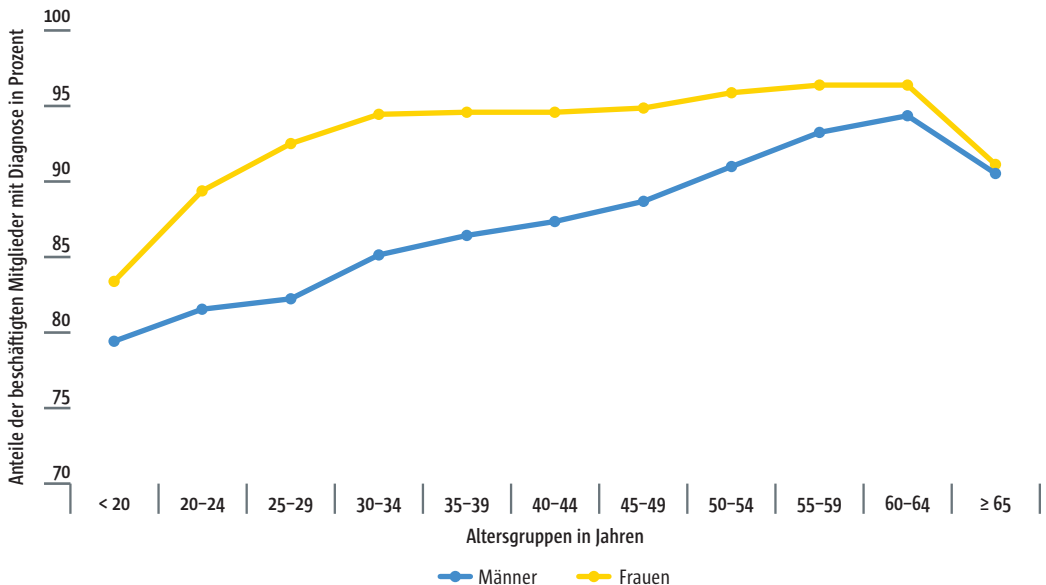
2.6.1 Einleitung

- Bei den Beschäftigten sind Frauen in allen Altersgruppen in größeren Anteilen in ambulanter Behandlung als Männer.

- Dieser geschlechtsspezifische Unterschied ist bei den unter 30-Jährigen größer als bei denjenigen, die 30 Jahre oder älter sind.

Einleitend werden die Anteilswerte für die männlichen und weiblichen Beschäftigten in 5-Jahresschritten dargestellt, um damit ein differenziertes Bild bezüglich des Zusammenhangs von Alter und Geschlecht mit der Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung zu vermitteln. Anschließend wird dann in diesem Kapitel zum Schwerpunktthema in zwei Altersgruppen unterteilt, nämlich in die unter

Diagramm 2.6.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



30-Jährigen sowie die ab 30-Jährigen. Berufsanfänger sind wesentlich unter denen zu finden, die jünger als 30 Jahre sind (bis zu dieser Altersgrenze finden in der Regel Ausbildung, Studium und ein Einstieg in den Arbeitsmarkt statt). Auf diesen liegt in den folgenden Analysen das Hauptaugenmerk, diese werden zudem verglichen mit denjenigen, die 30 Jahre oder älter sind.

Wie das **»»»** Diagramm 2.6.1 zeigt, sind diese zwei dann nachfolgend verwendeten Gruppen hinsichtlich ihrer Kennwerte aber nicht gänzlich homogen. Zwar weisen die Frauen durchgehend über alle Altersgruppen hinweg höhere Anteile derer auf, die ambulant in Behandlung gewesen sind, allerdings steigt gerade bei den weiblichen Beschäftigten in der jüngeren Altersgruppe der Anteilswert von den unter 20-Jährigen zu den 25- bis 29-Jährigen stark an. Bei den Männern hingegen steigen die Anteilswerte bis zu den 60- bis 64-Jährigen kontinuierlich mit zunehmendem Alter. Sowohl für die Männer als auch für die Frauen ist in letztgenannter Altersgruppe der höchste Anteilswert erreicht, danach tritt wieder der schon beschriebene healthy worker effect zu Tage: Erwerbstätige, die kurz vor dem regulären Renteneintrittsalter stehen, weisen niedrigere Kennwerte auf als jüngere Beschäftigte, dies ist allerdings auf einen Selektionseffekt zurückzuführen, d. h., Personen mit chronischen bzw. schweren Erkrankungen scheiden oftmals vorzeitig aus dem Erwerbsleben aus, sodass die Verbleibenden seltener ambulante Leistungen in Anspruch nehmen.

2.6.2 Auswertungen nach soziodemografischen Merkmalen

- Im aktuellen Berichtsjahr sind bei den unter 30-jährigen Atemwegserkrankungen häufigster Grund für das Aufsuchen der ambulanten Versorgung. Von diesen waren mehr als 60% deshalb mindestens einmal in Behandlung.
- Geschlechtsspezifisch betrachtet sind bei Frauen dieser Altersgruppe nur Inanspruchnahme-Faktoren (80%) noch häufiger als Atemwegserkrankungen (66%) diagnostiziert worden, was insbesondere mit der Verschreibung von Kontrazeptiva zusammenhängt. Mehr als jede zweite beschäftigte Frau ist zudem wegen Urogenital-Erkrankungen in Behandlung gewesen.
- Bei den Älteren verlieren die beschriebenen Diagnosen nicht an Bedeutung. Es kommen aber noch weitere Erkrankungsarten hinzu, insbesondere Ernäh-

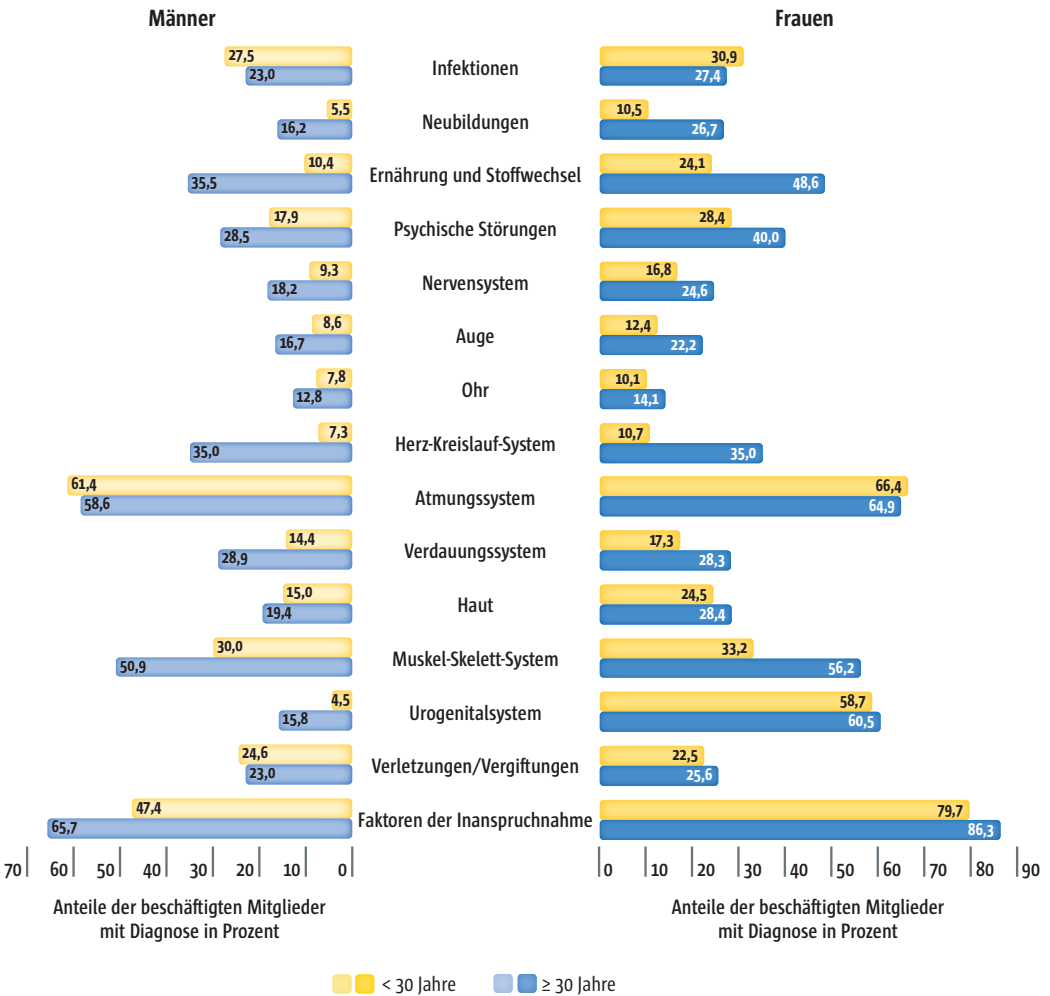
rungs- und Stoffwechsel-Krankheiten, Herzkreislauf sowie die Muskel-Skelett-Erkrankungen.

- Beschäftigte ohne Schulabschluss sind deutlich seltener in ambulanter Behandlung als solche mit einem qualifizierten Abschluss. Besonders bei den unter 30-jährigen sind die Differenzen zwischen denen ohne und denen mit Abschluss sehr groß.

Alter und Geschlecht

In den weiteren Analysen wird nun zwischen den unter 30-jährigen sowie den ab 30-jährigen beschäftigten Mitgliedern differenziert. So auch bei der nachfolgenden Darstellung der Anteile der Beschäftigten bezogen auf verschiedene Diagnosehauptgruppen getrennt für Männer und Frauen (**»»»** Diagramm 2.6.2). An den dargestellten Kennwerten lässt sich leicht ablesen, dass bei den unter 30-jährigen die Krankheiten des Atmungssystems bei beiden Geschlechtern besonders häufig Grund für das Aufsuchen der ambulanten Versorgung gewesen sind. So waren im aktuellen Berichtsjahr 61,4% der Männer jünger als 30 Jahre und sogar 66,4% der gleichaltrigen Frauen deswegen behandelt worden. Bei einem deutlich geringeren Anteil der Männer dieser Altersgruppe sind wiederum Faktoren der Inanspruchnahme dokumentiert worden (47,4%), bei den gleichaltrigen Frauen ist dieser Anteil – insbesondere aufgrund von Kontrazeptiva-Verordnungen – hingegen erheblich größer (79,7%). Unterschiedlich fallen ebenfalls die Anteile zwischen den Geschlechtern aus, die sich auf Krankheiten des Urogenitalsystems beziehen: Bei den Frauen sind diese für den drittgrößten Anteilswert ursächlich, mehr als jede zweite Frau jünger als 30 Jahre (58,7%) ist deswegen behandelt worden – bei den gleichaltrigen Männern waren es hingegen nur 4,5%. Vergleicht man darüber hinaus die jüngeren mit den älteren Beschäftigten ab 30 Jahren, so zeigen sich bei beiden Geschlechtern – abgesehen von Infektionen sowie Verletzungen/Vergiftungen, bei denen die Anteilswerte bei den Älteren niedriger sind als bei den Jüngeren – teils deutliche Steigerungen. Bei den Älteren verlieren also die schon beschriebenen Diagnosen nicht an Bedeutung, es kommen aber noch weitere Erkrankungsarten hinzu. Besonders stechen mit einem Zuwachs von mehr als +20 Prozentpunkten die Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten, die Herzkreislauf- sowie die Muskel-Skelett-Erkrankungen heraus.

Diagramm 2.6.2 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



Höchster Schul- und Berufsabschluss

Bei der Betrachtung der Anteilswerte differenziert für die beiden Altersgruppen je nach höchstem Schul- bzw. Berufsabschluss (III Tabelle 2.6.1) zeigen sich sehr ähnliche Muster, wie sie schon zuvor für die Beschäftigten insgesamt (III Tabelle 2.3.4) identifiziert wurden. Diejenigen ohne einen Schulabschluss sind im Vergleich zu den Beschäftigten mit einem qualifizierten Schulabschluss mit Abstand am seltensten in ambulanter Behandlung, wobei die unter 30-jährigen ohne Schulabschluss sogar noch

stärkere Abweichungen aufweisen. So waren nur 57,4% der Männer bzw. 62,0% der Frauen in dieser Altersgruppe im aktuellen Berichtsjahr in ambulanter Behandlung gewesen, das sind mehr als –20 Prozentpunkte weniger als bei der jeweiligen älteren Beschäftigtengruppe und ebenfalls jeweils mehr als –20 Prozentpunkte weniger als bei den unter 30-jährigen mit (Fach-)Abitur, die in dieser Altersgruppe die zweitniedrigsten Anteilswerte aufweisen.

Auch bei den Berufsabschlüssen zeigen sich bemerkenswerte Differenzen zwischen den beiden Altersgruppen, dabei allerdings vor allem bei den Pro-

Tabelle 2.6.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schul- und Berufsabschluss, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	< 30 Jahre		≥ 30 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
		Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent			
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	57,4	62,0	79,5	82,9
	Haupt-/Volksschulabschluss	84,3	89,6	91,5	94,6
	Mittlere Reife oder gleichwertig	87,8	93,9	91,0	95,9
	Abitur/Fachabitur	78,7	89,4	88,0	94,9
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	80,4	87,9	84,6	91,2
	Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	86,7	94,3	91,9	96,2
	Meister/Techniker oder gleichwertig	81,7	91,2	91,2	95,3
	Bachelor	73,5	87,6	85,0	93,2
	Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	71,9	84,6	87,7	94,3
	Promotion	61,8	79,3	83,3	91,9
Gesamt		81,6	90,2	89,5	95,2

movierten, von denen die unter 30-Jährigen die insgesamt geringsten Anteilswerte in diesem Vergleich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen aufweisen. Zudem zeigt sich auch in der jüngeren Altersgruppe schon das Muster, dass Beschäftigte mit einem Hochschulabschluss im Vergleich zu denen mit anderen Berufsabschlüssen seltener in ambulanter Behandlung sind. Bei beiden Geschlechtern und Altersgruppen sind es diejenigen mit einer anerkannten Berufsausbildung die jeweils die höchsten Anteilswerte aufweisen.

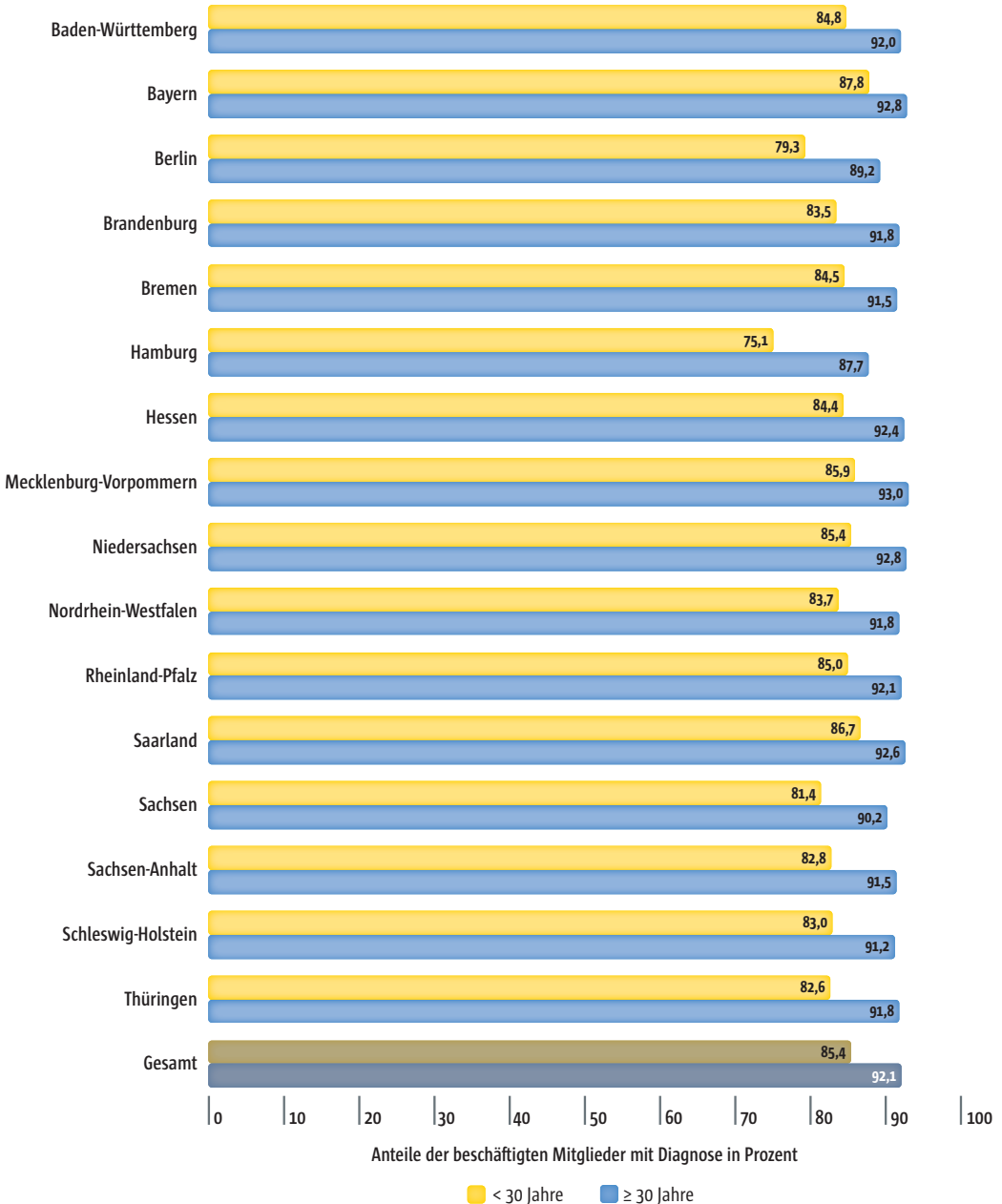
2.6.3 Auswertungen nach Regionen

- In den beiden Stadtstaaten Hamburg und Berlin sind sowohl bei den unter 30-Jährigen als auch bei den älteren Beschäftigten ab 30 Jahren die geringsten Anteilswerte für ambulante Behandlungen zu finden.
- Ebenfalls zeigt sich bei den Beschäftigten in beiden Altersgruppen ein West-Ost-Gefälle: Mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern sind alle Anteilswerte der Ost-Bundesländer in beiden Altersgruppen unterdurchschnittlich.

In der regionalen Betrachtung (»» Diagramm 2.6.3) fallen besonders die beiden Stadtstaaten Hamburg und Berlin auf, die sowohl bei den unter 30-Jährigen

als auch bei den älteren Beschäftigten ab 30 Jahren die geringsten Anteilswerte aufweisen. Insbesondere in Hamburg waren die Beschäftigten relativ selten in ambulanter Behandlung, bei den unter 30-Jährigen waren dies mit einem Anteilswert von 75,1% rund -10 Prozentpunkte weniger als der Bundesdurchschnitt dieser Altersgruppe. Für die beiden Stadtstaaten fällt bei diagnosebezogener Betrachtung (hier nicht dargestellt) insbesondere auf, dass deutlich unterdurchschnittlich viele Beschäftigte wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen und Verletzungen bzw. Vergiftungen ambulant behandelt wurden. Dies gilt für beide Altersgruppen und hängt wahrscheinlich unter anderem damit zusammen, dass in diesen Großstädten mehr Dienstleistungsberufe und weniger körperlich beanspruchende Tätigkeiten ausgeübt werden. Außerdem sind zudem in Hamburg und Berlin weniger Faktoren der Inanspruchnahme für die Beschäftigten dokumentiert als in anderen Bundesländern. Der höchste Anteilswert in der jüngeren Altersgruppe ist hingegen in Bayern zu finden, wo 87,8% der Beschäftigten unter 30 Jahre mindestens einmal im aktuellen Berichtsjahr in ambulanter Behandlung gewesen sind. Wiederum ist Bayern auch bei den Beschäftigten ab 30 Jahren mit an der Spitze in diesem Vergleich, nur in Mecklenburg-Vorpommern ist der Anteil derer, die in Behandlung waren, mit 93,0% noch ein wenig höher. Insgesamt

Diagramm 2.6.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Bundesländern (Wohnort) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)



lässt sich daran gut nachvollziehen, dass die regionalen Verteilungsmuster der Anteilswerte sich bei den beiden Altersgruppen ziemlich ähneln. So zeigt sich auch ein West-Ost-Gefälle bei beiden Alters-

gruppen: Mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern sind alle Anteilswerte der Ost-Bundesländer in beiden Altersgruppen unterdurchschnittlich.

2.6.4 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

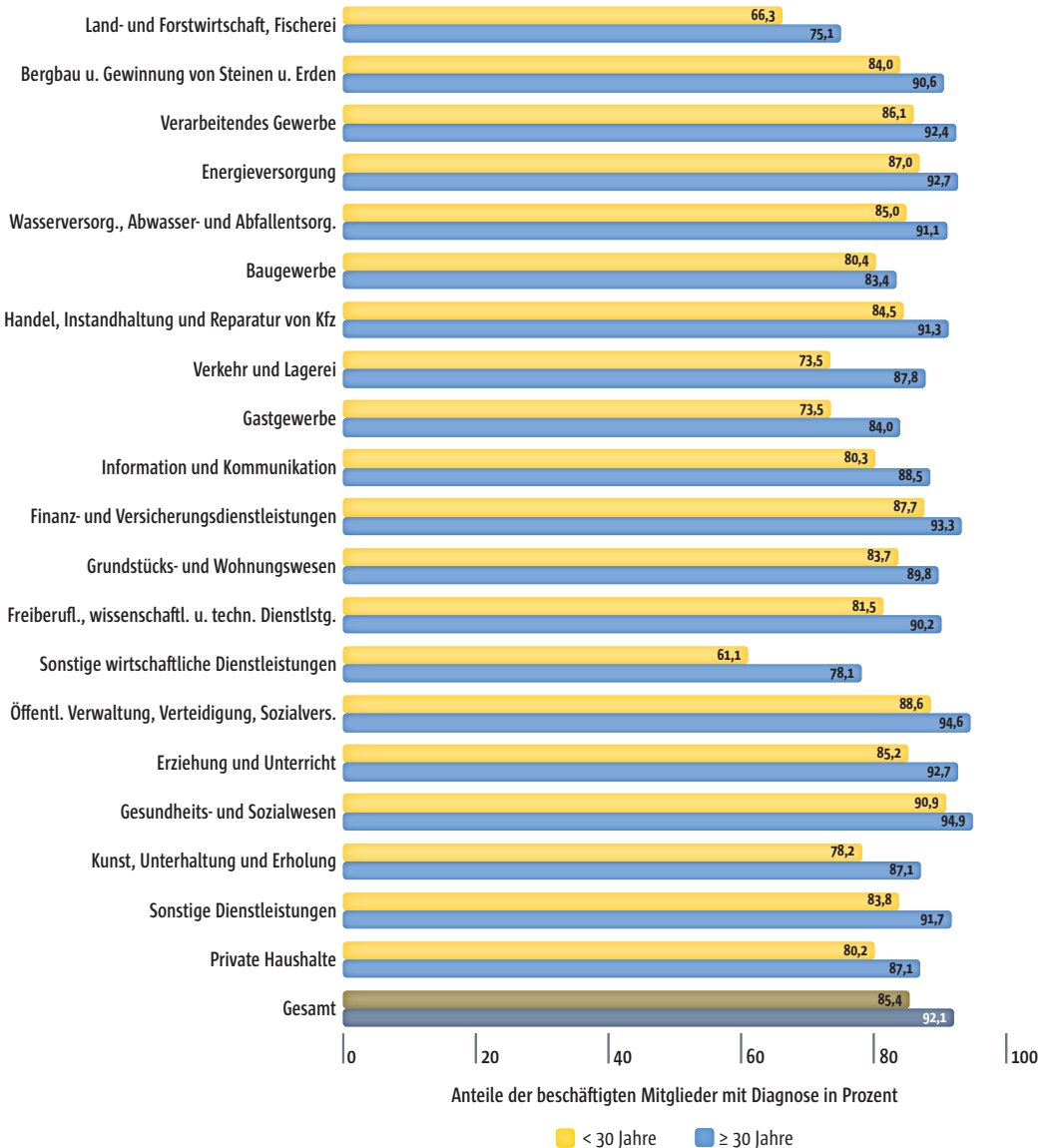
- Das Gesundheits- und Sozialwesen weist den größten Anteil der Beschäftigten auf, die mindestens einmal in ambulanter Behandlung gewesen sind, gefolgt von der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung bzw. Sozialversicherung (94,6%) sowie den Finanz- und Versicherungsdienstleistungen. Diese Wirtschaftsgruppen sind in beiden Altersgruppen auf den Spitzenplätzen.
- Die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen stechen dabei besonders in der jüngeren Altersgruppe (< 30 Jahre) hervor mit den höchsten Anteilswerten für Muskel-Skelett-, Atmungssystem- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- Bei den älteren Beschäftigten ab 30 Jahren fallen besonders diejenigen in Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung mit den höchsten Anteilen auf, die wegen Muskel-Skelett- bzw. Herz-Kreislauf-Erkrankungen ambulant behandelt werden.
- Wesentlich zeigt sich für die Wirtschaftsgruppen, dass die Muster sich bei den Altersgruppen sehr ähneln: Dort wo große/geringe Anteile der älteren Beschäftigten in ambulanter Behandlung sind, sind es meist auch schon die jüngeren.

Wie das **»»»** Diagramm 2.6.4 deutlich erkennen lässt, besteht eine sehr große Varianz zwischen den einzelnen Wirtschaftsabschnitten hinsichtlich des Anteils der dort Beschäftigten, die mindestens einmal eine ambulante Behandlung in Anspruch genommen haben. Am größten ist dabei die Spannweite bei den unter 30-Jährigen: Von den Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen in dieser Altersgruppe sind 90,9% ambulant behandelt worden, aber nur 61,1% von denjenigen, die sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen erbringen. Bei den älteren Beschäftigten ab 30 Jahren ist die Spannweite der Anteilswerte nicht ganz so groß, interessanterweise ist aber die Rangreihenfolge dabei nur in geringem Maße verändert. Auch in dieser Altersgruppe haben die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen mit einem Anteil von 94,9% den Spitzenplatz inne. Auf den nachfolgenden Plätzen sind mit der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung bzw. Sozialversicherung (94,6%) sowie den Finanz- und Versicherungsdienstleistungen (93,3%) diejenigen Wirtschaftsabschnitte zu finden, die auch schon bei den jüngeren die zweit- (88,6%) bzw. dritthöchsten (87,7%) Anteilswerte aufgewiesen haben. Bei den Beschäftigten ab 30 Jahren sind es wiederum diejenigen, die in der Land- und Forstwirtschaft bzw. Fischerei arbeiten, von denen mit 75,1% noch der ge-

ringste Anteil in diesem Vergleich eine ambulante Behandlung in Anspruch genommen hat. Den zweitniedrigsten Anteilswert weisen mit 78,1% diejenigen Beschäftigten auf, die sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen erbringen.

Das **»»»** Diagramm 2.6.5 stellt wiederum für die Wirtschaftsabschnitte die Anteile der Beschäftigten mit Diagnose für ausgewählte Erkrankungsarten dar. Dabei setzt sich das schon beschriebene Bild teilweise fort, insbesondere die schon zuvor benannten Branchen Gesundheits- und Sozialwesen sowie die öffentliche Verwaltung, Verteidigung bzw. Sozialversicherung weisen auch für die vier ausgewählten Diagnosehauptgruppen in beiden Altersgruppen sehr hohe Anteilswerte auf. Bei den unter 30-Jährigen sind im Gesundheits- und Sozialwesen sogar die höchsten Anteile Beschäftigter zu finden, die wegen Muskel-Skelett-, Atmungssystem- bzw. Herz-Kreislauf-Erkrankungen in ambulanter Behandlung sind. Bei den psychischen Störungen sind nur die Beschäftigten dieser Altersgruppe, die in privaten Haushalten tätig sind in noch größeren Anteilen ambulant behandelt worden. Die öffentliche Verwaltung, Verteidigung bzw. Sozialversicherung ist wiederum in dieser Altersgruppe die Wirtschaftsgruppe mit den zweitmeisten Patientinnen und Patienten, welche wegen Atemwegs- bzw. Herz-Kreislauf-Erkrankungen behandelt worden sind. Bei den ab 30-Jährigen weisen die Beschäftigten in dieser Wirtschaftsgruppe sogar den höchsten Anteilswert bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf, sowie die zweithöchsten Anteilswerte bezüglich Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychischen Störungen. Bei letztgenannter Diagnosehauptgruppe ist wiederum das Gesundheits- und Sozialwesen Spitzenreiter. Daneben zeigt sich in dieser Darstellung aber auch, dass Branchen mit einer allgemein hohen Inanspruchnahmequote, wie sie im zuvor dargestellten **»»»** Diagramm 2.6.4 berichtet wird, nicht unbedingt auch bei den einzelnen Erkrankungsarten hervorstechen. So sind die Anteilswerte der Beschäftigten, die Finanz- und Versicherungsdienstleistungen erbringen, allenfalls bei den Atemwegserkrankungen leicht über dem Durchschnitt (dies gilt auch für Urogenitalerkrankungen sowie Inanspruchnahme-Faktoren, die hier nicht dargestellt sind). Umgekehrt sticht die Branche Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung heraus mit den höchsten Anteilen Beschäftigter ab 30 Jahren, die wegen Muskel-Skelett- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen ambulant behandelt werden. Die allgemeine Inanspruchnahme ambulanter Versorgung ist in dieser Wirtschaftsgruppe hingegen leicht unterdurchschnittlich.

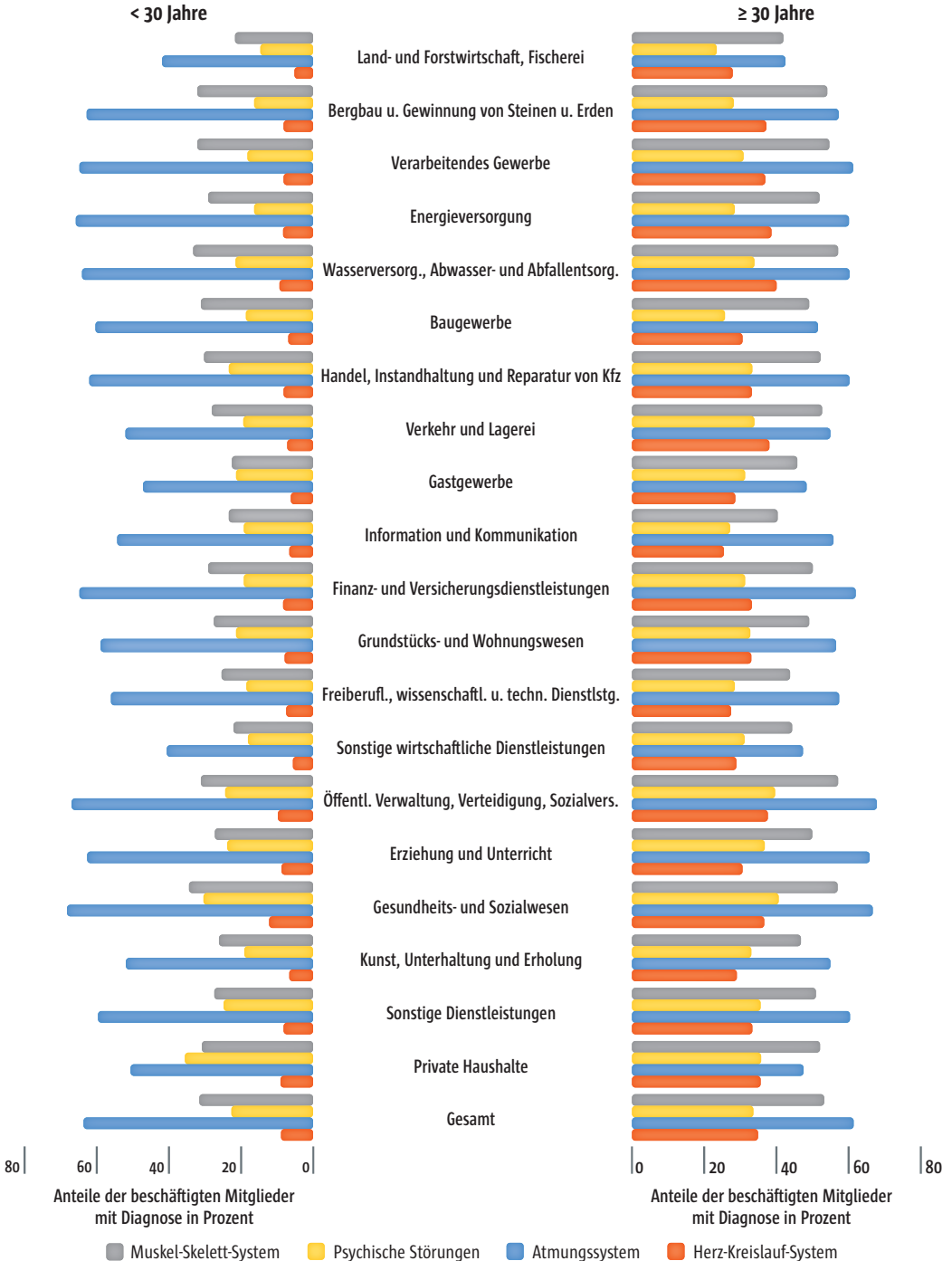
Diagramm 2.6.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsabschnitten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)



Die **»»** Tabelle 2.6.2 stellt die allgemeine Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung differenziert nach Wirtschaftsabteilungen dar. Dabei sind es die Beschäftigten im Veterinärwesen, von denen mit 91,8% der größte Anteil im Vergleich der unter 30-jährigen mindestens einmal im aktuellen Berichtsjahr ambulant in Behandlung gewesen ist. Insbesondere sind für die im Veterinärwesen Beschäftigten bei den

Konsultationen häufiger als bei denen aus anderen Wirtschaftsabteilungen Diagnosen aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme vergeben worden. In der Rangfolge in dieser Tabelle folgen danach das Gesundheitswesen sowie die Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime) ebenfalls mit Anteilswerten über 90%. Für die genannten Wirtschaftsabteilungen ist allerdings auch zu berücksichtigen,

Diagramm 2.6.5 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsabschnitten, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)



dass bei diesen der Frauenanteil sehr hoch ist und es hier auch berufsspezifisch (bspw. aufgrund von verpflichtenden Untersuchungen, Impfungen usw.) wesentlich häufiger zur Inanspruchnahme ambulanter Leistungen kommt. Die geringsten Anteilswerte bei den unter 30-Jährigen sind hingegen bei Wirtschaftsabteilungen zu finden, die einen hohen Männeranteil haben, aber auch vielfach einfache Tätigkeiten beinhalten. So sind von denjenigen, die in der Branche zur Vermittlung und Überlassung von

Arbeitskräften arbeiten, nur die Hälfte im aktuellen Berichtsjahr in ambulanter Behandlung gewesen, bei den Post-, Kurier- und Expressdiensten sind es rund 54,9% und auch in Landwirtschaft, Jagd und damit verbundenen Tätigkeiten sind es nur 65,0%. Diese Wirtschaftsabteilungen weisen auch bei den Beschäftigten, die 30 Jahre oder älter sind, deutlich geringere Anteilswerte auf. Genauso bestätigt sich beim Blick auf die Spitzenwerte in dieser Altersgruppe, dass auch dort wieder diejenigen Wirtschaftsab-

Tabelle 2.6.2 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten Anteilen der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose unter 30 Jahren (Berichtsjahr 2022)

WZ-2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent	
		< 30 Jahre	≥ 30 Jahre
75	Veterinärwesen	91,8	93,1
86	Gesundheitswesen	91,2	95,3
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	90,1	94,4
37	Abwasserentsorgung	89,3	91,2
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	88,6	94,6
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	88,5	93,3
45	Handel mit Kraftfahrzeugen, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	88,4	91,1
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen	88,3	93,7
36	Wasserversorgung	88,2	93,9
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen	88,2	93,4
	Gesamt	621	834
41	Hochbau	76,1	82,0
90	Kreative, künstlerische und unterhaltende Tätigkeiten	75,4	87,8
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a.n.g.	74,6	87,5
92	Spiel, Wett- und Lotteriewesen	72,8	86,9
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	69,8	79,9
56	Gastronomie	68,8	82,7
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	68,6	83,3
1	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten	65,0	74,1
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	54,9	80,8
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	50,0	61,9

teilungen zu finden sind, die auch schon bei den Jüngeren die Spitzenplätze innehaben. So ist mit 96,3% der größte Anteil der Beschäftigten in diesem Vergleich mit einer ambulant gestellten Diagnose bei den im Gesundheitswesen Tätigen zu finden, noch vor denen in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung bzw. Sozialversicherung (94,6%) sowie den Heimen (ohne Erholungs- und Ferienheime) (94,4%).

2.6.5 Auswertungen nach Berufsgruppen

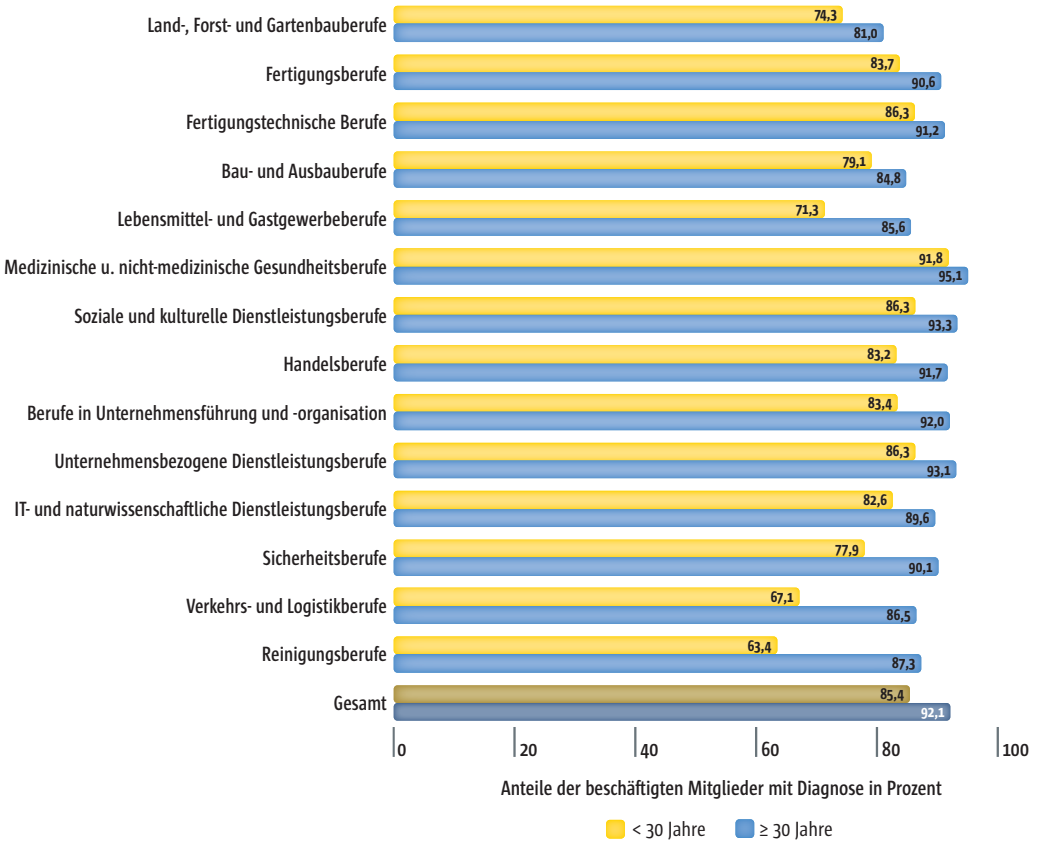
- Berufsgruppen mit überdurchschnittlich hohen Anteilen Beschäftigter mit Diagnose bei den ab 30-jährigen weisen in der Regel bereits bei den unter 30-jährigen überdurchschnittliche Werte auf. Entsprechend sind unterdurchschnittliche Anteilswerte bei gleichen Berufsgruppen auch jeweils in beiden Altersgruppen zu finden.
- Spitzenreiter in beiden Altersgruppen sind die (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufe. Beschäftigte, die diese Berufe ausüben, weisen insbesondere bei den unter 30-jährigen die höchsten Anteilswerte bei vielen Erkrankungsarten auf, u.a. Krankheiten des Muskel-Skelett-, des Atmungs- und des Kreislaufsystems sowie psychische Störungen.
- Reinigungskräfte sind bei den unter 30-jährigen von allen Berufsgruppen am seltensten in ambulanter Behandlung. Bei den Älteren weisen diese ebenso einen unterdurchschnittlichen Anteilswert insgesamt auf, allerdings sind sie bei einzelnen Erkrankungsarten deutlich häufiger als andere in Behandlung, bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen sind sie sogar Spitzenreiter.

Das **III** Diagramm 2.6.6 stellt für die beiden Altersgruppen jeweils die Anteile der Beschäftigten einzelner Berufssegmente dar, die im Jahr 2022 mindestens einmal in ambulanter Behandlung waren. Dabei zeigt sich auch hier ein ähnliches Muster, wie es schon bei der Differenzierung nach Geschlecht (**III** Diagramm 2.5.3) zu Tage getreten ist. So sind sowohl bei den unter 30-jährigen als auch bei denen, die zur älteren Beschäftigtengruppe zählen, die (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufe das Berufssegment mit den höchsten Anteilswerten (< 30 Jahre: 91,8%; ≥ 30 Jahre: 95,1%), in beiden Altersgruppen jeweils gefolgt von den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen sowie den unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen. Auf der anderen Seite fallen bei den jungen Beschäftigten Berufssegmente mit sehr niedrigen Anteilswerten auf. So sind von den unter 30-jährigen, die in

Reinigungsberufen tätig sind, nur 63,4% ambulant behandelt worden, von denen in Verkehrs- und Logistikberufen bzw. den in Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen Tätigen waren es nur wenig mehr. Bei diesen Berufssegmenten, die bei den unter 30-jährigen die geringsten Anteilswerte aufweisen, sind aber wiederum auch die größten Steigerungen bei den älteren Beschäftigten ab 30 Jahre zu verzeichnen. Dennoch bleiben diese weiterhin unter dem Durchschnitt aller Beschäftigten und bestätigen damit das Bild, dass niedrige Werte bei den Älteren schon bei den Jungen bestehen, genauso wie hohe Werte auch in beiden Altersgruppen bei den gleichen Berufssegmenten zu finden sind.

Das **III** Diagramm 2.6.7 stellt äquivalent zum vorherigen Abschnitt über die Wirtschaftsgruppen nun für die Berufssegmente die Anteilswerte für ausgewählte Erkrankungsarten dar. Hier zeigt sich hingegen ein uneinheitliches Bild. Gut zu erkennen ist, dass in der Altersgruppe der unter 30-jährigen die Beschäftigten der (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufe nicht nur insgesamt, sondern auch bei den hier aufgeführten Erkrankungsarten jeweils die höchsten Anteilswerte aufweisen. So waren rund zwei Drittel (68,8%) der Beschäftigten in diesem Berufssegment wegen Krankheiten des Atmungssystems ambulant behandelt worden, außerdem ist etwa jeder Dritte wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen bzw. psychischen Störungen und jeder Achte wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Behandlung gewesen. Die hohen Anteilswerte hängen sicherlich auch damit zusammen, dass diese Berufe naturgemäß eine sehr große Nähe zum Gesundheitswesen und eine entsprechende Behandlungsbereitschaft bzw. -notwendigkeit aufweisen. Aber auch hohe Belastungen durch die Tätigkeit an sich sind zu berücksichtigen, wie sie u.a. im letztjährigen Schwerpunktthema des **III** BKK Gesundheitsreport 2022 berichtet wurden. Auch bei den älteren Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr sind die Anteilswerte für die (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufe überdurchschnittlich. Die Spitzenwerte für diese Altersgruppe sind hingegen bei anderen Berufssegmenten zu finden. Dabei stechen insbesondere die Reinigungsberufe heraus: Bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen weisen diese den höchsten Anteilswert auf, dieser ist mehr als doppelt so hoch wie bei den Jüngeren in diesem Berufssegment, bei denen Muskel-Skelett-Erkrankungen noch recht selten diagnostiziert werden (57,9% vs. 23,5%). Die Reinigungskräfte weisen außerdem die zweitmeisten Beschäftigten mit Diagnosen psychischer Störungen bzw. Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf. In dieser Altersgruppe

Diagramm 2.6.6 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)

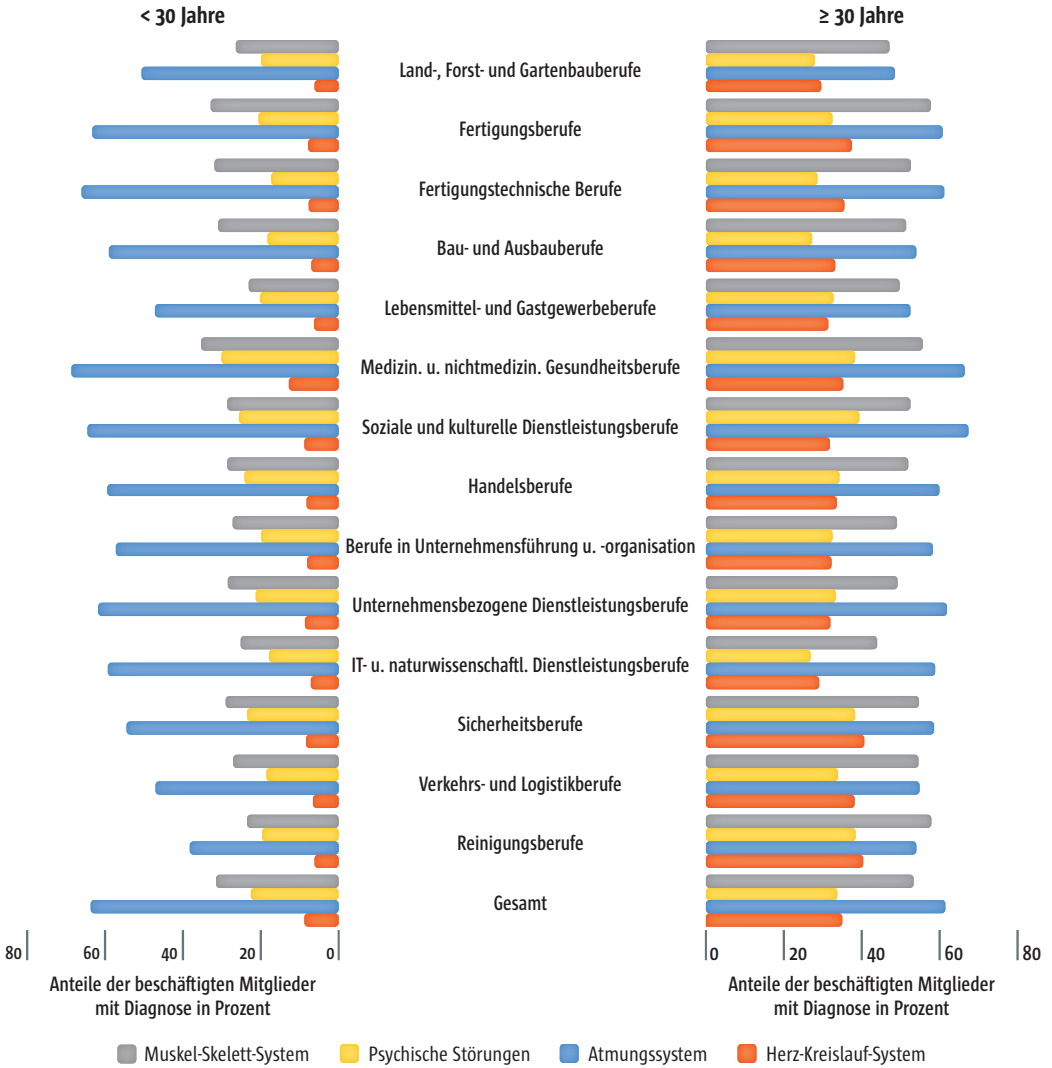


ist der höchste Anteil von Beschäftigten mit einer ambulant-behandelten psychischen Störung hingegen bei den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen zu finden, die auch den höchsten Anteil mit ambulant behandelten Atemwegserkrankungen aufweisen. Bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen liegen die Sicherheitsberufe noch vor den Reinigungsberufen.

Auch bei weiterer Differenzierung nach Berufshauptgruppen (III Tabelle 2.6.3) zeigt sich ein recht ähnliches Bild in beiden Altersgruppen. Von den Beschäftigten in medizinischen Gesundheitsberufen waren sowohl bei den unter 30-Jährigen als auch bei den älteren ab 30 Jahren jeweils die größten Anteilswerte (< 30 Jahre: 91,7%; ≥ 30 Jahre: 95,2%) in diesem Vergleich zu finden, jeweils gefolgt von den Beschäftigten in Erziehung, sozialen und hauswirtschaftlichen Berufen sowie Theologie. Am unteren Ende der Rangreihenfolge nach Anteilen mit Diagnose sind bei den Berufshauptgruppen auch wieder die Reini-

gungsberufe zu finden, die bei den unter 30-Jährigen mit 63,4% den geringsten Anteil der Beschäftigten in ambulanter Behandlung aufweisen, gefolgt von den Führern/-innen von Fahrzeug- und Transportgeräten sowie den Verkehrs- und Logistikberufen, die sich nicht auf Fahrzeugführung beziehen. Bei den Beschäftigten ab dem 30. Lebensjahr sind es die Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe, die mit 73,2% den geringsten Anteil Beschäftigter aufweisen, die ambulant in Behandlung gewesen sind. Den zweitgeringsten Anteilswert weisen die in Hoch- und Tiefbauberufen Tätigen auf. Insgesamt lässt sich aber auch in diesem Vergleich bei fast allen Berufshauptgruppen feststellen, dass diejenigen mit überdurchschnittlich hohen Anteilswerten in der einen Altersgruppe in der Regel auch in der anderen Altersgruppe überdurchschnittliche Werte aufweisen. Entsprechend gleich verhält es sich auch für diejenigen Berufshauptgruppen mit unterdurchschnittlichen Anteilswerten.

Diagramm 2.6.7 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)



2.6 Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben

Tabelle 2.6.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten Anteilen der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose unter 30 Jahren (Berichtsjahr 2022)

KldB-2010-Code	Berufshauptgruppen	< 30 Jahre	≥ 30 Jahre
		Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent	
81	Medizinische Gesundheitsberufe	91,7	95,2
83	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie	91,2	95,2
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik	90,1	93,2
93	Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau	88,8	90,9
73	Berufe in Recht und Verwaltung	88,7	94,1
41	Mathematik, Biologie-, Chemie- und Physikberufe	86,9	93,1
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung	86,8	93,3
25	Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe	86,6	91,5
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe	85,6	88,9
26	Mechatronik, Energie- und Elektroberufe	85,4	90,1
	Gesamt	85,4	92,1
84	Lehrende und ausbildende Berufe	76,7	89,3
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe	76,5	90,7
94	Darstellende und unterhaltende Berufe	73,1	82,3
29	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung	72,2	84,7
63	Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe	70,1	85,7
32	Hoch- und Tiefbauberufe	68,2	76,0
11	Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe	66,6	73,2
51	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	66,5	86,1
52	Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten	65,8	86,0
54	Reinigungsberufe	63,4	87,3

2.6.6 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen

- Beschäftigte, die Helfer- bzw. Anlerntätigkeiten ausführen, sind im Vergleich zu den anderen Beschäftigtengruppen deutlich seltener in ambulanter Behandlung. Dies gilt für beide Geschlechter und Altersgruppen.
- Bei den unter 30-jährigen sind diejenigen in Teilzeit in geringeren Anteilen in Behandlung als die Vollzeit-Beschäftigten. Bei den Älteren ab 30 Jahre sind es hingegen diejenigen in befristeter Anstellung, die geringere Anteilswerte aufweisen als diejenigen mit einem unbefristeten Vertrag.
- Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung sind im Vergleich zu den regulär Angestellten in beiden Altersgruppen deutlich seltener in ambulanter Behandlung. Das gilt auch durchweg für einzelne Erkrankungsarten.

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit sowie Aufsichts- und Führungsverantwortung

Anforderungsniveau: Wie schon anhand der III Tabelle 2.5.3 gezeigt werden konnte, sind insbesondere Beschäftigte, die Helfer- bzw. Anlerntätigkeiten ausführen, im Vergleich zu den anderen Beschäftigtengruppen mit höheren Anforderungsniveaus in deutlich geringeren Anteilen in ambulanter Behandlung gewesen. Wie nun die III Tabelle 2.6.4 verdeutlicht, gilt dies insbesondere bei denjenigen Beschäftigten,

die jünger als 30 Jahre alt sind. So sind in dieser Altersgruppe nur 73,2% der Frauen und sogar nur 62,1% der Männer, die Helfer bzw. Anlerntätigkeiten verrichten, im aktuellen Berichtsjahr in ambulanter Behandlung gewesen. Diese scheinen somit eine geringere Tendenz zur Inanspruchnahme ambulanter Versorgung aufzuweisen, obwohl sie gleichzeitig häufiger arbeitsunfähig (III Kapitel 1.6.6) sind und zudem auch häufiger stationär behandelt werden (III Kapitel 3.6.6). In der höheren Altersgruppe ab dem 30. Lebensjahr sind die Differenzen bei den Anteilswerten zu den Beschäftigten mit höheren Anforderungsniveaus nicht mehr ganz so hoch, dennoch sind auch hier die Frauen und Männer in Helfer- bzw. Anlerntätigkeiten seltener als die anderen Beschäftigtengruppen in ambulanter Behandlung gewesen.

Aufsichts- und Führungsverantwortung: Bei der Differenzierung nach Aufsichts- und Führungsverantwortung sowie Altersgruppen und Geschlecht (III Tabelle 2.6.4) zeigt sich anders als bei der allgemeinen Betrachtung ohne Altersdifferenzierung (III Tabelle 2.5.3) ein merklicher Unterschied dahingehend, dass diejenigen ohne eine solche Funktion besonders bei den jüngeren häufiger in ambulanter Behandlung gewesen sind als diejenigen, die eine Aufsichts- und Führungsverantwortung in dieser Altersgruppe ausüben. Am größten ist diese Differenz bei den männlichen Beschäftigten unter 30 Jahren: 75,3% der Aufsichts- bzw. Führungskräfte haben mindestens einmal eine Diagnose gestellt bekommen, 81,8% sind es hingegen bei denjenigen ohne eine solche Funk-

Tabelle 2.6.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	< 30 Jahre		≥ 30 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent					
Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit	Helfer-/Anlerntätigkeiten	62,1	73,2	79,8	89,6
	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	84,5	92,2	90,1	95,5
	Komplexe Spezialistentätigkeiten	77,5	89,4	89,1	94,2
	Hoch komplexe Tätigkeiten	73,1	85,3	87,2	93,8
Aufsichts- und Führungsverantwortung	Ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung	81,8	90,1	89,2	95,1
	Mit Aufsicht- und Führungsverantwortung	75,3	87,4	88,5	93,1
Gesamt		81,6	90,2	89,5	95,2

tion gewesen. Auch bei den Frauen in dieser Altersgruppe zeigt sich eine solche Differenz, die allerdings wie zu erwarten geringer ausfällt (87,4% vs. 90,1%). Bei den ab 30-Jährigen ist wiederum die Differenz deutlich geringer, bei den Männern dieser Altersgruppe fällt sie mit 0,7 Prozentpunkten kaum noch ins Gewicht. Der Umstand, dass Aufsichts-/Führungskräfte im Durchschnitt älter sind als diejenigen ohne eine solche Funktion, erklärt wiederum, dass in der allgemeinen Betrachtung kein solcher Unterschied sichtbar wird, da dieser durch die unterschiedlichen Gruppengrößen überlagert wird.

Vertragsformen sowie Arbeitnehmerüberlassung

Vertragsformen: Das im **III** Kapitel 2.5.3 beschriebene Muster, dass diejenigen mit befristeten Verträgen seltener in ambulanter Behandlung als unbefristet Tätige sind, lässt sich bei zusätzlicher Unterteilung in die beiden Altersgruppen (**III** Tabelle 2.6.5) nur bei den ab 30-Jährigen wiederfinden. Bei denjenigen, die jünger als 30 Jahre sind, sind es hingegen die Männer in Teilzeit, von denen deutlich geringere Anteile in ambulanter Behandlung waren: Von den in Teilzeit beschäftigten Männern mit unbefristetem Vertrag waren 65,5% in ambulanter Behandlung, von denjenigen mit einem befristeten Vertrag sogar nur 61,8%. Auch bei den Frauen in dieser Altersgruppe sind es diejenigen in Teilzeit, die geringere Anteilswerte im Vergleich zu den Frauen in Vollzeitanstellung aufweisen. Bei zusätzlicher Betrachtung der zu-

grundlegenden Erkrankungsarten (hier nicht dargestellt) zeigt sich für die Männer das beschriebene Muster auch durchweg für die einzelnen Diagnosehauptgruppen. Bei den Frauen sind wiederum die höchsten Anteilswerte im Vergleich der Vertragsformen bei den unbefristet in Teilzeit Tätigen für Schwangerschaft/Geburt sowie psychische Störungen zu verzeichnen. Bei den Beschäftigten ab 30 Jahren verschiebt sich hingegen die Rangreihenfolge der Vertragsformen dahingehend, dass die Befristung eine größere Bedeutung gewinnt. So weisen diejenigen mit unbefristeten Verträgen höhere Anteilswerte auf als die befristet Angestellten.

Arbeitnehmerüberlassung: Wie schon zuvor dargelegt (**III** Tabelle 2.5.4), sind Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung in erheblich geringeren Teilen in ambulanter Behandlung gewesen als diejenigen in regulärer Anstellung. Diese Differenz wird sogar noch größer, wenn man dabei nur die unter 30-Jährigen betrachtet (**III** Tabelle 2.6.5): Von den Frauen in Leih- und Zeitarbeit in dieser Altersgruppe waren 57,1% mindestens einmal in ambulanter Behandlung, von den Männern dieser Alters- und Anstellungsgruppe waren es sogar nur 50,6%. Das sind über –30 Prozentpunkte weniger als diejenigen, die nicht in Leih- und Zeitarbeit tätig sind. Wie zu erwarten, liegen die Anteilswerte bei den ab 30-Jährigen höher, dennoch bleibt auch bei diesen eine große Differenz zwischen den Beschäftigten mit im Vergleich zu denen ohne Arbeitnehmerüberlassung. Dabei sind die Beschäftigten in Leih- und Zeitarbeit mit 62,1% (Männer) bzw. 70,3% (Frauen) ebenfalls in deutlich

Tabelle 2.6.5 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	< 30 Jahre		≥ 30 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent					
Vertragsformen	Unbefristet/Vollzeit	81,8	91,7	90,2	94,5
	Unbefristet/Teilzeit	65,5	84,9	82,5	95,1
	Befristet/Vollzeit	78,8	87,4	78,8	86,8
	Befristet/Teilzeit	61,8	77,7	75,6	89,6
Arbeitnehmerüberlassung	Ohne Arbeitnehmerüberlassung	82,8	91,0	90,0	95,5
	Mit Arbeitnehmerüberlassung	50,6	57,1	62,1	70,3
Gesamt		81,6	90,2	89,5	95,2

geringeren Anteilen in ambulanter Versorgung gewesen. Damit weisen die jungen Frauen und Männer in Arbeitnehmerüberlassung die niedrigsten Anteilswerte von allen dargestellten Teilgruppen nach denen im Tätigkeitsschlüssel codierten Merkmalen

auf. Dabei zeigen sich für diese Beschäftigtengruppe im Vergleich zu den regulär Angestellten auch durchweg niedrigere Anteile mit Diagnose, wenn man die einzelnen Erkrankungsarten betrachtet.

2.7 Zusammenfassung und Ausblick

Wie schon eingangs dieses Kapitels beschrieben, spiegelt die ambulante Versorgung in wesentlichen Teilen das alltägliche Krankheitsgeschehen wider, d.h. es sind darin all jene medizinischen Versorgungsleistungen wiederzufinden, die nicht aufgrund ihrer Schwere im Krankenhaus erfolgen müssen. Darüber hinaus werden aber auch in erheblichem Maße nicht krankheitsbedingte Vorsorgemaßnahmen wie z.B. Impfungen, allgemeine Untersuchungen genauso wie die Nachsorge nach stationärem Aufenthalt abgebildet. Entsprechend sind in der Regel etwa 9 von 10 Versicherte innerhalb eines Jahres zumindest einmal in ambulanter Behandlung – im aktuellen Berichtsjahr 2022 waren es sogar mit einem Anteilswert von 92,1% noch etwas mehr als in den Vorjahren. Es gibt also kaum Personen, die im Laufe eines Kalenderjahres nicht zumindest einmal Kontakt zur ambulanten Versorgung haben. Bei den dabei am meisten vergebenden Diagnosen handelt es sich um als Zusatzinformationen erfasste Faktoren, die Einfluss auf den Gesundheitszustand haben und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen – worunter u.a. allgemeine Untersuchungen und Vorsorgemaßnahmen und speziell im aktuellen Berichtsjahr Laboruntersuchungen gezählt werden. Eine andere Diagnosehauptgruppe die in der Regel eine wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung spielt, sind die Krankheiten des Atmungssystems. Auch wenn diese ohnehin eine in der ambulanten Versorgung häufig zu behandelte Erkrankungsart sind, so stellt das aktuelle Berichtsjahr 2022 nun ein Extrem dar: Rund 56% der Versicherten sind aufgrund dessen mindestens einmal behandelt worden, das ist der mit Abstand höchste Anteilswert seit Beginn der Darstellung ambulanter Versorgungsdaten im BKK Gesundheitsreport ab dem Berichtsjahr 2012. Auch die Zahl der Behandlungen aufgrund von Infektionen hat deutlich zugenommen, diese sind im aktuellen Berichtsjahr bei 25,9% der Versicherten diagnostiziert worden. Bei anderen Erkrankungsarten sind die An-

teile der deswegen Behandelten kaum verändert. So sind wie schon in den Vorjahren Muskel-Skelett-Erkrankungen etwa bei der Hälfte der Versicherten, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten bei etwa 40%, Krankheiten des Urogenitalsystems, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie psychische Störungen sind bei etwas mehr als jedem dritten Versicherten diagnostiziert worden. Dabei ist für viele Erkrankungen bekannt, dass mit höherem Alter die Anteile derer zunehmen, die deswegen in ambulanter Behandlung sind. Ebenso sind bei vielen Erkrankungsarten die Anteilswerte bei den Frauen höher im Vergleich zu den Männern, dies gilt vor allem für Urogenital-Erkrankungen sowie Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, aber auch für psychische Störungen. Bei der Betrachtung des Versorgungsgeschehens speziell für die beschäftigten Mitglieder zeigt sich außerdem, dass bei verschiedenen arbeitsweltlichen Merkmalen (z.B. aufgrund der Zugehörigkeit zu bestimmten Wirtschafts- und Berufsgruppen) Unterschiede bei den für die Versorgung ausschlaggebenden Diagnosen bestehen, die nicht (oder nicht allein) anhand der Alters- und Geschlechtsstruktur der dort jeweiligen Beschäftigten erklärt werden können. So fallen in der ambulanten Versorgung besonders die Beschäftigten in Helfer- bzw. Anlerntätigkeiten (genauso wie Beschäftigte ohne einen Schul- bzw. Berufsabschluss) auf, die teils deutlich weniger als andere Beschäftigte in Behandlung gewesen sind. Auch nehmen Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung in geringeren Anteilen ambulante Versorgung in Anspruch. Hierbei spielen sicher auch Unterschiede im Gesundheitsverhalten eine Rolle, die Auswirkungen auf die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen haben können: So ist die subjektiv wahrgenommene Gesundheit bei Personen mit niedrigerem Sozialstatus im Durchschnitt schlechter, zudem sind gesundheitsschädliche Verhaltensweisen (Rauchen, Bewegungsmangel etc.) bei diesen verbreiteter, während gleichzeitig Präventionsmaßnahmen seltener in An-

spruch genommen werden. Ebenso kann das Arbeiten unter Unsicherheit (Leih- und Zeitarbeit, Befristung, nach Arbeitslosigkeitserfahrung etc.) ein anderes Inanspruchnahmeverhalten bewirken, so etwa beispielsweise trotz Krankheit zur Arbeit zu erscheinen (Präsentismus), oder Vorsorgeuntersuchungen gar nicht erst wahrzunehmen.

Eben dieses Muster ist auch bei jungen Beschäftigten zu erkennen, wie die Auswertungen zum diesjährigen Schwerpunktthema zeigen. Es zeigen sich bei den unter 30-jährigen sogar noch deutlichere Abweichungen vom Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten für diejenigen in Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten bzw. bei denen ohne einen Schulabschluss sowie den in Leih-/Zeitarbeit angestellten. Es ist nicht davon auszugehen, dass diese so bedeutend gesünder sind, dass von diesen ein erheblich größerer Teil (bis zu -33 Prozentpunkte weniger haben überhaupt eine Diagnose im Berichtsjahr bekommen) keinen Kontakt zur ambulanten Versorgung benötigt. Vielmehr zeigt ein Blick in die anderen Leistungsbereiche, dass diese besagten Beschäftigtengruppen sogar häufiger als andere arbeitsunfähig sind sowie stationär behandelt werden. In der ambulanten Versorgung sind zwar die Anteilswerte dann bei den ab 30-jährigen für Helfer und Angelernte sowie für Beschäftigte ohne Schulabschluss deutlich höher, dennoch bleiben diese auch bei den Älteren hinter dem Durchschnitt zurück. Auch unter den älteren Beschäftigten sind die Kennwerte im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen sowie in der stationären Versorgung für die erwähnten Teilgruppen teils deutlich überdurchschnittlich, zudem ist in dieser Altersgruppe auch die Arzneimittelgabe deutlich erhöht. Für diese Beschäftigtengruppen sind diverse Belastungsfaktoren physischer (vermehrt körperliche Tätigkeiten, erhöhte Verletzungsgefahren, einseitige Belastungen, Schichtarbeit usw.) und psychischer Art (weniger Gestaltungsspielraum, geringes Lohnniveau, Unsicherheit durch nicht-reguläre Anstellung usw.)

anzunehmen, was erklären kann, dass diese ‚ernsteren‘ Vorfälle (die Person ist so beeinträchtigt, dass Arbeit aktuell nicht mehr möglich ist oder sogar stationärer Behandlungsbedarf besteht) bei den genannten Beschäftigtengruppen gehäuft auftreten. Gleichzeitig zeigt sich aber dabei auch eine bewusste (anderes Krankheitsverständnis, wenig Interesse an Prävention und Gesundheitsförderung usw.) oder unbewusste (eingeschränkte Möglichkeiten für die Wahrnehmung von Arztterminen, Unkenntnis/Überforderung mit dem Gesundheitssystem usw.) Ferne zum Gesundheitswesen, die eine frühzeitige Behandlung schon vor dem Eintreten eben dieser ‚ernsteren‘ Vorfälle verhindert und damit auch einem Vermeiden oder Abmildern der Erkrankungen entgegensteht. Hingegen bleibt zu konstatieren, dass diese Beschäftigtengruppen zudem auch schwerer zu erreichen sind für Themen wie Gesundheit und Gesunderhaltung. Nicht nur aus dem Präventionsgedanken heraus sind andererseits aber gerade Berufseinsteiger und junge Beschäftigte dafür geeignet, um diese für Gesundheitsthemen zu sensibilisieren. So bieten hierzu der Neueinstieg und das Einleben in ein Unternehmen Ansatzpunkte, um gesundheitsbezogene Überzeugungen, Grundannahmen und Verhaltensweisen über die organisationale Sozialisation zu prägen, wie es **III** Schubin und Pfaff in ihrem Beitrag ausführen. Ein praktisches Beispiel, welches sich speziell an kleine und mittlere Unternehmen richtet, beschreibt der **III** Beitrag von Römer, Muscutt und Kozlowski. Außerdem bieten sich bei denjenigen, die Berufsschulen besuchen, noch weitere Möglichkeiten, um Gesundheitsthemen zu transportieren. Beispielfhaft bietet das BKK-System mit dem You!Mynd-Projekt (beschrieben im **III** Beitrag von Doan) ein Präventionskonzept, das wissenschaftlich fundiert, zielgruppenorientiert und individuell zugeschnitten im Berufsschul-Setting Wissen und Kompetenzen vermittelt.

Schwerpunkt Wissenschaft



Entwicklung und Muster von Bildungs- und Erwerbsbiografien in Deutschland

Corinna Kleinert und Markus Nester
Leibniz-Institut für Bildungsverläufe, Bamberg

Veränderungen und Muster in den Übergängen von Schule in Arbeit

Bildungs- und Erwerbsbiografien von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland zeichnen sich heute durch eine große Variabilität und teilweise durch eine Fragmentierung in den tatsächlich vollzogenen Verläufen aus. Folgt den Mehrzahl der Übergänge noch vor einigen Jahrzehnten dem Muster von „Normalbiografien“, das heißt, einer zügigen, glatten, unterbrechungsfreien Abfolge von Schule, Ausbildung oder Studium und anschließender Erwerbstätigkeit, so lösten sich diese erwartbaren Vorstellungen und Muster in den letzten Jahrzehnten zunehmend auf.

Dafür waren erstens strukturelle und politisch induzierte Veränderungen am Arbeitsmarkt verantwortlich. Der technologische und sektorale Wandel der Arbeitswelt führte dazu, dass es immer weniger Beschäftigungsmöglichkeiten für Ungelernte sowie Ausbildungsberufe mit geringen Anforderungen gibt. Dieser Wandel erschwerte mithin den Übergang in Ausbildung insbesondere für junge Menschen mit niedriger Vorbildung [1]. Viele Jugendliche ohne Schulabschluss oder mit einem Hauptschulabschluss finden sich nach der Schule daher zunächst in Warteschleifen sowie in Übergangsmaßnahmen wieder, die berufliche Grundkenntnisse vermitteln sollen oder in denen sie Schulabschlüsse nachholen können. Der Arbeitsmarkt in Deutschland hat sich außerdem zunehmend flexibilisiert, insbesondere seit den Arbeitsmarktreflexionen in den 2000er-Jahren. Atypische Beschäftigungsformen und befristete Verträge bei jungen Menschen haben zugenommen, was zu einer höheren Fluktuation zwischen Jobs sowie in und aus Arbeitslosigkeit geführt hat [2]. Zweitens gab es lange Zeit einen ungebrochenen Trend zu höheren Bildungsabschlüssen, insbeson-

dere bei Frauen [3]. Dabei wurden auch die Möglichkeiten der Höherqualifizierung und des Nachholens von Bildungsabschlüssen, die bereits Ende der 1960er- bzw. dem Beginn der 1970er-Jahre geschaffen wurden, immer häufiger genutzt. So erreichen heute mehr als 30% der jungen Menschen mit einem Abitur dieses nicht auf dem Gymnasium, sondern auf alternativen Bildungswegen [4]. Und drittens brachten zunehmender Wohlstand und Individualisierung mit sich, dass junge Menschen heute häufiger zwischen den Hauptstationen im Lebensverlauf Zwischenepisoden einlegen können und wollen, als das noch vor einigen Jahrzehnten der Fall war, wie zum Beispiel freiwillige soziale Jahre oder Auszeiten. Dazu gehört auch, bereits getätigte Ausbildungs- und Studienentscheidungen zu reflektieren und gegebenenfalls zu revidieren.



In Summe führten diese Veränderungen dazu, dass die Übergänge von der Schule in Arbeit vielfältiger und komplexer geworden sind und länger dauern.

Beispielhaft lässt sich das anhand der in **»** Abbildung 1 dargestellten Bildungs- und (anfänglichen) Erwerbsbiografien von Jugendlichen in Deutschland zeigen. Dazu wurden individuelle Biografien junger Menschen ab der neunten Klasse für einen Zeitraum von acht Jahren analysiert, sequenzanalytisch miteinander verglichen und auf dieser Basis typisiert. Die Datenbasis für diese Analyse bildete die Startkohorte Klasse 9 des Nationalen Bildungspanels (NEPS). Dabei wurde eine repräsentative Stichprobe von Neuntklässlern an allgemeinbildenden Schulen in Deutschland im Schuljahr 2010/11 über einen langen Zeitraum hinweg jedes Jahr wieder zu ihren Bildungsstationen befragt und zu ihren Kompetenzen getestet [5].

Die Vielfalt der Verläufe kann zu acht verschiedenen Typen von Sequenzmustern zusammengefasst werden, die in ihren Realisierungshäufigkeiten sehr unterschiedlich verteilt sind:

Typ 1 kennzeichnet instabile Verläufe mit kurzen Phasen sehr unterschiedlicher Zustände nach dem Verlassen der Schule, z.B. abgebrochene Ausbildungen, Erwerbslosigkeit oder Berufsvorbereitungsmaßnahmen (ca. 6%). In dieser Gruppe finden sich viele Jugendliche ohne Schulabschluss sowie mit Hauptschulabschluss und entsprechend hohem Risiko eines unsteten Erwerbseinstiegs und -verlaufs.

Typ 2 ist durch Aufstiege im schulischen Bildungsverlauf geprägt, bei denen das Abitur nach einer Unterbrechung nachgeholt wurde (ca. 6%).

Typ 3 sind durch berufliche Ausbildung geprägte Verläufe von Haupt- und Realschulabsolvent:innen mit Zwischenepisoden zwischen Schule und Ausbildung, z.B. aufgrund von freiwilligem Wehrdienst oder sozialen Jahren. Zu dieser Gruppe lässt sich ca. ein Viertel der betrachteten jungen Menschen zuordnen.

Typ 4 besteht aus Ausbildungsverläufen mit einem direkten Übergang von der Realschule bzw. nach einem mittleren Schulabschluss in die Ausbildung und weiter in kontinuierliche Beschäftigung. Diesem „normalbiografischen“ Verlauf folgten etwa 5% der betrachteten jungen Menschen.

Typ 5 sind akademische Verläufe mit Zwischenepisoden zwischen Schule und Studium, z.B. kurzen Erwerbsepisoden, freiwilligen Jahren oder Praktika. Auch diese Gruppe mit verzögertem Studienbeginn macht ca. ein Viertel der Stichprobe aus.

In **Typ 6** finden sich „normalbiografische“ akademische Verläufe ohne Zwischenepisoden (ca. 12%).

Typ 7 umfasst junge Menschen mit einer Hochschulreife mit anschließender beruflicher Ausbildung (ca. 16%).

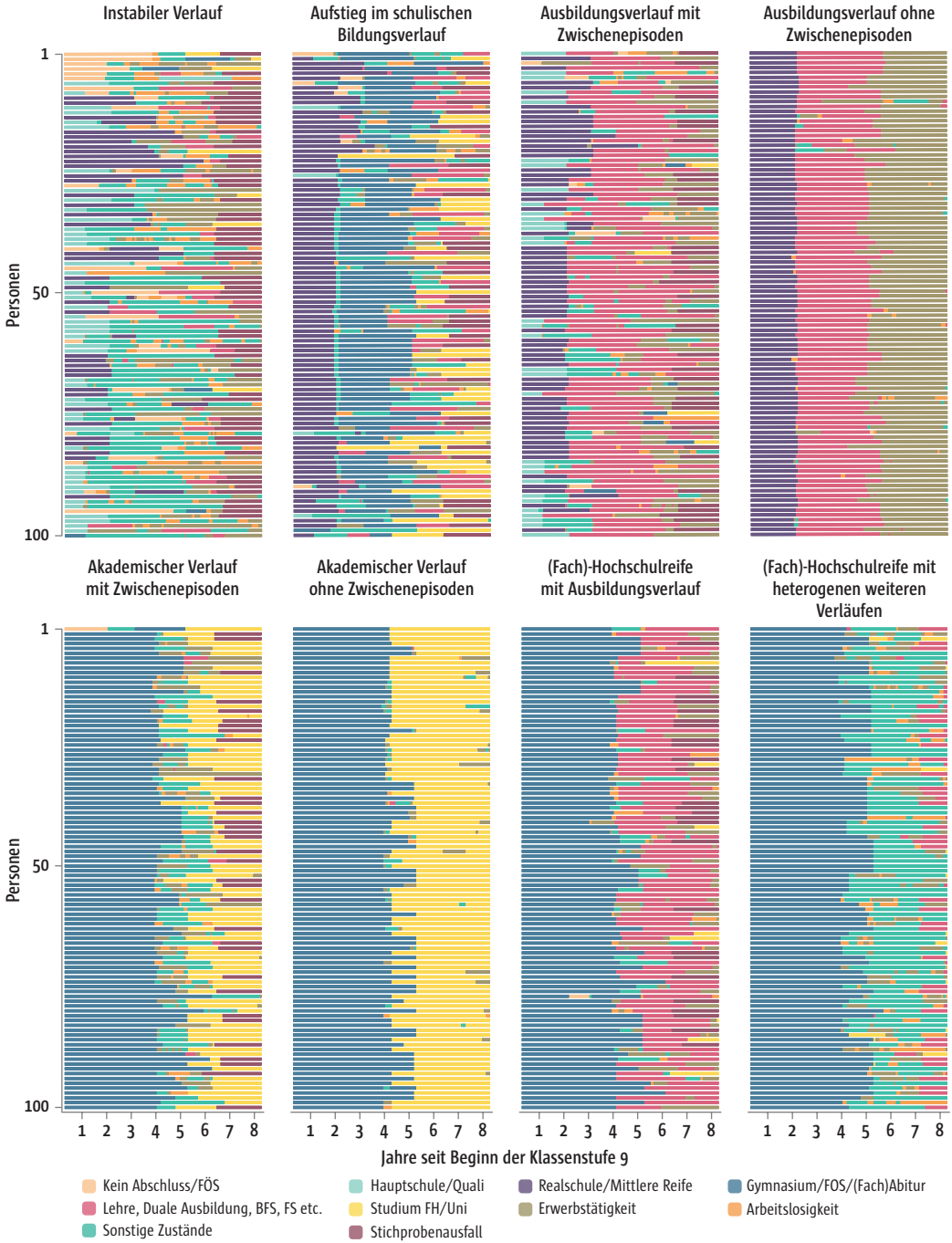
Typ 8 sind ebenfalls Personen mit einer Hochschulreife, jedoch mit heterogenen weiteren Verläufen, bei denen sich zunächst keine weitere Bildungs- oder längere Erwerbsepisode nach dem Verlassen der Schule anschließt (ca. 4%).

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass es heute neben den „normalbiografisch“ geprägten Verlaufsmustern sowohl Aufstiege im Bildungsverlauf als auch einen bedeutenden Anteil von Verläufen mit Unterbrechungen oder Lücken zwischen zentralen Stationen im Lebenslauf von jungen Erwachsenen gibt. Diese Muster bilden heute eher die Regel denn die Ausnahme.

Unterbrechungen werden dabei durch ganz unterschiedliche Beweggründe und Ursachen getrieben. So stehen bewusst gewählte Episoden wie Reisen, soziales Engagement oder das Ausprobieren von Erwerbsarbeit vielfach ungewollten Phasen von erfolgloser Ausbildungsplatzsuche, Praktika und Arbeitslosigkeit gegenüber. Insgesamt dauern Einstiege in die Erwerbsarbeit dadurch heute in der Regel länger als in früheren Jahrzehnten [6, 7], und nur wenige junge Menschen erreichen acht Jahre nach dem Besuch der 9. Klasse den Einstieg in längerfristige Beschäftigung.

Es ist dabei keineswegs zufällig, welchen Verlauf der Übergang von der Schule in Arbeit heute nimmt. **»** Abbildung 1 zeigt überdeutlich, dass der Sekundarschulform dabei eine zentrale Sortierfunktion zukommt. Während junge Menschen mit Abitur sehr gute berufliche Aussichten haben, besteht insbesondere für Schulabgänger:innen ohne Schulabschluss, mit einem Förder- oder mit einem Hauptschulabschluss ein großes Risiko, fragmentierte Übergänge ins Arbeitsleben mit unsicherem Ausgang zu erleben. Welche Schulform Jugendliche besuchen, hängt wiederum stark vom sozialen Hintergrund ihres Elternhauses ab, vor allem von dem Bildungsniveau, dem sozioökonomischen Status und den kulturellen Ressourcen der Eltern [8]. Da die soziale Herkunft häufig auch darüber bestimmt, wie gut die Lern- und Entwicklungsbedingungen im sozialräumlichen Umfeld von Kindern und Jugendlichen sind, zum Beispiel in Nachbarschaften und an Schulen, kumulieren häufig Problemlagen für die einen und günstige Ausgangsbedingungen für die anderen. Zudem haben im internationalen Vergleich in Deutschland junge Mütter und Menschen mit einem Migrationshintergrund ein besonders großes Risiko, während der ersten zehn Jahre nach dem Verlassen der Schule weder in Bildung noch in Arbeit zu sein [2]. Auch wenn die endgültigen schulischen und beruflichen Abschlüsse häufig nachgeholt oder über Umwege erreicht werden, erfordern diese Schleifen in der Regel erhebliche Investitionen in Zeit und Mühe. In der Regel sind sie auch abhängig von der Lernmotivation und den finanziellen Möglichkeiten. Dies hat zur Folge, dass auch alternative Bildungswege eher von jenen beschritten werden, die über bessere Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten verfügen. Auch wenn diese Wege wichtig für viele junge Menschen mit weniger guten Ausgangsbedingungen sind, ändern sie an den sozialen Ungleichheiten in den Bildungsergebnissen in Deutschland denn auch nichts [9].

Abbildung 1 Bildungs- und Erwerbsverläufe von jungen Menschen in Deutschland ab der Klassenstufe 9



Ein zusätzliches Problem: Abbrüche und Wechsel

Eine weitere Ursache für die Fragmentierung von Verläufen, die in den Sequenzen in **»»** Abbildung 1 nicht sehr deutlich sichtbar ist, sind häufige Abbrüche und Wechsel von Ausbildungen und Studiengängen. Besonders gut dokumentiert sind vorzeitige Vertragslösungen in der dualen Ausbildung: Im Jahr 2021 wurden 26,7% aller bestehenden dualen Ausbildungsverträge vorzeitig gelöst, meist noch in der Probezeit oder im ersten Ausbildungsjahr. Im Jahr 2010 waren es noch 23%; seitdem stieg die Quote bis auf das Corona-Jahr 2020 fast immer kontinuierlich [10]. Zu beachten ist bei diesen Zahlen, dass daraus keine Ausbildungsabbrüche abgeleitet werden können. So nimmt etwa die Hälfte aller Auszubildenden, die einen Vertrag vorzeitig gelöst hat, im Anschluss daran eine weitere duale Ausbildung auf [11]. Umgekehrt kann eine Ausbildung auch ohne Vertragslösung abgebrochen werden, etwa wenn die Abschlussprüfung nicht bestanden wird. Vergleicht man, ähnlich wie im Bereich des Studiums (siehe unten), die Zahl erfolgreicher Ausbildungsabsolvent:innen mit der Zahl der Anfänger:innen, so ergibt sich für das Jahr 2018 eine rechnerische Abbruchquote von etwa 21%.

»» Zu den Gründen vorzeitiger Vertragslösungen gibt es eine sehr reichhaltige Forschung. Am wichtigsten dürften Passungsprobleme zwischen den beruflichen Interessen und Fähigkeiten der Auszubildenden und den Tätigkeiten und Anforderungen der Ausbildung sein.

Drei Faktoren sind dabei von besonderer Relevanz: Erstens gibt es in Deutschland über 300 duale Ausbildungsberufe; Informationsdefizite sind daher häufig. Zweitens sind die Schulabgänger:innen häufig noch sehr jung und können ihre Fähigkeiten und Interessen nicht immer gut einschätzen. Und Drittens ist ein großer Teil der beruflichen Ausbildung in Deutschland – die duale Ausbildung – marktförmig organisiert, das heißt, Ausbildungsbetriebe können frei entscheiden, wen sie einstellen. Staatlich organisierte Alternativen wie schulische Berufsausbildungen und hochschulische Bildung unterliegen dagegen bestimmten schulischen Voraussetzungen wie Mittlere Reife oder Hochschulreife. Daher können vor allem Suchende mit niedrigen schulischen Qualifikationen ihre Berufswünsche und Interessen oft nicht realisieren [12]. Sie sind auf die Ausbildungsplätze angewiesen, für die sie eine Zusage bekommen – und diese finden sich häufig in

wenig attraktiven Berufen mit oftmals schwierigen Arbeitsbedingungen sowie in kleinen Betrieben, in denen das Risiko von Problemen höher ist [13]. Diese Passungsschwierigkeiten spiegeln sich in sehr unterschiedlichen Vertragslösungsquoten für einzelne Berufe wieder. Diese reichten im Jahr 2021 von 4,7% bei den Verwaltungsfachangestellten bis zu 50,8% bei den Fachleuten für Systemgastronomie [10]. Sehr hohe Lösungsquoten finden sich auch in anderen Berufen des Hotel- und Gaststättengewerbes sowie in Transport-, Reinigungs-, Körperpflege-, Lebensmittel- und einigen Bauberufen. Sehr niedrige Lösungsquoten gibt es hingegen im öffentlichen Dienst, bei kaufmännischen Dienstleistungen, in technischen Produktions- und in Laborberufen. Insgesamt sinken die Lösungsquoten mit steigenden schulischen Voraussetzungen für einzelne Ausbildungsberufe [10].

»» Hinter der vorzeitigen Beendigung von Ausbildung und Studium verbergen sich häufig Wechsel in andere Bildungsgänge – echte Abbrüche, ohne weitere Bildungskarrieren im Anschluss, sind eher selten.

Im Gegensatz zu Ausbildungen werden vorzeitige Beendigungen von Studiengängen stärker differenziert. So werden Studienabbrüche von Unterbrechungen im Studienverlauf, Fach- oder Hochschulwechsellern sowie Abbrüchen von Zweit- oder Ergänzungsstudien unterschieden [14]. Je nach Datengrundlage und Berechnungsverfahren liegt die aktuelle Quote der Studienanfänger:innen, die die Hochschule ohne Erfolg wieder verlassen, zwischen 23 und 35% [15, 16]. Besonders häufig werden universitäre Bachelorstudiengänge der Geisteswissenschaften/Sport (49%) sowie der Mathematik und Naturwissenschaften abgebrochen (50%). In Masterstudiengängen liegen die Abbruchquoten etwas niedriger, bei ca. 21%, wobei auch hier geisteswissenschaftliche Studiengänge an Universitäten mit 37% Abbruchquote hervorstechen [16]. Bei diesen Zahlen ist allerdings zu beachten, dass sich hinter diesen Quoten auch viele sogenannte „Scheinstudierende“ verbergen, die zwar offiziell eingeschrieben sind, um einen Studierendenstatus nachzuweisen, aber gar keine Kurse besuchen. Belastbare Zahlen über diese Gruppe gibt es jedoch aktuell nicht.

Die Ursachen für Studienabbrüche und für die erheblichen Unterschiede in den Erfolgsaussichten zwischen den Fächern und Studiengängen sind vielfältig [14]. Neben unterschiedlichen Eingangsvoraussetzungen (Schulleistungen und Kompetenzen)

und mangelnden Studienleistungen auf individueller Ebene kommen Unterschiede in den Benotungs- und Selektionspraxen von Studiengängen zum Tragen [17, 18]. Zudem spielen eine fehlende soziale und akademische Integration an der Hochschule [19], mangelnde Passung zwischen individuellem und akademischen Habitus an der neuen Institution [20] sowie die weiteren Erfolgsaussichten und Nutzenerwartungen in Relation zu den Kosten eine wesentliche Rolle [19, 21]. Sie führen zu sozial sehr unterschiedlich verteiltem Abbruchverhalten, da besonders letztere Faktoren eng an die soziale Herkunft und insbesondere die finanziellen Ressourcen gekoppelt sind. Auch motivationale, kognitive und Persönlichkeitsmerkmale gelten als mögliche Faktoren für einen Abbruch [14]. Zudem lässt sich empirisch zeigen, dass auch der schulische Verlauf bis zur Hochschulreife die Abbruchwahrscheinlichkeit beeinflusst. Wurde das Abitur über alternative Wege erreicht, so erhöht sich das Risiko ein Studium abzubrechen [21]. Dieser Umstand ist auch damit zu erklären, dass die subjektiv wahrgenommenen Erfolgsaussichten nicht nur durch das Fachinteresse und die aktuellen Studienleistungen, sondern auch durch die vorgelagerten schulischen Lernerfahrungen, Leistungen und Entscheidungen maßgeblich geprägt werden.

Der Einfluss fragmentierter Übergänge auf die weitere berufliche Entwicklung

Fragmentierte Übergänge mit Unterbrechungen oder Wechseln sind nicht immer problematisch für den weiteren beruflichen Verlauf.

Erstens kommt es darauf an, welche Signalwirkung mit unterschiedlichen Typen von Unterbrechungen oder Schleifen verbunden ist. So lässt sich ein freiwilliges soziales Jahr oder ein längerer Auslandsaufenthalt gut mit dem Erwerb bestimmter Lernerfahrungen und Kompetenzen begründen. Eine lange erfolglose Suche nach einem Ausbildungsplatz oder einem Einstiegsjob wird hingegen ebenso wie Arbeitslosigkeit auch später noch als Makel gesehen – diese Ereignisse erzeugen mithin Narben, die kaum mehr verheilen [22]. Zweitens ist gerade in Deutschland bedeutsam, ob nach einem Abbruch oder Wechsel später ein beruflicher oder ein Studienabschluss erreicht wurde, denn hierzulande sind Zertifikate für adäquate berufliche Karrieren unabdingbar [23]. Insgesamt sind insbesondere für den in

Abbildung 1 dargestellten Typ 1 – Jugendliche mit niedriger schulischer Vorbildung, deren Übergänge durch Warteschleifen, berufsvorbereitende Maßnahmen und Arbeitslosigkeit geprägt sind – die Risiken hoch, dass sie auch später keine stabile Erwerbslaufbahn haben werden [24]. Sie müssen außerdem beträchtliche Lohneinbußen in Kauf nehmen, während hingegen Unterbrechungen während eines Hochschulstudiums oft folgenlos für die weitere Karriere bleiben [2].

Durch die positive konjunkturelle Lage und den demografischen Wandel und dem damit einhergehenden Fachkräftemangel wird die Integration junger Menschen in Ausbildung und Arbeit zwar gegenwärtig erleichtert. Dennoch finden insbesondere Schulabgänger:innen mit geringen Qualifikationen nach wie vor schwer in berufliche Ausbildung, und diese bildet im stark beruflich und qualifikatorisch geprägten deutschen Arbeitsmarkt die Minimalvoraussetzung für eine stabile Erwerbskarriere und ein ausreichendes Einkommen [1, 7].

Zudem können sich diese makrostrukturellen Rahmenbedingungen auch schnell verändern, wie jüngst die Coronakrise oder der Ukrainekrieg vor Augen führen. Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Pandemie insbesondere über Einbrüche im Wohlbefinden junger Menschen mittelfristig negative Effekte auf ihre Bildungs- und Karriereverläufe hatte [25]. Die längerfristigen Folgen dieser Veränderungen für den Übergang von der Schule ins Erwerbsleben der davon betroffenen Generationen lassen sich zurzeit allerdings noch nicht abschließend beurteilen.

Als Fazit lässt sich festhalten: Ausbildungs- und Studienwechsel sowie Abbrüche sind heute vor allem durch Passungsprobleme vor dem Hintergrund der sich rasant verändernden Arbeits- und Ausbildungsmärkte ein häufig auftretendes Phänomen. Sie lassen sich selbst durch Interessensdiagnostik und intensive Beratung kaum reduzieren. Eine Prognose für die weitere Entwicklung der Übergänge von der Schule in Arbeit ist gerade bei niedrig qualifizierten Schulabgängern schwierig, denn hier sind viele Szenarien denkbar. So könnte zwar der sich absehbar weiter verschärfende Fachkräftemangel in Deutschland diesen Gruppen neue Chancen eröffnen, jedoch ist dieser regional unterschiedlich verteilt und setzt daher Mobilität der Jugendlichen ebenso voraus wie häufig hohe fachliche Anforderungen. Gleichzeitig könnte es durch die Veränderung der Wissensarbeit durch künstliche Intelligenz zu neuen Verwerfungen

auch für Akademiker:innen kommen, die Umorientierungsphasen mit sich bringen.

Literatur

1. Kleinert C, Jacob M. Strukturwandel des Übergangs in eine berufliche Ausbildung. In: Becker R, Solga H (Hrsg.) *Soziologische Bildungsforschung*. Köln Z Soziol Sonderhefte. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2012. DOI:10.1007/978-3-658-00120-9_9
2. Brzinsky-Fay C. NEET in Germany: Labour Market Entry Patterns and Gender Differences. In: Levels M, Brzinsky-Fay C, Holmes C, Jongbloed J, Taki H (Eds.) *The Dynamics of Marginalized Youth*. London: Routledge, 2022. DOI: 10.4324/9781003096658-3
3. Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung. *Bildung in Deutschland 2022*. Bielefeld: wbv Media, 2022: 78. DOI: 10.3278/6001820hw
4. Buchholz S, Pratter M. Wer profitiert von alternativen Bildungswegen? Alles eine Frage des Blickwinkels! Köln Z Soziol 2017; 69 (3): 409–435. DOI: 10.1007/s11577-017-0484-8
5. NEPS-Netzwerk. Nationales Bildungspanel, Scientific Use File der Startkohorte Klasse 9. Leibniz-Institut für Bildungsverläufe (LIfBi), Bamberg, 2020. DOI: 10.5157/NEPS:SC4:11.0.0
6. Trischler F, Kistler E. Arbeitspapier 6: Was sind „gute Erwerbsbiographien“?, 2012; 6. URL: https://www.boeckler.de/pdf_fof/91968.pdf [abgerufen am 25. Juli 2023]
7. Dietrich H. *Erwerbsarbeit und Arbeitslosigkeit Jugendlicher*. Handbuch Kindheits- und Jugendsoziologie, Springer, 2018: 205–239
8. Kleinert C, Leuze K, Pollak R. Soziale Herkunft und Bildung. Informationen zur politischen Bildung, 2023; 354 (1): 18–27. URL: <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/izpb/520360/soziale-ungleichheit/> [abgerufen am 25. Juli 2023]
9. Schindler S, Bittmann F. *Diversions or Inclusion? Alternative Routes to Higher Education Eligibility and Inequality in Educational Attainment in Germany*. *European Sociological Review*, 2021; 37 (6): 972–986. DOI:10.1093/esr/jcab025
10. Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.). *Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2023: Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung*. Vorversion, Stand: 10.05.2023. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung; 2023: 148–151. URL: https://www.bibb.de/dokumente/pdf/Datenreport-2023_Vorversion_10052023.pdf [abgerufen am 25. Juli 2023]
11. Uhly A. Vorzeitige Lösung von Ausbildungsverträgen – einseitige Perspektive dominiert die öffentliche Diskussion. *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, 2013; 42 (6): 4–5
12. Ahrens L, Kleinert C, Fischer M, Schels B. Nicht alle Wünsche werden wahr: Welche Kompromisse Jugendliche beim Ausbildungsberuf eingehen. *IAB-Forum*, 3. Februar 2021. URL: <https://www.iab-forum.de/nicht-alle-wuensche-werden-wahr-welche-kompromisse-jugendliche-beim-ausbildungsberuf-eingehen/> [abgerufen am 25. Juli 2023]
13. Rohrbach-Schmidt D, Uhly A. Determinanten vorzeitiger Lösungen von Ausbildungsverträgen und berufliche Segmentierung im dualen System. Eine Mehrebenenanalyse auf Basis der Berufsbildungsstatistik. *Köln Z Soziol.*, 2015; 67 (1): 105–135. DOI: 10.1007/s11577-014-0297-y
14. Neugebauer M, Heublein U, Daniel A. Studienabbruch in Deutschland: Ausmaß, Ursachen, Folgen, Präventionsmöglichkeiten. *ZfE*, 2019; 22:1025–1046. DOI: 10.1007/s11618-019-00904-1
15. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). *Erfolgsquoten. Berechnung für die Studienanfängerjahrgänge 2008 bis 2012*. Wiesbaden: De-statis, 2022
16. Heublein U, Hutzsch C, Schmelzer R. Die Entwicklung der Studienabbruchquoten in Deutschland. *DZHW Brief*, 2022, 5. URL: https://www.dzhw.eu/pdf/pub_brief/dzhw_brief_05_2022.pdf [abgerufen am 25. Juli 2023]
17. Isphording I, Wozny F. Ursachen des Studienabbruchs – eine Analyse des Nationalen Bildungspanels. *Institute of Labor Economics (IZA)*, 2018
18. Heublein U, Ebert J, Hutzsch C, Isleib S, König R, Richter J, Wöisch A. Zwischen Studierenerwartungen und Studienwirklichkeit: Ursachen des Studienabbruchs, beruflicher Verbleib der Studienabbrecherinnen und Studienabbrecher und Entwicklung der Studienabbruchquote an deutschen Hochschulen. *Forum Hochschule*, 2017;1. Hannover: DZHW
19. Müller L, Klein D. Social Inequality in Dropout from Higher Education in Germany. *Towards Combining the Student Integration Model and Rational Choice Theory*. *Res. in Higher Ed.* 2022; 64: 300–330. DOI: 10.1007/s1162-022-09703-w
20. Thomas, L. Student retention in higher education: the role of institutional habitus. *Jour. of Edu. Pol.*, 2002, (17): 423–442.
21. Müller S, Schneider T. Educational pathways and dropout from higher education in Germany. *Longitudinal and Life Course Studies*, 2013; 4: 218–241
22. Seibert H, Wydra-Somaggio G. *Berufseinstieg nach der betrieblichen Ausbildung: Meist gelingt ein nahtloser Übergang*. *IAB-Kurzbericht 20/2017*. URL: <https://doku.iab.de/kurzber/2017/kb2017.pdf> [abgerufen am 25. Juli 2023]
23. Patzina A, Wydra-Somaggio G. *Ausbildungsabbrüche und -unterbrechungen im Vergleich: Ohne Abschluss ist der Verdienst geringer und die Dauer der Beschäftigung kürzer*. *IAB-Kurzbericht 18/2021*. URL: <https://doku.iab.de/kurzber/2021/kb2021-18.pdf> [abgerufen am 25. Juli 2023]
24. Solga H. 'Stigmatization by Negative Selection': Explaining Less-Educated People's Decreasing Employment Opportunities. *European Sociological Review*, 2002; 18 (2): 159–178. DOI: 10.1093/esr/18.2.159
25. Sandner M, Patzina A, Anger S et al. The COVID-19 pandemic, well-being, and transitions to post-secondary education. *Rev Econ Household*, 2023; 21: 461–483. DOI: 10.1007/s11150-022-09623-9



Prof. Dr. Corinna Kleinert

Corinna Kleinert ist stellvertretende Direktorin des Leibniz-Instituts für Bildungsverläufe (IfBi) und Leiterin der dort angesiedelten Abteilung „Bildungsentscheidungen und -prozesse, Migration, Bildungsrenditen“ sowie Professorin für Soziologie mit dem Schwerpunkt längsschnittliche Bildungsforschung an der Universität Bamberg. Ihre Forschungsinteressen liegen in längsschnittlich orientierten Fragen der Bildungs- und Arbeitsmarktforschung, insbesondere den Übergängen von der Schule ins Erwerbsleben und dem Wandel von Geschlechterungleichheiten. Außerdem beschäftigt sie sich mit surveymethodologischen Themen und ist seit Jahren an der Entwicklung groß angelegter Erhebungen beteiligt, insbesondere dem Nationalen Bildungspanel (NEPS).



Dr. Markus Nester

Markus Nester ist Soziologe am Leibniz-Institut für Bildungsverläufe (IfBi). Nach Studium und Promotion hat er seit 2017 die Stabsstellenleitung für den Bereich „Bildung im höheren Alter“ in der Abteilung „Bildungsentscheidungen und -prozesse, Migration, Bildungsrenditen“ des IfBi inne. Aktuelle Arbeitsschwerpunkte sind die Koordination und Weiterentwicklung der Erwachsenenbefragung des Nationalen Bildungspanels (NEPS) sowie die Mitarbeit am Nationalen Bildungsbericht, insbesondere Kapitel I „Bildungsverläufe, Kompetenzentwicklung und Erträge“.

Die Generation Z und die Bedeutung von Arbeit: Über die Arbeitsorientierungen der Generationen

Friedericke Hardering
Fachbereich Sozialwesen, Fachhochschule Münster

Einleitung

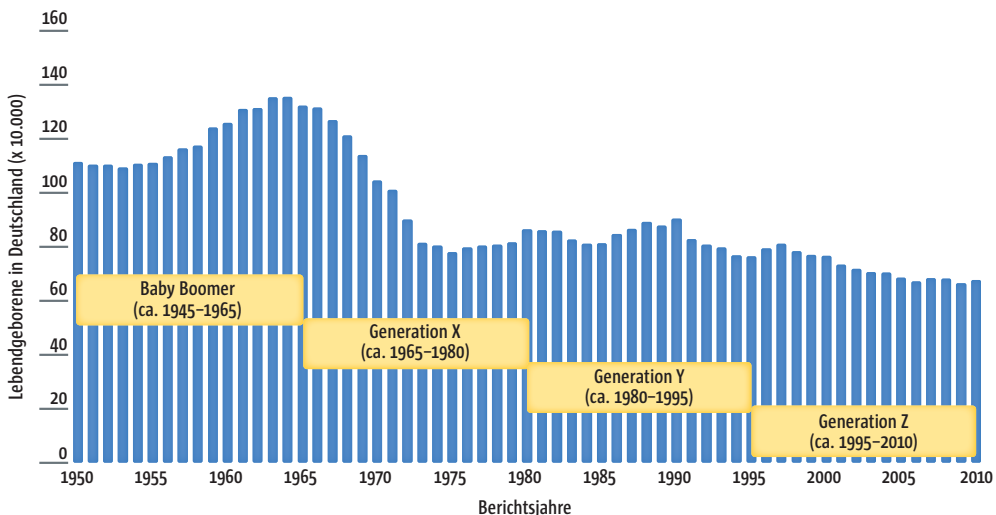
Wie tickt die junge Generation? Die Frage nach den Arbeitsorientierungen und Wünschen der jungen Generation treibt Unternehmen gegenwärtig um. Besonders der Mangel an Fachkräften sorgt dafür, dass Unternehmen attraktiv für jüngere Beschäftigte sein wollen und ihre Ansprüche verstehen möchten. Folgt man Medienberichten und Diskussionen auf Social Media, scheint es fraglos, dass die Generation Z, zu der die von 1995 bis 2010 Geborenen zählen (»» Abb. 1), andere Ansprüche an Arbeit formuliert.¹ Zu ihren For-

derungen zähle der Wunsch nach einer besseren Work-Life-Balance, weniger Arbeit und mehr Freizeit. Doch unterscheidet sich die Gen Z fundamental von anderen Generationen? Und, ist das Generationenkonzept empirisch tragfähig?

Generationenunterschiede sind auch vor der Diskussion über die Generation Z medial stark thematisiert worden, insbesondere bei den Millennials bzw. der Generation Y (Geburtsjahrgänge zwischen 1980 und 1995). Bei dieser Generation wurde vor allem ihr Wunsch nach einer sinnhaften Tätigkeit in den Fokus gerückt, weswegen sie auch als Generation Why?, die nach dem Warum fragt, etikettiert wurde [3]. Viele der Argumente, die die Andersartigkeit der Generation Y im Vergleich zu Vorgängergenerationen akzentuiert haben, finden sich nun auch für die Generation Z. Beiden werden der Wunsch nach Work-Life-Balance und eine andere Arbeits-

- 1 Die zeitliche Zuordnung der Generation ist vielfach unterschiedlich, so ordnet beispielsweise die Studie von Barhate und Dirani [1] der Generation Z die Jahrgänge 1995 bis 2012 zu, und Hurrelmann und Albrecht zählen die ab 2000 Geborenen dazu und nennen sie „Generation Greta“ [2].

Abbildung 1 Generationeneinteilung und Geburten pro Jahrgang (Datenquelle: Destatis 2023)



Destatis. GENESIS-Datenbank. Tabelle 12612-0001: Lebendgeborene: Deutschland, Jahre, Geschlecht. 2023 (abgerufen: 20.6.2023)

ethik nachgesagt. Für die Generation Y zeigt sich, dass sie viele Einstellungen mit den Vorgängergenerationen der Baby Boomer (ca. 1945–1965) und der Generation X (ca. 1965–1980) teilt [4] und ähnliche Wünsche an den Sinn in der Arbeit formuliert [5]. Ähnlich wie bei anderen nachrückenden Generationen zeigt sich der übergreifende gesellschaftliche Trend einer höheren Bedeutung der Freizeit und einer geringeren Wichtigkeit des Lebensbereichs Arbeit. Wenn Unterschiede zwischen Generationen gering ausfallen und innerhalb einer Generation ausgeprägt sind, ist die Rede von einer einheitlichen Generation problematisch. Daher ist das Ziel des Beitrages, die aktuelle medial geführte Diskussion über die Generation Z wissenschaftlich einzuordnen. Dazu wird in einem ersten Schritt der soziologische Generationenbegriff erläutert und auf die methodischen Herausforderungen der Generationenforschung eingegangen. Anschließend wird auf die Datenlage zu Generationsunterschieden eingegangen. Bei einer Betrachtung der Wünsche der Generation Z an die Arbeitswelt zeigt sich, dass diese sich nur unwesentlich von denen anderer Beschäftigtengruppen unterscheiden. Vielmehr handelt es sich um allgemeine Beschäftigtenwünsche wie Arbeitsplatzsicherheit oder Work-Life-Balance. Zudem zeigt sich auch bei der Generation Z der sich seit längerem abzeichnende generationsübergreifende Trend eines Bedeutungsgewinns der Freizeit. Abschließend werden Maßnahmen aufgezeigt, wie Unternehmen Beschäftigtenwünsche einbeziehen können und verhindern, dass sich stereotypisierende Vorstellungen über Generationen verfestigen und zu Konflikten führen können.

Was ist eine Generation? Konzept und Kritik

Der Generationenbegriff ist im alltäglichen Sprachgebrauch fest verankert und erscheint intuitiv. So grenzt man beispielsweise in der Familie die Eltern- generation von der der Großeltern und Kinder ab. Zudem spricht man von Generationen, um auf Unterschiede zwischen verschiedenen Altersgruppen zu verweisen, beispielsweise wenn die Rede von der „jüngeren“ und „älteren“ Generation ist. Für den Soziologen Karl Mannheim, der den Generationenbegriff geprägt hat, ist eine Generation hingegen dadurch charakterisiert, dass sie gemeinsam an „verbindenden Ereignissen und Erlebnisgehalten“ partizipieren kann [6]. Generationen zeichnen sich nach ihm dadurch aus, dass Geburtsjahrgänge in der Phase der Jugend oder frühen Adoleszenz durch

gesellschaftliche Einflüsse geprägt sind (z. B. Krieg, Wirtschaftskrisen usw.), ohne dass diese Prägung sich gleichermaßen bei anderen Geburtsjahrgängen findet. Die Zugehörigkeit zu einer ähnlichen Geburtskohorte ist für ihn kein hinreichendes Kriterium für eine Generation, vielmehr ist die gemeinsame prägende Erfahrung und die Kohortenzugehörigkeit elementar. Das bedeutet, dass die häufig vorzufindende nahtlose Zuordnung von Generationen entlang von Geburtskohorten problematisch ist, da die prägenden Lebensereignisse in dieser Zuordnung nicht berücksichtigt werden.² Für eine prägende Lebenserfahrung braucht es tiefgreifende gemeinsame Erfahrungen, die auch gemeinsam erinnert werden, wie beispielsweise die aktive Involviertheit in Kampfhandlungen in Kriegszeiten [7]. Damit zeigt sich, dass Generationen und Geburtskohorten nicht gleichzusetzen sind, sondern die Kohorten lediglich einen empirischen Zustieg zum Generationenthema bieten.

Ein zentrales Problem der Debatte über Generationen besteht darin, dass viele Studien existieren, die vermeintliche Generationenunterschiede proklamieren. Allerdings können sie oftmals aufgrund ihres methodischen Designs keine Aussagen über Generationsunterschiede treffen, denn es sind Querschnittstudien, die nur Einstellungen zu einem spezifischen Zeitpunkt abbilden.³ Da durch das Design keine Veränderungen der Einstellungen über die Zeit identifiziert werden können, lassen diese keine Aussagen über Generationenunterschiede im engeren Sinne zu, da es sich bei den festgestellten Unterschieden um Alterseffekte oder um Effekte des allgemeinen gesellschaftlichen Wandels handeln kann. Ein anderes Alter zu haben hat aber andere Implikationen als die Rede von der Generation: Beim Alter geht man davon aus, dass sich die Einstellungen einer 18-jährigen Person im Laufe des Lebens verändern und dieselbe Person mit 40 Jahren durch ihre Sozialisation, Erfahrungen und Lebensphasen andere Einstellungen hat. Bei der Generation würde man von einer Prägung in einer wichtigen Lebensphase ausgehen, die ihre Bedeutung über den Lebenszyklus beibehält.

Um tatsächlich Generationseffekte zu identifizieren, sind Zeitreihendaten notwendig, um Einstel-

2 Zudem finden sich immer wieder abweichende zeitliche Zuordnungen für die Generationen.

3 Ein weiteres methodisches Problem ist, dass viele Studien Daten von Studierenden nutzen. Diese haben keine oder nur eine geringe Erfahrung mit dem Arbeitsmarkt und die Annahmen über Erwartungen an die Arbeit sind fiktiv [7].

lungsveränderungen über die Zeit abbilden zu können. Allerdings gibt es nur wenige Studien, die dieses Vorgehen nutzen oder auf Alterseffekte kontrollieren. Auf Basis von Daten des sozioökonomischen Panels zeigt Schröder [4], dass sich unter Kontrolle von Perioden- und Alterseffekten kaum Unterschiede bei den Einstellungen deutscher Nachkriegskohorten finden lassen. Zugespitzt formuliert er: „Es gibt in Deutschland keine Generationen“ [4]. In eine ähnliche Richtung argumentiert die Studie von Wong et al., die zeigt, dass sich bei einem Vergleich von Babyboomern, Generation X und Generation Y die in den Medien und der Managementliteratur auftauchenden Stereotypen nicht bestätigen lassen [8]. Bei den wenigen Unterschieden der drei Generationen sehen sie eher einen Alters- als einen Generationenseffekt.

Twenge et al. zeigen, dass die Bedeutung von Freizeit über die Generationen der Baby Boomer, Generation X und Y leicht zunimmt und die Zentralität der Arbeit abnimmt [9]. Weiterhin zeigen sie, dass altruistische Orientierungen, die vor allem der Generation Y zugeschrieben werden, bei dieser Generation nicht höher ausgeprägt sind als bei Vorgängergenerationen. Die hier genannten vergleichenden Studien kritisieren entweder die Generationenthese aufgrund mangelnder empirischer Evidenz oder sehen als stärkste Veränderung des Vergleichs die wachsende Bedeutung von Freizeit in nachrückenden Generationen. Allerdings werden in den Vergleichen nicht die Generation Z, sondern nur frühere Generationen berücksichtigt.

Wünsche und Arbeitsorientierungen der Generation Z

Die Generation Z wird als selbstbewusste, beharrliche und technologieaffine Generation beschrieben. Gerade vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und einer daraus folgenden besseren Verhandlungsposition wird ihre selbstsichere Haltung hervorgehoben [1]. Mit Blick auf die Erwartungen an Teamarbeit ist der Wunsch nach sozialem Kontakt einer unterstützenden Arbeitskultur ausgeprägt; gleichzeitig leiden sie, wenn die Teamarbeit ineffektiv ist. Weiterhin sind Stabilität und Sicherheit für die Generation wichtig, Grundlage dafür sind ein faires Gehalt und Arbeitsplatzsicherheit [1]. Die Wünsche der Generation Z werden medial häufig als anders und neuartig im Vergleich zu anderen Generationen bezeichnet. Doch schaut man sich die Wünsche an, findet man bekannte Arbeitsorientierungen wie Work-Life-Balance bzw. Zeit für die Familie und Hob-

bies sowie den Wunsch nach einem sicheren Arbeitsplatz, Spaß und einer attraktiven Organisationskultur. Vergleicht man diese Wünsche mit denen der Generation Y, so gibt es deutliche Übereinstimmungen bei der Sicherheitsorientierung sowie bei der Work-Life-Balance und der geringeren Zentralität von Arbeit. Diese Übereinstimmungen deuten darauf hin, dass hier jenseits generationaler Unterschiede der allgemeine gesellschaftliche Wandel hin zu einer größeren Freizeitorientierung zu beobachten ist. Es zeigt sich, dass die in Studien über die Generation Z genannten Wünsche sich auch in anderen Generationen wiederfinden und es sich im Wesentlichen um bekannte Arbeitnehmer:innenwünsche handelt.

Zusammengenommen bietet die Datenlage wenig Anlass dafür, generationenspezifische Angebote für Mitarbeitende zu entwickeln. Für betriebliche Maßnahmen der Gesundheitsförderung ist es hilfreicher zu verstehen, warum trotz ihrer fehlenden Evidenz Generationenkonzepte so allgegenwärtig sind und welche Mechanismen helfen, diese Wahrnehmungen abzubauen.

Betriebliche Maßnahmen: Akzentuierung von Gemeinsamkeiten und Gesundheitsförderung

Ein Grund, warum Generationenunterschiede in der Gesellschaft so wirkmächtig sind, lässt sich in Stereotypenbildungen finden. Studien zeigen, dass es eine gute Kenntnis stereotyper Vorstellungen über je andere Generationen gibt. Vielfach wird den anderen Generationen eine materialistische Haltung zur Arbeit unterstellt [10]. Hier ist davon auszugehen, dass ein Intergroup-Bias wirkt, der dafür sorgt, dass man Mitglieder der eigenen Gruppe bevorzugt und stereotype Vorstellungen über die Fremdgruppe ausbildet, sodass die Unterschiede zwischen Gruppen überschätzt werden [11]. Falsche Stereotypen können das Vertrauen zwischen den Gruppen untergraben und so eine konstruktive Zusammenarbeit in den Unternehmen blockieren. Daher ist es wichtig, in Organisationen ein adäquates Wissen über Generationen und die mangelnde Evidenz ihrer Unterschiedlichkeit zu vermitteln [10]. Betriebliche Maßnahmen wie Workshops oder Vorträge können dazu dienen, dieses Wissen zu vermitteln und eine verbesserte Kommunikation zwischen den Altersgruppen zu ermöglichen [5]. Insgesamt ist es hilfreich, den Fokus auf generationsübergreifende Werte und Zeitgeistthemen auszurichten [12]. Ein Generationen-Management, welches Differenzen noch akzentuiert, ist nicht zielführend.

Weiterhin ist wichtig, auf Gemeinsamkeiten von Beschäftigten verschiedener Altersgruppen einzugehen: Viele Beschäftigte unterschiedlichen Alters teilen Ansprüche an Arbeit: Sie sehen beispielsweise ihre Arbeit als Job, als Karriere oder als Berufung [13], was mit unterschiedlichen Ambitionen und zeitlichen Präferenzen einhergehen kann. Solche gemeinsamen Wertetypen bzw. Wertecenter herauszuarbeiten, stärkt den organisationalen Zusammenhalt und hilft zudem bei der individuellen Karriereorientierung. Auch die Berücksichtigung von individuellen Bedürfnissen abhängig von der jeweiligen Lebensphase ist ein wichtiges Instrument gesundheitsfördernder Personalpolitik [14]: Jede Lebensphase wie der Einstieg in den Beruf, die Familiengründung oder die Pflege Angehöriger bringt individuelle Bedarfe mit sich, auf die Personalpolitik eingehen kann. Betriebliche Maßnahmen, die auf die Steigerung der Arbeitgeberattraktivität zielen, sollten danach nicht auf einzelne Generationen oder Altersgruppen fokussieren, sondern Arbeitsbedingungen fördern, die über unterschiedliche Beschäftigtengruppen und Lebensphasen hinweg gesundes und persönlichkeitsförderndes Arbeiten ermöglichen.

Fazit

Der Beitrag zeigt, dass es einen Unterschied zwischen der öffentlichen Diskussion und der wissenschaftlichen Forschung über Generationenunterschiede gibt. Neben dem Befund, dass sich in einigen Studien Hinweise für einen Bedeutungsgewinn der Freizeit und Work-Life-Balance über nachrückende Generationen findet, zeigen sich in qualitativ hochwertigen Studien entweder gar keine oder nur geringe Unterschiede zwischen den Generationen. Auch die Generation Z unterscheidet sich demnach nicht oder nur unwesentlich von den Vorgängergenerationen.

Diese kritische Bewertung des Generationenkonzeptes steht in Widerspruch zu der Wahrnehmung vieler Menschen, die Generationenunterschiede in ihrer Lebenswelt erleben. Tatsächlich artikulieren junge Menschen gegenwärtig ihre Wünsche an Arbeit anders und selbstbewusster. Dazu tragen gesellschaftliche Wandlungsprozesse wie der Fachkräftemangel und Social Media bei. Die Wahrnehmung der Andersartigkeit der Generation Z kann also auf Alterseffekten und allgemeinem gesellschaftlichen Wandel basieren.

Insgesamt legen die Ausführungen nahe, den Fokus stärker auf allgemeine Beschäftigtenorientierungen und Erwartungen an gute Arbeit auszurichten und nicht auf die Unterschiede einzelner Gruppen zu fokussieren. In der Forschung über gute Arbeit finden sich zahlreiche Faktoren, die von Beschäftigten unterschiedlicher Generationen als wünschenswert erachtet werden: Hierzu zählt ein faires Gehalt, ein sicherer Arbeitsplatz, eine gute Kommunikation zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden, eine angenehme Arbeitsatmosphäre, Gestaltungsmöglichkeiten bei der Arbeit, eine sinnvolle Arbeitsaufgabe sowie zeitliche und räumliche Flexibilität. Diese Faktoren können helfen, gesundes Arbeiten in Unternehmen zu fördern.



Take Home Messages

- Anders als in medialen Berichten zeigen fundierte Studien über Generationenunterschiede keine oder nur geringe Unterschiede zwischen den Generationen. Viele Wünsche, die der Generation Z zugeschrieben werden, finden sich auch in anderen Generationen.
- Es gibt stereotype Vorstellungen über je andere Generationen, die sozial wirkmächtig sind und die Wahrnehmung der Unterschiede verstärken.
- Was als Generationenunterschied interpretiert wird, ist häufig auf Unterschiede des Alters, der Lebensphase oder auf den allgemeinen gesellschaftlichen Wandel zurückzuführen.
- In Unternehmen ist es zielführend, über stereotype Generationenvorstellungen aufzuklären, um die Kommunikation zu erleichtern, Konflikte zu vermeiden und den Zusammenhalt zu verbessern. Weiterhin trägt die Ausrichtung auf gemeinsame Werte und eine lebensphasenorientierte Personalpolitik zur Bindung von Mitarbeitenden bei.
- Zu den übergreifenden Erwartungen seitens der Beschäftigten an gute und gesunde Arbeit zählen gute Arbeitsbedingungen wie ein faires Gehalt, Arbeitsplatzsicherheit, Work-Life-Balance und ein gutes Arbeitsklima sowie sinnvolle Aufgaben und zeitliche und räumliche Autonomie.

Literatur

1. Barhate B, Dirani KM. Career aspirations of generation Z: a systematic literature review. *EJTD*. 2022; 46: 139–57
2. Hurrelmann K, Albrecht E. *Generation Greta: Was sie denkt, wie sie fühlt und warum das Klima erst der Anfang ist*. Weinheim: Beltz, 2020

3. Hurrelmann K, Albrecht E. Die heimlichen Revolutionäre: Wie die Generation Y unsere Welt verändert. Weinheim: Beltz, 2014
4. Schröder M. Der Generationenmythos. KZfSS. 2018; 70: 469–494
5. Hardering F. Die Sinnsuche der Generation Y. Zum Wandel von Ansprüchen an den Sinn (in) der Arbeit. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2018: Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit. Berlin: Springer, 2018: S. 75–83
6. Mannheim K. Das Problem der Generationen. Kölner Vierteljahreshefte Soziol. 1928; 7: 157–185; 309–330.
7. Pfeil S. Werteorientierung und Arbeitgeberwahl im Wandel der Generationen. Eine empirisch fundierte Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Generation Y. Wiesbaden: Springer, 2016
8. Wong M, Gardiner E, Lang W, Coulon L. Generational differences in personality and motivation. JMP. 2008; 23: 878–890
9. Twenge JM, Campbell SM, Hoffmann BJ, Lance CE. Generational Differences in Work Values: Leisure and Extrinsic Values Increasing, Social and Intrinsic Values Decreasing. JOM. 2010; 36: 1117–1142
10. Weeks KP, Schaffert C. Generational Differences in Definitions of Meaningful Work: A Mixed Methods Study. JBE. 2017; online first: 1–17
11. Judd CM, Park B, Yzerbyt V, Gordijn EH, Muller D. Attributions of intergroup bias and outgroup homogeneity to ingroup and outgroup others. EJSP. 2005; 35: 677–704
12. Oertel J. Baby Boomer und Generation X – Charakteristika der etablierten Beschäftigten-Generationen. In: Klaffke M (Hrsg.) Generationen-Management. Konzepte, Instrumente, Good-Practice-Ansätze. Wiesbaden: Springer, 2021: S. 47–78
13. Wrzesniewski A, McCauley C, Rozin P, Schwartz B. Jobs, careers, and callings: People's relations to their work. JRP. 1997; 31: 21–33
14. Rump J, Eilers S. Lebensphasenorientierte Personalpolitik: Strategien, Konzepte und Praxisbeispiele zur Fachkräftesicherung. Wiesbaden: Springer, 2014



Prof. Dr. Friedericke Hardering

Studium der Politischen Wissenschaft, Deutschen Philologie und Geschichte sowie Promotion an der RWTH Aachen. Anschließend wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur für Arbeitssoziologie der Goethe-Universität Frankfurt. Leitung mehrerer Forschungsprojekte zum Thema Sinnerleben in der Arbeitswelt. 2020 Habilitation an der Goethe-Universität Frankfurt. Seit 2020 Professorin am Fachbereich Sozialwesen der FH Münster, seit 2023 Professorin für Zukunft der Arbeit und Digitalisierung. Forschungsschwerpunkte: Arbeitssoziologie, Sinn und Entfremdung in der Arbeitswelt, Wandel und Zukunft der Arbeit, New Work und neue Führung.

Gesundheitskompetenz junger Erwachsener und Berufseinsteiger:innen

Kevin Dadaczynski^{1, 2}, Julian Friedrich³ und Gorden Sudeck³

¹ Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Hochschule Fulda

² Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften, Leuphana Universität Lüneburg

³ Institut für Sportwissenschaft, Eberhard Karls Universität Tübingen

Während Kinder und Jugendliche in der Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention bereits seit längerem adressiert werden, lässt sich diese Hinwendung für junge Erwachsene erst in den letzten Jahren verstärkt beobachten. Dies liegt unter anderem daran, dass junge Erwachsene lange Zeit nicht als distinkte Gruppe innerhalb der Erwachsenenpopulation behandelt und wissenschaftlich untersucht wurden und zudem häufig die Annahme bestand, dass es sich hierbei um eine gesunde Bevölkerungsgruppe handelt. Ergebnisse der aktuellen vom Robert Koch-Institut durchgeführten Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2019/2020-EHIS) zeigen jedoch, dass bereits ein Drittel (33,8%) der 18- bis 29-Jährigen eine chronische Erkrankung oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem aufweisen [1]. Auch berichten etwa 12% der weiblichen jungen Erwachsenen in den letzten zwei Wochen von einer depressiven Symptomatik, ein Wert, der im Vergleich mit den anderen Altersgruppen höher ausfällt (ebd.). Im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten weisen 18- bis 29-Jährige mit 30% die höchste Prävalenz des monatlichen Rauschtrinkens auf und nur 31,6% verzehren täglich Obst und Gemüse [2]. Auch wenn die körperliche Aktivität im Altersgruppenvergleich bei jungen Erwachsenen am höchsten ausfällt, erfüllen auch hier etwa ein Drittel nicht die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation zur Ausdaueraktivität von mindestens 150 Minuten pro Woche [3]. Internationale Befunde konnten zudem aufzeigen, dass Studierende im Durchschnitt acht gesundheitsriskante Verhaltensweisen aufweisen, wobei der Geschlechtsvergleich zuungunsten von Männern ausfällt [4].

Diese Befunde belegen einen Bedarf an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, die auf die Förderung von Ressourcen und Schutzfaktoren sowie die Reduktion von Risiken sowohl bei der Person als auch der Umwelt ausgelegt ist. Als ein

zentraler Einflussfaktor der Gesundheit gilt dabei die so genannte Gesundheitskompetenz, die vorliegend als Fähigkeit des angemessenen Umgangs mit Gesundheitsinformationen verstanden wird [5]. Diese Fähigkeit ist ganz grundlegend dafür, um gute Entscheidungen für die eigene Gesundheit zu treffen und sie wird von den Bedingungen, unter denen (junge) Menschen leben und arbeiten wesentlich beeinflusst. Studienbefunde legen jedoch in Abhängigkeit der befragten Personengruppe und des eingesetzten Instruments nahe, dass nicht wenige junge Erwachsene Schwierigkeiten des Umgangs mit Gesundheitsinformationen und sich daraus ergebenden Entscheidungen haben [6–8].

Vor dem skizzierten Hintergrund verfolgt der Beitrag das Ziel, die Gesundheitskompetenz der bislang wenig beachteten Gruppe junger Erwachsener genauer unter die Lupe zu nehmen. Nach einer kurzen entwicklungspsychologischen Verortung der Lebensphase und einer Einführung in Konzept und Empirie der Gesundheitskompetenz soll der Fokus auf die Arbeitstätigkeit gelegt werden. Dabei werden mit der „Occupational Health Literacy Scale“ ein Fragebogen zur Messung der arbeitsbezogenen Gesundheitskompetenz vorgestellt und Anforderungen für den Übergang in das Erwerbsleben formuliert.

Lost in Transition: Junge Erwachsene im Übergang

Im Gegensatz zu früheren Auffassungen, nach denen sich das Erwachsenenalter unmittelbar dem Jugendalter anschließt, wird mittlerweile das so genannte junge Erwachsenenalter als eigenständige Lebensphase definiert. Die internationale Diskussion geht vor allem auf die Arbeiten des Psychologen Jeffrey Arnett zurück, der unter der Bezeichnung „emerging adulthood“ (Deutsch: aufstrebendes Erwachsensein)

eine eigenständige Phase beschreibt, die sich vom 18. bis etwa zum 25. Lebensjahr erstreckt [9, 10]. Grundlegend ist hierbei die Annahme, dass sich vor allem in westlichen Ländern die klassischen Marker des Erwachsenenenseins (z.B. Auszug aus dem Elternhaus, Heirat, Berufseintritt, finanzielle Unabhängigkeit) unter anderem infolge einer verlängerten beruflichen Ausbildungsphase, nach hinten verschoben haben. Auch für Deutschland sind diese Entwicklungen hinreichend belegt [11, 12]. Dabei werden fünf psychologische Merkmale beschrieben, die die Lebensphase des „emerging adulthood“ näher charakterisieren:

1. Auch wenn die Identitätsbildung bereits im Jugendalter seinen Ausgang nimmt, ergeben sich durch neue Handlungsfreiheiten (u.a. Volljährigkeit) und fehlende Verpflichtungen des Erwachsenenalters neue Räume der individuellen **Erprobung und Exploration**.
2. Eng hiermit verbunden ist das Merkmal der **Instabilität**, denn das Ausprobieren geht mit dem Verwerfen von Ideen oder der Umorientierung einher. Neben ersten Erfahrungen mit verschiedenen Wohnformen/-orten (z.B. Wohnen in einer WG bei Aufnahme eines Studiums) zählen hierzu der Wechsel von Partnerschaftsbeziehungen oder der Abbruch eines Studiums und die berufliche Orientierung.
3. Unter anderem die Volljährigkeit und die sich daraus ergebenden Möglichkeiten der Erkundung gehen mit einer **Selbstfokussierung** einher, in der sich junge Erwachsene auf ihre Entwicklung konzentrieren können. Die häufige Nutzung digitaler Medien (z.B. Social Media) in dieser Altersgruppe verstärken dies und können nach Seiffge-Krenke [12] durch soziale Vergleiche mit narzisstischen Tendenzen einhergehen.
4. Zwar sind junge Erwachsene durch das Erreichen der Volljährigkeit formalrechtlich erwachsen, fühlen sich aber häufig noch nicht dem Erwachsenenalter zugehörig. Das Gefühl des „**Da-zwischenseins**“ (feeling-in-between) ist für die Lebensphase bezeichnend und nach einer deutschen Längsschnittstudie bei Studierenden und Personen, die sich in der Lehre befinden (im Vergleich zu berufstätigen und arbeitslosen jungen Erwachsenen), am höchsten ausgeprägt [11].
5. Schließlich bezeichnet Arnett diese Lebensphase als **Zeit der Möglichkeiten** und des Optimismus, in der junge Erwachsene das Gefühl haben, ihre Träume und Wünsche verwirklichen zu können.

Dieser Ansatz ist für die Analyse und Förderung der Gesundheit von jungen Erwachsenen von hoher Bedeutung, denn aus den beschriebenen Merkmalen ergeben sich Entwicklungs- und Anpassungserfordernisse, die nicht selten mit Unsicherheit, Orientierungslosigkeit oder fehlenden Stabilitäten verbunden sind. So ist es nicht verwunderlich, dass neben den bereits weiter oben beschriebenen Befunden, u.a. zum riskanten Gesundheitsverhalten, vor allem die Häufung psychischer Belastungen und Probleme diskutiert wird. In einer US-amerikanischen Untersuchung gaben junge Erwachsene (18 bis 25 Jahre) im Altersvergleich deutlich häufiger an, sich depressiv zu fühlen und differenziert nach Subgruppen ergaben sich in der bereits erwähnten deutschen Studie für Studierende und arbeitslose junge Erwachsene für internalisierende Probleme die höchsten Werte [11, 13]. Hervorzuheben ist dabei, dass der Häufigkeit psychischer Probleme bei jungen Erwachsenen eine geringe Behandlungsrate gegenübersteht, woraus sich ein Versorgungsdefizit ableitet [11].

Entgegen der Annahme gesundheitlicher „Unversehrtheit“ kann festgehalten werden, dass nicht wenige junge Erwachsene bereits gesundheitliche Beschwerden aufweisen oder gesundheitsabträgliche Verhaltensweisen zeigen. Allerdings ist nicht nur für jene von gesundheitlichen Problemen betroffenen Personen die Beschäftigung mit dem Thema Gesundheit von hoher Relevanz.

Gesundheitskompetenz von jungen Erwachsenen

Ergebnisse der repräsentativen KomPaS-Studie zeigen, dass mehr als ein Drittel der 18- bis 29-jährigen das Internet häufig für die Suche nach Gesundheitsinformationen nutzen [14]. Damit zeigen sie sich im Vergleich mit älteren Erwachsenen nicht weniger interessiert an Gesundheitsthemen. Im Gegenteil, Jia, Pang und Liu [15] kommen in ihrer Übersichtsarbeit zu dem Ergebnis, dass junge Erwachsene mit höherer Wahrscheinlichkeit online nach gesundheitsbezogenen Informationen recherchieren.

Mit Zunahme der Informationsmenge und auch -heterogenität, insbesondere in digitalen Medien, steigen auch die Anforderungen an die angemessene Informationsnutzung. Genau hier setzt die so genannte Gesundheitskompetenz an, die in den vergangenen 15 Jahren in Deutschland sowohl in Wissenschaft, Praxis und Politik verstärkt Eingang gefunden hat. Dabei mangelt es bislang jedoch an

einer konzeptionellen Klarheit, was genau unter diesem Begriff zu verstehen und wie er von anderen Begriffen und Konzepten abzugrenzen ist. Neben Ansätzen, die vor allem auf funktionale Grundfähigkeiten (z.B. Lese- und Schreibfähigkeit) als Voraussetzung der Orientierung in der gesundheitlichen Versorgung gerichtet sind, existieren eher breite Ansätze, die nicht auf das Krankenversorgungssystem begrenzt sind und verschiedene Fähigkeitsbereiche unterschiedlicher Komplexitäten differenzieren [16]. Andere noch umfassendere Konzepte wiederum begrenzen die Gesundheitskompetenz nicht auf den Umgang mit Informationen, sondern enthalten neben dem Wissen auch Steuerungs- und Selbstregulationskompetenzen [17]. Auch wenn all diese Ansätze ihre Daseinsberechtigung haben, gilt der Ansatz von Sørensen und Kollegen [18] im europäischen Kontext bislang als am weitesten verbreitet.

» Gesundheitskompetenz wird hier verstanden als die Fähigkeit, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, kritisch zu reflektieren und mit dem Ziel der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit einzusetzen. Neben diesen vier („Basis-“)Fähigkeiten sind in den letzten Jahren weitere Fähigkeiten hinzugekommen, die durch bereichsspezifische Konzepte der Gesundheitskompetenz weiter ausdifferenziert wurden. Hierzu zählen zum Beispiel digitale Gesundheitskompetenz [19], navigationale Gesundheitskompetenz [20, 21], kommunikative Gesundheitskompetenz [8] oder auch bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz [22].

Die deutschsprachige Studienlage zur Gesundheitskompetenz von jungen Erwachsenen ist bislang übersichtlich und ohne Anspruch auf Vollständigkeit in »» Tabelle 1 zusammengefasst. Studierende stehen bislang im Fokus, während Auszubildende seltener und berufstätige junge Erwachsene bisher nicht als eigene Gruppe untersucht werden. Die Ergebnisse der Studien sind heterogen und weisen hinsichtlich des Anteils an Personen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz große Spannweiten auf. Für die allgemeine Gesundheitskompetenz liegt dieser in Abhängigkeit der untersuchten Gruppe zwischen etwa 50% und 77%, während der Anteil mit einer eingeschränkten digitalen Gesundheitskompetenz zwischen 16% (für die Dimension: Schutz der Privatsphäre) und 72% (für den Gesamtfaktor der digitalen Gesundheitskompetenz) rangiert. Zudem haben sich Heinrichs et al. [23] im Kontext der Coronapandemie vor allem mit der kritischen Gesundheits-

kompetenz beschäftigt und konnten auf Clusterebene für mehr als zwei Drittel der Studierenden eine moderate Ausprägung feststellen. Mit Blick auf soziale und demografische Unterschiede zeigt sich, dass junge Erwachsene mit geringem Bildungsstand, niedrigen subjektiven Sozialstatus, geringer sozialer Unterstützung sowie geringer finanzieller Zufriedenheit und mit Migrationshintergrund häufiger von einer eingeschränkten Gesundheitskompetenz betroffen sind. Auch finden sich verschiedene Hinweise, dass eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz mit verschiedenen Gesundheitsindikatoren wie der subjektiven Gesundheit, dem Wohlbefinden sowie dem Gesundheits- und Schutzverhalten verbunden ist. Darüber hinaus wurden in zwei Studien Zusammenhänge mit arbeitsbezogenen Faktoren untersucht. In der in Norddeutschland durchgeführten Untersuchung von Auszubildenden aus den Bereichen Büro, Technik/Einzelhandel sowie Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege ließen sich signifikante Unterschiede des Wissens über den Arbeitsschutz und der Anwendung dieses Wissens zuungunsten von Auszubildenden mit problematischer und inadäquater Gesundheitskompetenz feststellen [24]. In einer weiteren im Raum Köln realisierten Studie konnten Stassen et al. [25] Zusammenhänge zwischen verschiedenen Dimensionen der Gesundheitskompetenz und der Arbeitsfähigkeit bei Berufsschüler:innen feststellen. Interessanterweise ist der Umgang mit Gesundheitsinformationen als einzige Dimension hier nicht mit der Arbeitsfähigkeit verbunden.

Arbeitsbezogene Gesundheitskompetenz im Übergang in das Erwerbsleben

Die Erweiterung der Gesundheitskompetenz um ein bereichsspezifisches Konzept der arbeitsbezogenen Gesundheitskompetenz ist für junge Erwachsene aus verschiedenen Gründen lohnenswert. So haben die bisherigen Ausführungen deutlich gemacht, dass junge Erwachsene besondere entwicklungsbezogene Anforderungen zu bewältigen haben, die mit hohen Dynamiken und fehlender Orientierung verbunden sind. Gerade der Einstieg in das Erwerbsleben ist für junge Erwachsene eine Transitionsphase, die mitunter mit Unsicherheiten einhergeht [28]. Zwar ist die Häufigkeit atypischer Beschäftigungsformen (befristete Arbeitsverträge, Zeitarbeit, Teilzeitbeschäftigung, geringfügige Beschäftigung) nach einem Anstieg bis zum Jahr 2010 rückläufig, betrug jedoch im Jahr 2019 für die Altersgruppe der 15- bis

Tabelle 1 Studien zur Gesundheitskompetenz (GK) bei jungen Erwachsenen aus Deutschland

Autor:in, Jahr	Stichprobe	Ergebnis
Dadaczynski et al. 2022 [6]	Studierende, 18+ Jahre, n = 14.916	<ul style="list-style-type: none"> ■ 16,3% bis 35,3% mit eingeschränkter digitaler GK (in Abhängigkeit der betrachteten Dimension), die für die Fähigkeit der kritischen Beurteilung besonders auffällig ist ■ eingeschränkte digitale GK im Bereich „Erstellen und Teilen“ und „Bestimmen und Anwenden“ ist mit einem eingeschränkten Wohlbefinden assoziiert
Heinrichs et al. 2021 [23]	Studierende, M: 24,4 Jahre, n = 5.021	<ul style="list-style-type: none"> ■ 7,6% bis 46,9% mit eingeschränkter kritischer GK im Kontext der Corona-Pandemie (Itemebene), auf Clusterebene weisen 31,2% eine hohe und 68,8% eine moderate kritische GK auf ■ hohe kritische GK ist mit höherem Alter, weiblicher/diverser Geschlechtsidentität, höherem Bildungsstand der Eltern, höherem Wissensstand über Corona, einer stärkeren Risikowahrnehmung und einer strikteren Einhaltung von Schutzmaßnahmen assoziiert
Koch & Nienhaus 2022 [24]	Auszubildende, M: 21,2 Jahre, n = 391	<ul style="list-style-type: none"> ■ 49,0% mit eingeschränkter allgemeiner GK ■ eingeschränkte GK ist mit einem geringeren Wissen über Arbeitsschutz und einer geringeren Anwendung dieses Wissens assoziiert
Quenzel et al. 2015 [7]	Jugendliche, junge Erwachsene, 15–25 Jahre, n = n.b.	<ul style="list-style-type: none"> ■ 70,7% bis 77,1% mit eingeschränkter allgemeiner GK bei Personen mit maximal Hauptschulabschluss ohne vs. mit Migrationshintergrund ■ eingeschränkte GK ist mit seltenerem Verzehr von Gemüse und Salat und Nutzung von Protektoren und Sicherheitsausrüstung assoziiert
Schaeffer et al. 2021 [8]	Junge Erwachsene, 18–29 Jahre, n = 362	<ul style="list-style-type: none"> ■ 60,7% mit eingeschränkter allgemeiner GK, die für die Fähigkeit der kritischen Beurteilung und den Bereich Gesundheitsförderung besonders auffällig ist ■ 72,1% mit eingeschränkter digitaler GK ■ 84,8% mit eingeschränkter navigationaler GK ■ 41,1% mit eingeschränkter kommunikativer GK
Schricker et al. 2019, 2020 [27, 28]	Studierende, 18–25+ Jahre, n = 1.024	<ul style="list-style-type: none"> ■ 58,5% mit eingeschränkter allgemeiner GK ■ geringe GK ist assoziiert mit jungem Alter, finanzieller Unzufriedenheit, geringem subj. Sozialstatus und geringer sozialer Unterstützung ■ eingeschränkte GK ist mit einem erhöhten Risiko für einen geringen Gesundheitszustand, eine höhere psychosomatische Beschwerdelast, ungesundes Ernährungsverhalten und regelmäßigen Tabakkonsum assoziiert
Stassen et al. 2021 [25]	Auszubildende, 18–25 Jahre, n = 495	<ul style="list-style-type: none"> ■ 5 von 6 Dimensionen des Strukturmodells von GK waren direkt (z.B. Selbstregulation, Kommunikation & Kooperation) oder indirekt (Selbstwahrnehmung) mit der Arbeitsfähigkeit assoziiert

25-Jährigen noch immer 29%. Auch wenn atypische Beschäftigungen nicht pauschal mit gesundheitlichen Kosten einhergehen, stellen einzelne Beschäftigungsverhältnisse doch ein Risikofaktor der psychischen Gesundheit dar [29]. Abseits dieser Befunde gilt es als hinlänglich belegt, dass Arbeitsanforderungen und -ressourcen mit verschiedenen Dimensionen von Gesundheit im Zusammenhang stehen [30], womit der Frage der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung eine hohe Bedeutung zukommt.

Mit der „Occupational Health Literacy Scale“ liegt mittlerweile ein bereichsspezifischer Fragebo-

gen zur Erfassung der arbeitsbezogenen Gesundheitskompetenz vor. Er wurde initial in einer Stichprobe von 828 Arbeitgebenden und Beschäftigten in kleinen und mittleren Unternehmen entwickelt und validiert und ist in seiner Endversion mit zwölf Fragen ökonomisch einsetzbar [31]. Der Fragebogen differenziert zwei Bereiche der arbeitsbezogenen Gesundheitskompetenz. Er gibt Auskunft über (1) den wissens- und fähigkeitsbasierten Umgang mit arbeitsbezogenen Gesundheitsinformationen sowie (2) über die Handlungsbereitschaft und Verantwortungsübernahme für Gesundheit am Arbeitsplatz. Die Personen werden nach einer Einschätzung zur

Schwierigkeit beim Finden, Verstehen, Beurteilen von Sicherheits- und Gesundheitsinformationen (z.B. „Wie einfach oder schwierig ist es Ihrer Meinung nach Informationen zu Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz in verständlicher Sprache zu finden?“) und einer gesundheitsgerechten Gestaltung von Situationen an ihrem Arbeitsplatz (z.B. „Wie einfach oder schwierig ist es Ihrer Meinung nach bei gesundheitlich belastenden Arbeitssituationen tatkräftig Lösungen umzusetzen?“) befragt. Zudem geben die Befragten ihre wahrgenommene Wichtigkeit für Gesundheit am Arbeitsplatz an (z.B. „Ich achte sehr bewusst darauf, mich aktiv für die Gesundheit am Arbeitsplatz einzusetzen.“). Bei der Validierung zeigten sich signifikante moderate Zusammenhänge der beiden Faktoren der arbeitsbezogenen Gesundheitskompetenz mit beispielsweise der Arbeitsfähigkeit, der Arbeitszufriedenheit und dem Wohlbefinden [32].

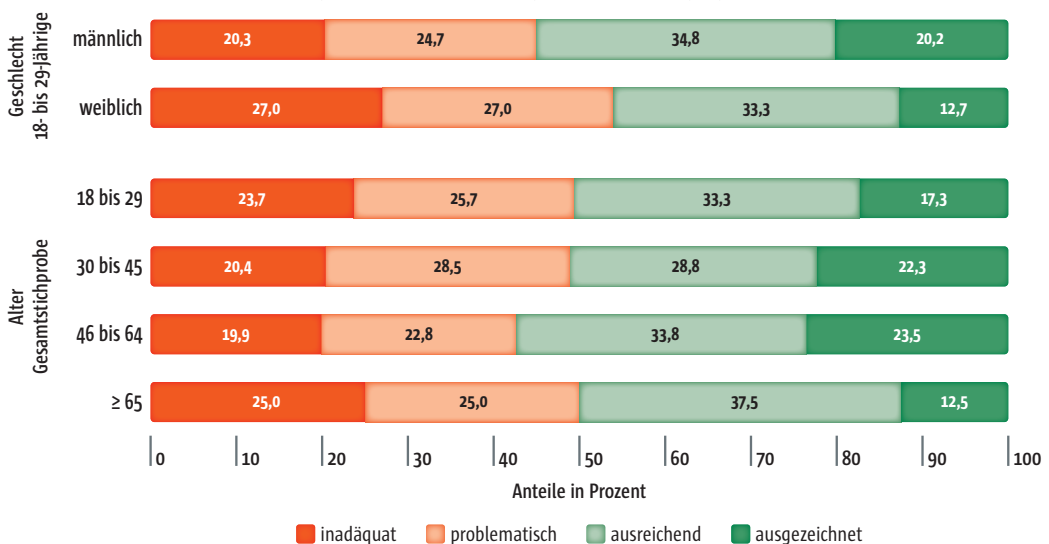
Ergebnisse einer Teilstichprobe der 18- bis 29-jährigen (21% der Gesamtstichprobe, n = 171 Personen mit einem durchschnittlichen Alter von 24,4 Jahren, 55% weiblich) ergaben, dass 49,4% der Personen dieser Altersgruppe ihren wissens- und fähigkeitsbasierten Umgang mit arbeitsbezogenen Gesundheitsinformationen als inadäquat oder problematisch einschätzten (s. »» Abb. 1). Im Vergleich zur Gesamtstichprobe ist dieser Anteil um zwei Prozentpunkte leicht höher. Verglichen mit der Befragung zur allgemeinen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutsch-

land ist dieser Anteil allerdings niedriger. In jener Befragung, die in einem ähnlichen Zeitraum im Jahr 2021 realisiert wurde, gaben circa 61% der 18- bis 29-jährigen an, Schwierigkeiten im Umgang mit allgemeinen Gesundheitsinformation zu haben [8]. Die Ergebnisse sind zudem vergleichbar mit der Studie mit Auszubildenden in Deutschland, bei der für 49% der jungen Erwachsenen eine eingeschränkte allgemeine Gesundheitskompetenz ermittelt wurde [24]. Für die arbeitsbezogene Gesundheitskompetenz spiegeln sich darüber hinaus soziale Ungleichheiten wider. Nach Einbezug des sozioökonomischen Status (Bildung, Berufsstatus und Haushaltsnettoeinkommen [33]) zeigte sich für die ausgewählte Altersgruppe, dass Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status im Vergleich zu Personen mit hohem sozioökonomischen Status häufiger ihre arbeitsbezogene Gesundheitskompetenz als inadäquat einschätzten. Eine Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit war jedoch bei einem Großteil der Befragten vorhanden, die im Vergleich zur Bereitschaft für einen aktiven Einsatz zu Gesundheit am Arbeitsplatz für sich und andere höher ausfiel.

Fazit

Die Ausführungen machen deutlich, dass junge Erwachsene eine hochrelevante, aber bislang kaum systematisch adressierte Zielgruppe der Gesund-

Abbildung 1 Vergleich hinsichtlich des Geschlechts (männlich, weiblich) der 18- bis 29-jährigen sowie der Altersgruppen der Gesamtstichprobe bezüglich des wissens- und fähigkeitsbasierten Umgangs mit Gesundheitsinformationen



heitsförderung und Prävention darstellen. Sie sind weder Jugendliche, noch fühlen sie sich dem Erwachsenenalter zugehörig. Vielmehr befinden sie sich in einer eigenen Lebensphase, die mit verschiedenen entwicklungspezifischen Anforderungen und Herausforderungen verbunden ist. Insbesondere gesundheitsabträgliche Verhaltensweisen und psychische Belastungen treten in dieser Altersgruppe gehäuft auf und sind mitunter die Kosten der benannten lebensphasentypischen Herausforderungen.

» Eine möglichst frühzeitige und an den Erfordernissen der Lebensphase ausgerichtete Förderung der Gesundheitskompetenz ist daher eine notwendige Investition, nicht nur in die Gesundheit junger Menschen, sondern auch in den Wohlstand einer Gesellschaft, die von produktiven und leistungsfähigen Fachkräften abhängig ist.

Dabei können zu Beginn des Erwerbslebens Wissen und Fähigkeiten zu Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit noch nicht in vollem Maße ausgeprägt sein. Zudem sind arbeitsbezogene Selbstwirksamkeit und eine adäquate Einschätzung von Risiken und Gefahren bei der Arbeit noch nicht vollständig vorhanden. Junge Erwachsene benötigen deshalb altersgerechte Unterstützung in Bezug auf arbeitsbezogene Gesundheitsinformationen sowie deren Umsetzung in Arbeitssituationen. Gerade in helfenden und gesundheitsbezogenen Berufsfeldern ist zu berücksichtigen, dass Fachkräfte eine informationsvermittelnde Funktion einnehmen. Klient:innen oder Patient:innen sind abhängig von verlässlichen Gesundheitsinformationen und der Unterstützung, wie man diese im Alltag umsetzen kann. Neben der eigenen arbeitsbezogenen Gesundheitskompetenz benötigen (angehende) Fachkräfte daher auch die Fähigkeit, gesundheitsbezogene Informationen angemessen aufzubereiten, zu kommunizieren und zu vermitteln. Aktuelle Befunde aus dem Setting Schule zeigen z.B. auf, dass die Fähigkeit von Lehrkräften bezüglich der Vermittlung von Gesundheitskompetenz mit einer höheren Umsetzung entsprechender Maßnahmen einhergeht [34].

Schließlich ist auch zu betonen, dass (arbeitsbezogene) Gesundheitskompetenz nicht einzig auf individuelle Fähigkeiten zu beschränken ist, sondern auch wesentlich von den Bedingungen, unter denen junge Menschen leben und arbeiten, abhängt. Arbeitgeber und Organisationen sind gefordert, Bedingungen zu schaffen, unter denen Menschen Gesundheitskompetenzen entwickeln und entfalten

können. Durch Partizipationsmöglichkeiten und einer Mitgestaltung der Gesundheitsbedingungen am Arbeitsplatz könnten „Betroffene zu Beteiligten“ gemacht werden, sodass auf organisationaler Ebene Veränderungen gemeinsam umgesetzt werden. Durch eine Erfassung der Einschätzung individueller Kompetenzen werden Bedarfe in Unternehmen aufgedeckt und diese dazu befähigt, Sicherheits- und Gesundheitsinformationen adressatenorientiert darzustellen. Arbeitsbedingungen könnten so verändert werden, dass sich die jungen Beschäftigten gesundheitskompetent und -förderlich im System der Organisation bewegen können.

Literatur

1. Heidemann C, Scheidt-Nave C, Beyer AK, Baumert J, Thamm R, Maier B, Neuhauser H, Fuchs J, Kuhnert R, Hapke U (2021) Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 6(3): 3–27
2. Robert Koch-Institut (2022) Dashboard zu Gesundheit in Deutschland aktuell – GEDA 2019/2020. Berlin. DOI: 10.25646/9362
3. Richter A, Schienkiwitz A, Starker A, Krug S, Domanska O, Kuhnert R, Loss J, Mensink GBM (2021) Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring*, 6(3), 28–48
4. Kritsotakis G, Psarrou M, Vassilaki M, Androulaki Z, Philalithis AE (2016) Gender differences in the prevalence and clustering of multiple health risk behaviours in young adults. *J. Adv. Nurs.*, 72(9), 2098–2113
5. Schaeffer D, Pelikan JM (Hrsg.) (2017) Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe.
6. Dadaczynski K, Messer M, Rathmann K, Okan O (2022) Digitale Gesundheitskompetenz von Studierenden während der COVID-19 Pandemie. Befunde zur Ausprägung und Assoziationen mit Informationszufriedenheit und psychischer Gesundheit. In: Rathmann K, Dadaczynski K, Okan O, Messer M (Hrsg.), *Gesundheitskompetenz. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit*. Berlin, Heidelberg: Springer
7. Quenzel G, Schaeffer D, Messer M, Vogt D (2015) Gesundheitskompetenz bildungsferner Jugendlicher. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 9(58), 951–957
8. Schaeffer D, Berens E-M, Gille S, Griese L, Klinger J, de Sombre S, Vogt D, Hurrelmann K (2021) Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld
9. Arnett JJ (2000) Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *Am. Psychol.*, 55, 469–480

10. Arnett JJ (2014) *Emerging Adulthood. The Winding Road from the Late Teens Through the Twenties* (2nd ed.). New York: Oxford University Press
11. Seiffge-Krenke I (2017) Studierende als Prototyp der „emerging adults“. Verzögerte Identitätsentwicklung, Entwicklungsdruck und hohe Symptombelastung. *Psychotherapeut*, 62, 403–409
12. Seiffge-Krenke I (2023) *Emerging Adulthood. Merkmale, Psychopathologie und therapeutische Versorgung*. *Die Psychotherapie*, 68, 67–76
13. Arnett JJ, Mitra D (2020) Are the features of emerging adulthood developmentally distinctive? A comparison of ages 18–60 in the United States. *Emerg. Adulthood*, 8(5), 412–419
14. Horch K (2021) Suche von Gesundheitsinformationen im Internet – Ergebnisse der KomPaS-Studie. *Journal of Health Monitoring*, 6, 71–77
15. Jia X, Pang Y, Liu LS (2021) Online health information seeking behavior: A systematic review. *Healthcare*, 9(12):1740
16. Nutbeam D (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot. Internat.*, 15(3), 259–267
17. Lenartz N, Soellner R, Rudinger GG (2014) Modellbildung und empirische Modellprüfung einer Schlüsselqualifikation für gesundes Leben. *DfE-Zeitschrift für Erwachsenenbildung*, 2, 29–32
18. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan JM, Slonska Z, Brand H, HLS-EU Consortium (2012) Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health*, 12:80
19. Schmidt-Kaehler S, Dadaczynski K, Gille S, Okan O, Schellinger A, Weigand M, Schaeffer D (2021) Gesundheitskompetenz: Deutschland in der digitalen Aufholjagd Einführung technologischer Innovationen greift zu kurz. *Das Gesundheitswesen*, 83(05), 327–332
20. Dadaczynski K, Krah V, Frank D, Zügel-Hintz E, Pöhlmann F (2021) Promoting Navigation Health Literacy at the Intersection of Schools and Communities. Development of the Game-Based Intervention Nebolus. *Front. Public Health*, 9:752183
21. Griese L, Berens EM, Nowak P, Pelikan JM, Schaeffer D (2020) Challenges in navigating the health care system: development of an instrument measuring navigation health literacy. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(16), 5731
22. Sudeck G, Rosenstiel S, Carl J, Pfeiffer K (2022) Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz – Konzeption und Anwendung in Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation. In: Rathmann K, Dadaczynski K, Okan O, Messer M (Hrsg.), *Gesundheitskompetenz. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit*. Berlin, Heidelberg: Springer
23. Heinrichs K, Abel T, Fialho PM, Pischke CR, Busse H, Wendt C, Stock C (2021) Critical Health Literacy in a Pandemic: A Cluster Analysis Among German University Students. *Int. J. Public Health*, 66:1604210
24. Koch P, Nienhaus A (2022) Arbeitsschutzwissen und Gesundheitskompetenz. *Zbl. Arbeitsmed.* 72(4), 165–174
25. Stassen G, Grieben C, Hottenrott N, Rudolf K, Fröbese I, Schaller A (2021) Associations between health-related skills and young adults' work ability within a structural health literacy model. *Health Promot. Int.*, 36(4), 1072–1083
26. Schricker J, Rathmann K, Dadaczynski K (2019) Soziale Unterschiede in der gesundheitskompetenz von Studierenden: ergebnisse einer online-studie an der technischen universität dortmund. *Präv. Gesundheitsf.*, 15(1), 8–14
27. Schricker J, Kotarski C, Haja JM, Dadaczynski K, Diehl K, Rathmann K (2020) Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Studierenden: Assoziationen mit der Gesundheitskompetenz. *Präv. Gesundheitsf.*, 15(4), 354–362
28. Langhoff T, Krietsch I, Starke C (2010) Erwerbseinstieg junger Erwachsener: unsicher, ungleich, ungesund. *WSI Mitteilungen* 7/2010, 343–349
29. Hünefeld L (2018) Atypische Beschäftigung und psychische Gesundheit. *Arb. Soz. Umw.*, 53, 32–37
30. Rau R, Buyken D (2015) Der aktuelle Kenntnisstand über Erkrankungsrisiken durch psychische Arbeitsbelastungen. Ein systematisches Review über Metaanalysen und Reviews. *Z. Arb. Organ.*, 59(3), 113–129
31. Friedrich J, Münch AK, Thiel A, Voelter-Mahlknecht S, Sudeck G (2023) Occupational Health Literacy Survey (OHLs): Development and validation of a domain-specific measuring instrument. *Health Promot. Int.*, 38(1), daac182. DOI: 1093/heapro/daac182
32. Friedrich J, Münch AK, Thiel A, Voelter-Mahlknecht S, Sudeck G (2022) OHLs: Ein Fragebogen zur Messung arbeitsbezogener Gesundheitskompetenz. *Public Health Forum*, 30(2), 83–85
33. Lampert T, Kroll L, Müters S, Stolzenberg H (2013) Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56(5–6), 631–636
34. Dadaczynski K, Okan O, Fischer L, Hartmann A, Rangnow P, Stauch L, Renninger D (2023) *Digital Health Literacy in Schools. Study report 2023*. Wuppertal: BARMER



© IFS

Prof. Dr. Kevin Dadaczynski

Kevin Dadaczynski ist Professor für Gesundheitskommunikation und -information an der Hochschule Fulda und assoziierter Forscher am Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften der Leuphana Universität Lüneburg. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen Gesundheit und Bildung, Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung in Lebenswelten sowie digitale Public Health.



© IFS

Julian Friedrich

Julian Friedrich studierte Psychologie mit den Schwerpunkten Personal und Organisation sowie Gesundheit und Wohlbefinden. Er war wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sportwissenschaft der Universität Tübingen und beschäftigte sich in seiner Promotion mit dem Thema Adressatenorientierung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement auf Basis von arbeitsbezogener Gesundheitskompetenz. In dieser Zeit koordinierte und gestaltete er das Verbundforschungsprojekt BGM vital, in dem eine adressatenorientierte und diversitätssensible Servicestelle für Betriebliches Gesundheitsmanagement aufgebaut und evaluiert wurde. Seit August 2023 ist er an der Technischen Universität München im Bereich Sport- und Gesundheitsdidaktik mit dem Schwerpunkt einer adressatenorientierten Prävention in Unternehmen tätig.



Prof. Dr. Gorden Sudeck

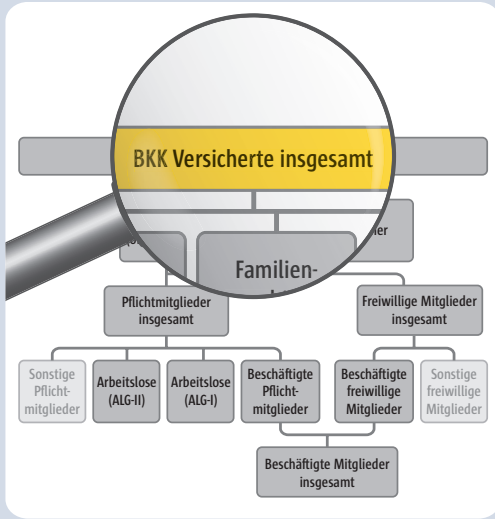
Gorden Sudeck hat Diplom-Sportwissenschaft und einen Master of Public Health studiert. Er ist Professor für Sportwissenschaft mit dem Schwerpunkt Gesundheitsbildung am Institut für Sportwissenschaft der Universität Tübingen und leitet den Arbeitsbereich Bildungs- und Gesundheitsforschung im Sport. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich der Gesundheitsbildung und Gesundheitskompetenz sowie der Verschränkung von individuums- und lebensweltbezogener Bewegungs- und Gesundheitsförderung.

3

Stationäre Versorgung

Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert





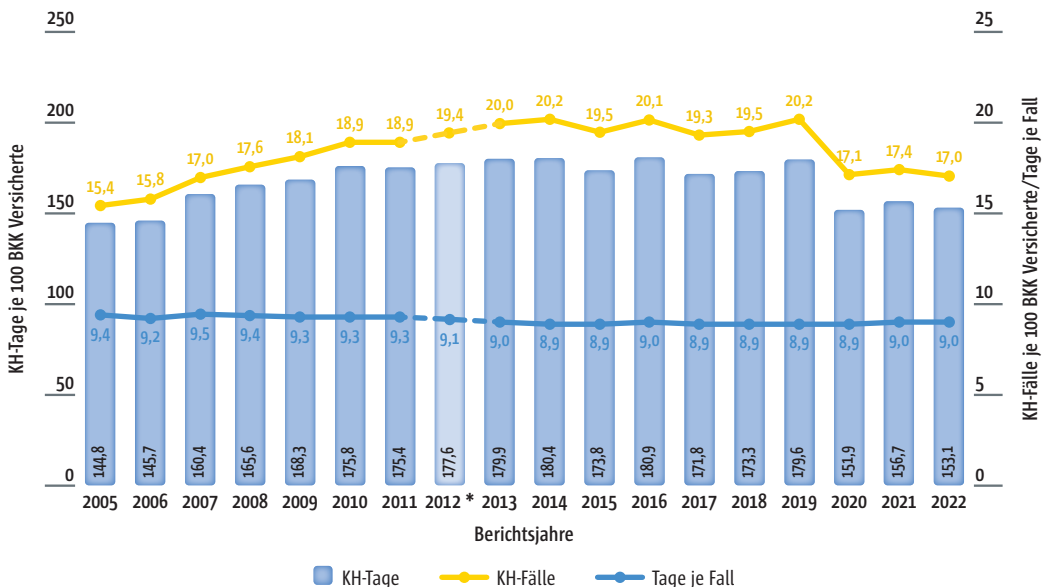
Äquivalent zu den Analysen für die ambulante Versorgung werden auch bei der Betrachtung des stationären Sektors hauptsächlich die Daten aller BKK Versicherten zugrunde gelegt. Für das Berichtsjahr 2022 sind dabei rund 9,3 Mio. BKK Versicherte einbezogen worden.

3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

- Auch im dritten Pandemiejahr verbleiben die Kennwerte für die stationäre Versorgung auf niedrigem Niveau: In 2022 sind im Durchschnitt je 1.000 Versicherte 170 stationäre Behandlungen mit 1.531 Behandlungstagen erfolgt.
- Damit sind diese Kennwerte gegenüber dem Vorjahr sogar noch leicht um jeweils –2% gesunken.
- Die durchschnittliche Verweildauer beträgt weiterhin, wie schon seit Jahren, stabil etwa 9 Tage je Fall. Rund zwei Drittel aller Fälle sind nach höchstens einer Woche abgeschlossen, nur 3,2% dauern länger als 6 Wochen.
- Ohnehin nimmt immer nur ein relativ kleiner Teil aller Versicherten innerhalb eines Jahres eine stationäre Behandlung in Anspruch, im aktuellen Berichtsjahr waren dies knapp 11%.

Die in diesem Kapitel dargestellten Ergebnisse basieren auf rund 1,6 Mio. voll- oder teilstationären Krankenhaufällen (KH-Fälle ohne Entbindungsfälle und ohne ambulante Operationen), die im Jahr 2022 abgerechnet wurden. Dies entspricht, bezogen auf alle BKK Versicherten, einem Durchschnittswert von rund 17,0 Fällen je 100 BKK Versicherte (»» Diagramm 3.1.1). 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 (siehe »» Methodische Hinweise). Dies entspricht 14,2 Mio. Krankenhaustagen (KH-Tage), die für die BKK Versicherten insgesamt dokumentiert wurden, was einem Durchschnitt von 153,1 Behandlungstagen je 100 BKK Versicherte entspricht. Die daraus zu berechnende mittlere Behandlungsdauer bleibt hin-

Diagramm 3.1.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2005–2022)



* Geschätzt, da keine valide Datengrundlage in diesem Berichtsjahr.

gegen mit durchschnittlich 9,0 Tagen im Vergleich zu den Vorjahren wesentlich konstant.

Damit sind die Durchschnittswerte für KH-Fälle und -Tage gegenüber dem Vorjahr leicht gesunken: Gegenüber 2022 sind dies jeweils rund -2% weniger stationäre Behandlungsfälle und -tage. Damit verbleiben diese Kennzahlen auch im dritten Jahr der Coronavirus-Pandemie deutlich unter dem Niveau von 2019 und davor. Eine ähnlich geringe Anzahl an stationären Behandlungsfällen bzw. -tagen war zuletzt vor etwa 15 Jahren zu beobachten. Ursache für die weiterhin verringerten Kennwerte dürften dabei Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie sein. Zum einen bestanden auch im aktuellen Berichtsjahr noch organisationale Maßnahmen zu deren Bekämpfung (» Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie), zum anderen wirkten sich, noch stärker als in den Vorjahren (vgl. » Kapitel 1 und 2), deutlich häufiger auftretende übertragbare Erkrankungen (Atemwegserkrankungen und Infektionen) auch auf die ohnehin angespannte Personalsituation in den Kliniken aus.

Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie

Die Bewältigung der Coronavirus-Pandemie hat auch den stationären Sektor vor große Herausforderungen gestellt. Hierzu wurden verschiedene Sonderregelungen eingeführt, die eine notwendige Behandlung von schwer erkrankten COVID-19-Infizierten sicherstellen sowie insgesamt den Erhalt der stationären Strukturen gewährleisten sollten. Es wurde damit nicht nur auf das Meidungsverhalten Erkrankter aus Angst vor einer COVID-19-Ansteckung reagiert, sondern auch aktiv die Belegung gesteuert.

Wesentlich sind hierbei die Einführung von Ausgleichszahlungen für die Freihaltung weiterer Behandlungskapazitäten durch die Aussetzung planbarer bzw. verschiebbarer stationärer Behandlungen (gültig im Zeitraum 16.3.-30.9.2020 sowie 18.11.2020-15.06.2021 bzw. 15.11.2021-18.4.2022)¹. Außerdem erfolgten zusätzliche Abschlags- und Corona-Ausgleichszahlungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser. Des Weiteren wurden insbesondere in der Frühphase der Pandemie im Jahr 2020 finanzielle Anreize zur Aufstockung intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten gesetzt, die potenziell auch zu Lasten von elektiven stationären Maßnah-

men gingen. Entsprechende Auswirkungen sind in den in diesem Kapitel dargestellten Kennzahlen ablesbar.

Dank der noch weiter zurückreichenden BKK Versichertenstatistiken sind auch Vergleiche zu noch deutlich älteren Berichtsjahren möglich (da diese allerdings nicht für alle Jahrgänge vorliegen, sind sie hier nicht im Zeitreihendiagramm aufgeführt), die Unterschiede zwischen den Kennzahlen über mehr als zwei Jahrzehnte sind allerdings nur sehr begrenzt interpretierbar, dies ist unter anderem beschränkt durch eine differierende zugrundeliegende Versichertenpopulation (erst ab 1994 vollständige Erfassung der ostdeutschen Leistungsfälle im stationären Bereich) sowie die unterschiedliche Klassifikation der Krankheitsarten (Kodierung der stationären Diagnosen vollständig nach ICD-10 ab 2001). Andererseits werden aber bei so einer Betrachtung die enormen Veränderungen in der stationären Versorgung in den vergangenen Dekaden erkennbar, sowohl durch die Verbesserungen in den Behandlungsmöglichkeiten (beispielsweise durch Etablierung minimalinvasiver Operationsmethoden in den 1990er-Jahren) genauso wie durch tiefgreifende Veränderungen aufgrund unterschiedlicher Abrechnungsprinzipien (» Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems).

Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems

Bemühungen um kürzere Liegezeiten haben lange vor Einführung des Klassifikationssystems der diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRG)² in den Jahren 2003/2004 eingesetzt. Das DRG-System erzeugte hierbei aber eine zusätzliche Dynamik, da die Vergütung – vereinfacht ausgedrückt – pauschalisiert und unabhängig von der eigentlichen Liegezeit erfolgt. Lag die durchschnittliche Krankenhausverweildauer der BKK Versicherten im Jahr 1990 noch bei 15,2 Tagen, so wurde diese in den nachfolgenden Jahren kontinuierlich abgesenkt: 1995 betrug die durchschnittliche Liegedauer bundesweit nur noch 12,8 Tage, im „Optionsjahr“ der DRG-Einführung 2003 (Beteiligung auf freiwilliger Grundlage und budgetneutral, d.h. die DRG-Anwendung führte noch nicht zu Gewinnen oder Verlusten) waren es dann 9,6 Tage.

Anders als im somatischen Bereich sind in der psychiatrischen/psychosomatischen stationären Versorgung in den letzten Jahren die durchschnittlichen Falldauern eher noch gestiegen. In diesem Bereich findet das DRG-System keine Anwendung, für die Vergütung wird hier vielmehr

1 GKV-Spitzenverband. Fokus: Sonderregelungen im Zusammenhang mit dem Coronavirus https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/fokus_corona.jsp [abgerufen am 10.7.2023]

2 Für diese und weitere Informationen siehe www.g-drg.de.

3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

das sogenannte Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)² verwendet, dass sich nach einer freiwilligen Optionsphase (ab 2013) nun seit Beginn 2018 verpflichtend in Anwendung befindet. Die Vergütung erfolgt anhand einheitlicher Bewertungsrelationen sowie krankenhausesindividueller Entgelte, seit 2020 werden dabei außerdem Personalmindestvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) berücksichtigt. Entsprechend ist ein direkter Vergleich der stationären Kennzahlen von somatischen und psychiatrischen Fällen nur eingeschränkt möglich.

Allgemein gilt für die stationäre Versorgung, 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. Im Jahr 2022 waren dies nur 10,8% der Versicherten (»»» Tabelle 3.1.1). Bei den meisten bleibt es dann wiederum bei einem Aufenthalt (7,8% aller Versicherten). Im Vergleich zum Vorjahr sind diese Anteilswerte nahezu unverändert.

Im Falle eines Krankenhausaufenthalts ist die durchschnittliche Falldauer weiterhin in der Regel mehrheitlich kurz, im Berichtsjahr 2022 wurden mit 68,0% wiederum die meisten der Krankenhausfälle innerhalb einer Woche abgeschlossen, 37,9% sogar innerhalb von 3 Tagen (»»» Diagramm 3.1.2). Über eine lange Zeitspanne betrachtet ist die stärkste Zunahme insbesondere bei letztgenannter Gruppe zu

Tabelle 3.1.1 Stationäre Versorgung – KH-Quoten der BKK Versicherten (Berichtsjahr 2022)

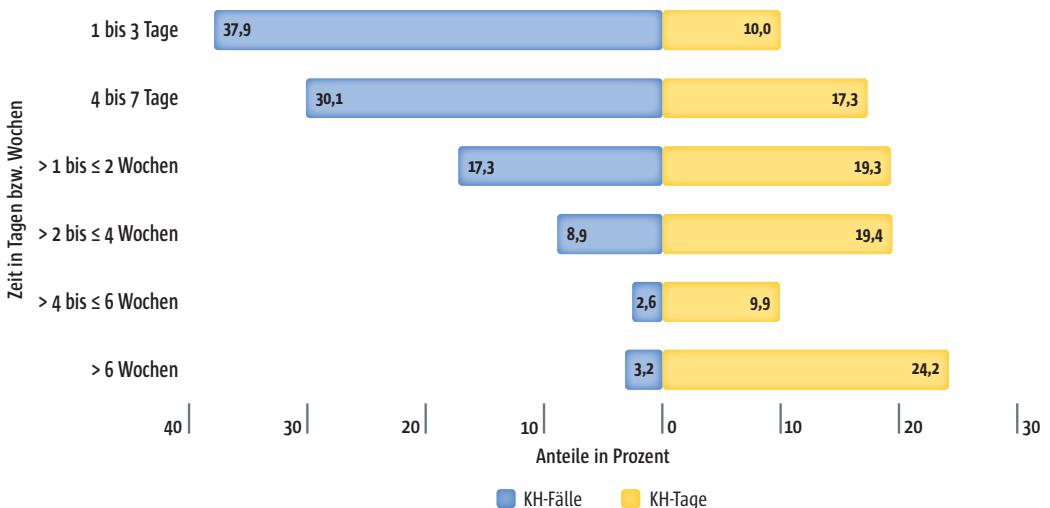
Anzahl der KH-Aufenthalte	Anteile der BKK Versicherten in Prozent
kein Aufenthalt	89,2
1 Aufenthalt	7,8
2 Aufenthalte	1,9
3 und mehr Aufenthalte	1,2

beobachten: 2008 wurden nur 29,8% aller KH-Fälle innerhalb von 3 Tagen beendet. Der größte Rückgang ist hingegen bei den Fällen mit einer Aufenthaltsdauer von 1–2 Wochen zu verzeichnen (2008: 22,4%). Auf der anderen Seite sind aktuell die Fälle mit mehr als sechs Wochen Liegezeit nur für einen Anteil von 3,2% verantwortlich. Auf diese damit vergleichsweise seltenen Langzeitbehandlungsfälle ist allerdings mehr als jeder fünfte Krankenhaustag (24,2%) zurückzuführen.

Wie schon in den beiden Vorjahren zu sehen war, hat sich die Coronavirus-Pandemie nicht auf das schon bekannte Muster bei den Aufnahme- und Entlassungstagen ausgewirkt:

- Im aktuellen Berichtsjahr erfolgten Krankenhausaufnahmen am häufigsten an einem Montag, 19,7% aller Aufenthalte haben an diesem Tag

Diagramm 3.1.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2022)



begonnen. Am Wochenende werden in der Regel nur Notfälle aufgenommen, entsprechend sind hier im Vergleich die wenigsten Aufnahmen zu verzeichnen (6,0% der Aufnahmen erfolgten samstags und 7,0% der Aufnahmen sonntags).

- Die Entlassung aus stationärer Behandlung erfolgt wiederum am häufigsten kurz vor dem Wo-

chenende, so endeten 21,2% der Krankenhausaufenthalte freitags, donnerstags waren es weitere 17,7%. Wiederum ebenfalls nur wenige Aufenthalte wurden an Wochenenden beendet: Den geringsten Anteil machen hier die Sonntage mit 5,3% aus, immerhin 10,8% wurden an einem Samstag entlassen.

3.2 Stationäre Versorgung nach Krankheitsarten

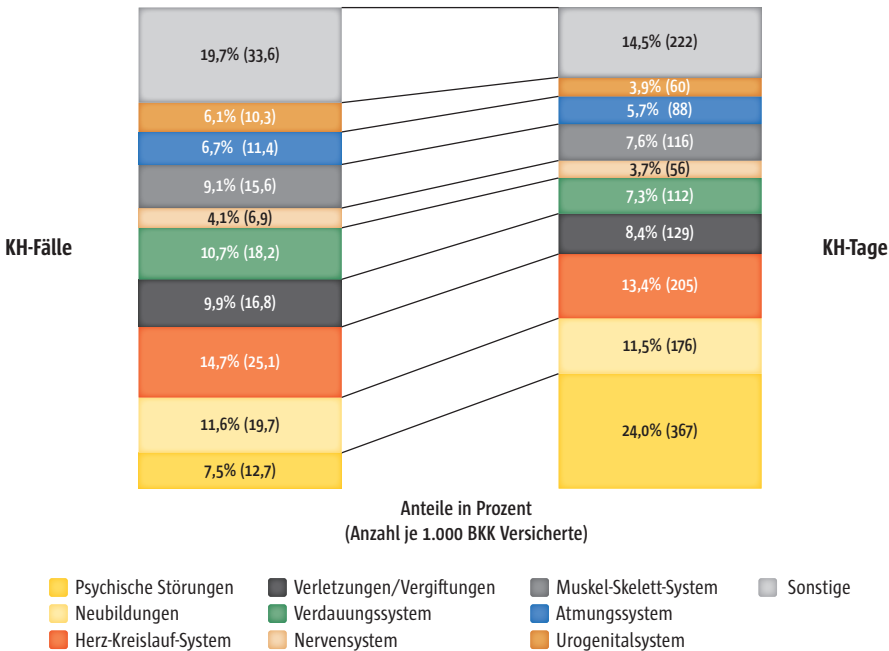
3.2.1 Diagnosehauptgruppen im Überblick

- Das Bild nach Erkrankungsarten bleibt gegenüber den Vorjahren in weiten Teilen unverändert: Auch im Jahr 2022 gehen die meisten Fälle in der stationären Versorgung auf Krankheiten des Kreislaufsystems zurück, gefolgt von Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems.
- Die weitaus meisten stationären Behandlungstage gehen auf psychische Störungen zurück. Für diese erreicht die durchschnittliche Verweildauer im aktuellen Berichtsjahr mit 28,9 Tagen je Fall ein weiteres Mal einen neuen Höchstwert.

- Die größte Steigerung gegenüber dem Vorjahr ist bei den Behandlungsfällen aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems zu verzeichnen. Deren durchschnittliche Falldauer ging hingegen gleichzeitig um fast einen Tag zurück.
- Im Langzeitvergleich sind vor allem die Kennwerte bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen zurückgegangen: Seit 2014 sind rund ein Viertel weniger stationäre Fälle und Behandlungstage aufgrund dessen erfolgt.

Auch bei einer detaillierteren Betrachtung zeigt sich eine Reduktion der Kennzahlen gegenüber dem „Vor-

Diagramm 3.2.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)



Pandemiejahr“ 2019. Dabei ist diese Differenz bei allen Diagnosehauptgruppen zu verzeichnen. In Relation zueinander sind die Erkrankungsarten in ihren Anteilen am Versorgungsgeschehen hingegen wesentlich gleichgeblieben, so haben auch im aktuellen Berichtsjahr die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems am häufigsten zu einem Krankenhausaufenthalt geführt: Je 1.000 Versicherte sind für diese Diagnosegruppe 25,1 KH-Fälle zu verzeichnen (III Diagramm 3.2.1), damit gehen allein 14,7% aller Behandlungsfälle auf diese Erkrankungsart zurück. Zweithäufigster Behandlungsgrund sind Neubildungen (11,6%) gefolgt von Erkrankungen des Verdauungssystems (10,7%). Psychische Störungen machen hingegen nur 7,5% aller Fälle aus. Die im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen sowie in der ambulanten Versorgung sehr häufig vorkommenden Erkrankungen des Atmungssystems spielen bei den stationären Kennwerten hingegen nur eine untergeordnete Rolle. Allerdings sind gerade für diese Erkrankungsart die stationären Behandlungsfälle im Vergleich zum Vorjahr noch am stärksten gestiegen (11,4 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte in 2022 vs. 10,6 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte in 2021).

Bei der Betrachtung der Behandlungstage je nach Erkrankungsart zeigt sich hingegen ein anderes Bild als bei den Fallzahlen: Mit 367 KH-Tagen je 1.000 BKK Versicherte liegen hier die psychischen Störungen deutlich an der Spitze, dies entspricht 24,0% aller KH-Tage. Auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehen wiederum 13,4% der Behandlungstage zurück, wegen Neubildungen sind es 11,5%. Somit erfolgt rund jeder zweite Behandlungstag aufgrund einer dieser drei genannten Erkrankungsarten.

Die deutlich unterschiedlichen Anteile der psychischen Störungen an KH-Fällen und -Tagen geben außerdem einen Hinweis darauf, dass diese Erkrankungsart eine besonders lange durchschnittliche Verweildauer aufweist: Im Jahr 2022 waren Betroffene je Erkrankungsfall durchschnittlich 4 Wochen in stationärer Behandlung (28,9 KH-Tage je Fall). Die durchschnittliche Verweildauer bei somatischen Erkrankungen ist mit durchschnittlich weniger als 10 Tagen (Beispiel: Herz-Kreislauf-Erkrankungen: 8,2 Tage je Fall; Neubildungen: 8,9 Tage je Fall) deutlich kürzer. Entsprechend erfolgen Langzeitbehandlungen bei weitem am häufigsten aufgrund von psychischen Störungen: Auf diese sind für das Berichts-

Diagramm 3.2.2 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2014–2022)

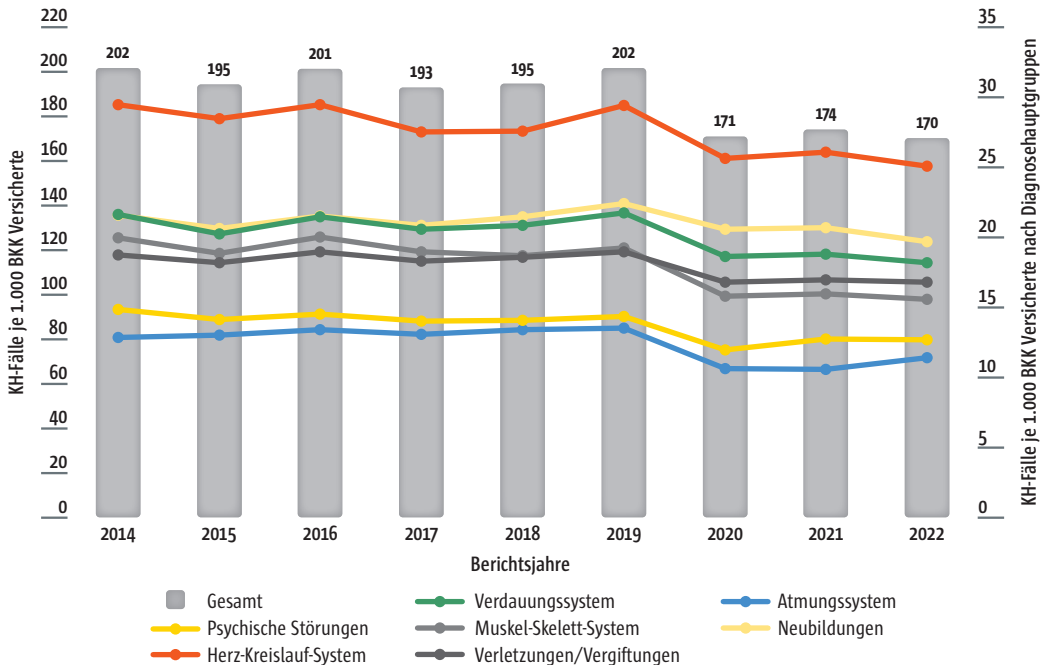
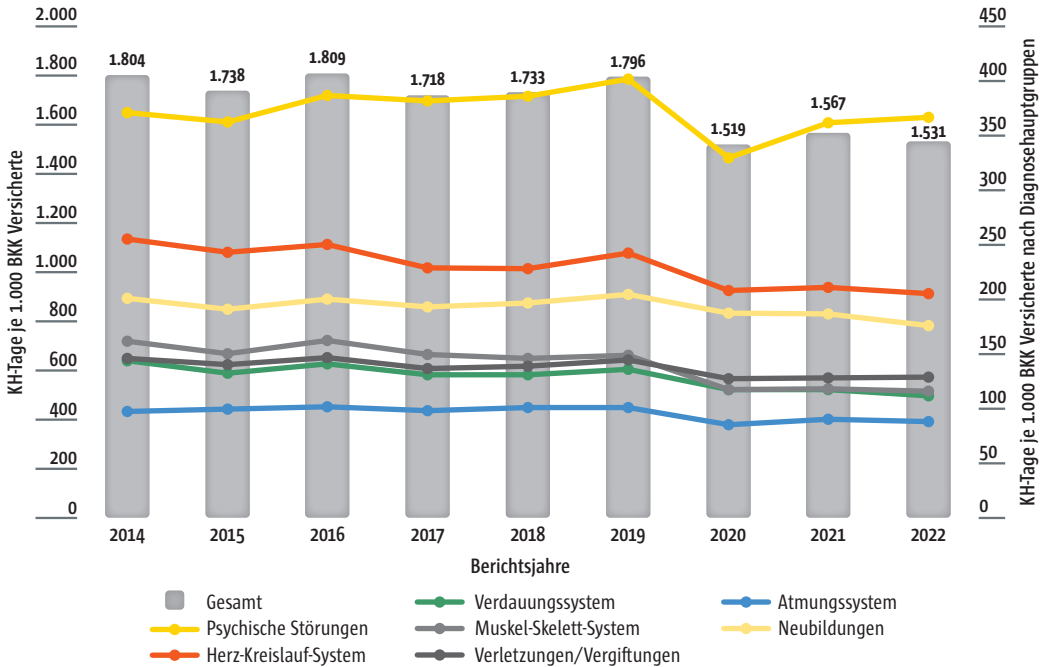


Diagramm 3.2.3 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2014–2022)



jahr 2022 62,7% aller Fälle mit mehr als sechs Wochen Dauer zurückzuführen. Den zweitgrößten Teil machen Neubildungen mit 10,8% der Langzeitfälle aus, gefolgt von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems mit einem Anteil von 6,3%.

Der schon allgemein beschriebene Rückgang der Kennzahlen bei allen Diagnosehauptgruppen ab 2020 ist anhand von **III** Diagramm 3.2.2 und **III** Diagramm 3.2.3 im Einzelnen nachvollziehbar. Besonders stark war dabei die Reduktion der stationären Behandlungsfälle und -tage gegenüber 2019 bei den Erkrankungsarten der psychischen Störungen sowie den Krankheiten des Herz-Kreislauf-, des Muskel-Skelett- sowie des Verdauungssystems. Von diesen nahmen die Kennwerte insbesondere bei den psychischen Störungen wieder zu, obwohl sie weiterhin unter dem Vor-Pandemie-Niveau verbleiben. Im aktuellen Berichtsjahr hat die durchschnittliche Zahl von Behandlungstagen aufgrund von psychischen Störungen ein weiteres Mal zugenommen, einhergehend mit einem neuen Höchststand bei der Verweildauer: Jeder stationäre Fall aufgrund dieser Erkrankungsart dauerte im Schnitt 28,9 Tage. 2014 waren es noch 25,0 Tage je Fall. Anders verhält es sich hingegen im aktuellen Berichtsjahr bei den Krank-

heiten des Atmungssystems. Gegenüber dem Vorjahr sind mit +8% deutlich mehr stationäre Behandlungsfälle aufgrund dieser Erkrankungsart erfolgt, allerdings hat die durchschnittliche Anzahl der darauf zurückzuführenden Behandlungstage sogar leicht abgenommen, was mit einer kürzeren Verweildauer (7,7 Tage je Fall in 2022 vs. 8,5 Tage je Fall in 2021) einhergeht. Anhand des Diagramms werden darüber hinaus auch die Langzeittrends erkennbar, die schon vor der Pandemie eingesetzt haben: So sind insbesondere bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen die Kennwerte auch in den Jahren zuvor gesunken (-3,6% bei den KH-Fällen bzw. -7,7% bei den KH-Tagen von 2014 bis 2019). Auch im aktuellen Berichtsjahr sind die Kennwerte bei dieser Erkrankungsart zurückgegangen, woraus sich nun gegenüber 2014 rund ein Viertel weniger stationäre Fälle und Behandlungstage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen ergeben.

Betrachtet man wiederum für diese Erkrankungsarten die Quoten derjenigen Versicherten, die aufgrund dessen stationäre Behandlung(en) in Anspruch genommen haben (**III** Tabelle 3.2.1), so fällt auf, dass die Anteilswerte jeweils nur sehr gering sind. So waren nur 0,9% der BKK Versicherten wegen

psychischer Störungen bzw. der Atmungssystem-Erkrankungen mindestens einmal im Krankenhaus. Die höchste Quote mit allerdings auch nur 1,8% war wiederum bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu finden. Diese geringen Quoten zeigen eindrücklich, dass es eher selten vorkommt, dass Patienten innerhalb eines Jahres aufgrund von verschiedenen Erkrankungsarten stationär behandelt werden. Außerdem wird anhand der dargestellten Aufschlüsselung

hinsichtlich der Anzahl der Aufenthalte offensichtlich, dass die Mehrzahl jeweils nur einmal im Jahr behandelt wird. Den höchsten Anteil von Versicherten mit mehr als einem Aufenthalt weisen in diesem Vergleich noch die Neubildungen auf: Von den insgesamt 1,1% Versicherten, die deshalb stationär behandelt wurden, war jeder Dritte mehrfach im Krankenhaus.

Tabelle 3.2.1 Stationäre Versorgung – KH-Quoten der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)

Anzahl der KH-Fälle	Psychische Störungen	Herz-Kreislauf-System	Neubildungen	Verdauungs-system	Muskel-Skelett-System	Verletzungen/ Vergiftungen	Atmungs-system	Gesamt
Anteile in Prozent								
kein KH-Fall	99,1	98,2	98,9	98,5	98,7	98,6	99,1	89,2
1 KH-Fall	0,7	1,4	0,7	1,3	1,2	1,3	0,8	7,8
2 KH-Fälle	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	1,9
3 und mehr KH-Fälle	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2

3.2.2 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen im Detail

- Wie in den Vorjahren sind die bei weitem meisten stationären Behandlungstage bei den Einzeldiagnosen für die rezidivierende depressive Störung (F33) zu verzeichnen. Die meisten Behandlungsfälle gehen auf eine Herzinsuffizienz (I50) zurück.
- Neben der rezidivierenden depressiven Störung (F33) weisen auch die depressive Episode (F32) sowie die Schizophrenie (F20) mit einer durchschnittlichen Behandlungszeit von 5–6 Wochen deutlich überdurchschnittliche Falldauern auf.
- Gegenüber dem Vorjahr sind Behandlungsfälle im Zusammenhang mit einer Viruspneumonie (J12) stark zurückgegangen. Eine deutliche Zunahme ist hingegen bei Behandlungen von Hüft- bzw. Kniegelenksarthrose (M16 bzw. M17) zu beobachten.

Wie schon in den Vorjahren sind es auf Ebene der Einzeldiagnosen ebenfalls mehrere psychische Störungen, aufgrund derer viele Behandlungstage anfallen (»»» Tabelle 3.2.2). Die mit Abstand meisten Krankenhaustage sind wie schon im Vorjahr aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) erfolgt (107,9 KH-Tage je 1.000 Versicherte), gefolgt von Behandlungen aufgrund einer depressiven

Episode (62,0 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Gegenüber dem Vorjahr sind bei diesen beiden Diagnosen die Kennwerte gestiegen, so sind +3% (F32) bzw. +5% (F33) mehr Behandlungsfälle sowie jeweils +5% mehr Behandlungstage zu verzeichnen. Diese zwei Depressionsdiagnosen stechen zudem heraus als häufige Ursache für Langzeitbehandlungen mit mehr als 6 Wochen stationärem Aufenthalt: Im aktuellen Berichtsjahr waren 40% der stationär behandelten Fällen einer depressiven Episode (F32) Langzeitfälle, von allen stationär behandelten rezidivierenden depressiven Störungen (F33) weisen sogar 47,1% eine Verweildauer länger als 6 Wochen auf. Nach den beiden Depressionsdiagnosen folgt an dritter Stelle nach Behandlungstagen die Herzinsuffizienz (I50) – dies ist wiederum diejenige Diagnose mit der höchsten durchschnittlichen Fallzahl, gefolgt vom Hirninfarkt (I63). Im Vergleich dieser Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen über die letzten Jahre zeigen sich kaum Veränderungen. Sehr markant war allerdings im letzten Jahr das Hinzukommen der Diagnose Viruspneumonie (J12): Spielte dieses bislang im stationären Versorgungsgeschehen eine untergeordnete Rolle, so hatten sich die Fallzahlen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie seit 2019 vervielfacht. Im aktuellen Berichtsjahr 2022 sind wiederum nur noch halb so viele darauf zurückzu-

3.2 Stationäre Versorgung nach Krankheitsarten

führende Fälle zu verzeichnen gewesen. Deutlich mehr Fälle sind hingegen für die Gonarthrose (+15% KH-Fälle gegenüber 2021) sowie die Koxarthrose (+10% KH-Fälle gegenüber 2021) erfolgt. Dabei spielt

wahrscheinlich ein Nachholeffekt eine Rolle, da diese Diagnosen oftmals mit elektiven Eingriffen verbunden sind, die in den Jahren zuvor verschoben worden sind.

Tabelle 3.2.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2022)

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,6	107,9	41,3
F32	Depressive Episode	1,6	62,0	37,8
I50	Herzinsuffizienz	4,0	44,2	11,2
I63	Hirninfarkt	2,3	29,1	12,7
S72	Fraktur des Femurs	1,7	26,0	15,3
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2,3	25,4	11,3
F20	Schizophrenie	0,7	23,9	36,4
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	1,9	18,9	9,9
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	2,1	17,8	8,5
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	1,9	17,0	8,9

Wie die bisherigen Auswertungen zeigen, kommt den psychischen und Verhaltensstörungen, den Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sowie den Neubildungen in der stationären Versorgung eine besondere Bedeutung zu. Im Folgenden werden daher diese drei Diagnosehauptgruppen hinsichtlich ausgewählter Einzeldiagnosen detaillierter betrachtet.

Psychische und Verhaltensstörungen

- Bei Frauen sind Depressionen (F32 bzw. F33) der Behandlungsgrund bei fast der Hälfte, bei Männern immerhin bei mehr als einem Drittel der Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen.
- Mehr als doppelt so viele stationäre Behandlungsfälle und -tage weisen hingegen Männer gegenüber Frauen bei den psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) auf.
- Bei den Frauen ist die Anzahl der Behandlungstage aufgrund von Essstörungen (F50) weiter gestiegen bei stagnierenden Fallzahlen. Dadurch verlängert sich die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer, diese beträgt nun im Schnitt 52,8 Tage je Fall.

Die Diagnosegruppe der psychischen Störungen hat bezüglich der durchschnittlichen Anzahl der darauf zurückzuführenden stationären Behandlungstage schon seit 2007 die Spitzenposition inne. Damals entfielen erstmals mehr KH-Tage auf diese Erkrankungsart anstatt auf Kreislauf-Erkrankungen, die bis dahin für die meisten Behandlungstage ursächlich waren. Bei der Bewertung dieser Kennzahlenentwicklung sind aber auch Besonderheiten der Psychiatrie/ Psychosomatik, gegenüber dem akut somatischen Bereich zu berücksichtigen. Dazu zählen vor allem Unterschiede in den jeweiligen Entgeltsystemen (siehe Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems). So ist für die psychischen Störungen keine so starke Verweildauerreduzierung wie im somatischen Bereich zu beobachten – im Gegenteil: wie schon erwähnt hat die Falldauer bei dieser Erkrankungsart im aktuellen Berichtsjahr 2022 mit 28,9 Tagen je Fall einen neuen Höchstwert erreicht.

In der Betrachtung der Einzeldiagnosen aus dem Spektrum der psychischen Störungen zeigen sich teilweise deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen (»»» Tabelle 3.2.3). Frauen sind häufiger als Männer von Depressionen betroffen, was anhand der deutlich höheren Fallzahl und einer damit ein-

hergehend höheren Anzahl von Krankenhaustagen abzulesen ist. Allein die rezidivierende depressive Störung (F33) und die depressive Episode (F32) zusammen genommen verursachen die Hälfte aller psychisch bedingten Krankenhaustage bei den Frauen. Auch bei den Männern sind dies die häufigsten Einzeldiagnosen, zusammen verursachen diese aber „nur“ 41% aller psychisch bedingten Krankenhaustage. Die zuvor erwähnte Steigerung der Kennzahlen für diese beiden Einzeldiagnosen zeigt sich allerdings bei beiden Geschlechtern gleichermaßen. Wiederum ist bei Männern eine höhere Prävalenz von

Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit im Vergleich zu Frauen bekannt³, was sich in den deutlich höheren Fallzahlen zur entsprechenden ICD-Diagnose (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, F10) widerspiegelt. Dabei ist die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer von jeweils etwa 11 Tagen je Fall deutlich kürzer als die aller anderen hier aufgeführten psychischen Störungen. Ein wei-

3 vgl. z.B. Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft (2022). Alkoholatlas Deutschland 2022. Pabst Science Publishers: Lengerich.

Tabelle 3.2.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
Männer				
F33	Rezidivierende depressive Störung	1,9	77,7	41,0
F32	Depressive Episode	1,3	46,4	36,2
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3,3	37,6	11,4
F20	Schizophrenie	0,9	30,9	35,8
F31	Bipolare affektive Störung	0,3	10,0	38,7
F45	Somatoforme Störungen	0,5	9,4	20,5
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,2	9,1	48,1
F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	0,5	8,9	18,4
F90	Hyperkinetische Störungen	0,4	8,7	21,8
F25	Schizoaffektive Störungen	0,2	7,6	37,6
Frauen				
F33	Rezidivierende depressive Störung	3,2	134,0	41,6
F32	Depressive Episode	2,0	74,7	38,2
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,8	23,0	28,5
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	0,6	20,1	33,2
F50	Essstörungen	0,4	19,2	52,8
F45	Somatoforme Störungen	1,0	18,6	19,6
F20	Schizophrenie	0,5	18,2	37,6
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,3	14,2	10,7
F31	Bipolare affektive Störung	0,3	12,3	38,7
F25	Schizoaffektive Störungen	0,3	11,1	39,0

3.2 Stationäre Versorgung nach Krankheitsarten

terer Geschlechtsunterschied bei der Behandlungsdauer zeigt sich bei den Anpassungsstörungen (F43): Frauen werden aufgrund dessen fast 10 Tage länger stationär behandelt als Männer (28,5 vs. 19,0 Tage je Fall). Eine Steigerung gegenüber dem Vorjahr (wenn auch auf relativ niedrigem Niveau der absoluten Zahlen) zeigt sich außerdem bei den wegen Essstörungen (F50) behandelten Frauen: Schon in den letzten beiden Jahren haben die Kennwerte zugenommen, im Jahr 2022 sind nun die Fallzahlen stagnierend, aber die Anzahl der Behandlungstage ist um rund +5% größer als noch im Vorjahr. Dauert die Behandlung von Essstörungen ohnehin sehr lang, so ist damit die Verweildauer gestiegen auf nun durchschnittlich 52,8 Tage je Fall.

Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems

- Wie schon in den letzten Jahren sind sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen Herzinsuffizienz (I50) und Hirninfarkt (I63) die häufigsten Einzeldiagnosen aus dem Spektrum der Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- Es zeigt sich ein deutlicher Geschlechtsunterschied bei der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25), aufgrund derer Männer rund dreimal so häufig wie Frauen in stationärer Behandlung sind. Frauen sind hingegen deutlich häufiger als Männer wegen Bluthochdruck (I10) im Krankenhaus.
- Der Rückgang der stationären Bluthochdruckbehandlungen hat sich in der Pandemiezeit beschleunigt: Im Vergleich zu 2019 sind sowohl die Anzahl der stationären Fälle als auch der Behandlungstage aufgrund dieser Einzeldiagnose um rund ein Drittel zurückgegangen.

Wie anhand von **III** Tabelle 3.2.4 zu erkennen ist, gehen die meisten stationären Behandlungstage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen auf die Einzeldiagnosen Herzinsuffizienz (I50) und Hirninfarkt (I63) zurück. Ist bei diesen nur ein relativ kleiner Geschlechtsunterschied zu erkennen, bei dem die Männer gegenüber den Frauen höhere Kennwerte aufweisen, so ist diese Differenz bei anderen Einzeldiagnosen deutlich ausgeprägter. Dies zeigt sich besonders bei der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25): Männer weisen rund dreimal so viele KH-Fälle und KH-Tage im Vergleich zu den Frauen auf. Auch beim akuten Myokardinfarkt (I21), Angina

Pectoris (I20), sowie bei Atherosklerose (I70) sind die Fall- und Behandlungstage bei den Männern mindestens doppelt so hoch wie bei den Frauen. Andererseits ist das Verhältnis hingegen bei der Behandlung von Bluthochdruck (I10). Wie schon in den Vorjahren sind Männer (bei den Männern zählt diese mittlerweile nicht mehr zu den zehn wichtigsten Diagnosen) gegenüber den Frauen nur etwa halb so oft im Krankenhaus behandelt worden, auch die Anzahl der zugehörigen Krankenhaustage ist nur etwa halb so groß. Nahm die Bedeutung der Blutdruckbehandlung in der stationären Versorgung schon in der Vor-Pandemie-Zeit ab, so beschleunigte sich diese Entwicklung in den letzten Jahren rapide: Im Vergleich zu 2019 sind sowohl die Anzahl der stationären Fälle als auch der Behandlungstage aufgrund dieser Einzeldiagnose um rund ein Drittel zurückgegangen.

In der Regel sind die für die stationäre Versorgung beschriebenen Geschlechtsunterschiede bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch in ähnlicher Form im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (**III** Kapitel 1.3) vorzufinden, wobei sie dort nur eine untergeordnete Rolle spielen. Hingegen nehmen eine ambulante Behandlung wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen eher mehr Frauen in Anspruch (**III** Kapitel 2.3), diese bekommen auch tendenziell häufiger Medikamente für Herz- und Kreislauf-Erkrankungen als die Männer verordnet (**III** Kapitel 4.3). Gründe für diese Differenzen liegen wohl auch im unterschiedlichen 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 medikamentös therapiert und eine stationäre Behandlung nicht notwendig wird.
- Dagegen suchen Männer medizinische Versorgung tendenziell später und häufig erst mit schwerwiegenderen Symptomen auf, was wiederum mit längeren AU-Zeiten und höheren Tagesdosen bei den Arzneimittelverordnungen verbunden ist. Häufiger ist dann auch eine stationäre Behandlung notwendig, aufgrund der Schwere der Erkrankung dauert die Behandlung dann zudem länger.

Tabelle 3.2.4 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen des Herz-Kreislauf-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
Männer				
I50	Herzinsuffizienz	4,3	48,7	11,3
I63	Hirnfarkt	2,6	33,2	12,7
I70	Atherosklerose	2,2	21,9	9,9
I21	Akuter Myokardinfarkt	2,8	21,8	7,9
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	3,8	17,2	4,5
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2,9	14,6	5,1
I20	Angina pectoris	2,4	10,7	4,6
I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	0,8	9,3	11,2
I61	Intrazerebrale Blutung	0,3	6,7	21,0
I26	Lungenembolie	0,7	5,2	7,9
Frauen				
I50	Herzinsuffizienz	3,6	39,7	11,0
I63	Hirnfarkt	2,0	25,0	12,7
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	2,8	14,7	5,2
I70	Atherosklerose	1,1	11,0	9,7
I21	Akuter Myokardinfarkt	1,1	8,9	8,0
I10	Essenzielle (primäre) Hypertonie	1,8	8,7	4,9
I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	0,5	5,8	10,8
I20	Angina pectoris	1,1	4,9	4,4
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	1,0	4,8	5,0
I26	Lungenembolie	0,6	4,8	8,4

Neubildungen

- Bösartige Neubildungen der Bronchien und Lunge (C34) sind weiterhin die häufigste Krebs-Diagnose, wegen der BKK Versicherte in stationärer Behandlung sind. Dies ist die häufigste Einzeldiagnose bei Männern, sowie bei Frauen nach Brustkrebs (C50) die zweithäufigste.
- Bei den Männern sind die Anzahl stationärer Fälle und Tage für das nicht follikuläre Lymphom (C83) um -10% zurückgegangen. Ebenfalls so groß ist der Rückgang bei den Frauen für bösartige Neubildungen des Ovars (C56) sowie des Rektums (C20).

In der Diagnosehauptgruppe „Neubildungen“ werden verschiedene sowohl gut- als auch bösartige Gewebewucherungen zusammengefasst. Aufgrund der Notwendigkeit einer schnellen und umfassenden Behandlung, insbesondere bei bösartigen Neubildungen, sind diese vorrangig in der stationären Versorgung (in der hier betrachteten Akutversorgung, sowie darüber hinaus auch in der stationären Rehabilitation) vorzufinden. Die Fallzahlen und daraus resultierende Behandlungstage aufgrund von Neubildungen waren in den letzten Jahren recht stabil (vgl. u.a. »» Diagramm 3.2.2 und »» Diagramm 3.2.3), auch seit Beginn der Pandemie fielen die Schwankungen der Kennwerte verglichen mit

3.2 Stationäre Versorgung nach Krankheitsarten

anderen Erkrankungsarten nur moderat aus. Die meisten Behandlungsfälle und daraus resultierenden Krankenhaustage sind bei den Frauen auf eine Brustkrebserkrankung (C50) zurückzuführen (»» Tabelle 3.2.5). Bei den Frauen erfolgt fast 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 ver-

bunden, was auch in etwa das Rauchverhalten – Männer rauchen deutlich häufiger als Frauen⁴ – in der Bevölkerung widerspiegelt. Größer noch ist der Geschlechtsunterschied bei bösartigen Neubildungen des Rektums (C20) sowie des Magens (C16): Bei beiden Einzeldiagnosen weisen Männer im Vergleich zu den Frauen rund doppelt so viele Krankheitsfälle

4 vgl. z.B. Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft (2020). Tabakatlas Deutschland 2020. Pabst Science Publishers: Lengerich.

Tabelle 3.2.5 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Neubildungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

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	2,2	22,6	10,2
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	2,0	14,6	7,4
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	0,9	11,3	13,0
C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	1,6	10,8	6,8
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	0,7	8,5	11,6
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	0,7	7,7	11,9
C16	Bösartige Neubildung des Magens	0,6	6,9	11,7
C83	Nicht follikuläres Lymphom	0,6	6,2	11,2
C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	1,1	5,9	5,2
C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	0,5	5,4	10,6
Frauen				
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	2,8	24,8	8,7
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	1,6	15,3	9,6
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	0,7	8,6	13,2
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	0,5	6,3	12,1
C56	Bösartige Neubildung des Ovars	0,5	6,2	12,3
D25	Leiomyom des Uterus	1,1	5,0	4,4
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	0,4	4,7	11,8
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	0,4	4,3	12,2
C92	Myeloische Leukämie	0,2	4,2	20,4
C83	Nicht follikuläres Lymphom	0,4	4,0	10,9

le und -tage auf. Dabei fällt zudem im Vergleich zum Vorjahr auf, dass bei den Frauen die Kennwerte bei den Neubildungen des Rektums (C20) in dieser Aufstellung mit rund -15% bei den Behandlungsfällen und -10% bei den Behandlungstagen am stärksten abgenommen haben. In etwa so groß ist der Kennwertrückgang bei den Frauen bei den bösartigen Neubildungen des Ovars (C56), sowie bei den Männern für das nicht follikuläre Lymphom (C83).

Es ist anzumerken, dass die Neubildungen in anderen Leistungsbereichen keine so große Rolle spielen wie in der stationären Versorgung. Dennoch lassen sich beispielsweise in der ambulanten Versorgung (III Kapitel 2) recht ähnliche alters- und geschlechtsspezifischen Muster erkennen. So sind in der Regel in der ambulanten Versorgung die Anteile von weiblichen Versicherten aufgrund eines Mammakarzinoms (C50) 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 Arzneimittelverordnungen (III Kapitel 4) bezüglich antineoplastischer Mittel (L01) sowie bei Arbeitsunfähigkeitsfällen (III Kapitel 1) aufgrund von Neubildungen, wobei im AU-Geschehen - gegenläufig zu den ambulanten und stationären Fallzahlen - die Kennzahlen aufgrund des *healthy worker effects* bei den 65-jährigen Beschäftigten stark zurückgehen.

Exkurs COVID-19

COVID-19-Infektionen sind in den Jahren 2020 bis 2022 – trotz der pandemischen Gefahr, die von diesen ausging – von den reinen Fallzahlen her im Verhältnis zu anderen Krankheitsarten eher selten Grund für einen stationären Aufenthalt gewesen. Die nachfolgenden Kennzahlen basieren entsprechend auf einer nur relativ kleinen Datenbasis, obwohl hier eine umfassendere Zählweise der Fälle angewendet wurde: Grundlage der nachfolgenden Kennzahlen ist nicht, wie sonst in diesem Kapitel, allein die Entlassdiagnose (III Methodische Hinweise), sondern auch alle vorherigen Diagnosestellungen in der Fallgeschichte. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass bei der Bestimmung der finalen Entlassdiagnose, die sich daran orientiert, was maßgebliche Ursache des Behandlungsbedarfs war, eine COVID-19-Infektion nur selten als der ausschlaggebende Anlass für die stationäre Behandlung angegeben wurde. Vor diesem Hintergrund sind die in III Tabelle 3.2.6 dargestellten Fallzahlen trotz der erweiterten Zählweise weiterhin als relativ gering einzuschätzen, auch wenn im aktuellen Berichtsjahr die Kennwerte deutlich höher sind als in den beiden Vorjahren. Im Jahr 2022 waren demnach 8,3 Behandlungsfälle im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose je 1.000 Versicherte erfolgt, daraus resultierten wiederum 119,9 Behandlungstage je 1.000 Versicherte.

Tabelle 3.2.6 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2020–2022)

Jahre	Geschlecht	je 1.000 BKK Versicherte		
		KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
2020	Männer	4,5	52,1	11,5
	Frauen	3,9	42,0	10,9
	Gesamt	4,2	47,1	11,2
2021	Männer	5,3	73,7	13,9
	Frauen	4,3	59,0	13,8
	Gesamt	4,8	66,4	13,9
2022	Männer	8,9	126,1	14,2
	Frauen	7,8	113,5	14,6
	Gesamt	8,3	119,9	14,4

3.2 Stationäre Versorgung nach Krankheitsarten

Gegenüber dem Vorjahr ist dennoch eine enorme Steigerung um +74% bei den Fällen und +80% bei den Behandlungstagen zu beobachten. Im geschlechtsbezogenen Vergleich sind die Kennwerte bei den

Frauen noch stärker gestiegen als bei den Männern, dennoch weisen Frauen weiterhin weniger Behandlungsfälle und -tage auf als Männer.

3.3 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Krankenhausbehandlungen werden im Gegensatz zur Arbeitsunfähigkeit, die sich nur auf die krankengeldberechtigten BKK Mitglieder bezieht, von allen Versichertengruppen, d. h. von Kindern bis hin zu Rentnern, in Anspruch genommen (dies gilt auch für das im vorherigen **»** Kapitel 2 dargestellte Geschehen in der ambulanten Versorgung). Allerdings ist in der stationären Versorgung das Krankheitspektrum ein deutlich anderes: Viele Erkrankungen – selbst schwerwiegende und chronische –, die in der ambulanten Versorgung gehäuft auftreten, führen nicht zwangsläufig zu einem Krankenhausaufenthalt.

3.3.1 Stationäre Versorgung nach Alter und Geschlecht

- Männer sind insgesamt nur geringfügig häufiger in stationärer Behandlung als Frauen. Bei den Behandlungstagen besteht kaum ein Unterschied.
- Herz-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 resultierenden 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.
- Gegenüber dem Vorjahr sind insbesondere die Fallzahlen aufgrund von Atmungssystem-Erkrankungen bei den unter 15-Jährigen gestiegen: +41% Behandlungsfälle sind für diese zu verzeichnen.

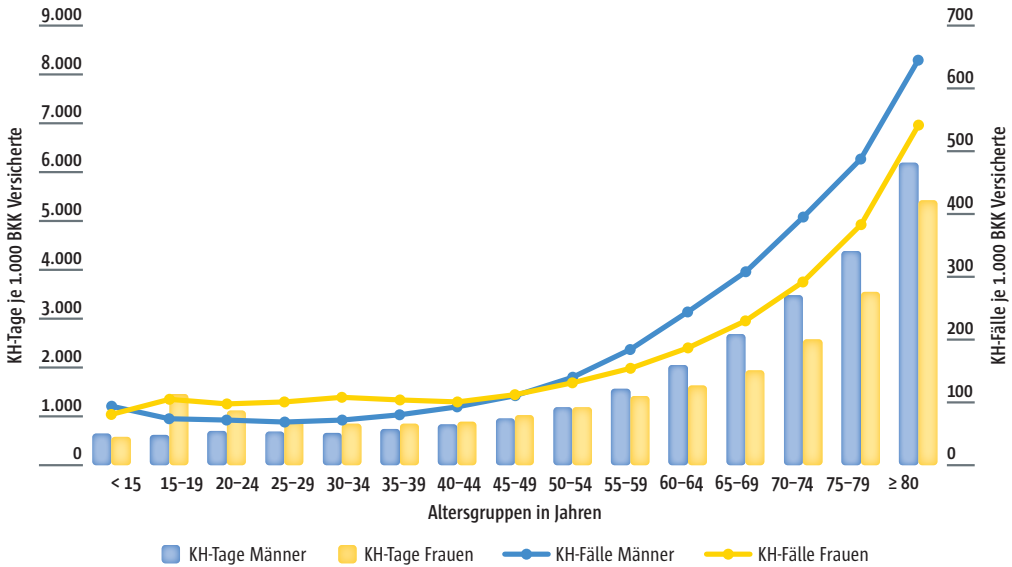
Erwartungsgemäß sind Krankenhausbehandlungen bei jungen Menschen eher selten. Erst ab der zweiten Lebenshälfte (etwa ab dem 45. Lebensjahr) werden die Behandlungen häufiger, es nimmt dann mit steigendem Alter sowohl die Anzahl der Kranken-

hausfälle als auch die der -tage zu. So sind in den Altersgruppen jünger als 45 Jahre weniger als 100 stationäre Behandlungsfälle je 1.000 Versicherte dokumentiert. Wie erwähnt steigen die Kennwerte in der zweiten Lebenshälfte deutlich, sodass im Renteneintrittsalter (Altersgruppe 65 bis 69 Jahre) die Fallzahl mit 268,3 Fällen je 1.000 Versicherte demgegenüber fast dreimal so groß ist und bei den über 80-Jährigen mit 586,8 Fällen je 1.000 Versicherte rund das Sechsfache beträgt. Dementsprechend nehmen auch die Krankenhaustage mit dem Alter zu: Die 65- bis 69-Jährigen waren im aktuellen Berichtsjahr 2022 durchschnittlich fast einen ganzen Tag mehr in stationärer Behandlung als der Gesamtdurchschnitt aller Versicherten (2,3 vs. 1,5 KH-Tage je Versicherten). Versicherte im Alter von 80 Jahren oder älter waren sogar durchschnittlich fast 6 Tage in stationärer Behandlung.

Betrachtet man zudem die stationären Behandlungsfälle und -tage der Altersgruppen getrennt nach Geschlecht (**»** Diagramm 3.3.1), werden weitere Auffälligkeiten in bestimmten Lebensabschnitten ersichtlich. So sind Jungen bis zur Pubertät das „anfälliger“ Geschlecht (u. a. aufgrund deutlich höherer Kennwerte bei Atmungssystem-Erkrankungen, angeborener Fehlbildungen sowie bei Verletzungen/Vergiftungen). Sie sind in der Altersgruppe bis 15 Jahre mit 93,9 KH-Fällen je 1.000 Versicherte deutlich häufiger in stationärer Behandlung als Mädchen (80,6 KH-Fälle je 1.000 Versicherte). In den Altersgruppen zwischen dem 15. und 39. Lebensjahr sind hingegen die Fallzahlen und die damit einhergehenden Behandlungstage bei den Frauen höher als bei den Männern (hier schlagen sich insbesondere stationäre Aufenthalte aufgrund von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nieder mit mehr als 25 KH-Fällen je 1.000 weibliche Versicherte in den Altersgruppen zwischen 25 und 39 Jahren), während ab etwa 55 Jahren Männer wieder höhere Kennzahlen aufweisen.

3.3 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 3.3.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



Die unterschiedlichen Fallzahlen je nach Alter spiegeln sich auch in den altersgestaffelten Inanspruchnahmequoten wider (» Tabelle 3.3.1). So haben bei den unter 35-Jährigen mit 94,3% (Männer) bzw. 93,3% (Frauen) die überwiegende Mehrheit im Jahr 2022 gar keinen Krankenhausaufenthalt gehabt. War eine stationäre Behandlung für Personen dieser Altersgruppe nötig, dann in den meisten Fällen nur einmal: Rund 5% sowohl bei Männern als auch bei Frauen wiesen nur einen KH-Fall im aktuellen Berichtsjahr auf, nur etwa 1 % musste öfter stationär behandelt werden. Bei den Versicherten ab dem Rentenalter (65 Jahre und älter) ist der Anteil derer, die eine stationäre Behandlung in Anspruch genommen haben, generell höher (25,4% der Männer und 22,2%

der Frauen weisen mindestens einen Krankenhausaufenthalt auf). In dieser Altersgruppe ist auch der Anteil der Mehrfachbehandlungen deutlich höher als bei den jüngeren Altersgruppen: Über ein Drittel weisen mehr als eine stationäre Behandlung auf. Von allen Versicherten in dieser Altersgruppe sind sogar 4,4% der Männer sowie 3,1% der Frauen dreimal oder öfter im aktuellen Berichtsjahr im Krankenhaus zur Behandlung gewesen.

Insgesamt waren Männer geringfügig öfter in stationärer Behandlung als Frauen, im aktuellen Berichtsjahr beträgt der Unterschied immerhin 5,4% (Männer: 174,8 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte, Frauen: 165,8 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte).

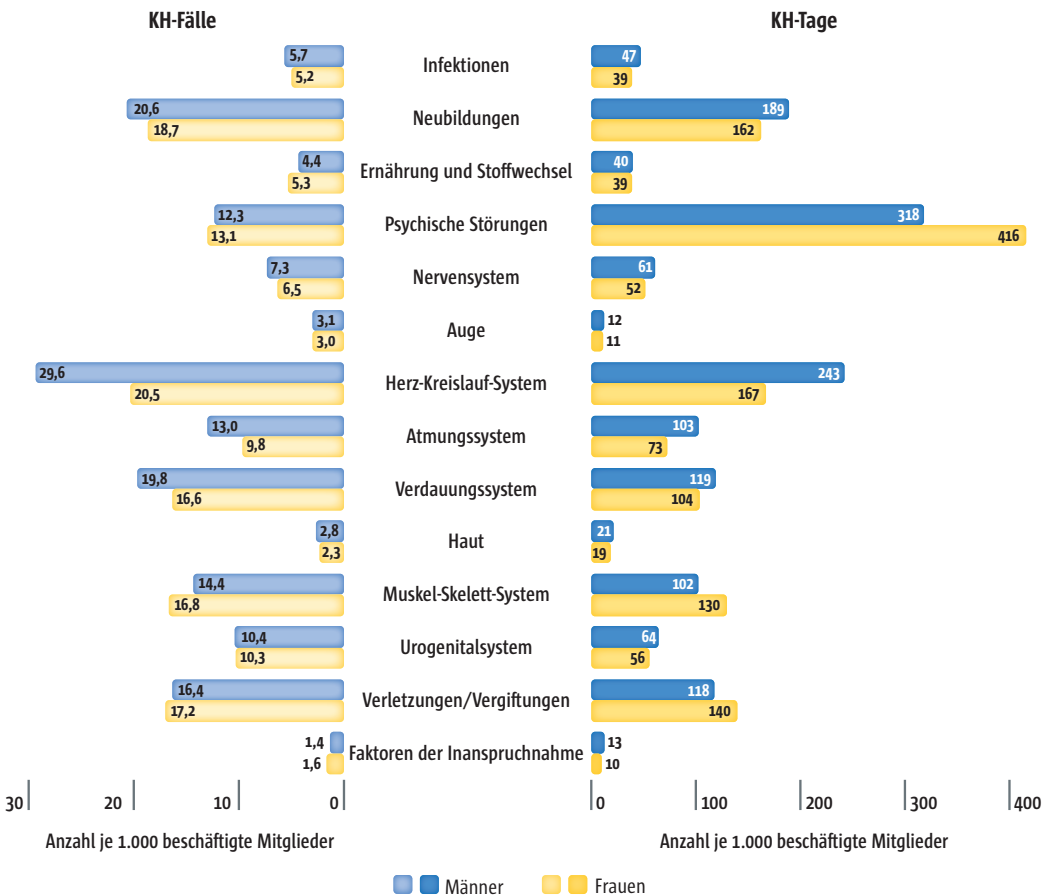
Tabelle 3.3.1 Stationäre Versorgung – KH-Quoten der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Anzahl der KH-Fälle	unter 35 Jahre		35 bis 64 Jahre		65 Jahre und älter		Gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	Anteile in Prozent							
kein KH-Fall	94,3	93,3	90,3	90,6	74,6	77,8	89,2	89,1
1 KH-Fall	4,7	5,4	7,1	7,2	15,3	14,4	7,6	7,9
2 KH-Fälle	0,7	0,9	1,6	1,4	5,7	4,7	1,9	1,9
3 und mehr KH-Fälle	0,3	0,4	0,9	0,7	4,4	3,1	1,3	1,1

Hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl der Krankenhaustage besteht jedoch kaum ein Unterschied (Männer: 1.537 KH-Tage je 1.000 Versicherte; Frauen: 1.524 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Gegenüber dem Vorjahr sind damit die Kennwerte bei beiden Geschlechtern in etwa gleich stark zurückgegangen. In der Betrachtung der Geschlechtsunterschiede je nach Erkrankungsart (»» Diagramm 3.3.2) sticht besonders die sehr große Differenz bei den Behandlungstagen aufgrund von psychischen Störungen heraus: Die Frauen weisen fast ein Drittel mehr Behandlungstage auf als die Männer (416 KH-Tage vs. 318 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Frauen werden außerdem noch häufiger aufgrund von Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Verletzungen und Vergiftungen stationär behandelt. Während bei den letz-

ten beiden genannten Diagnosegruppen auch die Menge der Krankenhaustage bei den Frauen im Vergleich zu den Männern höher ist, ist bei den Stoffwechselkrankheiten hingegen eine geringfügig höhere Zahl an Behandlungstagen bei den Männern gegenüber den Frauen zu finden, woraus für die Männer eine höhere durchschnittliche Falldauer resultiert (9,1 vs. 7,4 Tage je Fall). Bei den psychischen Erkrankungen sind es hingegen die Frauen, die im Schnitt länger in Behandlung sind (31,9 vs. 25,8 Tage je Fall). Anders hingegen bei den Krankheiten des Atmungssystems: Bei diesen weisen die Männer mehr Behandlungsfälle und -tage auf als die Frauen. Diese Differenz besteht schon seit Jahren, sie hat sich allerdings in der Pandemiezeit noch deutlich vergrößert. Im aktuellen Berichtsjahr 2022 hingegen sind die Kennwerte bei den Frauen deutlich stärker

Diagramm 3.3.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



3.3 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

gestiegen als bei den Männern. So nahmen die Fälle der stationären Behandlung von Atmungssystemerkrankungen bei den Frauen um +13% zu, bei den Männern hingegen nur um +4%. Der größte Geschlechtsunterschied ist wiederum bei den Kennzahlen für die Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzufinden: Männer weisen hier im Durchschnitt 29,6 KH-Fälle je 1.000 Versicherte, Frauen hingegen „nur“ 20,5 KH-Fälle je 1.000 Versicherte auf.

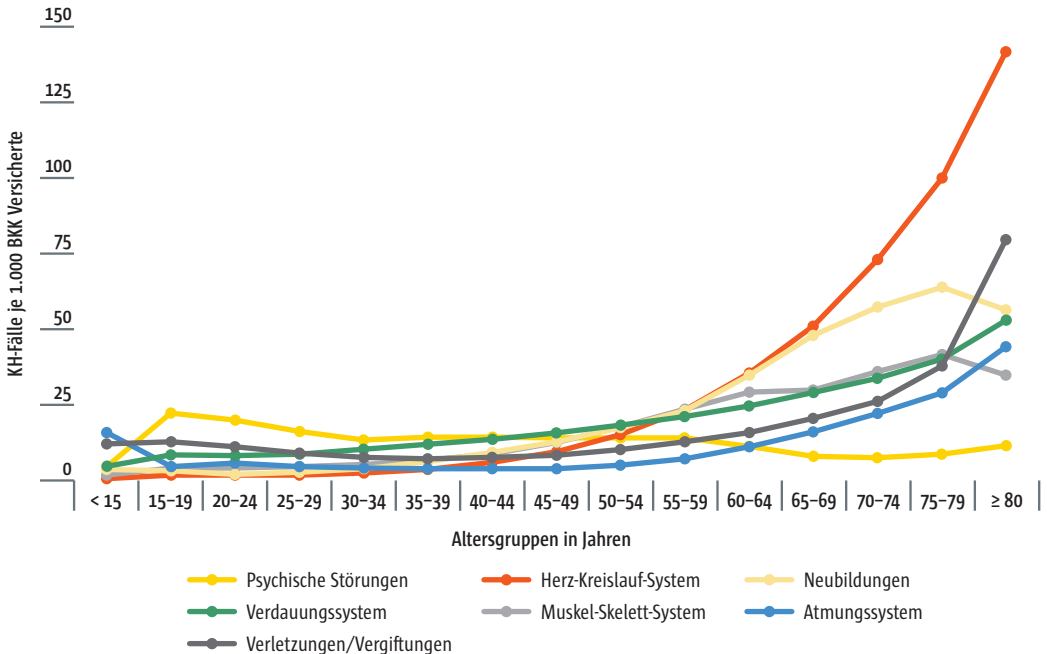
»» Diagramm 3.3.3 und »» Diagramm 3.3.4 zeigen für ausgewählte Krankheitsarten die jeweiligen Krankenhausfälle bzw. -tage. Dabei ist zu erkennen, dass stationäre Behandlungen von Kindern und Jugendlichen in der Altersgruppe **unter 15 Jahren** insgesamt selten sind, am häufigsten sind dabei in diesem Jahr die Krankheiten des Atmungssystems Grund für eine Krankenhausbehandlung (16,0 KH-Fälle je 1.000 Versicherte). Gegenüber dem Vorjahr haben die Fallzahlen in dieser Altersgruppe mit +41% enorm zugenommen. Hier tritt zutage, dass in Jahr 2022 mehrere virulente Erregerstämme parallel im Umlauf waren, von diesen waren vor allem junge Menschen betroffen, wie auch das Robert Koch-Ins-

titut berichtete⁵. Andere Behandlungen, wie etwa die aufgrund psychischer Störungen, sind relativ selten: So waren im Jahr 2022 durchschnittlich nur 4,8 KH-Fälle je 1.000 Versicherte und 167 Behandlungstage je 1.000 Versicherte in dieser Altersgruppe zu verzeichnen.

In der Altersgruppe von 15 bis 19 Jahren verändert sich das Verhältnis der Kennwerte von männlichen und weiblichen Versicherten: Weibliche Jugendliche dieses Alters sind deutlich häufiger in stationärer Behandlung als männliche – was auch damit zusammenhängt, dass in dieser Altersgruppe die stationären Behandlungen aufgrund von psychischen Störungen zunehmen: Jeder vierte Krankenhausfall bei den 15- bis 19-Jährigen ist aufgrund einer diagnostizierten psychischen Erkrankung erfolgt, sogar rund zwei Drittel der Krankenhaustage gehen auf diese Diagnosehauptgruppe zurück. Dabei ist der geschlechtsbezogene Unterschied der Falldauer bei psychischen Störungen in keiner anderen Alters-

5 RKI (Hrsg.) Grippeweb: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Sentinel/Grippeweb/grippeweb_node.html [abgerufen am 25.07.2023].

Diagramm 3.3.3 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)



gruppe so groß wie in dieser (Frauen: 33,3 KH-Tage je Fall vs. Männer: 23,9 KH-Tage je Fall). In die entgegengesetzte Richtung besteht zumindest bei einer Erkrankung ein wesentlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern: Aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen sind männliche Jugendliche mit 15,4 Fällen je 1.000 Versicherte häufiger betroffen als weibliche (10,2 KH-Fälle je 1.000 Versicherte).

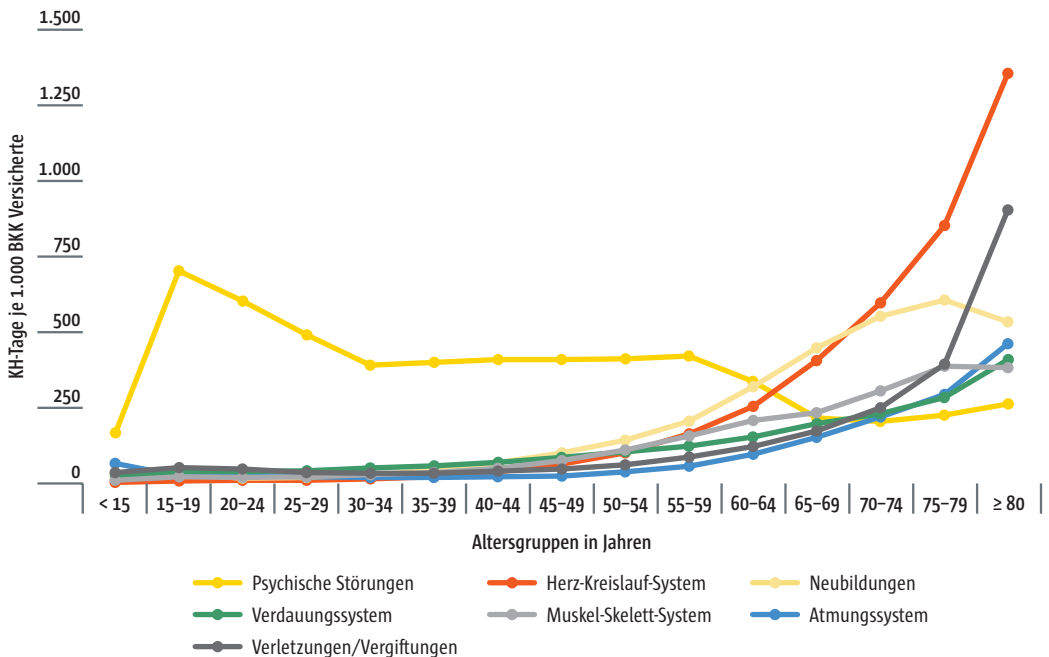
In den jüngeren Erwachsenengruppen bis etwa 39 Jahre werden Frauen durchweg deutlich häufiger als Männer stationär behandelt. Die Unterschiede erklären sich wie schon erwähnt wesentlich aus Schwangerschaft und Geburt (so führen in der Regel zwischen 25 und 39 Jahren Schwangerschaft und Entbindung bei Frauen am häufigsten zu einem Krankenhausaufenthalt), aber auch frauenspezifische Urogenitalerkrankungen und Neubildungen tragen dazu bei. Das Morbiditätsspektrum der Männer zwischen 20 und 39 Jahren ist hingegen anders geprägt: Diese sind am häufigsten aufgrund psychischer Krankheiten in stationärer Behandlung, darunter vielfach wegen Alkoholabhängigkeit. Da psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) eine relativ kurze Falldauer aufweisen (» Tabelle 3.2.3), ist die durchschnittliche Behandlungs-

dauer psychischer Störungen bei den Männern in diesem Altersbereich etwa eine Woche kürzer als die der Frauen.

In den Altersgruppen bis zum 60. Lebensjahr dominieren wiederum die psychischen Störungen mit dem größten Anteil an den stationären Behandlungstagen. Erst danach gehen die Kennwerte aufgrund psychischer Erkrankungen deutlich zurück, während insbesondere die Neubildungen sowie die Herz-Kreislauf-Erkrankungen zunehmen. Die stationären Behandlungen aufgrund von Neubildungen nehmen ab dem 40. Lebensjahr vor allem bei den Frauen zu, so sind im aktuellen Berichtsjahr bei den 40- bis 54-Jährigen Neubildungen häufigster Aufnahmegrund bei den weiblichen Versicherten. Bei den Männern dieser Altersgruppe sind es hingegen die Krankheiten des Verdauungssystems (insbesondere Leistenbruch; K40), welche für diese eine besondere Rolle spielen. Zwischen 45 und 54 Jahren sind diese häufigster Grund für eine Krankenhausbehandlung bei Männern.

Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sind wiederum **ab 65 Jahren** sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die häufigste stationäre Diag-

Diagramm 3.3.4 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)



3.3 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

nose – wobei dennoch Frauen im Vergleich zu den Männern auch in den höheren Altersgruppen durchweg deutlich geringere Fallhäufigkeiten und entsprechend weniger Behandlungstage aufweisen. Bei den über 80-Jährigen geht schließlich etwa jeder vierte Behandlungsfall und -tag auf eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zurück. Zweithäufigster Behandlungsgrund in dieser Altersgruppe sind die Verletzungen und Vergiftungen, wobei Frauen häufiger aus diesem Grund in stationärer Behandlung sind als Männer (91,6 vs. 64,9 KH-Fälle je 1.000 Versicherte). Ein wesentlicher Grund hierfür dürfte die in dieser Altersgruppe stark zunehmende Zahl von Sturzfällen sein, insbesondere im Zusammenhang mit altersbedingten Schädigungen im Muskel-Skelettsystem (u.a. Osteoporose). Gegenüber dem Vorjahr zeigt sich außerdem eine besondere Steigerung bei den Krankheiten des Atmungssystems, die bei den über 80-Jährigen zu deutlich mehr stationären Behandlungsfällen und -tagen geführt haben.

Vergleicht man die stationäre Versorgung psychischer Störungen mit dem Geschehen in anderen Leistungsbereichen, zeigen sich einige Unterschiede: Die hohen stationären Fallzahlen spiegeln sich bei den 15- bis 19-Jährigen nicht in gleicher Weise in Kennwerten aus der ambulanten Versorgung oder bei Arzneimittelverordnungen wider, in diesen Leistungssektoren sind die höchsten Kennwerte vielmehr in der zweiten Lebenshälfte zu verzeichnen. So sind ambulante Behandlungen genauso wie Psychopharmaka-Verordnungen gerade bei Versicherten im Rentenalter ungebrochen häufig. Hierbei ist aber ähnlich wie bei den stationären Behandlungen zumindest teilweise ein Kennwertrückgang für Versicherte im Bereich des Renteneintrittsalters zu erkennen.

3.3.2 Stationäre Versorgung nach Versichertenstatus

- Rentner sind um ein Mehrfaches öfter und länger in stationärer Behandlung als Beschäftigte oder Familienangehörige. Häufigster Grund für einen stationären Aufenthalt bei diesen sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Jeder fünfte Behandlungstag der Rentner ist darauf zurückzuführen.
- Auch Arbeitslose weisen überdurchschnittlich viele Behandlungsfälle und -tage auf. Diese sind hingegen am häufigsten aufgrund von psychischen Störungen im Krankenhaus: Mehr als die Hälfte aller Behandlungstage geht in dieser Versichertengruppe auf diese Krankheitsart zurück.

- Gegenüber dem Vorjahr ist außerdem bei den ALG-I-Empfängern die Anzahl der Behandlungstage aufgrund von Verletzungen/Vergiftungen mit +9% am stärksten gestiegen.

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 3.3.2): Im aktuellen Berichtsjahr 2022 sind 97,0 KH-Fälle und 824 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 auf als die männlichen, diese Differenz ist bei den damit verbundenen Behandlungstagen sogar noch deutlich größer. Für die beschäftigten Mitglieder – die weitaus größte Versicherten-Gruppe in diesem Vergleich – sind ähnlich viele Behandlungstage wie bei den Familienangehörigen zu verzeichnen, auch bei diesen weisen die Frauen mehr stationäre Fälle und Tage auf als die Männer. Bei allen weiteren Versichertengruppen sind die Kennwerte wiederum deutlich höher: Die Gruppe der Rentner weist mit Abstand die meisten Krankenhausfälle und -tage auf. So war jeder Rentner im Durchschnitt 2022 rund 4 Tage in stationärer Behandlung und auch die Inanspruchnahmequote ist mit Abstand am höchsten: Mehr als jede fünfte berentete Frau (21,8%) und sogar fast jeder vierte berentete Mann (24,8%) ist innerhalb eines Jahres mindestens einmal im Krankenhaus gewesen. Aber auch für Arbeitslose (sowohl bei ALG-I- als auch ALG-II-Empfängern) sind hohe Kennzahlen zu verzeichnen, in der Regel sind es mehr als doppelt so viele Fälle und mehr als dreimal so viele Behandlungstage wie bei den Familienangehörigen und beschäftigten Mitgliedern. Außerdem fällt in diesem Zusammenhang bei den ALG-I-Empfängern die geringe Krankenhausquote auf: Trotz der relativ hohen durchschnittlichen Zahl an Behandlungsfällen und -tagen ist der Anteil derer, die eine stationäre Behandlung in Anspruch genommen haben, im Vergleich der Versichertengruppen die zweitniedrigste.

Im Zeitreihenvergleich über die letzten 9 Jahre (» Diagramm 3.3.5) fallen besonders die ALG-I-Emp-

fänger auf. Hier gab es auch schon vor der Zeit mit der Coronavirus-Pandemie größere Schwankungen als bei den anderen Versichertengruppen, etwa der deutliche Anstieg von 2015 zu 2016 (zur Berücksichtigung ist dabei allerdings, dass es sich bei den ALG-I-Empfängern um eine relativ kleine Gruppe handelt, in der bereits wenige Fälle einen deutlichen Einfluss auf die KH-Kennzahlen ausüben können). Im ersten Pandemiejahr 2020 war für die ALG-I-Empfänger wiederum der stärkste Rückgang zu verzeichnen – für diese fiel etwa jeder vierte Behandlungsfall und -tag weg. Auch bei den anderen Versichertengruppen gingen die Kennwerte deutlich zurück. Im aktuellen Berichtsjahr verharren in allen Versichertengruppen die Kennwerte weiterhin auf niedrigem Niveau.

Differenziert man für die genannten Versichertengruppen wiederum nach Erkrankungsarten, so zeigen sich deutliche Unterschiede im Krankheitsgeschehen (»»» Diagramm 3.3.6). So fallen bei den

Rentnern für fast jede der hier aufgeführten Diagnosehauptgruppen – mit Ausnahme der psychischen Störungen – mehr Behandlungstage als bei den anderen Versichertengruppen an. Wie schon die Darstellungen für die Erkrankungsarten in Abhängigkeit vom Alter vermuten lassen, sind es die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, welche die meisten stationären Behandlungstage bei den Rentnern verursachen: Relativ betrachtet machen diese rund 20% aller Behandlungstage aus. In diesem Vergleich sticht aber noch stärker 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 mehr als jeder zweite Behandlungstag auf Erkrankungen aus diesem Diagnosespektrum zurück. Es ist allerdings auch zu konstatieren, dass die Zahl der Behandlungstage bei allen Erkrankungsarten fast durchweg weiterhin unter dem Vorpandemie-Niveau bleibt. Die Anzahl der Krankenhaustage ist

Tabelle 3.3.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Versichertengruppen	Geschlecht	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall	KH-Quote
		je 1.000 BKK Versicherte			in Prozent
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Männer	100,2	756	7,5	6,9
	Frauen	104,7	841	8,0	7,4
	Gesamt	102,3	795	7,8	7,1
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	244,1	2.687	11,0	6,9
	Frauen	228,1	2.759	12,1	6,7
	Gesamt	236,8	2.720	11,5	6,8
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	256,3	3.132	12,2	10,9
	Frauen	214,3	2.355	11,0	10,1
	Gesamt	234,8	2.734	11,6	10,5
Familienangehörige	Männer	92,1	713	7,7	6,3
	Frauen	100,5	907	9,0	6,6
	Gesamt	97,0	824	8,5	6,5
Rentner	Männer	460,5	4.323	9,4	24,8
	Frauen	374,4	3.622	9,7	21,8
	Gesamt	415,0	3.952	9,5	23,2
BKK Versicherte insgesamt	Männer	174,8	1.537	8,8	10,8
	Frauen	165,8	1.524	9,2	10,9
	Gesamt	170,3	1.531	9,0	10,8

3.3 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 3.3.5 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen für ausgewählte Versichertengruppen im Zeitverlauf (2014–2022)

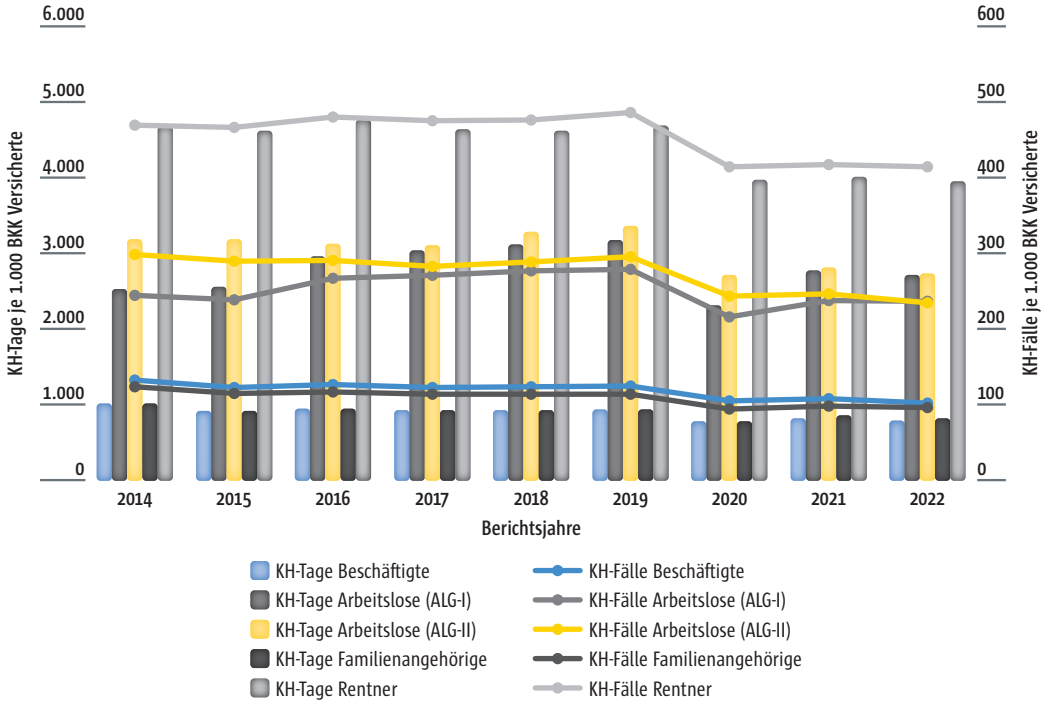
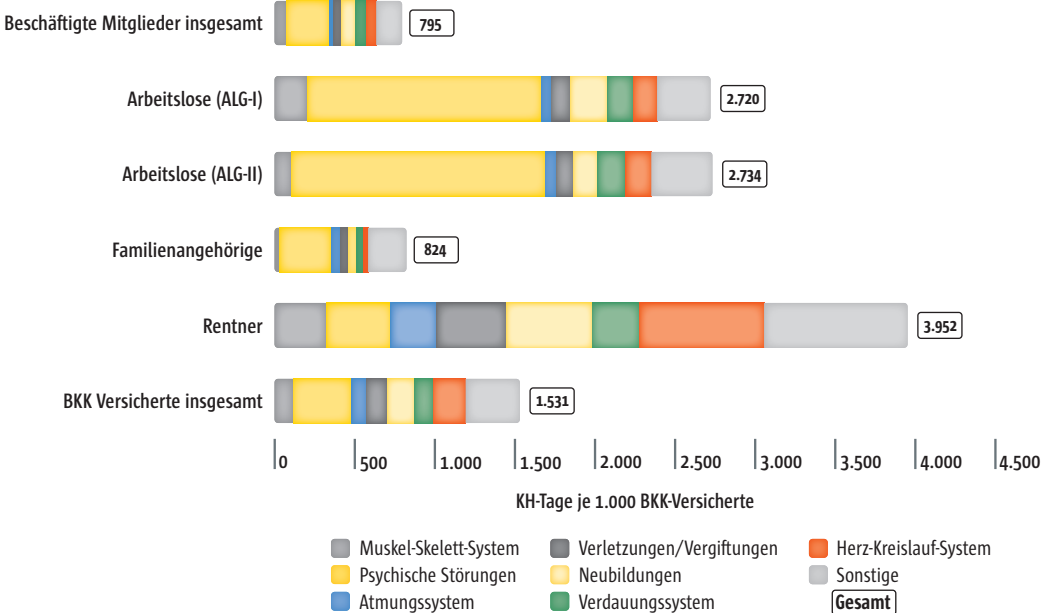


Diagramm 3.3.6 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)

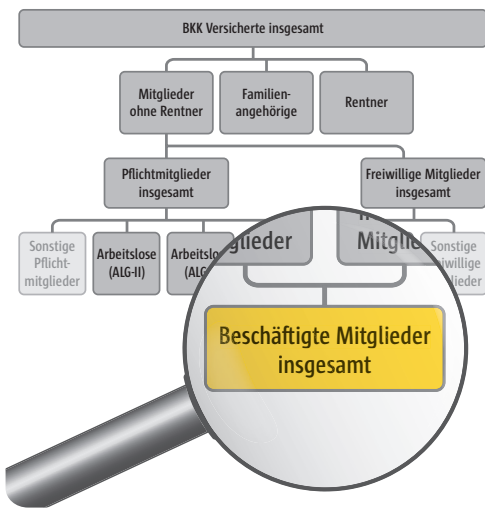


nur bei den wegen psychischer Störungen behandelten Familienangehörigen sowie der Arbeitslosen in ALG-I-Bezug mit Verletzungen/Vergiftungen mittlerweile wieder in etwa so hoch wie in 2019. Bei Letzteren ist dies auch mit einer deutlichen Zunahme gegenüber dem Vorjahr von +9% verbunden. Der größte Rückgang im Vergleich zum Vorjahr in dieser Darstellung ist hingegen bei den beschäftigten Mitgliedern zu finden: Ein Viertel weniger Behandlungstage aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems sind für diese zu verzeichnen. Diese Erkrankungsart war hingegen bei den Familienangehörigen im Jahr 2022 für mehr Behandlungstage die Ursache (+8%), auf Krankheiten des Verdauungssystems entfielen im aktuellen Berichtsjahr hingegen weniger Behandlungstage (-13%) als im Vorjahr.

Fokus Beschäftigte Mitglieder

- Beschäftigte weisen durchweg rund ein Drittel weniger Behandlungstage auf als die Versicherten insgesamt.
- Gegenüber dem Vorjahr sind die Kennwerte für die Beschäftigten besonders bei den Krankheiten des Atmungssystems zurückgegangen. Allerdings ist gerade bei der jüngsten Altersgruppe (unter 20-jährige) für diese Diagnosehauptgruppe gegenläufig eine deutliche Kennwertsteigerung zu beobachten.
- Ein weiteres Mal sind bei den Beschäftigten besonders die Kennzahlen aufgrund von psychischen Störungen bei den 20- bis 30-jährigen im Vergleich zum Vorjahr gestiegen.

Da die Gruppe der beschäftigten Mitglieder fast die Hälfte aller Versicherten ausmacht und in diesem Kapitel bei den nachfolgenden arbeitsweltlichen Analysen im Fokus steht, sollen an dieser Stelle weitere Details zu den Beschäftigten dargestellt werden. Für diese Versichertengruppe wurde schon zuvor festgestellt, dass deren KH-Kennzahlen relativ zu den anderen Gruppen sehr niedrig sind. Auch bei der Differenzierung nach Alter fallen die Kennwerte bei den Beschäftigten (» Diagramm 3.3.7 und » Diagramm 3.3.8) im Vergleich zu allen Versicherten (» Diagramm 3.3.3 und » Diagramm 3.3.4) niedriger aus. So ist etwa die durchschnittliche Anzahl an stationären Behandlungstagen durchweg um rund ein Viertel niedriger, wobei in der Altersgruppe ab 65 Jahren zudem noch eine deutliche Reduktion der Kennwerte – anders als bei den Versicherten insgesamt – zu beobachten ist: Erreichen sowohl die Fallzahlen als auch die daraus resultierenden Behandlungstage Höchststände in der vorherigen Altersgruppe der 60- bis 64-jährigen, so gehen bei den Älteren die Kennwerte um rund ein Drittel zurück. Dies ist auf den sogenannten *healthy worker effect* zurückzuführen, wie er auch in den meisten anderen Leistungsbereichen zu beobachten ist. Demnach sind Erwerbstätige, die kurz vor dem Renteneintrittsalter stehen (bzw. eigentlich schon im Rentenalter 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. Dieser Effekt ist mehr oder weniger stark bei allen dargestellten Erkrankungsarten zu beobachten. Während aber beispielsweise bei Atmungssystem-Erkrankungen oder Verletzungen und Vergiftungen die Behandlungstage nur in relativ geringem Maße zurückgehen, fällt diese Reduktion hingegen insbesondere bei den Behandlungstagen aufgrund von psychischen Störungen besonders stark aus und setzt sogar früher als bei den anderen Diagnosehauptgruppen ein. Bei den psychischen Störungen ist außerdem im Vergleich zum Vorjahr eine besondere Steigerung der Kennzahlen bei den Beschäftigten zwischen 20 und unter 30 Jahren zu verzeichnen. Dies war auch schon in 2021 der Fall, im aktuellen Berichtsjahr fällt die Steigerung hingegen nicht ganz so stark aus: In diesen Altersgruppen waren +12% Fälle und +13 bis +20% mehr Behandlungstage zu verzeichnen. Außerdem sind gegenüber dem Vorjahr die Kennzahlen bei den Atmungssystem-Erkrankungen der Beschäftigten jünger als



3.3 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 3.3.7 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)

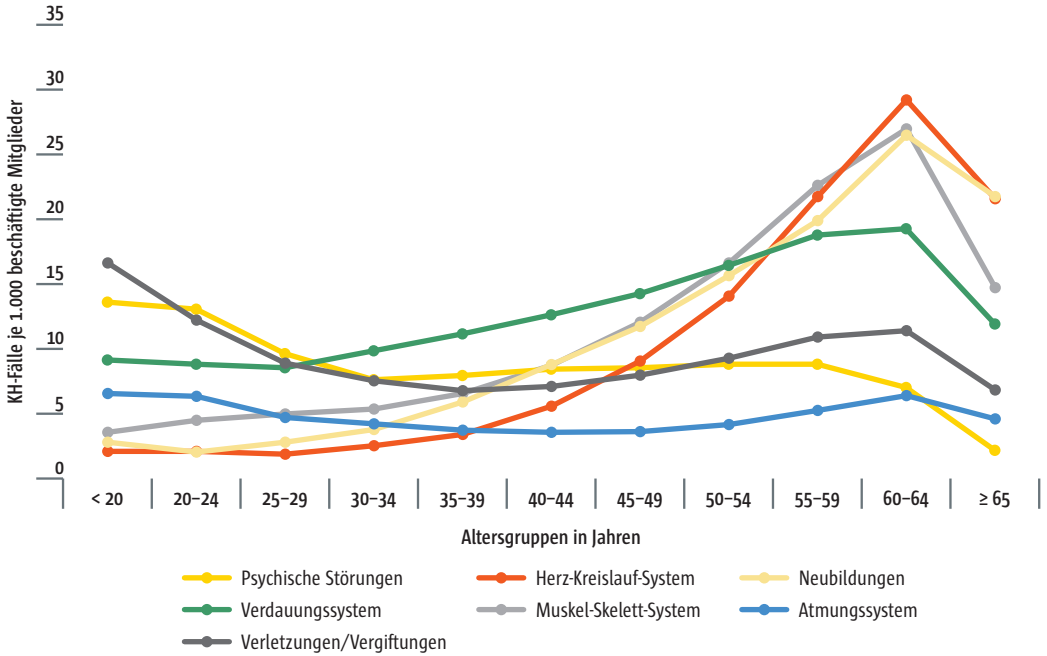
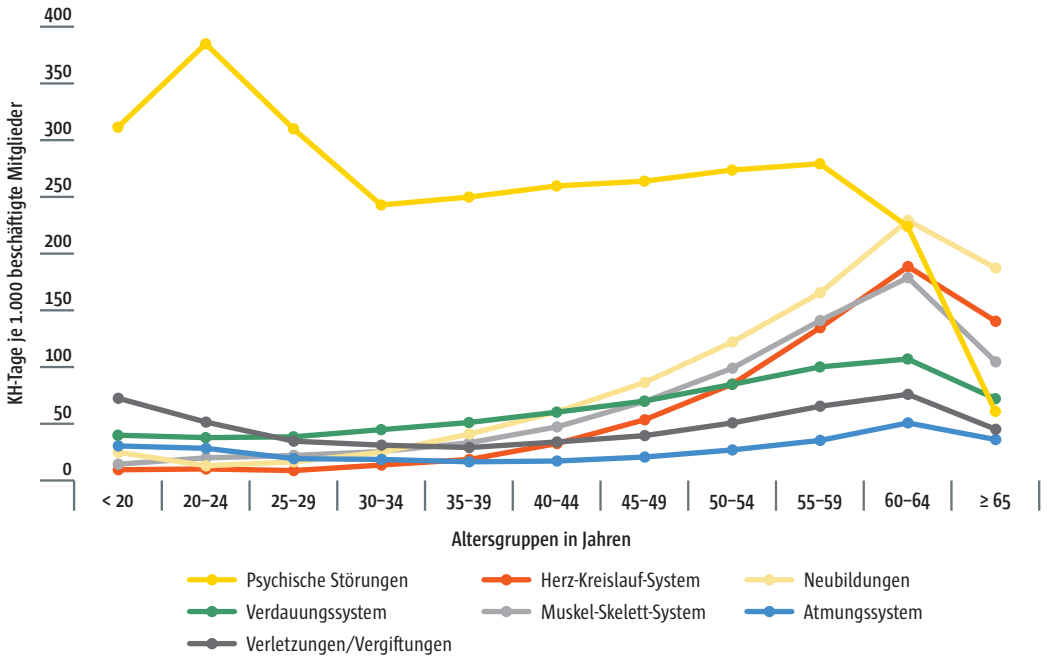


Diagramm 3.3.8 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)



20 Jahre gestiegen: +30% mehr Behandlungsfälle sowie +37% Behandlungstage sind für diese zu verzeichnen. Das fällt insbesondere deshalb ins Auge, da die Kennwerte für die Atmungssystem-Erkrankungen bei den Beschäftigten insgesamt deutlich zurückgegangen sind. Dies zeigt sich insbesondere bei den Altersgruppen zwischen 45- und 59 Jahren, bei denen ein Rückgang von mehr als -20% bei den Fällen und mehr als ein Drittel bei den Behandlungstagen zu beobachten ist.

Wie man schon anhand der Anteilsdarstellung im III Diagramm 3.3.6 ablesen konnte, bestimmen auch bei den Beschäftigten in etwa die gleichen Erkrankungsarten wie bei den Versicherten insgesamt deren stationäre Inanspruchnahme. Allerdings machen – wie aufgrund der Altersverteilung zu erwarten ist – die psychischen Störungen einen etwas größeren Anteil (34,1%) der stationären Behandlungstage aus, als sie es bei den Versicherten insgesamt tun, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind hingegen bei den Beschäftigten in deutlich geringerem Maße (7,9%) für stationäre Behandlungstage ursächlich.

Beim Blick auf die Einzeldiagnosen für die Beschäftigten (III Tabelle 3.3.3) zeigt sich wiederum in einigen Bereichen eine deutliche Verschiebung im Krankheitsgeschehen im Vergleich zu den Versicherten insgesamt (III Tabelle 3.2.2). Zwar sind auch bei den Beschäftigten die beiden Depressionsdiagnosen (F32, F33) diejenigen mit den meisten Behandlungstagen, danach folgen aber noch weitere psychische

Störungen, nämlich die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10), die somatoformen Störungen (F45), sowie die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43). Bei allen psychischen Störungen ist insbesondere die Anzahl der stationären Behandlungstage gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Dies gilt auch im besonderem Maße für die insgesamt sechste Diagnose aus dem Spektrum der psychischen Störungen: Für andere Angststörungen (F41) sind gegenüber dem Vorjahr +12,5% mehr Behandlungstage dokumentiert, aufgrund der wesentlich gleichgebliebenen durchschnittlichen Fallzahl bedeutet dies eine enorme Steigerung der Falldauer um mehr als 4 Tage. Die größte Reduktion der Kennwerte bei den in der Tabelle aufgeführten Einzeldiagnosen weist wiederum die Behandlung von Brustkrebs (C50) auf (-4% KH-Fälle, -6% KH-Tage). Im aktuellen Berichtsjahr nicht mehr enthalten ist die Viruspneumonie (J12). Hatte diese pandemiebedingt (insbesondere schwere Verläufe von COVID19-Infektionen gingen oft mit dieser Diagnose einher) in den beiden Vorjahren extreme Steigerungsraten aufgewiesen, so sind nun die beiden Kennwerte ebenso dramatisch (> -75%) wieder gesunken. Damit sind die Fallzahlen nur noch leicht über dem Vor-Pandemie-Niveau, allerdings ist die Behandlungsdauer demgegenüber weiterhin deutlich höher (2022: 14,8 Tage je Fall; 2019: 8,1 Tage je Fall).

Tabelle 3.3.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2022)

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,4	107,3	43,9
F32	Depressive Episode	1,5	59,6	39,6
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,7	18,2	10,9
F45	Somatoforme Störungen	0,6	13,4	20,9
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,5	11,7	24,3
K80	Cholelithiasis	2,0	10,0	5,0
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	1,1	9,3	8,2
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	1,2	9,2	7,6
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1,5	8,6	5,8
F41	Andere Angststörungen	0,2	8,4	34,6

3.3.3 Stationäre Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen

Für die weitere Analyse stationärer Versorgungsdaten hinsichtlich der Unterschiede nach höchstem erreichten Schul- und Ausbildungsabschluss wird ebenfalls die Gruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt betrachtet, da nur bei dieser Versicherten-Gruppe diese Zuordnung entsprechend der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) vorliegt.

Höchster Schul- und Berufsabschluss

- Je höher der Schulabschluss der Beschäftigten, desto seltener sind diese in stationärer medizinischer Behandlung: Beschäftigte mit (Fach-)Abitur weisen rund ein Drittel weniger Behandlungsfälle und -tage auf als diejenigen mit Haupt-/Volksschulabschluss.
- Auch bei den Berufsausbildungsabschlüssen sind die Kennwerte mit höherem Niveau geringer. So sind diese bei Hochschulabsolventen um mehr als ein Drittel geringer als bei denjenigen mit einem einfacheren Ausbildungsabschluss.

Ähnlich wie in den anderen Leistungssektoren zeigt sich auch in der stationären Versorgung, dass bei denjenigen mit einem bekannten Schulabschluss mit höherem schulischen Bildungsgrad eine Abnahme der Kennzahlen einhergeht (»»» Tabelle 3.3.4). Im Vergleich zwischen den verschiedenen Schulabschlüssen – genauso wie der nachfolgenden dargestellte höchste Ausbildungsabschluss ist dies ein mittelbarer Indikator für den sozialen Status der Beschäftigten – ist dabei die Gruppe mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss diejenige, die insgesamt im Schnitt am häufigsten stationär behandelt wurde (125,0 KH-Fälle je 1.000 Beschäftigte) und entsprechend die meisten Behandlungstage aufweist (926 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Für diese sind die Kennzahlen gegenüber dem Vorjahr im Vergleich zu den anderen Abschlussgruppen sogar am stärksten mit rund -10% bei den Fällen und Tagen gesunken, dennoch bleiben Sie weiter an der Spitze dieses Vergleichs. Für die Beschäftigten mit (Fach-)Abitur sind hingegen die

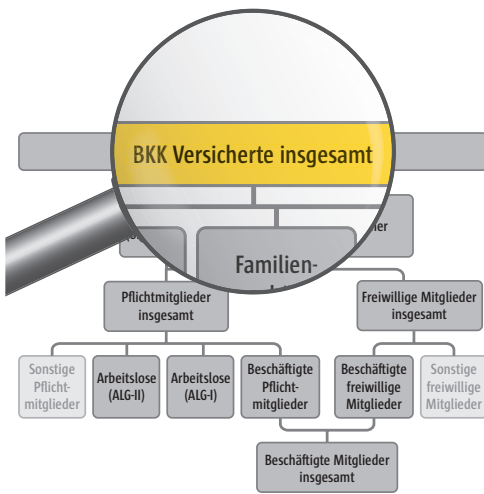
niedrigsten Kennwerte festzustellen, immerhin über ein Viertel weniger Behandlungsfälle und -tage als der Durchschnitt aller Beschäftigten und sogar rund ein Drittel weniger als Beschäftigte mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss. Bei denjenigen mit (Fach-)Abitur besteht zudem die größte relative Differenz zwischen den Geschlechtern: Für Frauen mit (Fach-)Abitur sind rund +19% mehr Krankenhausfälle und +30% mehr Behandlungstage dokumentiert als für Männer mit gleichem Schulabschluss.

Auch in den Kennzahlen differenziert nach höchstem beruflichen Ausbildungsabschluss ist ein Muster erkennbar, hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass zwei Versichertengruppen relativ zu allen anderen sehr jung sind: Die Beschäftigten ohne einen beruflichen Ausbildungsabschluss sowie diejenigen mit einem Bachelor-Abschluss sind mit einem Durchschnittsalter von knapp über 34 Jahren mehr als 8 Jahre jünger als der Durchschnitt aller Beschäftigten. Die höchsten Werte in diesem Vergleich sind mit 108,9 KH-Fällen bzw. 835 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte bei denjenigen mit einem Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung zu finden. Nur wenig geringer sind allerdings die Kennzahlen bei den Beschäftigten ohne einen beruflichen Ausbildungsabschluss. Zu letztgenannter Gruppe zählen viele Auszubildende, es sind aber auch ältere Personen darunter, die aus anderen Gründen keinen Abschluss erlangt haben oder dieser nicht anerkannt wurde. Die ebenfalls wie erwähnt sehr jungen Bachelor-Absolventen hingegen weisen deutlich unterdurchschnittliche Behandlungsfälle und -tage auf: Dabei sind die Kennwerte im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt bei den Frauen um rund ein Viertel geringer, bei den Männern sind sie sogar nur rund halb so groß. Bei den weiteren Ausbildungsabschlüssen ist wiederum eine ähnliche Tendenz wie bei den Schulabschlüssen zu erkennen: Mit höherem Abschlussniveau gehen niedrigere Kennwerte einher. So sind diese bei Hochschulabsolventen (Diplom/Magister/Master/Staatsexamen) um mehr als ein Drittel geringer als bei denjenigen mit einer anerkannten Berufsausbildung. Promovierte weisen gegenüber erstgenannten Hochschulabsolventen sogar noch geringere Werte auf.

Tabelle 3.3.4 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	Durchschnittsalter in Jahren	KH-Fälle			KH-Tage		
			Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
			je 1.000 beschäftigte Mitglieder					
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	43,2	110,4	115,1	111,8	750	756	752
	Haupt-/Volksschulabschluss	46,3	123,0	129,0	125,0	902	975	926
	Mittlere Reife oder gleichwertig	42,5	100,0	108,7	104,4	754	864	809
	Abitur/Fachabitur	39,8	72,1	85,8	79,0	537	696	616
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	34,1	94,9	112,2	102,3	719	925	807
	Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	44,6	108,9	108,8	108,9	814	857	835
	Meister/Techniker oder gleichwertig	46,4	97,8	92,4	96,3	694	729	703
	Bachelor	34,5	53,5	78,3	65,8	397	603	498
	Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	44,0	73,9	80,3	76,8	541	651	590
	Promotion	44,7	62,7	78,6	69,4	428	563	485
Gesamt		42,9	100,2	104,7	102,3	756	841	795

3.4 Stationäre Versorgung in Regionen



Die Gesundheit der Versicherten wird auch durch regionale Faktoren beeinflusst, so spielen neben den Lebensbedingungen an den Wohnorten der Versicherten, den dortigen Arbeitsbedingungen genauso wie die allgemeine Wirtschaftskraft in der Region, die Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote sowie die soziokulturellen Bedingungen vor Ort eine Rolle. Darüber hinaus haben auch die regionalen Strukturen der medizinischen Versorgung, wie z.B. die Arzt-, Krankenhaus- und Apothekendichte einen Einfluss. Nachfolgend werden deshalb die Kennwerte der stationären Versorgung auf Ebene der Bundesländer sowie der Kreise zugeordnet nach dem Wohnort der Versicherten dargestellt und analysiert (für die Verteilung der BKK Versicherten nach Bundesländern sei auf die Soziodemografischen Merkmale der BKK Versicherten verwiesen).


- Wie schon in den Vorjahren weist von allen Bundesländern Baden-Württemberg die pro Kopf wenigsten Krankenhausfälle und -tage auf. Wiederum ebenfalls wie im Vorjahr ist Sachsen-Anhalt mit den meisten KH-Tagen Spitzenreiter, bei den Fällen ist hingegen im aktuellen Berichtsjahr Thüringen knapp führend.
- 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 geht mehr als jeder vierte stationäre Behandlungstag auf Neubildungen zurück – so viele, wie in keinem anderen Bundesland. Dies ist wesentlich auf besondere Versorgungsstrukturen in Bremen zurückzuführen, eine tatsächliche regionale Häufung von Krebserkrankungen liegt nicht vor.

Die Häufigkeit und die Dauer von Krankenhausaufenthalten sowie die dafür als ursächlich diagnostizierten Erkrankungen unterscheiden sich zwischen den Bundesländern zum Teil deutlich. Ein Bundesländervergleich für die Gesamtwerte ist in **»»»** Tabelle 3.4.1 dargestellt. Demnach weist Baden-Württemberg wie schon im Vorjahr die wenigsten (129,5 KH-Fälle bzw. 1.174 KH Tage je 1.000 BKK Versicherte), Thüringen hingegen die meisten Krankenhausfälle (222,0 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte) und Sachsen-Anhalt die meisten Krankenhaustage pro Versicherten (2.058 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte) aller Bundesländer auf. Zwar ist dabei zu bedenken, dass Sachsen-Anhalt dasjenige Bundesland mit den ältesten BKK Versicherten ist (mehr als 4 Jahre älter als der Bundesdurchschnitt; siehe **»»»** Tabelle 0.1.3), während die Versicherten in Baden-Württemberg zu

Tabelle 3.4.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2022)

Bundesländer	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
	je 1.000 BKK Versicherte		
Baden-Württemberg	129,5	1.174	9,1
Bayern	156,7	1.383	8,8
Berlin	155,6	1.477	9,5
Brandenburg	183,3	1.691	9,2
Bremen	175,8	2.022	11,5
Hamburg	144,8	1.481	10,2
Hessen	167,6	1.494	8,9
Mecklenburg-Vorpommern	197,7	1.852	9,4
Niedersachsen	171,6	1.537	9,0
Nordrhein-Westfalen	200,8	1.769	8,8
Rheinland-Pfalz	185,4	1.624	8,8
Saarland	193,3	1.628	8,4
Sachsen	195,2	1.853	9,5
Sachsen-Anhalt	221,6	2.058	9,3
Schleswig-Holstein	169,5	1.589	9,4
Thüringen	222,0	1.939	8,7
Gesamt	170,3	1.531	9,0

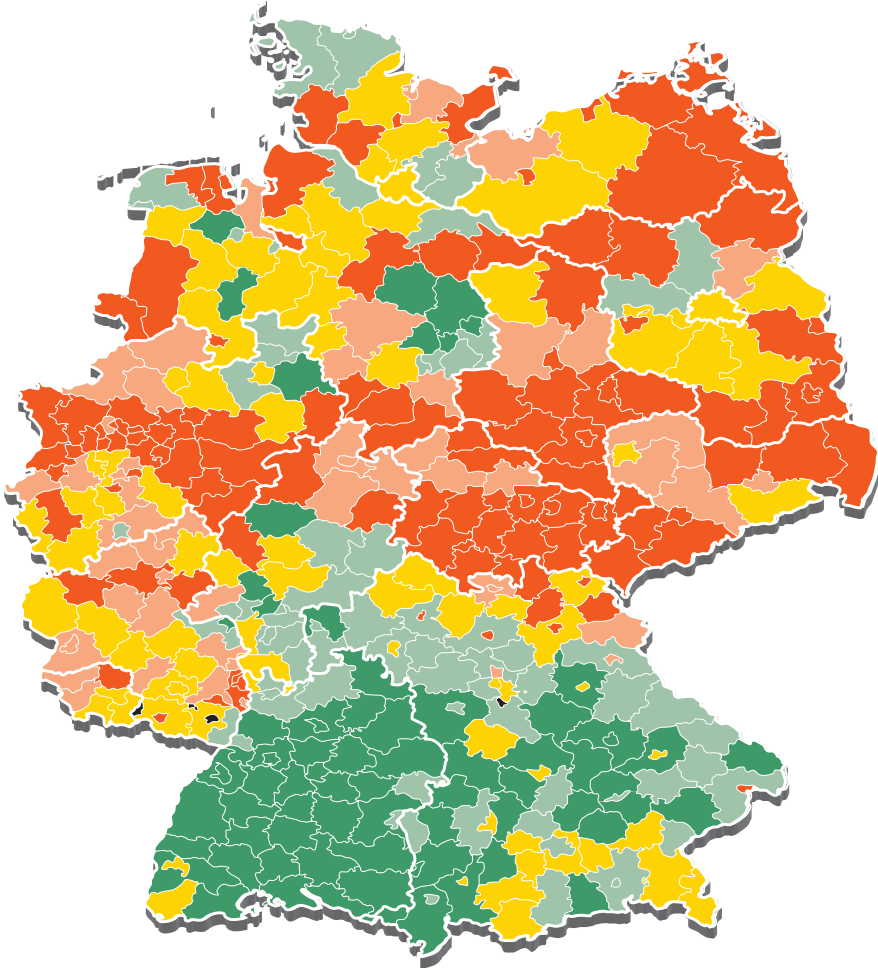
den Jüngsten zählen. Aber auch bei statistischer Bereinigung der Kennzahlen um den Einfluss von Alter und Geschlecht (hier nicht dargestellt) sind es diese beiden Bundesländer, die den höchsten bzw. niedrigsten Wert im Vergleich aufweisen. An zweiter Stelle nach Anzahl der stationären Behandlungstage folgt der Stadtstaat Bremen (2.022 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte), wobei hier auch die mit Abstand höchste durchschnittliche Verweildauer von 11,5 Tagen je Fall ins Auge fällt. Dies ist allerdings auf eine Besonderheit bei der Krebsbehandlung in Bremen zurückzuführen (hierauf wird später noch genauer eingegangen).

Das  Diagramm 3.4.1 stellt die durchschnittliche Anzahl an Krankenhaustagen auf Kreisebene dar. Wie die darin farblich dargestellten Abweichungen vom Bundesdurchschnitt verdeutlichen, sind auch innerhalb der Bundesländer teils deutliche Unterschiede vorhanden. Wie schon im Vorjahr so sind auch im aktuellen Berichtsjahr 2022 die Versicherten im sächsischen Landkreis Görlitz im Schnitt

die meisten Tage pro Kopf im Krankenhaus gewesen (durchschnittlich 2,6 KH-Tage je Versicherten), gefolgt vom nordrhein-westfälischen Herne sowie dem sachsen-anhaltinischen Kreis Stendal (jeweils durchschnittlich 2,5 KH-Tage je Versicherten). Im sächsischen Leipzig etwa liegt aber der Kennwert mit nur 1,5 KH-Tage je Versicherten deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Ebenfalls mehr als einen Tag Differenz zwischen höchster und niedrigster Behandlungstageanzahl finden sich auf Kreisebene auch in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. Wie die Landkarte aber zudem eindrücklich vermittelt, weisen die weitaus meisten süddeutschen Kreise eine durchschnittliche Anzahl an stationären Behandlungstagen auf, die sehr deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegt. Die wenigsten Krankenhaustage sind dabei in den baden-württembergischen Landkreisen Tübingen und Böblingen (0,9 KH-Tage je Versicherten) zu verzeichnen, gefolgt vom bayrischen Kreis Unterallgäu (1,0 KH-Tage je Versicherten).

3.4 Stationäre Versorgung in Regionen

Diagramm 3.4.1 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2022)



Prozentuale Abweichungen der KH-Tage der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (1.531 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte)

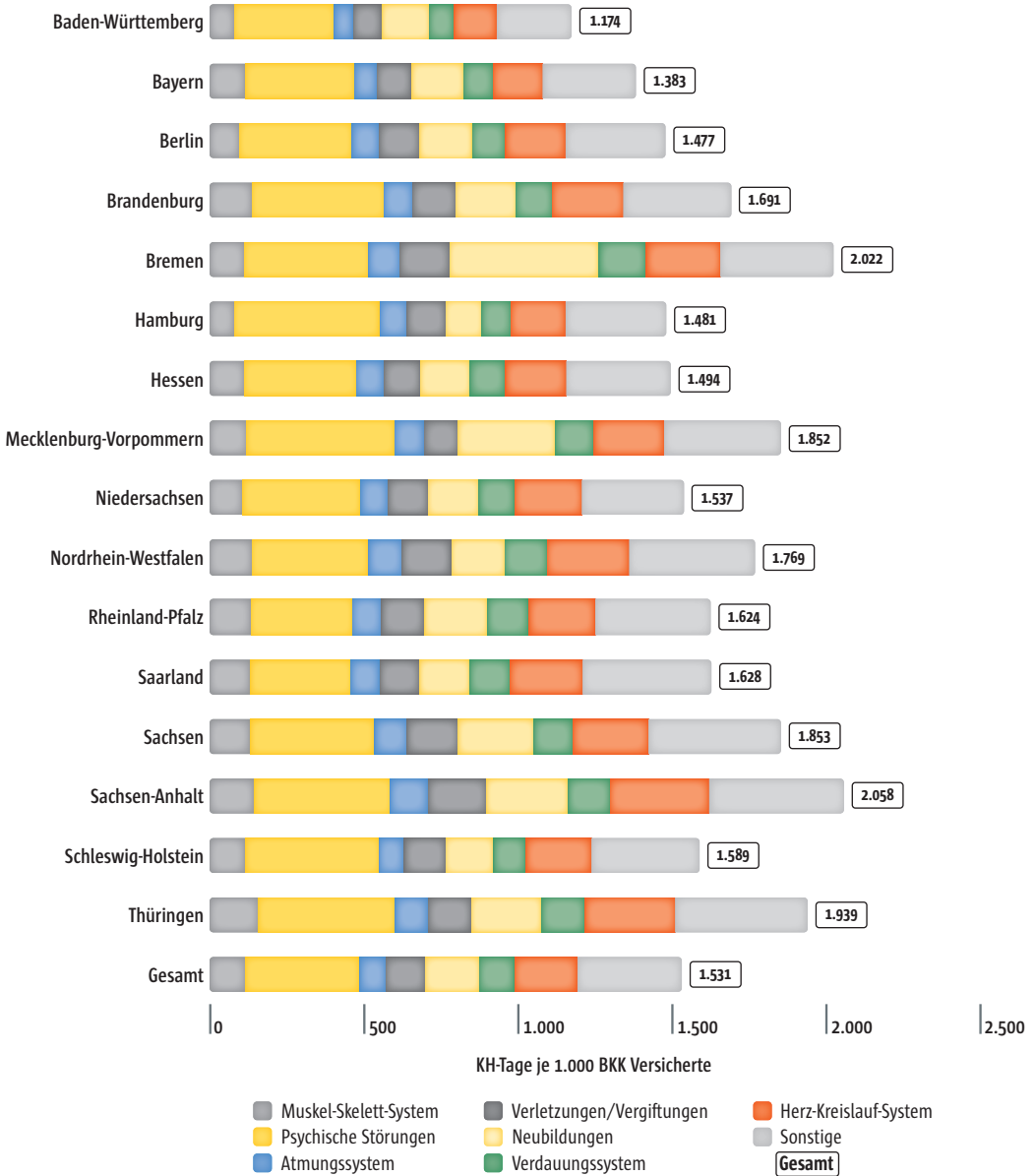
- | | |
|--|--|
| ■ mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt | ■ 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| ■ 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt | ■ mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| ■ ± 5% um den Bundesdurchschnitt | ■ keine Angaben* |

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

Auch die Verteilung der Krankenhausdiagnosen stellt sich in den einzelnen Bundesländern zum Teil sehr unterschiedlich dar, wie das **»»** Diagramm 3.4.2 zeigt. Wie schon zuvor erwähnt wurde, fällt besonders Bremen auf, wo Neubildungen – wie bereits seit vielen Jahren – das stationäre Versorgungsgeschehen

stark prägen: Der Anteil an allen Krankenhaustagen aufgrund derartiger Erkrankungen ist mit 23,9% mehr als doppelt so hoch wie der Anteil auf Bundesebene (11,5%). Es sei aber an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass – in diesem Berichtsjahr wie auch schon in den vergangenen Jahren – in der ambulanten

Diagramm 3.4.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)



ten Versorgung (»» Kapitel 2.4) für Bremen keine besonders hohen Diagnoseraten weder allgemein noch speziell bei Neubildungen zu verzeichnen sind. Es liegt in Bremen also keine besondere Häufung von Neubildungserkrankungen vor, vielmehr geht die Besonderheit in der hier aufgeführten Statistik auf

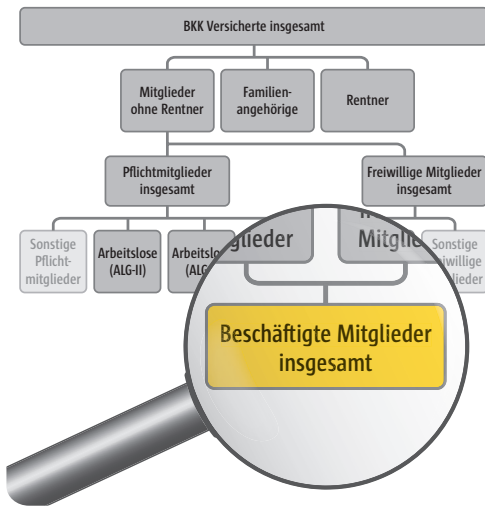
regionale Besonderheiten in der Versorgung zurück, insbesondere auf die stärker eingebundene teilstationäre Versorgung von Krebspatienten (entsprechend sind auch in Bremen deutlich mehr Langzeitbehandlungsfälle zu verzeichnen). Ebenfalls ein immer wiederkehrendes Phänomen ist es, dass bei den

3.4 Stationäre Versorgung in Regionen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen das Bundesland Sachsen-Anhalt mit Abstand Spitzenreiter ist (320 KH-Tagen je 1.000 Versicherte). Anders als bei den Neubildungen gibt es hierzu allerdings auch eine Entsprechung im ambulanten Sektor, wo auch dort hohe Anteile Versicherter mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verzeichnen sind. Sachsen-Anhalt weist außerdem in diesem Jahr die meisten stationären

Behandlungstage aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen sowie Krankheiten des Atmungssystems auf. Hinsichtlich der stationären Versorgung psychischer Erkrankungen ist wiederum Mecklenburg-Vorpommern hervorzuheben: Dieses Bundesland weist gegenüber den anderen Bundesländern mit 482 KH-Tagen je 1.000 Versicherte den höchsten Wert auf.

3.5 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt



Die nachfolgenden arbeitsweltlichen Analysen beziehen sich auf die Versichertengruppe der beschäftigten Mitglieder (allgemeine Kennzahlen hierzu sind bereits in **III** Kapitel 3.3.2 beschrieben). Dabei werden zahlreiche arbeitsweltliche Indikatoren – die Zugehörigkeit zu einer Wirtschaftsgruppe bzw. Berufsgruppe, das Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, das Vorhandensein einer Führungs- bzw. Aufsichtsfunktion, die Vertragsform sowie die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit – in die Auswertung einbezogen. Eine nähere Beschreibung der zu analysierenden Gruppen ist im Kapitel **III** Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten zu finden.

3.5.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Die meisten stationären Behandlungstage insgesamt weisen Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen auf, gefolgt von den Branchen Erziehung und Unterricht sowie Öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung. Diese sind auch bei den

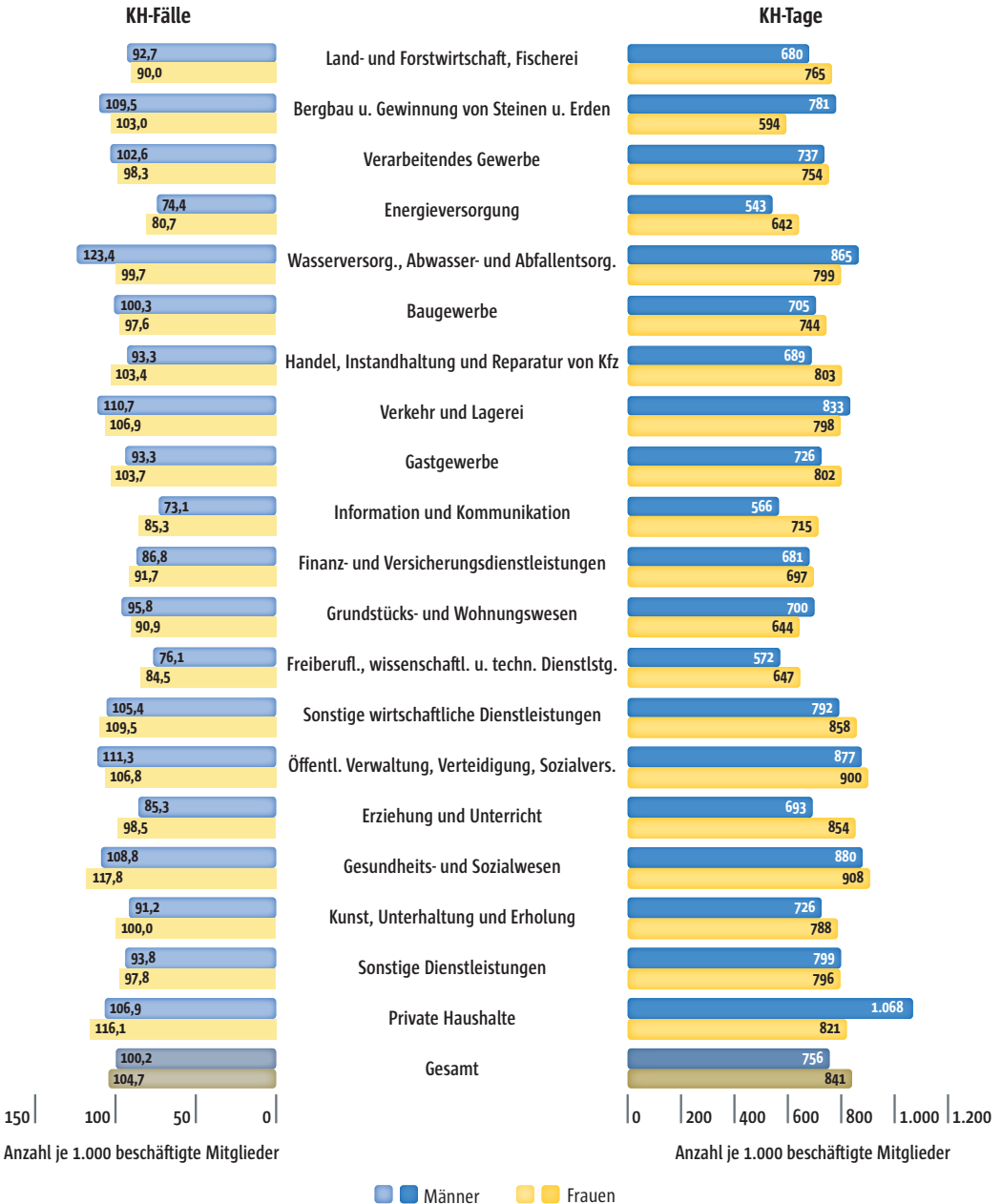
Behandlungstagen aufgrund von psychischen Störungen führend.

- Gegenüber dem Vorjahr weisen Beschäftigte in der Land- und Forstwirtschaft/Fischerei deutlich mehr Behandlungstage auf. Dies ist dennoch weiterhin weniger als der Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten.
- Im Schnitt die wenigsten Behandlungstage weisen die Beschäftigten in der Energieversorgung auf, nachdem dieser Kennwert gegenüber dem Vorjahr um –20% zurückgegangen ist. Die geringste durchschnittliche Fallzahl ist wiederum im Bereich Information und Kommunikation zu finden.

Branchenspezifische Auswertungen fördern teils deutliche Unterschiede zutage, welche zum einen auf Besonderheiten der Beschäftigten in den jeweiligen Branchen und zum anderen auch auf besondere Arbeitsbelastungen zurückzuführen sind. So waren im aktuellen Berichtsjahr 2022 insgesamt betrachtet die Beschäftigten in der Energieversorgung nur 569 Tage je 1.000 Beschäftigte in Behandlung. Gegenüber dem Vorjahr sind hier die Kennzahlen um mehr als –20% zurückgegangen. Dies ist die geringste durchschnittliche Tagesanzahl, knapp vor den Beschäftigten, die freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen ausführen sowie den Beschäftigten in der Branche Information und Kommunikation (letztere weisen mit 77,5 KH-Fällen je 1.000 Beschäftigte gleichzeitig die geringste durchschnittliche Anzahl an Behandlungsfällen auf). Unterdurchschnittliche, aber nicht mehr die geringsten, Kennzahlen im Vergleich weisen die Beschäftigten in Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei auf, die gegenüber dem Vorjahr eine deutliche Steigerung von +15% bei der Anzahl der Behandlungstage aufweisen. Hingegen mit insgesamt 903 Tagen je 1.000 Beschäftigte die meisten Behandlungstage in stationärer Behandlung waren diejenigen, die im Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigt sind, knapp vor den Beschäftigten in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung.

3.5 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 3.5.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

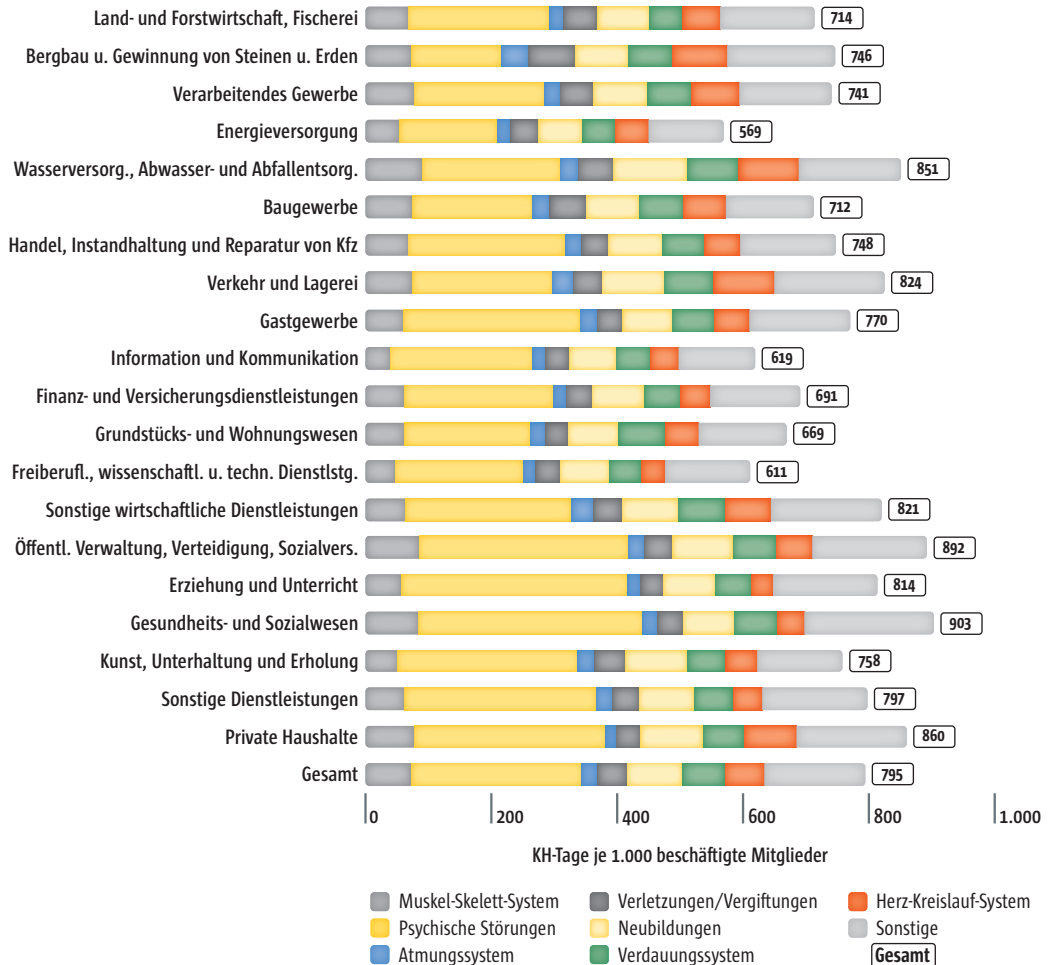


Beim Vergleich der Kennwerte nach Geschlecht der Beschäftigten innerhalb der Wirtschaftsabschnitte (»» Diagramm 3.5.1), fallen besonders die Beschäftigten in den Wirtschaftsgruppen Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden sowie private Haushalte auf: Die Männer in dieser Wirtschaftsgruppe stechen mit einer besonders hohen durchschnittlichen Anzahl an Behandlungstagen hervor, für diese sind gegenüber den Frauen in dieser Branche über ein Viertel mehr KH-Tage zu verzeichnen. Die männlichen Beschäftigten in privaten Haushalten weisen dabei mit durchschnittlichen 10 Tagen je Fall eine besonders lange Verweildauer auf, diese ist

fast 3 Tage länger als bei ihren Kolleginnen. Ähnlich groß, allerdings in die andere Richtung, ist die geschlechtsspezifische Differenz in der Wirtschaftsgruppe Information und Kommunikation sowie Erziehung und Unterricht (+26% bzw. +23% KH-Tage bei den Frauen gegenüber den Männern in der Branche).

Welche Diagnosen in den unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen relevante Anteile an der Gesamtmenge an stationären Aufenthaltstagen pro Beschäftigten ausmachen, ist im »» Diagramm 3.5.2 ablesbar. Aus den Anteilen der darin dargestellten einzelnen Erkrankungsarten lässt sich ableiten, dass auch hier das Alter und das Geschlecht Einfluss auf

Diagramm 3.5.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)



3.5 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt

die jeweiligen Kennwerte der Wirtschaftsgruppen nehmen. So sind die höchsten Kennwerte von Neubildungen sowie Krankheiten des Verdauungssystems, genauso wie der Muskel-Skelett-Erkrankungen bei den Beschäftigten in der Wasserversorgung bzw. Abwasser- und Abfallentsorgung zu finden. Die Beschäftigten in dieser Wirtschaftsgruppe sind vorwiegend männlich und älter als der Durchschnitt. Entsprechendes gilt auch für die Beschäftigten in Bereich Verkehr und Lagerei, welche die meisten stationären Behandlungstage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufweisen. Außerdem ist auch

in diesem Jahr wieder die – ebenfalls männerdominierte – Branche Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden Spitzenreiter bei den Verletzungen bzw. Vergiftungen. Hierbei spielt sicher auch die stark körperlich geprägte Arbeit in diesem Bereich eine Rolle. Ein anderes Bild zeigt sich bei den Beschäftigten im Bereich Erziehung und Unterricht – einer Wirtschaftsgruppe mit hohem Frauenanteil: Für diese sind die meisten Krankenhaustage aufgrund von psychischen Störungen zu verzeichnen, während andere Erkrankungsarten für diese nur mit unterdurchschnittlich vielen Behandlungstagen

Tabelle 3.5.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2022)

WZ-2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
87	Heime	130,9	1.087	8,3
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	134,0	1.059	7,9
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	134,3	957	7,1
88	Sozialwesen	116,8	946	8,1
12	Tabakverarbeitung	111,2	913	8,2
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen	125,0	912	7,3
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	114,9	899	7,8
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	123,9	895	7,2
90	Kreative, künstlerische und unterhaltende Tätigkeiten	89,8	893	9,9
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	108,3	892	8,2
	Gesamt	102,3	795	7,8
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung	97,2	627	6,5
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben, Unternehmensberatung	83,8	625	7,5
62	Dienstleistungen der Informationstechnologie	77,0	605	7,9
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	74,3	600	8,1
2	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	86,9	596	6,9
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	61,9	596	9,6
35	Energieversorgung	76,1	569	7,5
73	Werbung und Marktforschung	71,5	554	7,7
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	75,8	547	7,2
60	Rundfunkveranstalter	76,6	487	6,4

einhergehen. Auch die Branchen Gesundheits- und Sozialwesen sowie Öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung – in denen ebenfalls mehr Frauen als Männer tätig sind – weisen eine ähnlich hohe Anzahl an Behandlungstagen aufgrund von psychischen Störungen auf.

In Anbetracht der geringeren Fallhäufigkeit und damit einhergehender Zahl an Behandlungstagen wird im Folgenden, anders als in den vorhergehenden Kapiteln, die detailliertere Betrachtung der Wirtschaftsabteilungen nicht diagnosespezifisch, sondern auf Ebene der Gesamtkennwerte durchgeführt. Wie **»»** Tabelle 3.5.1 zeigt, sind die Beschäftigten in Heimen diejenigen, welche knapp die meisten stationären Behandlungstage aufweisen (1.087 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte), gefolgt von den Beschäftigten in Wach- und Sicherheitsdiensten sowie Detekteien, sowie denjenigen in der Metallherzeugung und -bearbeitung, die wiederum die meisten Behandlungsfälle in diesem Vergleich aufweisen (134,3 KH-Fälle je 1.000 Beschäftigte). Die wenigsten Krankenhausfälle sind hingegen mit 61,9 KH-Fällen je 1.000 Beschäftigte bei den in Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen Tätigen dokumentiert. Diese weisen allerdings mit durchschnittlich 9,6 Tagen je Fall eine überdurchschnittliche Falldauer auf, d. h. dass Beschäftigte in dieser Wirtschaftsabteilung seltener im Krankenhaus sind, dann aber länger behandelt werden. Die wenigsten Behandlungstage pro Beschäftigte weisen wiederum die Rundfunkveranstalter (487 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) auf.

3.5.2 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Beschäftigte in Sicherheitsberufen waren im Jahr 2022 die meisten Tage in stationärer Behandlung. Diese sind bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie bei den Krankheiten des Verdauungssystems, des Muskel-Skelett-Systems und des Atmungssystems Spitzenreiter nach Anzahl der Behandlungstage.
- Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe (z. B. Erzieher und Lehrer) weisen wie schon in den Vorjahren die meisten Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen auf, rund 43% aller Behandlungstage innerhalb dieser Berufsgruppe gehen darauf zurück.

Auch bei der Differenzierung nach Berufssegmenten zeigt sich, dass in der Regel solche mit hohem Frauenanteil mehr Behandlungstage als solche mit hohem Männeranteil aufweisen (**»»** Diagramm 3.5.3).

Am größten ist der geschlechtsspezifische Unterschied auch in diesem Jahr wieder bei den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen sowie den Handelsberufen, hier weisen die Frauen jeweils rund ein Fünftel mehr stationäre Behandlungsfälle und -tage auf als die Männer. Bei diesen geschlechtsspezifischen Kennwertunterschieden spielt allerdings auch eine wesentliche Rolle, dass es zusätzlich innerhalb der Berufsgruppen Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des Anforderungsniveaus der ausgeübten Tätigkeit sowie des Alters gibt.

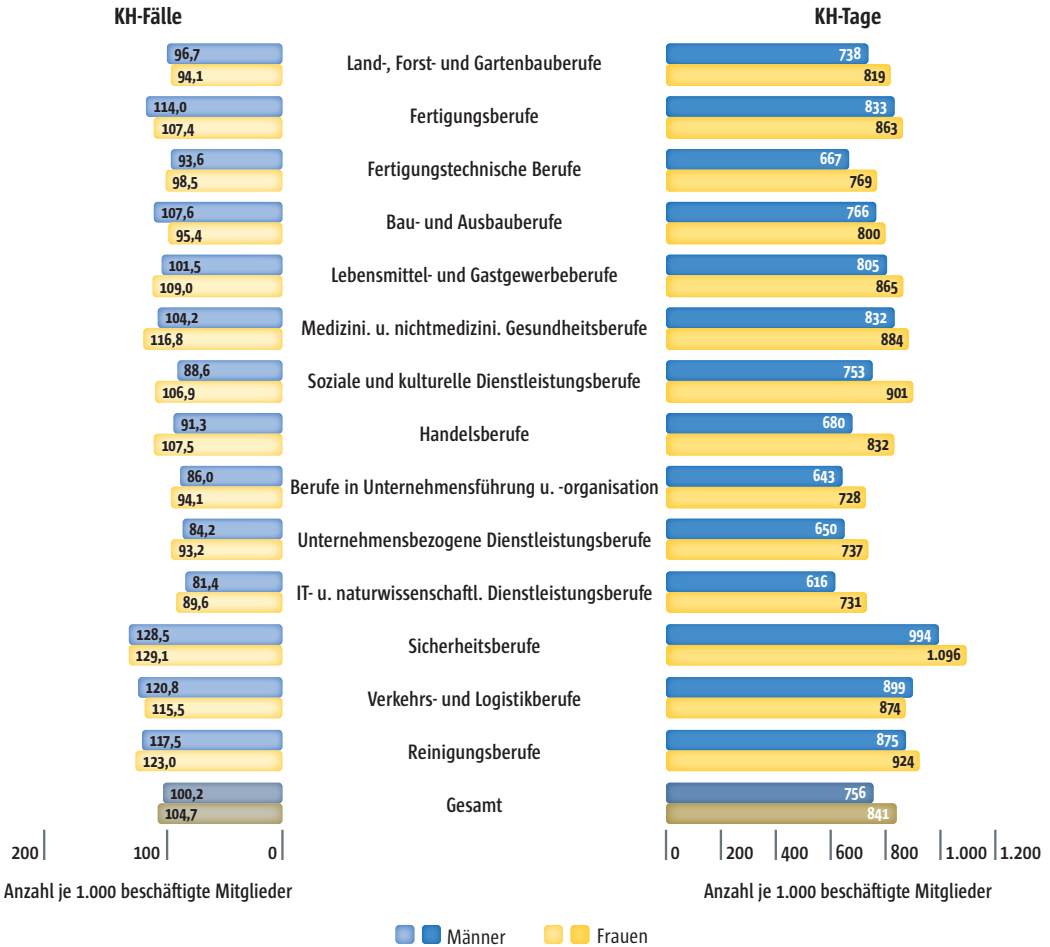
»» Beispiel soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe: Nur etwa ein Viertel aller Beschäftigten in diesen Berufen sind Männer, allerdings verrichten von diesen etwa die Hälfte hochkomplexe Tätigkeiten (vermutlich geht dies dann auch mit höherem schulischen- bzw. beruflichen Bildungsgrad (**»»** Kapitel 3.3.3) sowie einer Position in Führung oder Aufsicht einher (**»»** Kapitel 3.5.3)), während wiederum etwa die Hälfte aller in diesem Berufsfeld tätigen Frauen fachlich ausgerichtet arbeitet. Auch ist ein überproportionaler Anteil der Frauen in Helfer-/Anlerntätigkeiten beschäftigt, dabei sind diese Frauen zudem gegenüber den Männern, die auch Helfer-/Anlerntätigkeiten verrichten, um fast 8 Jahre älter.

Den „Spitzenplatz“ sowohl bei den Behandlungsfällen als auch den -tagen haben bei den Frauen wie in den Vorjahren die Sicherheitsberufe inne (129,1 KH-Fälle bzw. 1.096 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Auch bei den Männern sind in diesem Jahr die Beschäftigten der Sicherheitsberufe diejenigen, die die höchsten Kennwerte aufweisen (128,5 KH-Fälle bzw. 994 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte), vor denen in Verkehrs- und Logistikberufen sowie den Reinigungsberufen. Letztere waren im Vorjahr die Spitzenreiter, für diese sind aber danach die Kennwerte am stärksten zurückgegangen. Die wenigsten Behandlungsfälle und -tage erfolgten für Beschäftigte in den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen. Dabei sind für beide Geschlechter die jeweiligen Kennwerte sehr niedrig, besonders die Männer stechen aber mit der geringsten Anzahl an stationären Behandlungstagen noch etwas mehr heraus. Ebenfalls deutlich unter dem Gesamtdurchschnitt liegen außerdem Fallzahlen und Behandlungstage für die Beschäftigten in Unternehmensführung und -organisation sowie in unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen.

Ähnlich wie bei den Wirtschaftsgruppen lassen sich auch bei der Analyse nach Berufssegmenten an-

3.5 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt

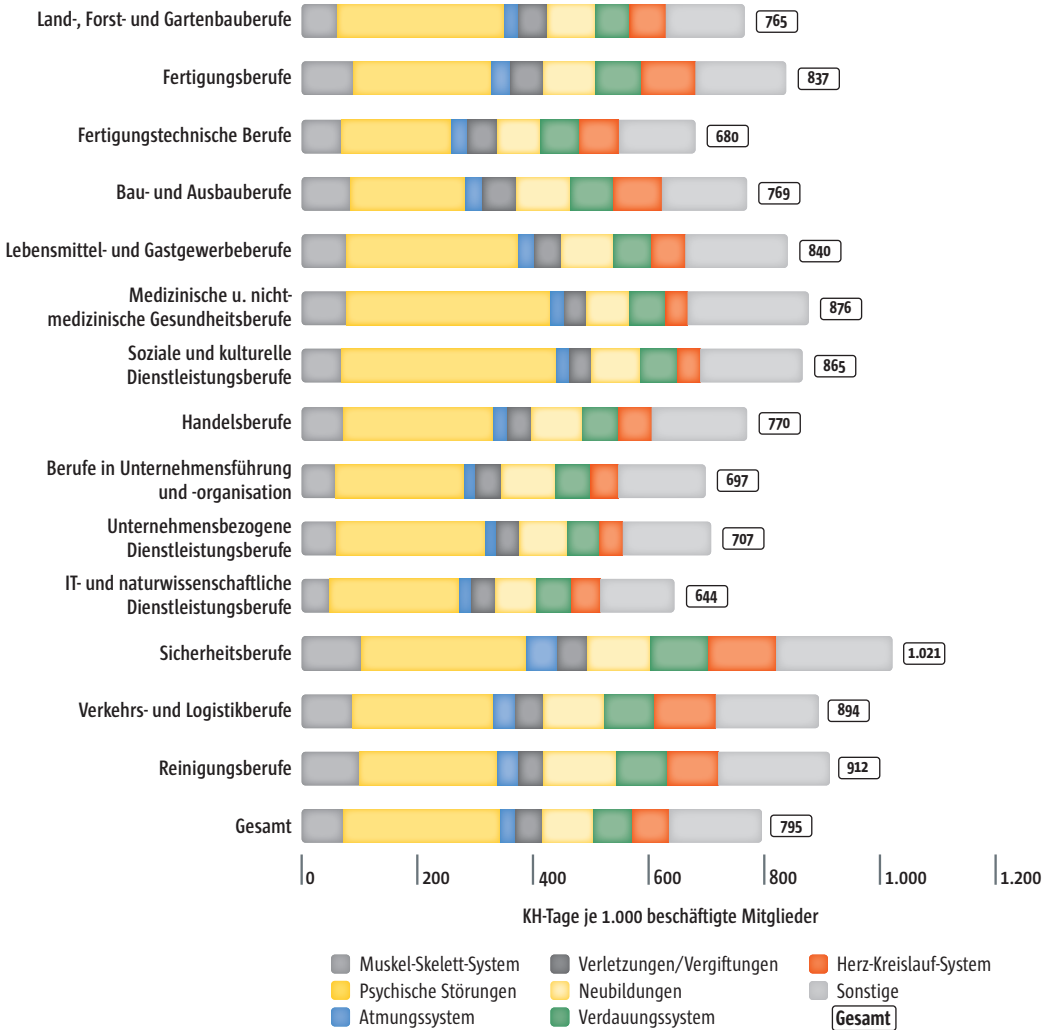
Diagramm 3.5.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



hand der Differenzierung nach Diagnosehauptgruppen Erkrankungsschwerpunkte ausmachen (III) Diagramm 3.5.4). So erkennt man bei den Sicherheitsberufen, die wie erwähnt die durchschnittlich meisten stationären Behandlungstage auf sich vereinen, deutliche Schwerpunkte im Krankheitsgeschehen. So weisen die dort Beschäftigten bei einer Reihe Erkrankungsarten die meisten Behandlungstage in diesem Vergleich auf. Diese liegen bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen am deutlichsten über dem Durchschnitt aller Beschäftigten, aber auch bei den Krankheiten des Verdauungssystems, des Muskel-Skelett-Systems sowie des Atmungssystems sind sie Spitzenreiter nach Anzahl der Behandlungstage. Ähnlich ist das Krankheitsgeschehen bei Beschäftig-

ten in Reinigungsberufen, die ebenfalls bei den genannten Erkrankungsarten überdurchschnittlich hohe Kennwerte aufweisen. Außerdem haben sie bei den Neubildungen sogar den höchsten Wert inne. Von psychischen Störungen sind hingegen andere Berufsgruppen stark betroffen, besonders stechen hierbei die sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe (z.B. Erzieher und Lehrer) hervor: Für diese fallen mit 372 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte die meisten Behandlungstage in diesem Vergleich an – das sind 43% der Behandlungstage der Beschäftigten in diesem Berufssegment (Gesamtdurchschnitt: 34%). Nur wenig geringer ist die Anzahl stationärer Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen bei den (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen

Diagramm 3.5.4 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2022)



(u.a. Pflegeberufe). Eine deutliche Steigerung gegenüber dem Vorjahr zeigt sich bei dieser Erkrankungsart außerdem noch zusätzlich bei den Sicherheitsberufen. Bei den Krankheiten des Atmungssystems sind hingegen die Kennwerte in den meisten Berufsgruppen stark zurückgegangen. Am deutlichsten ist dies der Fall bei den Fertigungsberufen: Während diese im Vorjahr die Spitzenposition innehatten (die Kennwerte waren gegenüber 2020 am stärksten angestiegen), ist im aktuellen Berichtsjahr die Anzahl an Behandlungstagen aufgrund von Atmungssystem-Krankheiten fast um die Hälfte reduziert.

Wie **»»** Tabelle 3.5.2 zeigt, weisen Altenpflegekräfte im aktuellen Berichtsjahr die meisten stationären Behandlungstage auf (1.138 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) – fast die Hälfte mehr als der Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten. Hierbei ist anzumerken, dass gerade die Altenpflege eine sehr große Berufsgruppe ist, die auch schon in den Vorjahren immer unter denjenigen Berufsgruppen zu finden war, die deutlich überdurchschnittliche Kennwerte aufgewiesen haben (eine genauere Betrachtung dieser Berufsgruppe ist im Schwerpunktthema des letztjährigen **»»** BKK Gesundheitsreport

Tabelle 3.5.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2022)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
821	Altenpflege	140,9	1.138	8,1
112	Tierwirtschaft	108,1	1.096	10,1
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	155,8	1.071	6,9
824	Bestattungswesen	105,2	1.058	10,1
525	Bau- und Transportgeräteführung	145,9	1.042	7,1
283	Leder, Pelzherstellung und -verarbeitung	111,2	1.040	9,4
531	Objekt-, Personen-, Brandschutz, Arbeitssicherheit	129,4	1.032	8,0
832	Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	131,0	1.021	7,8
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	127,7	998	7,8
515	Überwachung und Steuerung des Verkehrsbetriebs	127,1	989	7,8
	Gesamt	102,3	795	7,8
422	Umweltschutztechnik	76,5	504	6,6
261	Mechatronik und Automatisierungstechnik	72,4	499	6,9
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	63,7	485	7,6
814	Human- und Zahnmedizin	74,2	472	6,4
944	Theater-, Film- und Fernsehproduktion	62,9	471	7,5
731	Rechtsberatung, -sprechung und -ordnung	76,4	469	6,1
931	Produkt- und Industriedesign	64,7	429	6,6
411	Mathematik und Statistik	55,7	391	7,0
912	Geisteswissenschaften	61,4	334	5,4
523	Fahrzeugführung im Flugverkehr	49,3	277	5,6

2022 zu finden). In der Reihung nach Behandlungstagen folgen danach die Berufe in der Tierwirtschaft sowie der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasherstellung. Die wenigsten Behandlungstage sind hingegen dokumentiert für Beschäftigte, die Fahrzeugführung im Luftverkehr übernehmen (277 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) – das entspricht nur etwa einem Drittel des Gesamtdurchschnitts aller Beschäftigten. Diese weisen mit rund 40 Jahren auch ein Durchschnittsalter auf, das unter dem aller Beschäftigten liegt, sie sind aber damit noch nicht mal die Jüngsten im diesem Vergleich. Insgesamt zeigt sich bei denjenigen mit den niedrigsten Werten ein deutlicher Zusammenhang zum Alter, da diese durchweg jünger als der Durchschnitt sind. Dass das

Alter aber nicht alleinig die Kennwerte erklärt, zeigt sich allerdings wiederum bei den schon beschriebenen Spitzenreitern: So sind die Beschäftigten in der Altenpflege genauso wie in der Tierwirtschaft ebenfalls etwas jünger als der Gesamtdurchschnitt. Insbesondere die weiblichen Beschäftigten weisen dabei hohe Anteile mit Behandlungen aufgrund von psychischen Störungen auf.

3.5.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen

Neben der Unterscheidung nach Wirtschafts- und Berufsgruppen stehen noch weitere arbeitsweltliche

Indikatoren für eine differenzierte Betrachtung zur Verfügung. So erschließen sich über den Tätigkeitsschlüssel der jeweiligen Beschäftigten weitere Auswertungsmöglichkeiten. Daraus abgeleitet wird nachfolgend zwischen verschiedenen Stufen des Anforderungsniveaus der ausgeübten Tätigkeit, nach Wahrnehmung einer Aufsichts- bzw. Führungsfunktion, zwischen verschiedenen Vertragsformen (Voll- und Teilzeitbeschäftigte bzw. Beschäftigte mit und ohne befristetem Arbeitsvertrag) sowie nach Beschäftigung in Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) unterschieden.

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit sowie Aufsichts- und Führungsverantwortung

- Mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit nimmt die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle und-tage in stationärer Versorgung bei den Beschäftigten ab. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Kennwerte außerdem umso weniger zurückgegangen, je höher das berufliche Anforderungsniveau ist.
- Beschäftigte in Helfer-/Anlerntätigkeiten weisen rund die Hälfte mehr Behandlungsfälle und-tage gegenüber Beschäftigten mit hoch komplexen Tätigkeiten auf.

- Beschäftigte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung sind trotz höherem Altersdurchschnitt seltener und kürzer in stationärer Behandlung als Beschäftigte ohne eine solche Funktion.

Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit: Bei differenzierter Betrachtung der Kennwerte je nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit ist zu berücksichtigen, dass dieses Merkmal 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. »»» Tabelle 3.3.4). Wie die »»» Tabelle 3.5.3 erkennen lässt, nehmen mit steigendem Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit sowohl die Fallzahlen als auch die daraus resultierenden Behandlungstage kontinuierlich ab. Dies gilt sowohl insgesamt als auch geschlechtsspezifisch. Entsprechend sind die höchsten Kennwerte bei den Frauen in Helfer- und Anlerntätigkeiten dokumentiert (124,0 KH-Fälle sowie 943 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Die niedrigsten Werte sind hingegen bei den Männern in hoch komplexen Tätigkeiten zu finden (78,2 KH-Fälle sowie 559 KH-Tage je 1.000 Be-

Tabelle 3.5.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	Durchschnittsalter in Jahren	KH-Fälle			KH-Tage		
			Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
			je 1.000 beschäftigte Mitglieder					
Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit	Helfer-/Anlerntätigkeiten	44,2	115,9	124,0	120,1	878	943	912
	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	42,4	104,0	104,9	104,5	777	828	801
	Komplexe Spezialistentätigkeiten	43,3	90,5	97,3	93,3	660	771	706
	Hoch komplexe Tätigkeiten	42,9	78,2	85,1	80,9	559	672	602
Aufsichts- und Führungsverantwortung	Ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung	42,7	100,5	105,0	102,6	763	845	801
	Mit Aufsicht- und Führungsverantwortung	46,6	96,5	95,7	96,3	662	708	674
Gesamt		42,9	100,2	104,7	102,3	756	841	795

3.5 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt

schäftigte). Im Vergleich zum Vorjahr sind die Kennwerte außerdem umso weniger zurückgegangen, je höher das berufliche Anforderungsniveau ist. Dennoch weisen die Berufstätigen mit dem niedrigsten Anforderungsniveau auch im aktuellen Berichtsjahr gegenüber denen mit höchstem Anforderungsniveau rund die Hälfte mehr Behandlungsfälle und -tage auf.

Aufsichts-/Führungsverantwortung: Zwar sind in der Gegenüberstellung von berufstätigen Personen mit bzw. ohne Aufsichts- bzw. Führungsfunktion nicht so stark ausgeprägte Unterschiede der KH-Kennzahlen wie etwa beim zuvor dargestellten Anforderungsniveau der Tätigkeit 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 +7% (KH-Fälle) bzw. +19% (KH-Tage) über denen der Gruppe mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion. Anhand der unterschiedlichen Differenzen lässt sich zudem ablesen, dass die Aufsichts- bzw. Führungskräfte eine tendenziell kürzere Verweildauer aufweisen (7,0 vs. 7,8 KH-Tage je Fall). Dies ist zudem bemerkenswert, da Aufsichts-/Führungskräfte ein höheres Durchschnittsalter aufweisen als die Beschäftigten ohne eine solche Funktion. Diese Differenz zeigt sich ebenso durchweg bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung, dabei sind bei den Frauen durchschnittlich jeweils mehr Behandlungstage pro Beschäftigte zu verzeichnen. Folgerichtig sind die höchsten Kennwerte in diesem Vergleich bei den Frauen ohne

Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung vorzufinden (105,0 KH-Fälle bzw. 845 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).

Vertragsformen sowie Arbeitnehmerüberlassung

- Befristet in Vollzeit Beschäftigte – und von diesen insbesondere die Männer – sind deutlich seltener in stationärer Behandlung als Beschäftigte aller anderen Vertragsformen, was aber auch damit zusammenhängt, dass diese im Durchschnitt – insbesondere wegen der darin enthaltenen Gruppe der Auszubildenden – deutlich jünger sind.
- Die Beschäftigten mit einem unbefristeten Teilzeitvertrag weisen die höchste Anzahl an Behandlungsfällen und -tagen auf. Diese zum Großteil weiblichen Berufstätigen sind indes älter als der Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten.

Vertragsformen: Die **»»»** Tabelle 3.5.4 stellt die Kennzahlen der stationären Versorgung für unterschiedliche Vertragsformen in Voll- und Teilzeit sowie jeweils mit und ohne Befristung dar. Von den vier möglichen Kombinationen sind es die Beschäftigten mit einem unbefristeten Teilzeitvertrag, die im Durchschnitt am häufigsten in stationärer Behandlung waren und die meisten Behandlungstage aufweisen (107,5 KH-Fälle bzw. 849 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Diese Beschäftigtengruppe ist mit im Schnitt 46,7 Jahren allerdings auch überdurchschnittlich alt,

Tabelle 3.5.4 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten BKK Mitglieder nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	Durchschnittsalter in Jahren	KH-Fälle			KH-Tage		
			Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
je 1.000 beschäftigte Mitglieder								
Vertragsformen	Unbefristet/Vollzeit	43,7	101,5	103,5	102,1	741	796	758
	Unbefristet/Teilzeit	46,7	108,6	107,2	107,5	905	838	849
	Befristet/Vollzeit	31,4	78,3	93,7	84,7	584	806	676
	Befristet/Teilzeit	41,2	83,3	102,4	97,9	725	820	798
Arbeitnehmerüberlassung	Ohne Arbeitnehmerüberlassung	42,9	98,8	103,8	101,1	732	816	770
	Mit Arbeitnehmerüberlassung	39,1	96,9	110,3	101,3	751	778	760
Gesamt		42,9	100,2	104,7	102,3	756	841	795

wobei die Frauen in so einem Vertragsverhältnis sogar noch ein leicht höheres Durchschnittsalter aufweisen als die Männer. Es sind aber bei den unbefristet in Teilzeit Tätigen auch in diesem Jahr wieder die Männer, die – gegenläufig zu den meisten anderen geschlechtsspezifischen Analysen – mehr Behandlungsfälle und -tage als die Frauen aufweisen. Hingegen die wenigsten Behandlungsfälle und -tage sind für die Beschäftigten mit einem befristeten Vollzeitvertrag dokumentiert (84,7 KH-Fälle bzw. 676 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Beschäftigte mit einer solchen Vertragsform sind wiederum mit einem Durchschnittsalter von 31,4 Jahren aber deutlich jünger als alle anderen hier dargestellten Gruppen, da hierunter auch in großen Teilen Auszubildende und Berufseinsteiger zählen. Zudem ist auffällig, dass Männer mit befristeten Verträgen (Vollzeit genauso wie Teilzeit) insbesondere deutlich unterdurchschnittliche Fallzahlen aufweisen und damit die Differenz gegenüber ihren unbefristet an-

gestellten Geschlechtsgenossen besonders groß ist. Diese Differenzen sind bei den Frauen hingegen deutlich kleiner.

Arbeitnehmerüberlassung: Im Vergleich der Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) mit denjenigen, die direkt bei einem Arbeitgeber angestellt sind, ist zu berücksichtigen, dass erstgenannte Beschäftigtengruppe etwas jünger als der Durchschnitt und insgesamt relativ klein ist (» Tabelle 0.2.1). Bei der Gesamtsumme aller KH-Fälle und -Tage zeigen sich jedoch nur moderate Unterschiede. Dabei sind die größten Differenzen noch bei den Frauen zu erkennen. So weisen im aktuellen Berichtsjahr die weiblichen Leih- und Zeitarbeiterinnen noch die durchschnittlich meisten stationären Behandlungsfälle auf (110,3 KH-Fälle je 1.000 Beschäftigte), hingegen sind es die regulär angestellten Frauen, die wiederum die meisten stationären Behandlungstage (816 KH-Fälle je 1.000 Beschäftigte) aufweisen.

3.6 Schwerpunktthema

Gesunder Start ins Berufsleben

Äquivalent zu den vorherigen Kapiteln wird im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas *Gesunder Start ins Berufsleben* nun nachfolgend in diesem Kapitel die Inanspruchnahme der stationären Versorgung durch junge Beschäftigte näher betrachtet.

3.6.1 Einleitung

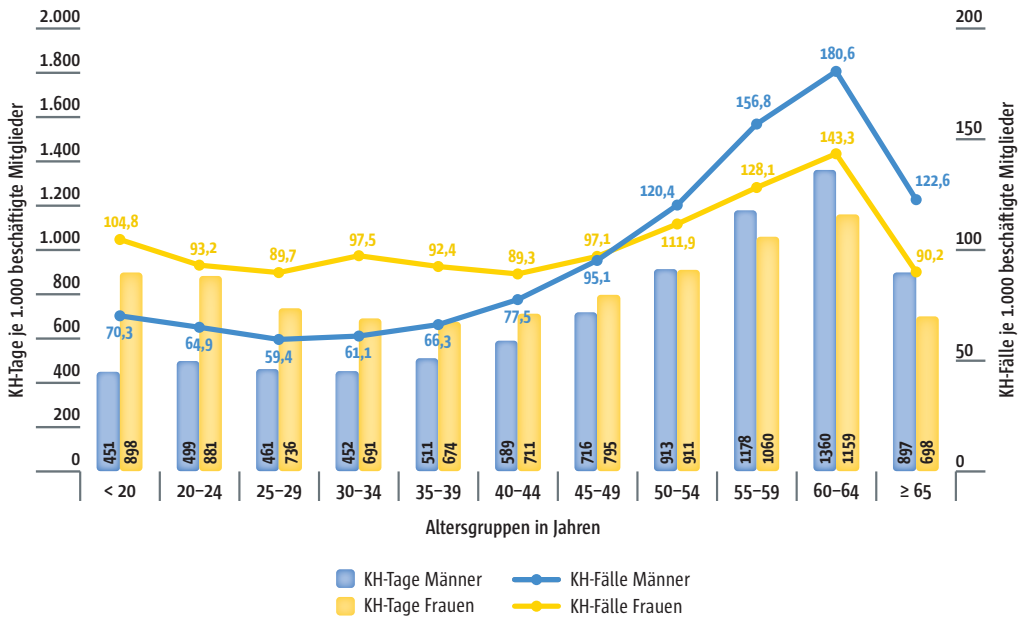
- Bis etwa zur Altersgruppe der 45- bis 49-jährigen weisen die weiblichen Beschäftigten deutlich mehr stationäre Behandlungsfälle und -tage auf als die männlichen Beschäftigten.
- Jenseits des 50. Lebensjahrs kehrt sich das Geschlechterverhältnis um. Außerdem steigt für beide Geschlechter die Anzahl der Fälle und Tage in stationärer Behandlung deutlich an.
- Die Gruppe der Beschäftigten bis 30 Jahre (nachfolgend als solche zusammengefasst) ist auch bei feinerer Differenzierung nach Alter und Geschlecht relativ homogen. Innerhalb der Gruppe der Beschäftigten ab 30 Jahre sind hingegen heterogenere Kennwertentwicklungen zu berücksichtigen.

Einleitend werden die Kennwerte für die männlichen und weiblichen Beschäftigten in einer relativ feinen Differenzierung in 11 Altersgruppen dargestellt. In den weiteren nachfolgenden Abschnitten zum Schwerpunktthema wird speziell zur Betrachtung der Berufsanfänger differenziert zwischen denen, die jünger als 30 Jahre sind (bis zu dieser Altersgrenze finden in der Regel Ausbildung, Studium und ein Einstieg in den Arbeitsmarkt statt), sowie denen, die älter sind. Für ein genaueres Verständnis dieser Gruppe sowie daraus folgende korrekte Inter-

pretationen sei daher an dieser Stelle die Binnenstruktur dieser dichotomen Altersgruppierung dargestellt.

Das **III** Diagramm 3.6.1 zeigt hierzu, dass für die weiblichen Beschäftigten bis etwa zur Altersgruppe der 45- bis 49-jährigen deutlich mehr stationäre Behandlungsfälle und -tage zu verzeichnen sind als bei den männlichen Beschäftigten. Insbesondere was die Behandlungstage anbelangt ist dieser Geschlechterunterschied bei den unter 30-jährigen besonders ausgeprägt. Dieser Unterschied findet sich entsprechend auch in den nachfolgenden zusammengefassten Kennwerten für alle Beschäftigten jünger als 30 Jahre wieder, bei der Gruppe der Beschäftigten im Alter von 30 Jahren und älter ist hingegen zu bedenken, dass hier die Zusammensetzung weniger homogen ist. Vielmehr kehrt sich wie beschrieben das Geschlechterverhältnis bei den Kennzahlen jenseits des 50. Lebensjahrs um und zudem steigt für beide Geschlechter die Anzahl der Behandlungsfälle und -tage bis zur Altersgruppe der 60- bis 64-jährigen deutlich an, bevor danach der schon beschriebene *healthy worker effect* einsetzt. Sowohl für die Frauen (143,3 KH-Fälle und 1.159 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) als auch für die Männer (180,6 KH-Fälle und 1.360 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) sind in der Altersgruppe der 60- bis 64-jährigen die beiden Kennwerte am höchsten ausgeprägt. Dies sind gegenüber der Altersgruppe der 30- bis 34-jährigen bei den Frauen +47% mehr Behandlungsfälle und +68% mehr Behandlungstage. Bei den Männern ist die Steigerung der Kennwerte mit einer Verdreifachung der Fallzahlen und Behandlungstage sogar noch deutlich größer.

Diagramm 3.6.1 Stationäre Versorgung – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



3.6.2 Auswertungen nach soziodemografischen Merkmalen

Alter und Geschlecht

- Bei den Beschäftigten jünger als 30 Jahre spielen psychische Störungen eine herausragende Rolle im Rahmen der stationären Versorgung: Für Männer, genauso wie für Frauen, geht rund jeder zweite stationäre Behandlungstag auf diese Erkrankungsart zurück.
- Damit sind die psychischen Störungen bei den unter 30-jährigen Frauen häufigster Grund für stationäre Behandlungsfälle. Bei den Männern dieser Altersgruppe sind diese für die zweitmeisten Fälle verantwortlich nach den Verletzungen und Vergiftungen.
- Bei den Beschäftigten ab 30 Jahren ist ein wesentlich breiteres Spektrum an Erkrankungen für die stationäre Versorgung relevant. Insbesondere aufgrund von Herz-Kreislauf- und Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie Neubildungen sind die Fallzahlen bei beiden Geschlechtern um ein Vielfaches höher als bei den jüngeren Beschäftigten.

In den weiteren Analysen wird als Altersdifferenzierung nun zwischen den unter 30-jährigen sowie den

ab 30-jährigen beschäftigten Mitgliedern unterschieden. So auch bei der nachfolgenden Betrachtung der Behandlungsfälle (■) Diagramm 3.6.2) und -tage (■) Diagramm 3.6.3) für ausgewählte Diagnosehauptgruppen getrennt für Männer und Frauen. An den dargestellten Kennwerten lässt sich leicht ablesen, welche herausragende Rolle insbesondere die psychischen Störungen bei den unter 30-jährigen spielen. So ist für diese Altersgruppe rund jeder zweite stationäre Behandlungstag auf eine psychische Störung zurückzuführen. Bei den Frauen gehen außerdem die meisten Behandlungsfälle auf diese Erkrankungsart zurück, bei den Männern sind es die zweitmeisten, nur auf Verletzungen und Vergiftungen gehen noch mehr Behandlungsfälle zurück. Bei den Beschäftigten ab 30 Jahren sind hingegen deutlich mehr Behandlungsfälle durch andere Erkrankungsarten begründet: Die meisten Fälle bei den Männern sind aufgrund einer Krankheit des Verdauungs-, des Herz-Kreislauf- oder des Muskel-Skelettsystems erfolgt, bei den Frauen sind die Neubildungen Spitzenreiter im Vergleich, vor den Krankheiten des Muskel-Skelett- sowie des Verdauungssystems. Dabei sind die Fallzahlen gegenüber der jüngeren Beschäftigtengruppe deutlich höher ausgeprägt. So sind bei den ab 30-jährigen für beide Geschlechter

die Fallzahlen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen dreimal, die aufgrund von Neubildungen sogar mehr als fünfmal so hoch als bei den jüngeren. Bei den Männern sind aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sogar siebeneinhalbmal so viele stationäre Behandlungsfälle erfolgt, während bei den Frauen eine Vervielfachung zu beobachten ist. Zudem zeigt sich bei den Männern in etwa eine Verdoppelung der Fallzahlen bei den Krankheiten des Nervensystems, der Ernährung und des Stoffwechsels, des Verdauungssystems und des Urogenitalsystems. Für die vier genannten Erkrankungsarten weisen die

Frauen schon in den jüngeren Jahren höhere Werte auf, sodass hier bei den älteren weiblichen Beschäftigten keine so großen Differenzen gegenüber den jüngeren zu finden sind. Die Anzahl der Behandlungsfälle und die damit verbundenen Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen sind bei den Beschäftigten ab 30 Jahre hingegen geringer als bei den jüngeren Beschäftigten. Dennoch gehen weiterhin 27% der Krankenhaustage bei den Männern und 35% der Tage bei den Frauen in dieser Altersgruppe auf diese Erkrankungsart zurück.

Diagramm 3.6.2 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der beschäftigten Mitglieder für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

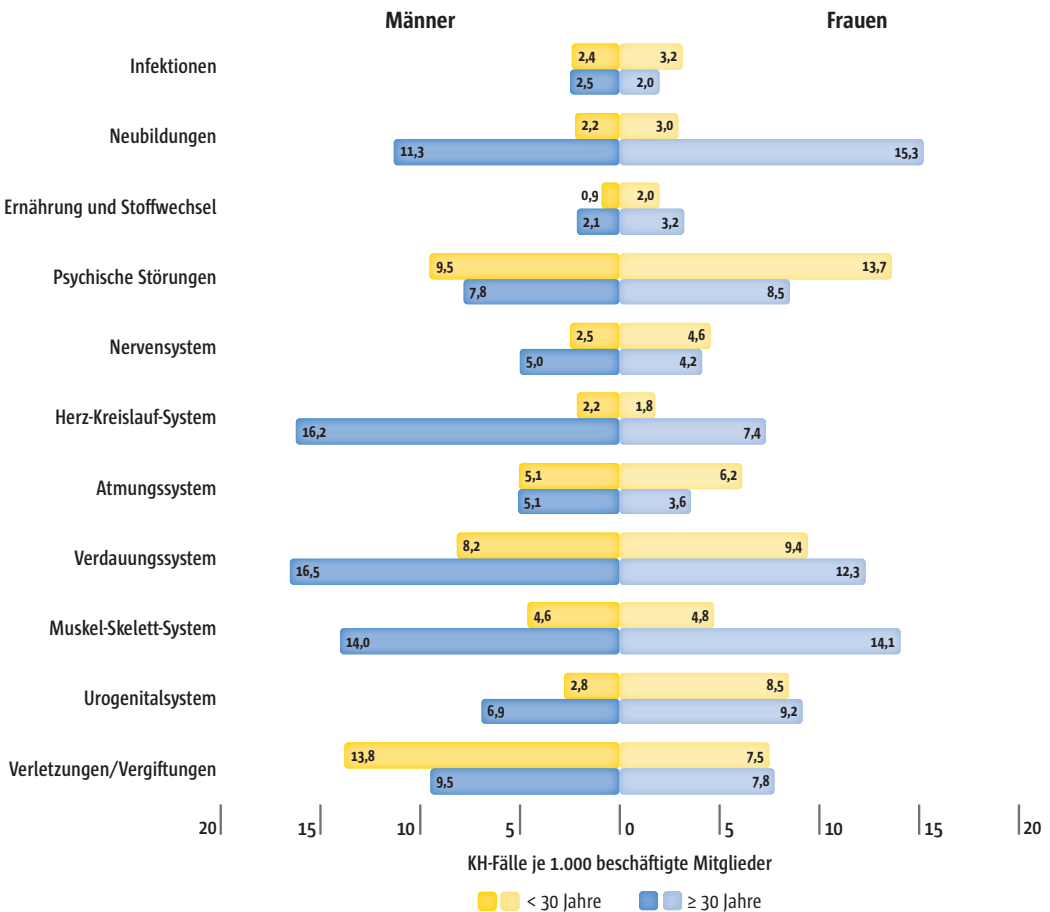
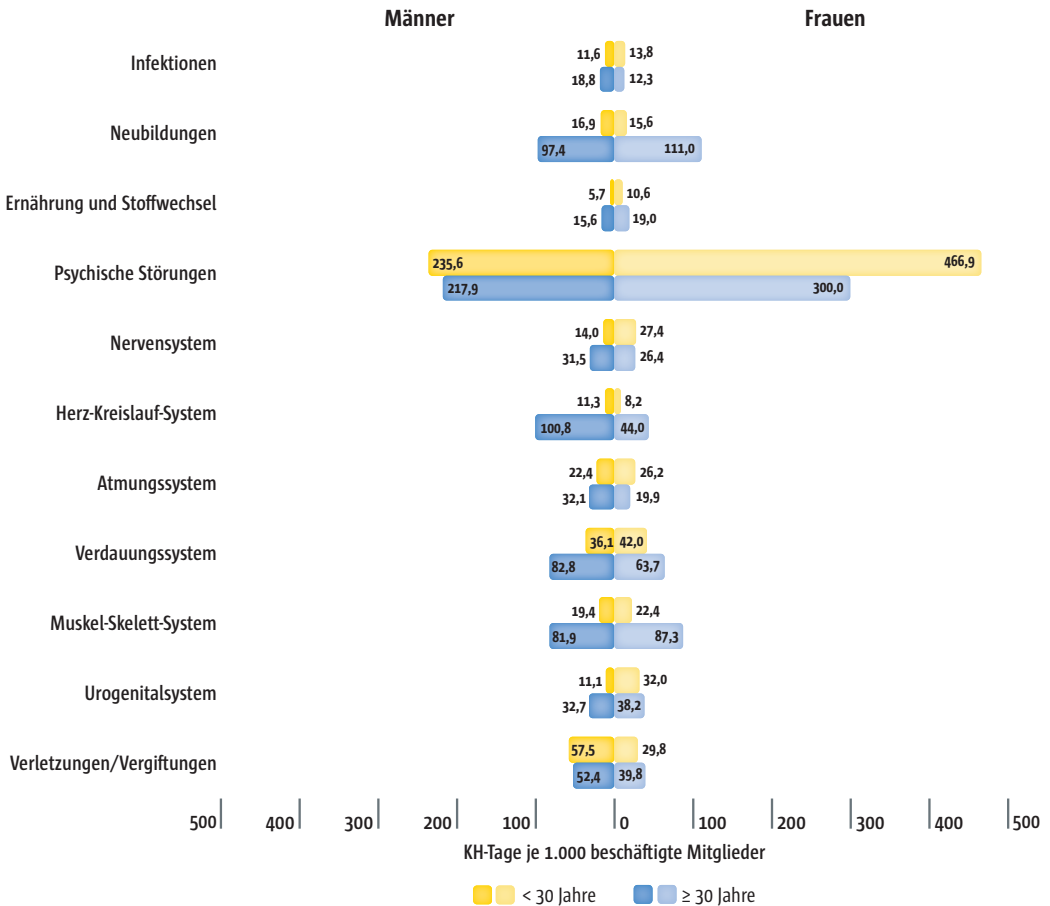


Diagramm 3.6.3 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



Schul- und Berufsabschluss

- Sowohl für die Beschäftigten jünger als 30 Jahre als auch für die ab 30-jährigen zeigt sich wesentlich folgendes Muster: Je höher der erreichte Schul- bzw. Berufsabschluss, desto geringer ist die durchschnittliche Anzahl an Behandlungsfällen und -tagen.
- Die Kennwertdifferenz zwischen den Schulabschlüssen ist für die männlichen Beschäftigten ab 30 Jahren größer als bei den jüngeren, bei den weiblichen Beschäftigten verhält es sich umgekehrt.

Ähnlich wie schon zuvor für die Beschäftigten insgesamt (»»» Tabelle 3.3.4) wird auch bei der Differenzierung in die zwei Altersgruppen deutlich, dass mit höherem Schulabschluss eine Abnahme der Kenn-

zahlen einhergeht (»»» Tabelle 3.6.1). So sind es für beide Geschlechter genauso wie für beide Altersgruppen diejenigen Beschäftigten, die einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss erlangt haben, welche im Schnitt am häufigsten stationär behandelt werden und jeweils die meisten Behandlungstage aufweisen. Hingegen sind für die Beschäftigten mit (Fach-)Abitur fast durchweg die niedrigsten Kennwerte festzustellen. Dabei ist die Kennwertdifferenz zwischen den Schulabschlüssen für die Männer in der höheren Altersgruppe größer als bei den jüngeren, bei den Frauen hingegen ist die Differenz bei den Älteren kleiner im Vergleich zu den unter-30-Jährigen. Dabei steigen die – ohnehin schon hohen Kennwerte – der Männer jünger als 30 Jahre mit einem Haupt- bzw. Volksschulabschluss mit höherem Alter am

stärksten an: So sind für die Männer ab 30 Jahre mit einem solchen Schulabschluss rund +75% mehr Behandlungsfälle und -tage zu verzeichnen. Bei den Frauen besteht die größte Differenz zwischen den Altersgruppen hingegen bei denjenigen mit einem (Fach-)Abitur.

Auch für den höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss ist aus den dargestellten Kennzahlen ein ähnliches Muster ablesbar: Die höchsten Werte in diesem Vergleich sind in beiden Altersgruppen bei denjenigen ohne Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung zu finden. Zur letztgenannten Gruppe zählen bei den unter 30-jährigen hauptsächlich Auszubildende, bei den älteren Beschäftigten ohne Berufsabschluss sind wiederum auch weitere Personen darunter gefasst, die aus anderen Gründen keinen Abschluss erlangt haben bzw. dieser nicht an-

erkannt wurde. Bei den unter 30-jährigen weisen diejenigen ohne einen Ausbildungsabschluss sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die größte Anzahl an Behandlungsfällen und -tagen auf. Bei diesen ist zudem ähnlich wie bei den Schulabschlüssen die Differenz gegenüber den höheren Ausbildungsabschlüssen am größten: Gegenüber denjenigen mit Diplom, Magister, Master bzw. Staatsexamen als Abschluss weisen diejenigen ohne einen Abschluss +71% (Männer) bzw. +88% (Frauen) mehr Fälle und sogar jeweils mehr als doppelt so viele Behandlungstage auf. Bei den Beschäftigten ab 30 Jahren beträgt die Kennwertdifferenz zwischen den genannten Gruppen immerhin noch rund zwei Drittel mehr Behandlungsfälle und -tage bei den Männern bzw. mindestens ein Drittel höhere Kennwerte bei den Frauen.

Tabelle 3.6.1 Stationäre Versorgung – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schul- und Berufsabschluss, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	< 30 Jahre		≥ 30 Jahre		< 30 Jahre		≥ 30 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
		KH-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder				KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder			
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	66,0	92,1	121,5	120,4	373	632	845	785
	Haupt-/Volksschulabschluss	74,0	127,2	130,0	129,2	547	945	952	979
	Mittlere Reife oder gleichwertig	67,0	104,8	110,3	109,6	502	889	832	858
	Abitur/Fachabitur	51,1	72,7	77,9	89,9	357	640	587	713
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	69,0	98,6	125,4	125,6	531	911	938	938
	Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	62,8	98,1	116,9	110,5	458	799	877	867
	Meister/Techniker oder gleichwertig	55,1	81,1	100,6	93,4	304	683	720	733
	Bachelor	40,4	62,1	58,4	86,4	279	535	440	636
	Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	40,3	52,3	76,6	83,6	251	356	564	685
	Promotion	35,1	67,1	63,2	78,9	109	540	434	564
	Gesamt	62,9	92,3	109	107	474	804	821	849

3.6.3 Auswertungen nach Regionen

- Bremen weist in beiden Altersgruppen die meisten Behandlungstage auf. Grund dafür sind allerdings die besonderen lokalen Versorgungsstrukturen, bei denen insbesondere bei Krebsbehandlungen deutlich mehr Behandlungstage erfolgen. Eine Erkrankungshäufung liegt hier aber nicht vor.
- Im Vergleich der Bundesländer zeigt sich ein Ost-West-Gefälle: In den ostdeutschen Bundesländern sind die Kennwerte höher als in den westdeutschen. Dies gilt sowohl für die Beschäftigten jünger als 30 Jahre, als auch für die Älteren.
- Bei den unter 30-jährigen weisen Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Sachsen-Anhalt die höchsten Fallzahlen auf. Die meisten Behandlungstage in dieser Altersgruppe sind – nach Bremen – in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Brandenburg erfolgt.

Bei der Betrachtung der Kennwerte nach Regionen ist der schon im **III** Kapitel 3.4 beschriebenen Umstand zu berücksichtigen, dass in Bremen aufgrund besonderer Versorgungsstrukturen (insbesondere bezüglich Krebsbehandlungen) deutlich mehr stationäre Behandlungstage zu verzeichnen sind. Auch bei einer Differenzierung nach Alter wie im **III** Diagramm 3.6.4 ist dies augenfällig, in Bremen ist sowohl bei den Beschäftigten jünger als 30 Jahre als auch bei den Älteren die größte Anzahl an stationären Behandlungstagen zu finden. In Bremen sind allerdings auch für beide Altersgruppen nur unterdurchschnittlich viele stationäre Behandlungsfälle dokumentiert. Eine Erkrankungshäufung liegt hier aber nicht vor, wie sich auch anhand der Daten aus der ambulanten Versorgung (**III** Kapitel 2.6.3) schließen lässt. Bei den Fallzahlen, genauso wie bei den Behandlungstagen abseits des „Sonderfalls Bremen“, fällt wiederum das schon bekannte Ost-West-Gefälle auf. Dieses Gefälle zeigt sich schon bei den unter 30-Jährigen, bei diesen sind Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen (89,3 bzw. 89,0 KH-Fälle je 1.000 Beschäftigte) deutlich an der Spitze im Bundesländervergleich der Fallzahlen, gefolgt von Sachsen-Anhalt. Die meisten Behandlungstage bei den unter 30-Jährigen sind außerdem – nach Bremen – in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Brandenburg zu finden. Die Steigerungsraten bei den Beschäftigten ab 30 Jahren gegenüber den Jüngeren variieren im Vergleich der Bundesländer nur moderat, sodass entsprechend auch bei der älteren Beschäftigtenengruppe wesentlich die ostdeutschen Bundesländer über dem Bundesdurchschnitt sowie

mit Thüringen bei den Behandlungsfällen und -tagen (nach Bremen) an der Spitze liegen.

3.6.4 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Bei den unter 30-jährigen sind es insbesondere diejenigen Wirtschaftsgruppen mit einem hohen Frauenanteil, welche die meisten Behandlungsfälle und -tage aufweisen.
- Die höchsten Kennwerte bei den unter 30-jährigen weisen die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen auf. Dabei gehen bei dieser Wirtschaftsgruppe so viele Behandlungstage wie bei keiner anderen auf psychische Störungen, Krankheiten des Muskel-Skelett- sowie des Verdauungssystems zurück.
- Mit nur wenig höheren Kennwerten sind es auch die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen, die in der Altersgruppe ab 30 Jahren deutlich überdurchschnittlich viele Behandlungstage aufweisen. Die meisten Behandlungsfälle in dieser Altersgruppe sind hingegen bei den Beschäftigten der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung erfolgt, die meisten Tage bei denen in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung.

Das **III** Diagramm 3.6.5 zeigt die Kennzahlen der stationären Versorgung für die Wirtschaftsabschnitte⁶ unterteilt nach Altersgruppen (Beschäftigte jünger als 30 Jahre sowie Beschäftigte ab 30 Jahre). In dieser Darstellung wird recht gut sichtbar, dass bei den unter 30-jährigen gerade diejenigen Wirtschaftsabschnitte mit einem hohen Frauenanteil hohe Kennwerte aufweisen. In der jüngeren Altersgruppe steht das Gesundheits- und Sozialwesen mit Abstand an der Spitze, sowohl bei den Behandlungsfällen als auch bei den Behandlungstagen (109,6 KH-Fälle bzw. 900 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Wie schon im letztjährigen Schwerpunkt des **III** BKK Gesundheitsreports 2022 dargelegt, spielen hier neben dem hohen Frauenanteil auch belastende Arbeitsbedingungen eine Rolle. So sind die Kennwerte der Männer in dieser Wirtschaftsgruppe im Vergleich der unter 30-jährigen (hier nicht dargestellt) deutlich am höchsten. Die zweitmeisten Behandlungsfälle sind im Gastgewerbe zu finden – derjenigen Wirtschaftsgruppe, welche nach der Branche Erziehung und Unterricht die drittgrößte Anzahl an Behandlungstagen aufweist. Augenfällig ist zudem, dass für das Gesundheits- und Sozialwesen bei der älteren Be-

6 Nicht enthalten in dieser Betrachtung sind die privaten Haushalte aufgrund zu geringer Fallzahlen.

3.6 Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben

Diagramm 3.6.4 Stationäre Versorgung – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)

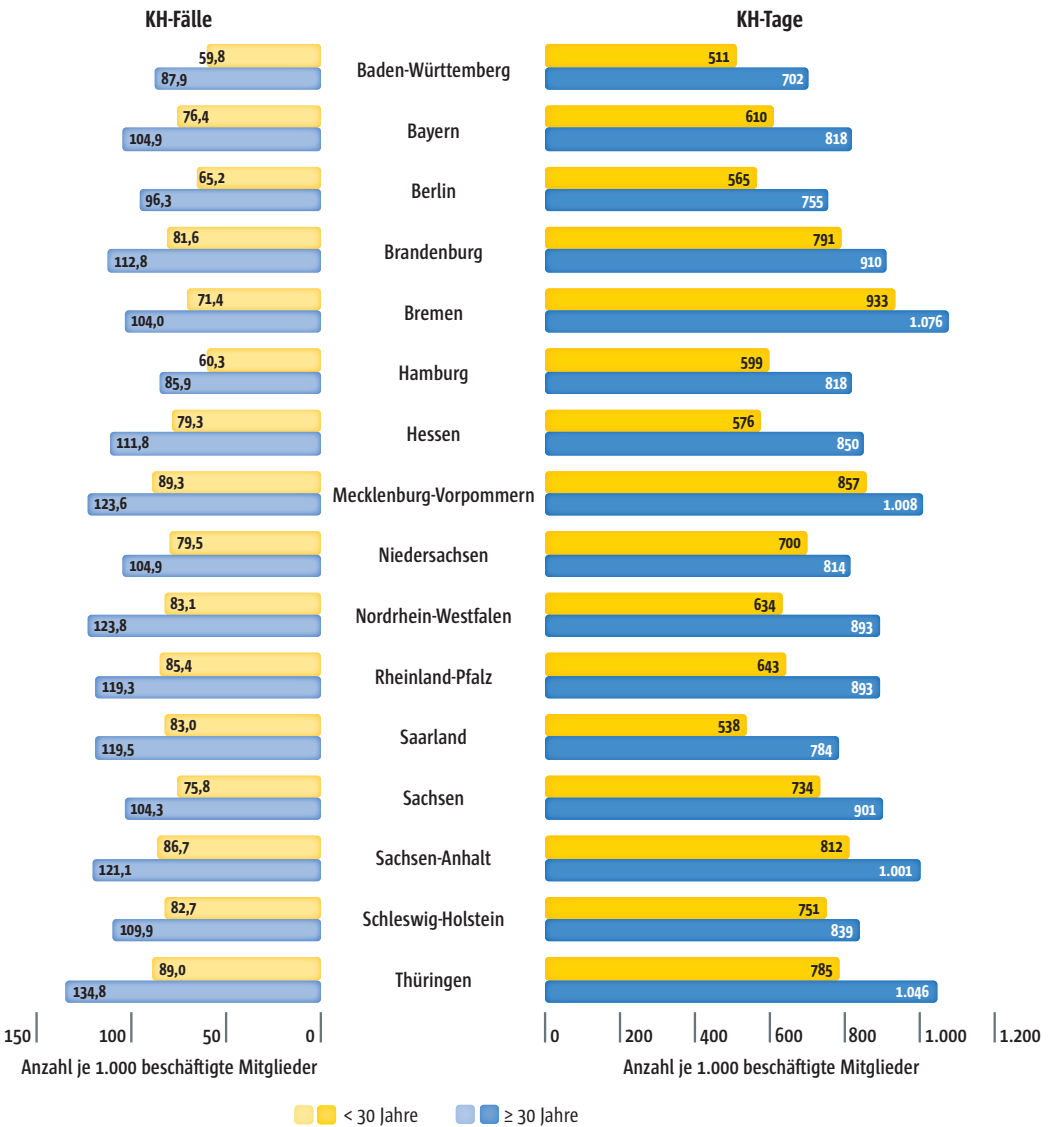
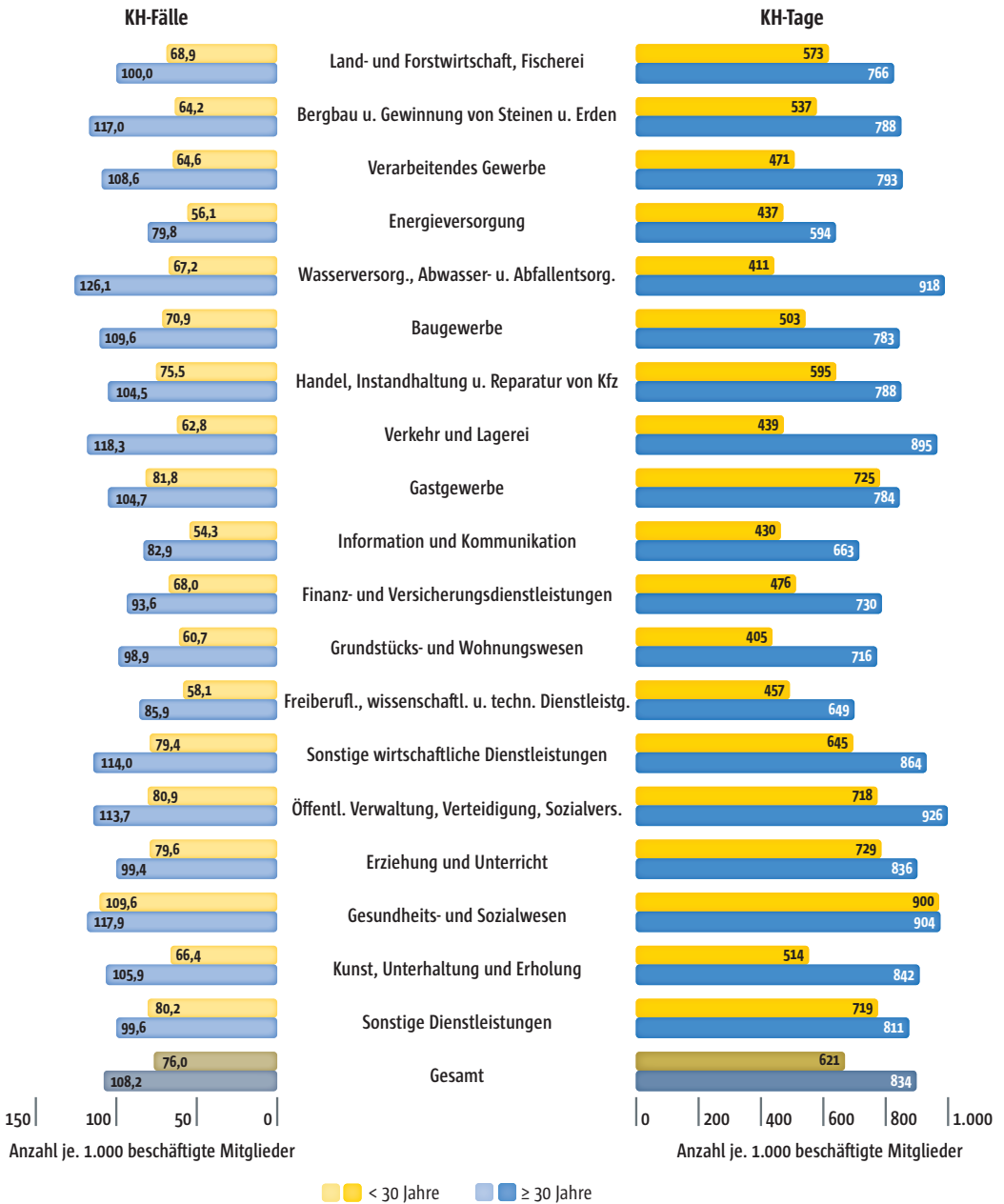


Diagramm 3.6.5 Stationäre Versorgung – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)



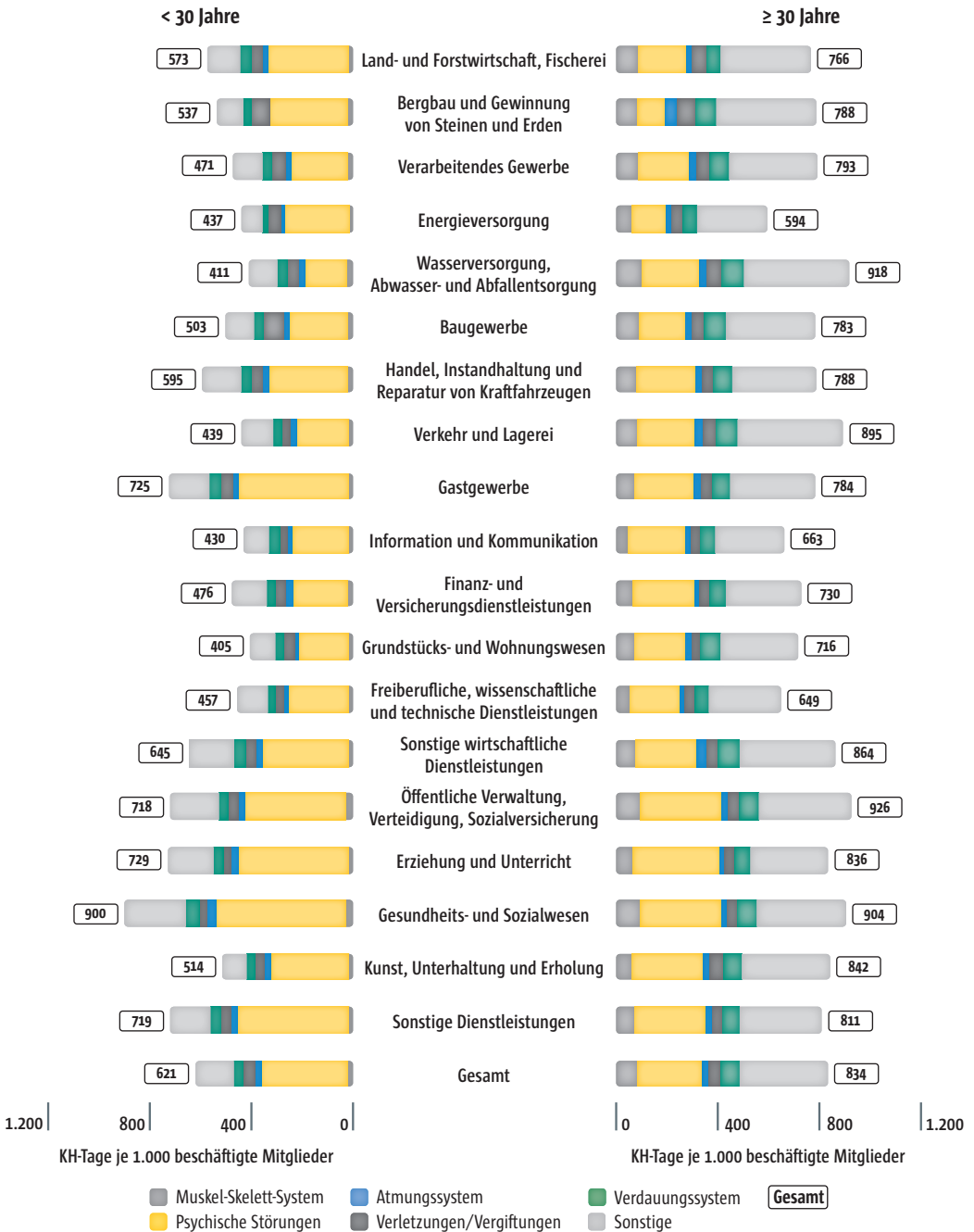
schäftigtengruppe kaum mehr Behandlungsfälle und -tage erfolgt sind als bei den jüngeren. Damit zählen deren Kennwerte auch bei der älteren Beschäftigtengruppen zu den höchsten im Vergleich. Bei der Anzahl an Behandlungstagen ist hier nun die öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung Spitzenreiter. Die dort Beschäftigten weisen zumindest überdurchschnittliche Kennwerte auch schon bei der jüngeren Beschäftigtengruppe auf. Im Vergleich der beiden Altersgruppen stechen allerdings besonders zwei anderen Branchen hervor, beide sind eher männerdominiert und beinhalten einen hohen Anteil an körperlicher Arbeit: In den Branchen Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sowie Verkehr und Lagerei weisen die Beschäftigten ab 30 Jahren jeweils +88% mehr Behandlungsfälle gegenüber den Jüngeren auf. Dies sind dann die meisten und zweitmeisten Behandlungsfälle im Vergleich der Wirtschaftsgruppen bei den Älteren. Zudem sind auch deren Behandlungstage mehr als doppelt so hoch wie bei der jüngeren Altersgruppe.

Nachfolgend wird nun die im vorherigen Diagramm schon berichtete Anzahl der stationären Behandlungstage differenziert nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen dargestellt (»» Diagramm 3.6.6). Dabei wurden diejenigen Erkrankungsarten ausgewählt, die insbesondere in der Altersgruppe bis zum 30. Lebensjahr relevant sind. Wie dann auch das Diagramm erkennen lässt, spielen bei den jungen Beschäftigten die psychischen Störungen eine besondere Rolle. Gerade in den Branchen mit hohem Frauenanteil ist dabei der Anteil der psychischen Störungen am Gesamtgeschehen hoch. So gehen bei den Beschäftigten, die sonstige Dienstleistungen verrichten, 61% der Behandlungstage auf psychische Störungen zurück, bei der Wirtschaftsgruppe Erziehung und Unterricht genauso wie im Gastgewerbe sind es 60%. Die meisten Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen in dieser Altersgruppe weisen die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen (ebenfalls eine Branche mit hohem Frauenanteil) mit 512 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte auf. In dieser Branche sind aber auch für andere Erkrankungsarten Spitzenwerte zu finden, so etwa bei den Behandlungstagen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie des Verdauungssystems. Die zweitmeisten Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen sind bei den Beschäftigten in Erziehung und Unterricht dokumentiert, aber auch ohne den Anteil dieser Erkrankungsart an allen Behandlungstagen weist diese Branche einen überdurchschnittlichen Kennwert

auf. Außerdem sind dort, wo der Anteil der psychischen Störungen gering ist (bspw. Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung), auch in der Regel unterdurchschnittlich viele Behandlungstage aufgrund anderer Erkrankungsarten erfolgt. Bei den Beschäftigten ab 30 Jahren ist die öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung der Spitzenreiter des Vergleichs, bei dieser Wirtschaftsgruppe sind überdurchschnittlich viele Behandlungstage auf psychische Störungen (die zweitmeisten nach der Wirtschaftsgruppe Erziehung und Unterricht) zurückzuführen, aber auch auf Muskel-Skelett-Erkrankungen gehen überdurchschnittlich viele Behandlungstage zurück (die drittmeisten nach Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sowie Gesundheits- und Sozialwesen). Die meisten Behandlungstage aufgrund von Verletzungen/Vergiftungen sind bei Beschäftigten in Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden erfolgt, Spitzenreiter bei den Krankheiten des Verdauungssystems sind indes die in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung Tätigen.

Unterscheidet man des Weiteren kleinteiliger nach Wirtschaftsabteilungen, so sind es insbesondere solche aus dem übergeordneten Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens, für welche die meisten stationären Behandlungstage bei den Beschäftigten jünger als 30 Jahre erfolgt sind (»» Tabelle 3.6.2). So ist die höchste Anzahl an Behandlungstagen bei der jüngeren Altersgruppe in den Heimen (ohne Erholungs- und Ferienheime) zu verzeichnen (1.087 KH-Tag je 1.000 Beschäftigte). Danach folgen das Veterinärwesen (entstammt hingegen dem Wirtschaftsabschnitt der freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen) und das Sozialwesen. Das Gesundheitswesen belegt den sechsten Rang in diesem Vergleich. Die Heime weisen wiederum bei den Beschäftigten ab 30 Jahre die zweitmeisten Behandlungstage auf, mehr Behandlungstage sind nur für Beschäftigte der Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien (1.106 KH-Tag je 1.000 Beschäftigte) erfolgt. Bei letztgenannter Branche besteht zudem eine recht deutliche Differenz zwischen den Altersgruppen (+46%), bei den meisten anderen Wirtschaftsabteilungen ist hingegen die durchschnittliche Anzahl der Behandlungstage oft nur wenig gestiegen oder gesunken, wesentliche Ausnahmen bilden nur noch das Veterinärwesen (-40%) und die sonstigen freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Tätigkeiten (-23%). Anders hingegen verhält es sich bei den Wirtschaftsabteilungen mit den wenigsten KH-Tagen bei den unter 30-Jährigen: Für die meisten ist dann im

Diagramm 3.6.6 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)



3.6 Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben

Vergleich dazu in der älteren Beschäftigtengruppe die Anzahl der Behandlungstage zwei- bis dreimal so hoch. In beiden Altersgruppen sind es die Rundfunkveranstalter, welche die geringste Tagesanzahl aufweisen. Auch die meisten anderen Wirtschaftsabtei-

lungen weisen in der älteren Altersgruppe unterdurchschnittlich viele Behandlungstage auf.

Tabelle 3.6.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen der Beschäftigten unter 30 Jahren (Berichtsjahr 2022)

WZ-2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	< 30 Jahre	≥ 30 Jahre
		KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder	
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	1.087	1.087
75	Veterinärwesen	954	574
88	Sozialwesen (ohne Heime)	933	948
90	Kreative, künstlerische und unterhaltende Tätigkeiten	870	899
96	Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen	840	739
86	Gesundheitswesen	840	811
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen	764	797
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	755	1.106
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a.n.g.	753	872
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	736	563
	Gesamt	621	834
68	Grundstücks- und Wohnungswesen	405	716
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	397	590
13	Herstellung von Textilien	386	799
37	Abwasserentsorgung	338	863
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	335	702
51	Luftfahrt	319	672
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten	282	846
36	Wasserversorgung	261	706
2	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	230	727
60	Rundfunkveranstalter	182	544

3.6.5 Auswertungen nach Berufsgruppen

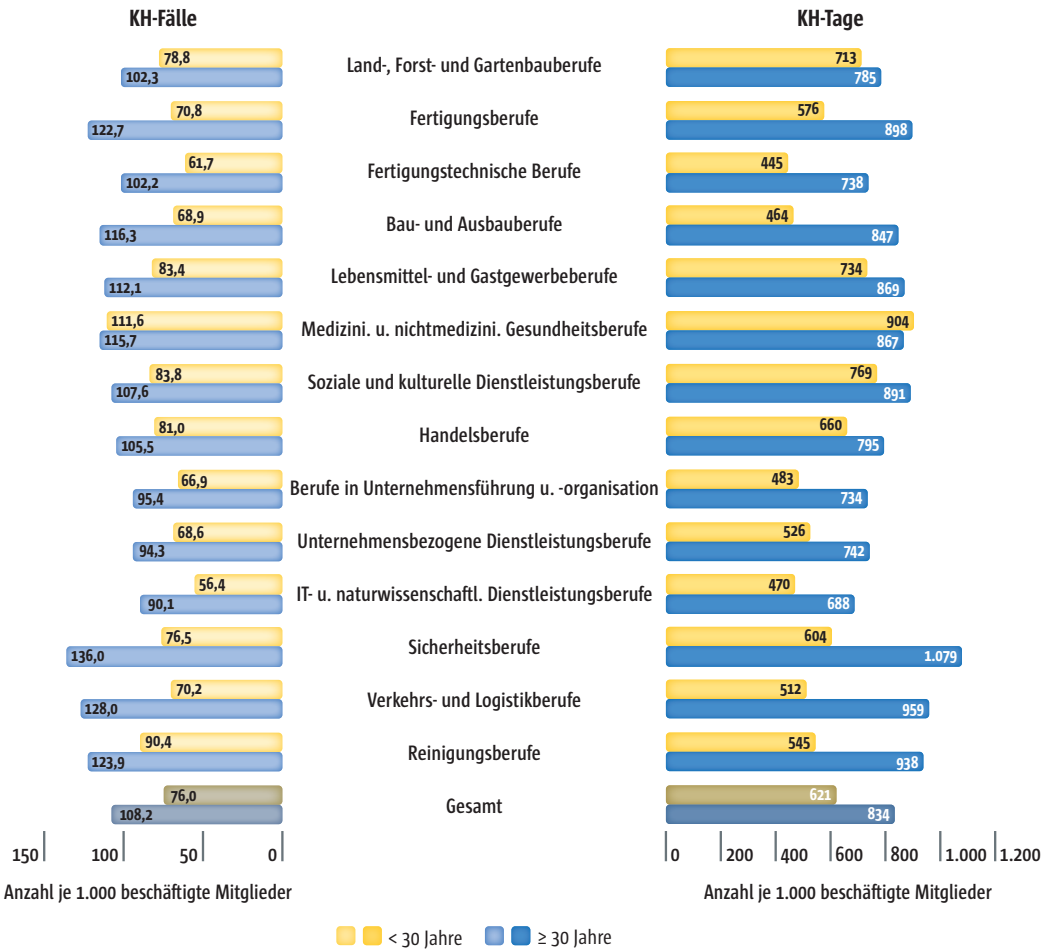
- Auch bei den Berufsgruppen sind in der Gruppe der unter 30-Jährigen vor allem solche mit einem hohen Frauenanteil (insbesondere die [nicht-]medizinischen Gesundheitsberufe) überdurchschnittlich häufig und lange in Behandlung. Dabei ist der Anteil der Behandlungstage, die auf psychische Störungen zurückgehen, überdurchschnittlich.
- Bei den älteren Beschäftigten ab 30 Jahre dominieren wiederum Berufe mit hohem Anteil körperlicher Arbeit. Die meisten Behandlungstage sind für Beschäftigte in den Sicherheitsberufen, den Verkehrs- und Logistikberufen sowie den Reinigungsberufen erfolgt. Bei diesen gehen davon überdurchschnittlich viele auf Muskel-Skelett- sowie Verdauungssystem-Erkrankungen zurück.

Auch bei der Betrachtung der Altersgruppen differenziert nach Berufssegmenten (»» Diagramm 3.6.7) ist der Einfluss des Frauenanteils jeweils erkennbar. Spitzenreiter in der Altersgruppe der Beschäftigten jünger als 30 Jahre sind wie zu erwarten die (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufe, welche mit Abstand die höchsten Kennwerte aufweisen (111,6 KH-Fälle bzw. 904 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Allerdings werden auch hier berufsspezifische Belastungen sichtbar, da auch die Männer dieser Berufsgruppe (hier nicht dargestellt) Spitzenwerte im Vergleich zu den anderen Berufssegmenten aufweisen – und dies auch schon bei den unter 30-Jährigen, die in dieser Berufsgruppe, anders als in anderen Berufsgruppen einen enorm hohen Wert aufweisen. Die zweitmeisten Fälle sind in dieser Altersgruppe bei den Reinigungsberufen zu finden, für diese ist allerdings die Falldauer mit nur 6 Tagen je Fall am geringsten in diesem Vergleich, sodass entsprechend die Anzahl der Behandlungstage bei den Reinigungskräften nur unterdurchschnittlich ist. Die zweitmeisten Tage in stationärer Behandlung sind die Beschäftigten der sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe gewesen, gefolgt von den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen – beides ebenfalls Berufe mit hohem Frauenanteil. Bemerkenswert ist allerdings auch, dass die Land-, Forst- und Gartenberufe (Frauenanteil 33,6%) mit überdurchschnittlichen Kennwerten bei den unter 30-Jährigen herausstechen. Bei den Beschäftigten ab 30 Jahren zeigt sich hingegen das Muster, welches schon in der altersunabhängigen Auswertung (»» Kapitel 3.5.2) beschrieben worden ist: Bei bestimmten Berufen sind die Beschäftigten in jungen Jahren nur selten in stationärer Behandlung, umso höher sind dann aber die Kennwerte jen-

seits des 30. Lebensjahrs. Dies gilt insbesondere für die Sicherheits- sowie Verkehrs- und Logistikberufe, bei denen der größte Kontrast zwischen den Altersgruppen besteht und welche bei den ab 30-Jährigen die meisten bzw. zweitmeisten stationären Behandlungsfälle und -tage aufweisen, gefolgt von den Reinigungsberufen. Anscheinend spielt für diese hohen Kennwertsteigerungen auch eine Rolle, ob bei der Tätigkeit eine wesentliche Komponente an körperlicher Arbeit enthalten ist. Dies ist beispielsweise auch bei den Fertigungsberufen sowie den Bau- und Ausbauberufen der Fall, bei denen ebenfalls eine große Differenz zwischen den beiden Altersgruppen augenfällig ist. Von den genannten Berufen weisen fast alle einen hohen Männeranteil auf, bei den Reinigungsberufen sind hingegen 3 von 4 Beschäftigten weiblich. Schaut man in dieser Altersgruppe ferner für diese Berufe noch nach Geschlecht differenziert auf die Anzahl an Behandlungsfällen und -tagen (hier nicht dargestellt) zeigt sich aber kein wesentlicher Unterschied zwischen Männern und Frauen.

Wie schon bei den Wirtschaftsgruppen soll an dieser Stelle für die beiden Altersgruppen auch noch einmal die im vorherigen Diagramm berichtete Anzahl der stationären Behandlungstage nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen differenziert werden (»» Diagramm 3.6.8). Hier zeigt sich für die (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufe (ähnlich wie zuvor bei der Wirtschaftsgruppe Gesundheits- und Sozialwesen, in der dieser hauptsächlich tätig sind), dass diese bei den Beschäftigten jünger als 30 Jahre diejenigen mit den meisten Behandlungstagen aufgrund von psychischen Störungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen sind. Außerdem weisen diese die zweitmeisten Behandlungstage aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems sowie des Verdauungssystems auf. Die psychischen Störungen sind auch bei den Berufsgruppen vor allem dort für viele Behandlungstage ursächlich, wo der Frauenanteil hoch ist, beispielsweise bei den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen oder den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen. Aber auch bei den jüngeren Beschäftigten in den Land-, Forst- und Gartenbauberufen gehen viele Behandlungstage auf psychische Störungen zurück. Männerdominierte Berufe wie die fertigungstechnischen Berufe oder die Bau- und Ausbau-Berufe weisen hingegen unterdurchschnittlich viele Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen auf, viel mehr sind bei diesen die meisten Behandlungstage aufgrund von Verletzungen oder Vergiftungen zu verzeichnen. Bei den Beschäftigten älter als 30 Jahre wiederum ist die Spanne zwischen größter und nied-

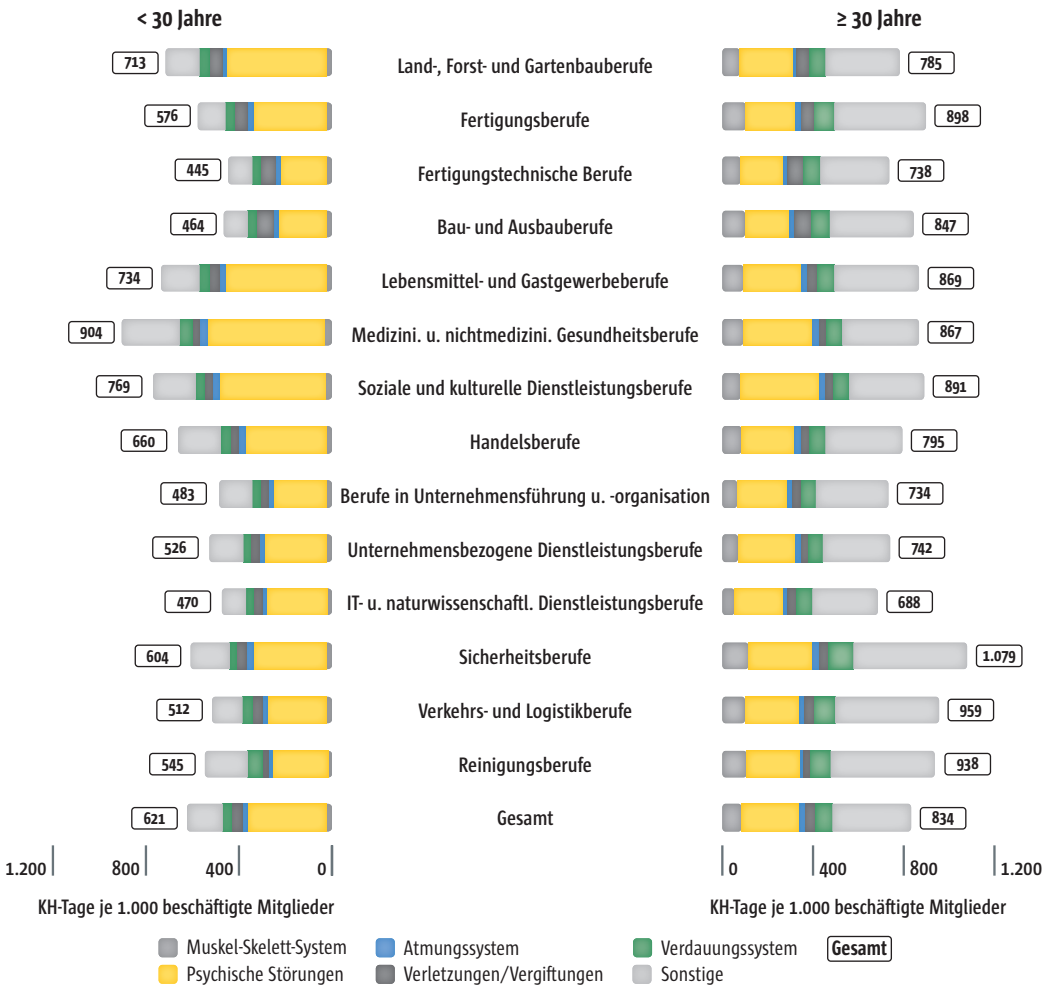
Diagramm 3.6.7 Stationäre Versorgung – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)



rigster Anzahl an Behandlungstagen wegen psychischer Störungen deutlich geringer, dafür gewinnen dann andere Erkrankungsarten an Bedeutung. Die Sicherheitsberufe, die insgesamt bei den Beschäftigten ab 30 Jahre die meisten Behandlungstage aufweisen, sind dabei auch führend bei den Behandlungstagen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-, Atmungs- sowie Verdauungssystems. Auch die Beschäftigten in Verkehrs- und Logistikberufen sowie in den Reinigungsberufen haben überdurchschnittlich viele Behandlungstage wegen Muskel-Skelett- sowie Verdauungssystem-Erkrankungen.

»» Tabelle 3.6.3 stellt abschließend für die beiden Altersgruppen die Berufshauptgruppen mit den meisten bzw. wenigsten Behandlungstagen dar. Bei den Beschäftigten jünger als 30 Jahre sind bei den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen mit 1.044 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte die meisten Behandlungstage aller Berufshauptgruppen zu finden. Die medizinischen Gesundheitsberufe sind wiederum an vierter Stelle dieses Vergleichs zu finden. Gegenüber Letztgenannten ist die Anzahl der Behandlungstage noch höher bei den Berufen im Bereich Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe bzw. Theologie sowie im Bereich Produktde-

Diagramm 3.6.8 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)



sign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst und Musikinstrumentenbau. Bei letztgenannter Berufshauptgruppe liegt hingegen bei den Beschäftigten ab 30 Jahren der Kennwert unter dem Durchschnitt, bei keiner anderen Beschäftigtengruppe ist die Anzahl der Behandlungstage in der höheren Altersgruppe so stark zurückgegangen. Viel mehr ist bei den meisten anderen der Kennwert in beiden Altersgruppen ähnlich hoch oder liegt leicht

höher. Bei den Berufsgruppen mit den wenigsten Behandlungstagen in der jüngeren Altersgruppe ist hingegen eine deutlich größere Differenz zu denen ab 30 Jahren zu beobachten. Am größten ist sie bei den Führern bzw. Führerinnen von Fahrzeug- und Transportgeräten sowie den Gebäude- und versorgungstechnischen Berufen, diese weisen doppelt so viele Behandlungstage bei den Älteren im Vergleich zu den Jüngeren auf.

Tabelle 3.6.3 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen der Beschäftigten unter 30 Jahren (Berichtsjahr 2022)

KldB-2010-Code	Berufshauptgruppen	< 30 Jahre	≥ 30 Jahre
		KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder	
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik	1.044	976
93	Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau	955	725
83	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie	900	945
81	Medizinische Gesundheitsberufe	867	832
29	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung	847	930
12	Gartenbauberufe und Floristik	788	805
62	Verkaufsberufe	755	861
21	Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikherstellung und -verarbeitung	684	880
73	Berufe in Recht und Verwaltung	678	831
63	Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe	661	808
	Gesamt	621	834
32	Hoch- und Tiefbauberufe	467	864
26	Mechatronik, Energie- und Elektroberufe	466	746
52	Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten	459	1.000
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe	454	922
43	Informatik, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe	441	605
25	Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe	439	780
84	Lehrende und ausbildende Berufe	425	765
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung	425	692
27	Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- u. Produktionssteuerungsberufe	424	674
31	Bauplanungs-, Architektur- und Vermessungsberufe	388	717

3.6.6 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit sowie Aufsichts- und Führungsverantwortung

- In beiden Altersgruppen nimmt mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle und -tage in stationärer Versorgung bei den Beschäftigten ab.

- Besonders stark fällt diese Differenz bei den Frauen jünger als 30 Jahre aus: Weibliche Beschäftigte in Helfer-/Anlern Tätigkeiten weisen annähernd doppelt so viele Behandlungsfälle und -tage gegenüber denen mit hoch komplexen Tätigkeiten auf.
- Beschäftigte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung sind in beiden Altersgruppen seltener und kürzer in stationärer Behandlung als Beschäftigte ohne eine solche Funktion.

Wie zu erwarten, nimmt mit steigendem Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit sowohl die Fallzahlen als auch die daraus resultierenden Behandlungstage kontinuierlich ab (»»» Tabelle 3.6.4). Dies gilt sowohl für die Beschäftigten jünger als 30 Jahre als auch für die Älteren. Insgesamt weisen dabei die Männer, die jünger als 30 Jahre sind und hoch komplexe Tätigkeiten verrichten, die geringsten Kennwerte in diesem Vergleich auf (47,5 KH-Fälle und 336 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Darüber hinaus besteht in der jüngeren Altersgruppe bei den Frauen ein größeres Gefälle als bei den Männern zwischen den Anforderungsniveaus. Dies ist wesentlich auf die besonders hohen Kennwerte der jungen Frauen mit Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten zurückzuführen. Entsprechend weisen die weiblichen Beschäftigten jünger als 30 Jahre, die Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten verrichten, +86% mehr stationäre Behandlungsfälle sowie +91% mehr Behandlungstage auf als diejenigen, die hoch komplexe Tätigkeiten verrichten. Bei den Männern beträgt die Kennwertdifferenz zwischen den beiden Tätigkeitsniveaus in dieser Altersgruppe lediglich +45% (KH-Fälle) bzw. +56% (KH-

Tage). Ähnlich wie bei den Schulabschlüssen ist diese Kennwertdifferenz zwischen den Anforderungsniveaus für die Männer ab 30 Jahren größer als bei den Jüngeren, bei den Frauen hingegen ist sie kleiner.

In der Gegenüberstellung von berufstätigen Personen mit bzw. ohne Aufsichts- bzw. Führungsfunktion sind keine so stark ausgeprägten Unterschiede bei Behandlungsfällen und -tagen zu finden wie etwa beim zuvor dargestellten Tätigkeitsniveau. Dennoch zeigt sich nicht nur allgemein, sondern auch bei Differenzierung nach Alter, dass die Kennwerte derjenigen mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion niedriger ausfallen gegenüber denjenigen ohne einen solche Funktion. Dabei weisen die Männer jünger als 30 Jahre mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion die wenigsten Behandlungsfälle und -tage in diesem Vergleich auf (54,6 KH-Fälle und 336 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Allerdings sind die Kennwerte für die Männer mit einer solchen Funktion bei denjenigen ab 30 Jahren rund doppelt so hoch gegenüber den Jüngeren.

Tabelle 3.6.4 Stationäre Versorgung – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	< 30 Jahre		≥ 30 Jahre		< 30 Jahre		≥ 30 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
		KH-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder				KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder			
Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit	Helfer-/Anlernertätigkeiten	69,0	111,6	128,3	125,9	524	915	971	948
	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	64,5	96,1	115,7	107,1	476	809	867	832
	Komplexe Spezialistentätigkeiten	55,1	80,5	95,5	100,7	351	692	704	787
	Hoch komplexe Tätigkeiten	47,5	59,9	82,1	89,7	336	479	586	707
Aufsichts- und Führungsverantwortung	Ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung	63,0	92,6	109,7	107,8	477	807	834	853
	Mit Aufsicht- und Führungsverantwortung	54,6	73,0	98,7	97,8	336	590	679	719
Gesamt		62,9	92,3	108,8	107,4	474	804	821	849

Vertragsformen sowie Arbeitnehmerüberlassung

- Bei den Beschäftigten jünger als 30 Jahre zeigen sich insbesondere bei unbefristeten Verträgen Differenzen, je nachdem, ob die Person in Voll- oder Teilzeit arbeitet: Die Kennwerte bei den in Teilzeit Tätigen sind höher, von diesen stechen wiederum insbesondere die Frauen in Teilzeit und jünger als 30 Jahre mit Spitzenwerten heraus.
- Im Vergleich der Beschäftigten mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung zeigt sich das Muster, dass insbesondere Frauen in Leih- und Zeitarbeit älter als 30 Jahre zwar häufiger, dafür aber weniger Tage in stationärer Behandlung waren.

Die **III** Tabelle 3.6.5 stellt die Kennzahlen der stationären Versorgung für unterschiedliche Vertragsformen in Voll- und Teilzeit sowie jeweils mit und ohne Befristung dar. Zeigte sich in der allgemeinen Analyse (**III** Tabelle 3.5.4), dass die Beschäftigten mit einem unbefristeten Teilzeitvertrag durchschnittlich am häufigsten und die meisten Behandlungstage in stationärer Behandlung gewesen sind, so lässt sich nun bei weiterer Differenzierung nach Alter und Geschlecht ablesen, dass vor allem die Frauen jünger

als 30 Jahre aus der Gruppe der unbefristet in Teilzeit Tätigen herausstechen: Für diese sind die höchsten Kennwerte bei den unter 30-Jährigen in diesem Vergleich zu verzeichnen (111,7 KH-Fälle und 931 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Bei den Beschäftigten ab 30 Jahren mit einem unbefristeten Teilzeitvertrag sind es hingegen die Männer, welche die meisten Behandlungsfälle und -tage aufweisen (116,0 KH-Fälle und 968 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).

Im Vergleich der Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) mit denjenigen, die direkt bei einem Arbeitgeber angestellt sind, ist zu berücksichtigen, dass erstgenannte Beschäftigtengruppe relativ klein ist. Insgesamt zeigen sich aber in diesem Vergleich keine großen Differenzen. Bemerkenswert ist allerdings, dass insbesondere weibliche Leih- und Zeitarbeitskräfte älter als 30 Jahre zwar häufiger, dafür aber weniger Tage in stationärer Behandlung waren als die regulär Beschäftigten. Somit ist deren Verweildauern deutlich geringer. Die geringste Anzahl an Behandlungsfällen und -tagen ist hingegen erwartungsgemäß bei den regulär angestellten männlichen Beschäftigten jünger als 30 Jahre zu finden (62,2 KH-Fälle und 451 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).

Tabelle 3.6.5 Stationäre Versorgung – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	< 30 Jahre		≥ 30 Jahre		< 30 Jahre		≥ 30 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
		KH-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder				KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder			
Vertragsformen	Unbefristet/Vollzeit	61,3	87,6	107,7	107,4	426	671	789	826
	Unbefristet/Teilzeit	67,4	111,7	116,0	107,0	554	931	968	832
	Befristet/Vollzeit	63,4	89,4	95,6	99,5	471	835	714	766
	Befristet/Teilzeit	61,5	93,6	94,8	104,3	551	800	816	825
Arbeitnehmerüberlassung	Ohne Arbeitnehmerüberlassung	62,2	91,5	107,2	106,5	451	769	796	826
	Mit Arbeitnehmerüberlassung	67,7	101,5	109,0	113,3	545	737	835	792
Gesamt		62,9	92,3	108,8	107,4	474	804	821	849

3.7 Zusammenfassung und Ausblick

Die stationäre Versorgung ist wesentlich auf die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen ausgerichtet, daran haben auch die Umwälzungen durch die Coronavirus-Pandemie nichts geändert. Nur ein relativ kleiner Teil der BKK Versicherten von knapp über 10% muss sich im Laufe eines Jahres in stationäre Behandlung begeben, es sind vor allem ältere Versicherte darunter zu finden. Entsprechend gehen die meisten Behandlungsfälle auf „Altersleiden“ aus dem Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurück, etwa jeder siebte Behandlungsfall ist dieser Diagnosehauptgruppe zuzuschreiben. Wie auch in den letzten Jahren haben die psychischen Störungen in der stationären Versorgung eine besondere Rolle inne: Mehr als jeder fünfte Behandlungstag ist auf psychische Störungen zurückzuführen, dabei weisen diese mit durchschnittlich rund 4 Wochen je Fall schon seit Jahren eine deutlich längere Behandlungsdauer auf als andere Erkrankungsarten. Mit durchschnittlich 28,9 Tagen je Fall wurde im aktuellen Berichtsjahr 2022 sogar ein neuer Spitzenwert bei der Verweildauer aufgrund psychischer Störungen erreicht. Abseits dessen sind aber auch im dritten Jahr der Coronavirus-Pandemie die Kennzahlen in der stationären Versorgung auf niedrigerem Niveau als vor 2020. Vielmehr ist insgesamt die durchschnittliche Anzahl an Behandlungstagen und -fällen gegenüber dem Vorjahr leicht um jeweils ~2% noch weiter gesunken. Eine Steigerung der Fallzahlen ist wesentlich nur für die Krankheiten des Atmungssystems zu verzeichnen, was damit auch die Ergebnisse aus den anderen Versorgungsbereichen bestätigt, in denen ebenfalls im Kontext dieser Erkrankungsart höhere Kennwerte zu verzeichnen sind. Im stationären Sektor sind davon dann vor allem die schweren Verläufe von Atemwegserkrankungen behandelt worden, dabei steigen im Vergleich zum Vorjahr vor allem die Fallzahlen bei den Versicherten jünger als 15 Jahre stark an. Zurückführen lässt sich dies auf verschiedene Ursachen, so etwa zirkulierten in diesem Berichtsjahr mehrere ver-

schiedene virale Erreger, zudem wurden ab März 2022 Kontaktbeschränkungen und weitere Pandemiemaßnahmen aufgehoben. Für die meisten anderen Krankheitsarten sind hingegen die Fallzahlen und die damit einhergehende Zahl der Behandlungstage zurückgegangen. Anders als bislang vermutet sind also auch im aktuellen Berichtsjahr weiterhin (noch) keine Nachholeffekte zu beobachten.

In den Auswertungen für das aktuelle Schwerpunktthema des Gesundheitsreports – hier in der Form operationalisiert, dass zwischen den Beschäftigten im Alter bis 30 Jahre und den älteren ab 30 Jahren verglichen wird – zeigt sich wenig überraschend, dass die älteren Beschäftigten häufiger und länger in stationärer Behandlung sind. Insgesamt ist zu konstatieren, dass mit steigendem Alter die Wahrscheinlichkeit für eine stationäre Behandlung steigt. Entsprechend sind auch Beschäftigte allgemein im Vergleich zu allen Versicherten seltener in stationärer Behandlung. Somit ist auf den ersten Blick die stationäre Versorgung schon gar nicht ein Thema für diejenigen, die gerade ins Berufsleben gestartet sind, da diese noch zu einem geringeren Anteil überhaupt eine Krankenhausbehandlung in Anspruch nehmen. Es bleibt aber zu bedenken, dass die Daten dieses Kapitels wesentlich die „Spitze des Eisbergs“ sichtbar machen, viele (Vor-)Erkrankungen (bspw. Bluthochdruck, was Jahre später zu Herzinfarkt oder Schlaganfall führen kann) beginnen aber schon deutlich früher und werden dann eher in anderen Versorgungsebenen des Gesundheitswesens sichtbar. Vielfach führen die Erkrankungen dann auch erst nach der Berentung zu einem stationären Aufenthalt – oder sie sind Grund für eine vorzeitige Berentung. Die Auswertungen zum Schwerpunktthema belegen eindrücklich, dass bei den jungen Beschäftigten der bei weitem größte Teil der Behandlungstage auf psychische Störungen zurückzuführen ist. Die absolute Zahl der Behandlungsfälle aufgrund psychischer Störungen nimmt aber mit höherem Alter nicht ab, es kommen dann nur im Gesamtgesche-

hen noch andere Diagnosen hinzu, weswegen stationäre Behandlungen erfolgen. Zudem sind psychische Störungen der häufigste Grund für den Zugang an Erwerbsminderungsrenten⁷. Gerade die mentale Gesundheit ist also ein wichtiges, alle Altersgruppen umfassendes Thema. Die in diesem Kapitel aufgeführten Sonderauswertungen zum Schwerpunktthema zeigen wiederum, dass bei den Beschäftigten jünger als 30 Jahre Frauen deutlich häufiger als Männer von psychischen Störungen betroffen sind. Jenseits des 30. Lebensjahrs steigt aber die Zahl der Behandlungsfälle und damit verbundenen Zeiten in stationärer Behandlung für die männlichen Beschäftigten deutlich stärker an als bei den Frauen; dies gilt sowohl für die psychischen Störungen, als auch für weitere Diagnosegruppen wie etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Neubildungen und Krankheiten des Verdauungssystems. Dabei handelt es sich aber wohl kaum um einen reinen Geschlechtseffekt (genauso, wie dies wohl kaum für die zuvor beschriebene häufigere Betroffenheit der Frauen von psychischen Störungen gilt), viel mehr deuten die arbeitsweltbezogenen Auswertungen darauf hin, dass ein großer Anteil an (schwerer) körperlicher Arbeit, die oftmals von Männern – aber nicht ausschließlich, siehe Reinigungskräfte – verrichtet werden, für die Gesundheit erheblich relevant ist.

Des Weiteren spielt dabei auch die Bildung bzw. Ausbildung eine Rolle: Mit höherem (Aus-)Bildungsgrad verbessert sich in der Regel die gesundheitliche Lage der Beschäftigten, dies zeigt sich nicht nur bei der Inanspruchnahme von stationärer Versorgung, sondern auch in der Medikation, in der Inanspruchnahme von ambulanter Versorgung allgemein und im Speziellen von Vorsorgemaßnahmen, in den Arbeitsunfähigkeitszeiten usw. (siehe entsprechendes Kapitel in diesem Buch). Dies hat sicherlich auch

damit zu tun, dass der Anteil der reinen „Kopfarbeit“ mit dem Bildungsgrad zunimmt (und eben weniger körperlich gearbeitet wird), damit zusammenhängende Einflussfaktoren auf Gesundheit wie etwa Rollenbilder und -erwartungen samt entsprechender Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit etc. (siehe u.a. Modell zu Geschlechtsrollen und Gesundheit von Sieverding⁸) liegen zudem auf der Hand. Grundlegend für die Aufrechterhaltung genauso wie die Verbesserung bzw. Wiederherstellung von Gesundheit bedarf es aber einer ausreichenden Gesundheitskompetenz, d.h. der Fähigkeit, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, dabei gute von weniger guten oder sogar falschen Informationen unterscheiden zu können und die gewonnenen Informationen zum Wohle der eigenen Gesundheit einzusetzen (siehe dazu **»** Beitrag von Dadaczynski, Friedrich und Sudeck in diesem Buch). Auch diese Kompetenz muss angeeignet und immer weiter verbessert werden, was das Thema Gesundheit und Gesundheitskompetenz auch schon für junge Menschen relevant macht. Schlussendlich ist es das ureigenste Interesse von Unternehmen, die Gesundheit ihrer Beschäftigten von Anfang an zu fördern. Betriebliche Gesundheitsförderung bzw. ein umfangreiches betriebliches Gesundheitsmanagement ist in vielen Betrieben schon lange etabliert. Hierzu gibt es viele innovative Angebote, wie die Praxis-Beiträge in diesem Jahr wie auch in den vorherigen Ausgaben eindrucksvoll aufzeigen. Gerade Berufseinsteiger sind für diese Gesundheitsprogramme eine wichtige Zielgruppe, können bei diesen doch schon die Weichen gestellt werden, dass diese möglichst lange gesund und arbeitsfähig bleiben und möglichst lange auch ohne eine stationäre Behandlung auskommen.

7 Deutsche Rentenversicherung (2022). Erwerbsminderungsrenten im Zeitverlauf. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/erwerbsminderungsrenten_zeitablauf.pdf [abgerufen am 24.7.2023]

8 Sieverding, M. (2005). Geschlecht und Gesundheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*, S. 55-70. Göttingen: Hogrefe.

Schwerpunkt Politik



Interview mit Kerstin Ney



Kerstin Ney
Thyssenkrupp AG – Automotive
Technology

Welche Erwartungen haben derzeit Berufsanfängerinnen und -anfänger an ihre Arbeit? Sind diese unterschiedlich zu vorherigen Generationen?

Das Thyssenkrupp Automotive Segment ist mit rund 20.000 Mitarbeitenden und ca. 50 Standorten ein wesentlicher Arbeitgeber in der Automobilzuliefererindustrie. Für die Produktion unserer führenden Komponenten beschäftigen wir Facharbeitende in unseren Werken, den Forschungs- und Entwicklungsbereichen, sowie in unseren Zentralfunktionen. Unsere Unternehmen haben eine sehr lange Historie – so feiern z.B. unsere Bilstein Werke im Jahr 2023 ihr 150-jähriges Jubiläum.

In all der Zeit haben sich unsere Produkte, aber auch die Art unserer Produktion und damit die verbundenen Arbeitsplätze kontinuierlich verändert. Unsere hoch qualifizierte Belegschaft entwickeln wir insbesondere über die eigene Ausbildung bzw. durch fortwährende Qualifizierung. Wir konnten in den letzten Jahrzehnten viele Fortschritte im Gesundheits- und Arbeitsschutz verzeichnen und doch stellen wir aktuell fest, dass die Attraktivität von Industriearbeitsplätzen abnimmt.

Die Erwartungen heutiger Berufsanfänger an ihre Arbeit haben sich im Laufe der Zeit verändert und unterscheiden sich in einigen Aspekten von frü-

heren Generationen. Einer der Hauptunterschiede liegt in der Erwartung an die Attraktivität eines Berufes. Während früher oft die Sicherheit eines festen Arbeitsplatzes und ein solides Gehalt im Vordergrund standen, sind heutige Berufsanfänger mehr daran interessiert, eine Arbeit zu finden, die sie persönlich erfüllt und ihnen eine hohe Arbeitszufriedenheit bietet. Sie suchen nach einer Tätigkeit, die ihre Leidenschaften und Interessen widerspiegelt und ihnen ein Gefühl von Sinnhaftigkeit vermittelt. Zudem beobachten wir seit kurzem ein wieder stärker tradiertes Gesellschaftsbild bei jüngeren Mitarbeitenden. Ein Vorteil in der Vergangenheit war sicher, dass Mitarbeitende ein direktes „physisches“ Produkt herstellen und sich als „Teil eines Autos“ fühlen konnten, das auf der Straße zu sehen ist. Die Bedeutung des Automobils ist jedoch in den jüngeren Generationen zurückgegangen und ein Arbeitsplatz in einem Produktionswerk, teilweise im Schichtbetrieb, an Wochenenden, in Nachtschichten, oder sogar mit Montagetätigkeiten und Reisen verbunden, hat an Attraktivität verloren.

Ein weiterer wichtiger Aspekt für heutige Berufsanfänger ist die zunehmende Flexibilität. Durch die fortschreitende Digitalisierung und Globalisierung erwarten sie flexible Arbeitszeiten, die es ihnen ermöglichen, ihre Arbeit besser mit ihrem Privatleben zu vereinbaren. Die Corona Pandemie hat dabei als wesentlicher Katalysator fungiert. Sie zeigte uns, was alles in „Remote-Arbeit“ möglich ist, steigerte aber auch die Erwartungen an Flexibilität. Für produzierende Unternehmen, die auf Schichtarbeit angewiesen sind und ihre Kunden Just-in-Time/Just-in-Sequence beliefern, ist dies jedoch nur eingeschränkt möglich. Zudem kann hierdurch eine „Schere“ zwischen der produzierenden Belegschaft, ohne größere Flexibilitätsoptionen, und den administrativen Mitarbeitenden aufgehen. Wir haben bei Thyssenkrupp die Einführung flexibler Arbeitsmodelle stark auf der Teamebene verankert, um jeweils auf die Anforderungen der

konkreten Teams einzugehen. Ein weiterer Fokus lag auf neuen Arbeitswelten in der Produktion. Hierbei ist neben der Organisation von Pausenzeiten und Arbeitsplatzwechseln insbesondere auch die kontinuierliche Überprüfung von Schichtmodellen notwendig. Dies jedoch immer in der Balance aus betrieblicher Notwendigkeit und Anforderungen der Mitarbeitenden.

Diese Erwartungen an attraktive Berufe, zunehmende Flexibilität und der Anspruch an Sinnhaftigkeit der Arbeit unterscheiden sich von früheren Generationen, die oft mehr Wert auf finanzielle Sicherheit und Aufstiegsmöglichkeiten legten. Während die älteren Generationen häufig bereit waren, Kompromisse einzugehen und sich in einer unerfüllten Arbeitssituation zurechtzufinden, sind die heutigen Berufsanfänger eher bereit, ihre Karrierepläne anzupassen und nach Alternativen zu suchen, wenn ihre Erwartungen nicht erfüllt werden.

Insgesamt suchen heutige Berufsanfänger nach einer Arbeitsumgebung, die sie persönlich erfüllt, Flexibilität ermöglicht und ihnen das Gefühl gibt, einen positiven Beitrag zu leisten. Unternehmen, die diese Erwartungen erfüllen können, sind in der Lage, talentierte junge Fachkräfte anzuziehen und langfristig zu binden. Es ist daher wichtig, dass Arbeitgeber sich auf diese Veränderungen einstellen und flexible Arbeitsmodelle, Entwicklungsmöglichkeiten und eine sinnstiftende Unternehmenskultur bieten, um den Erwartungen der heutigen Berufsanfänger gerecht zu werden.

Wobei entspricht die Arbeitswelt diesen Erwartungen bzw. wobei nicht? Was kann Ihr Unternehmen den Talenten bieten, um diese zu akquirieren und dauerhaft an sich zu binden?

In unseren Unternehmen haben wir verschiedene Schritte unternommen, um diesen Anforderungen entgegen zu kommen. Zunächst ist der Arbeits- und Gesundheitsschutz zu nennen. Mit unserem Anspruch „o-Unfälle“ zeigen wir glaubhaftes Engagement, den Arbeitsplatz sicher zu gestalten. Im Gesundheitsschutz verstärken wir aktuell die systematische Früherkennung und investieren in die Qualifizierung unserer Führungskräfte. Gerade die direkte Führungskraft hat einen großen Einfluss auf die Arbeitssicherheit und Gesundheit der Mitarbeitenden. Eine Anpassung des Führungsstils an neue Rahmenbedingungen ist daher notwendig. Ein „gesunder Führungsstil“ ist in vielen Dingen mit einem „guten Führungsstil“ und nachhaltiger Performance

gleichzusetzen. Neben vielen Maßnahmen im Bereich „Beruf & Familie“, z.B. Fahrradleasing, gesündere Ernährung, Ergonomie-Schulungen, etc. führen wir bei Thyssenkrupp einmal im Jahr die „we-care“-Woche durch, die aktuelle Themen anschaulich im Betrieb platziert. In diesem Jahr lag der Fokus auf Stress und Resilienz. Darüber hinaus stellen wir Mitarbeitenden psychologische Hilfe im Rahmen einer anonymisierten Hotline zur Verfügung.

Es gilt jedoch, die Arbeitsumgebung ständig zu beobachten und sich auf veränderte Situationen einzustellen. Im Rahmen des Thyssenkrupp „Pulse Check“ erheben wir die Zufriedenheit der Mitarbeitenden jährlich und leiten aus den Ergebnissen konkrete Maßnahmen an den Standorten ab.

Welche Kompetenzen brauchen Mitarbeitende in einer sich wandelnden Arbeitswelt, um dauerhaft produktiv, aber auch gesund zu arbeiten? Welche Rahmenbedingungen müssen dafür von Politik und Unternehmen geschaffen werden?

Auch heutige Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger müssen sich anpassen. In einer sich wandelnden Arbeitswelt, in der Technologie, Globalisierung und sich verändernde Arbeitsstrukturen eine immer größere Rolle spielen, sind bestimmte Kompetenzen erforderlich, um dauerhaft produktiv und gesund zu arbeiten. Diese Kompetenzen umfassen sowohl technische als auch soziale Fähigkeiten.

Zu den technischen Kompetenzen gehören beispielsweise digitale Fähigkeiten und technologisches Verständnis. Angesichts der fortschreitenden Digitalisierung ist es wichtig, dass Mitarbeitende über grundlegende Kenntnisse im Umgang mit digitalen Werkzeugen und Technologien verfügen. Dies ermöglicht ihnen eine effiziente Kommunikation, Zusammenarbeit und den Umgang mit großen Datenmengen. Darüber hinaus sollten sie die Fähigkeit besitzen, sich schnell an neue Technologien und Arbeitsmethoden anzupassen. Die aktuell aufkommenden „generative AI“ Modelle und weitere digitale Fortschritte werden die Arbeitswelten zunehmend prägen. Der Einfluss und die Adaption dieser Technologien ist nicht nur auf administrative Bereiche beschränkt. Auch in der Produktion spielt die Mensch-Roboter-Kollaboration schon heute eine große Rolle und die Bedienung der Maschinensoftware erfordert entsprechende Kenntnisse. Technologie ist in vielen Fällen ein Schlüssel, um Arbeitsplätze gesünder zu gestalten und z.B. körperlich anstrengende, repetitive Tätigkeiten zu automatisieren.

Es liegt an Unternehmen, Mitbestimmung und Politik, den Rahmen für technologischen Fortschritte zu gestalten. Wenn wir Chancen der technologischen Entwicklung nutzen und Arbeitsplätze, im Rahmen der betrieblichen Notwendigkeiten, an die

Bedürfnisse der Mitarbeitenden anpassen, können wir zukunftsfähige, gesunde und performante Industriearbeitsplätze in Deutschland erhalten.

Interview mit Natalie Lotzmann



Dr. Natalie Lotzmann
Leitung Globales Gesundheitswesen SAP

© Ingo Cordes

Welche Erwartungen haben derzeitig Berufsanfängerinnen und -anfänger an ihre Arbeit? Sind diese unterschiedlich zu vorherigen Generationen?

Die Generation Z, die aktuell neu auf den Arbeitsmarkt kommt, unterscheidet sich in ihren Grundbedürfnissen nicht von jeder anderen Generation. Alle Menschen wollen Wertschätzung und Anerkennung bei der Arbeit, sie wollen fair bezahlt und behandelt werden, sie wollen zu etwas Sinnvollem beitragen und sie wollen ihre unterschiedlichen Rollen im Arbeits- und Privatleben miteinander in Einklang bringen können.

Während die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer jedoch sehr schnell merkten, oder sogar gesagt bekamen „Wenn Dir etwas hier nicht gefällt, dann tut es eben ein anderer“, können die nachfolgenden Generationen, wegen ihrer geringeren Zahl, dem zunehmenden Fachkräftemangel, und den durch die Digitalisierung erweiterten Möglichkeiten, diese Bedürfnisse selbstverständlicher und gesellschaftlich akzeptierter einbringen. Während sich früher zum Teil Hunderte von Interessierten um eine Stelle beworben haben, müssen sich heute Arbeitgeber um ihre potenziellen Mitarbeitenden bemühen.

Je höherwertig die Ausbildung ist und je enger der Pool an potenziell Interessierten, desto mehr müs-

sen sich Arbeitgeber heute an den oft sehr klar artikulierten Erwartungen ausrichten.

Der Arbeitgeber wird oft schon danach ausgesucht, welche Reputation, welches Image er hat, wie er sich hinsichtlich eines gesellschaftlichen Beitrags aufstellt und ob die angestrebte Tätigkeit in diesem Sinne sinnstiftend ist. Dann wird oft bereits im ersten Gespräch nach Möglichkeiten der Vereinbarkeit von beruflichen Anforderungen und Freizeitwünschen gefragt. Dabei stehen Wünsche nach flexibler Arbeitszeitgestaltung und der Möglichkeit von zu Hause oder einem anderen Ort aus zu arbeiten ganz oben auf der Liste.

Dafür sind sie durchaus auch bereit bei Verdienstmöglichkeiten Abstriche zu machen, nicht jedoch, bei einer wertschätzenden Kultur und der Perspektive, sich weiterentwickeln zu können. Sie möchten Optionen haben auch in andere Bereiche zu wechseln und an Fort- oder Weiterbildungen teilzunehmen.

Diese Aufzählung ist naturgemäß grob und lässt keine Rückschlüsse auf den Einzelfall zu, dennoch lässt sich dieser Trend über alle Branchen und Unternehmensgrößen hinweg beobachten.

Wobei entspricht die Arbeitswelt diesen Erwartungen bzw. wobei nicht? Was kann Ihr Unternehmen den Talenten bieten, um diese zu akquirieren und dauerhaft an sich zu binden?

Auch den Berufsanfängerinnen und -anfängern ist es klar, dass die oben genannten Bedürfnisse nicht bei jeder Tätigkeit und nicht in jedem Umfeld gleichermaßen darstellbar sind.

Dennoch gibt es heute kein Unternehmen mehr, das nicht den Druck verspürt, den veränderten Anforderungen in irgendeiner Form Rechnung zu tragen, wenn es nicht in ein aussichtsloses Hintertreffen im Kampf um Mitarbeitende geraten will.

SAP ist dabei in einer guten Ausgangssituation.

- Die Unternehmenskultur basiert auf Vertrauen und ist ausgesprochen mitarbeiterorientiert; die Arbeitszeit ist entlang der Geschäftsanforderungen – wo möglich – flexibel gestaltbar. Es herrscht ein freundlicher, informeller und unterstützender Umgangston. Die Kleidungsgewohnheiten sind, abgesehen von Kundenterminen, informell und freizeitorientiert. Auch die Arbeitsumgebung trägt diesem Stil Rechnung. Es besteht ein großes Angebot an Sport- und Fitnessmöglichkeiten, das Kantinenessen ist international und wird ebenso wie Wasser, Kaffee und Tee umsonst angeboten. Ein vielfach ausgezeichnetes internes Gesundheitswesen bietet Unterstützung im Bereich physischer und mentaler Gesundheit. Diese Services werden „onsite“ oder virtuell bereitgestellt; die Zufriedenheit beträgt 99%. Führungskräfte sind angehalten ihre Mitarbeitenden zu fördern und zu unterstützen. Die mehrfach im Jahr durchgeführten Mitarbeiterbefragungen belegen einen Führungskulturindex von 89%.
- Mit einem „Pledge to Flex“ kommt SAP zusätzlich dem Bedürfnis nach hoher Flexibilität hinsichtlich der Gestaltung von Arbeitszeit und -ort zur bestmöglichen Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben entgegen. Dabei werden bei Bedarf in speziellen Teamworkshops die betrieblichen Bedürfnisse (z.B. Kundenbetreuung) mit den Bedürfnissen der Mitarbeitenden (z.B. nach frei über den Tag zu verteilenden Arbeitsstunden) balanciert.
- Dem Bedürfnis nach persönlichem Wachstum und beruflicher Entwicklung wird in vielfacher Weise begegnet. Über eine enorme Anzahl von Fortbildungen zur Weiterentwicklung technischer Fähigkeiten oder tätigkeitsbezogenem Know-how hinaus, stehen hunderte Kurse zu kommunikativen oder sozialen Kompetenzen zur Verfügung. Die meisten sind frei buchbar und bedürfen keiner Erlaubnis durch die Führungskraft.
- Dem Sicherheitsbedürfnis wird mit attraktiver Vergütung und einem verhältnismäßig sicheren Arbeitsplatz Rechnung getragen. Dabei hat es der einzelne Mitarbeitende auch selbst in der Hand, sich durch gezielte innerbetriebliche Stellenwechsel und gezielte Fortbildungen auf dem aktuellen Stand der Entwicklung zu halten und damit als Arbeitnehmer attraktiv zu bleiben.

Welche Kompetenzen brauchen Mitarbeitende in einer sich wandelnden Arbeitswelt, um dauerhaft produktiv, aber auch gesund zu arbeiten?

Die sich entlang der technologischen Veränderungen rasant ändernde Arbeitswelt lässt sich mit dem Akronym **VUKA** treffend beschreiben. Angesichts der ständigen Veränderung von Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozessen, der Unvorhersehbarkeit von Entwicklungen, der ständig zunehmenden Komplexität von Inhalten und Aufgaben und der hohen Ambiguität alltäglicher Situationen im Berufsalltag sind nicht nur Offenheit für Neues und die Bereitschaft zu lebenslangem Lernen, sondern auch soziale, kommunikative und mentale Kompetenzen erforderlich, um dauerhaft gesund, leistungs- und arbeitsfähig zu bleiben.

- Alle Auswirkungen der VUKA Welt sind in hohem Maße gesundheitsrelevant. Ständige Veränderung und Unvorhersehbarkeit machen Angst. Es bedarf eines klaren inneren Koordinatensystems, eines Vertrauens in sich selbst, einer hohen inneren Flexibilität und Anpassungsfähigkeit, um im Strom der Veränderung zu schwimmen und dem Unklaren mit Gelassenheit und Zuversicht begegnen zu können.
- Dabei ist die Halbwertszeit von Wissen so kurz wie nie zuvor und wird sich angesichts der schnell fortschreitenden technologischen Entwicklung weiter verkürzen. Neugier und Offenheit, vernetztes Denken und Anknüpfungsfähigkeit in benachbarte und übergreifende Wissensgebiete, sowie die Bereitschaft die eigene digitale Kompetenz up-to-date zu halten sind Haltungen, die es ermöglichen sich nachhaltig zukunftsfähig aufzustellen.
- Zudem macht es die hohe Komplexität des Alles-ist-mit-allem-verbunden und Es-ist-niemals-alles-gegan unmöglich, alles verstehen, kontrollieren oder erledigen zu können. Eine sinnvolle Auswahl zu treffen, sich ggf. abzugrenzen oder delegieren zu können, mit dem Unvollständigen, dem Unvollkommenen, der Lücke leben zu können, sind wichtige Fähigkeiten geworden. Perfektionisten mit hohem Qualitäts- und Kontrollbedürfnis haben schon fast einen Freifahrtschein in das Burnout. Oder, falls es sich um Führungskräfte handelt, treiben andere hinein.

- Weiterhin verlangt unsere vernetzte Welt mit ihrer Widersprüchlichkeit und resultierenden Zielkonflikten nach einer hohen Ambiguitätstoleranz, um seelisch gesund zu bleiben.
- Und hier letztgenannt, aber von grundlegender Bedeutung: Angesichts der zunehmenden Flexibilisierung von Arbeitszeit- und Ort bedarf es der Fähigkeit der Selbstorganisation und der Selbstfürsorge, um sich täglich entlang seiner verschiedenen Lebensrollen und -bedürfnisse neu auszubalancieren.

Welche Rahmenbedingungen müssen dafür von Politik und Unternehmen geschaffen werden?

Unternehmen sind heute gut beraten, wo immer dies möglich ist, den eingangs beschriebenen Bedürfnissen ihrer Belegschaft entgegenzukommen und auch darüber hinaus Dienstleistungen zur

Unterstützung von Gesundheit, Fitness, Wohlbefinden und Lebensbalance anzubieten, insbesondere hinsichtlich Flexibilität der Gestaltung von Arbeitszeit und -ort.

Die Politik muss ihre Gesetzgebung den veränderten Realitäten anpassen und mehr Regelungskompetenz auf betriebliche Ebenen verlagern. Am deutlichsten ist der Bedarf am veralteten Arbeitszeitgesetz zu sehen, das aktuell z.B. der selbstbestimmten, freien und flexiblen Aufteilung von Arbeit über den Tag verteilt nicht ausreichend Rechnung trägt.

Interview mit Philipp Hering



Philipp Hering
Abteilungsleiter „Junge
Generation/Ausbildung“ IG BCE

Welche Erwartungen haben derzeit Berufsanfängerinnen und -anfänger an ihre Arbeit? Sind diese unterschiedlich zu vorherigen Generationen?

Grundsätzlich würde ich die heutige Generation vor allem als selbstbewusster beschreiben, die sich vor allem auch traut, selber Anforderungen an ihre Arbeit, sowie Arbeitsbedingungen auch an die Arbeitgebenden zu stellen. Nach wie vor dient die Arbeit dazu, den Lebensunterhalt zu sichern. Aber sie dient, anders als früher, nicht mehr so sehr dem Status oder dazu, sich darüber zu profilieren. Die Berufsanfänger:innen haben – und das ist mir wichtig – natürlich noch Lust auf Arbeit. Wer etwas Anderes erzählt, unterstellt etwas völlig Absurdes. Die jungen Menschen haben nur keine Lust mehr auf Selbstausbeutung, und das ist auch gut so! Und es ist, und so nehme ich die Diskussion wahr, auch völlig in Ordnung, Zeit für Freunde, Hobbys und andere Dinge neben der Arbeit haben zu wollen und nicht mehr alles dem Job unterzuordnen. Und darin besteht, aus meiner Sicht, vielleicht ein Unterschied zu früher.

Wobei entspricht die Arbeitswelt diesen Erwartungen bzw. wobei nicht? Was kann Ihr Unternehmen den Talenten bieten, um diese zu akquirieren und dauerhaft an sich zu binden?

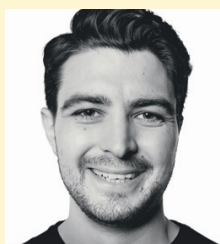
Grundsätzlich würde ich erst einmal festhalten, dass die Unternehmen in Zeiten von demografischer Entwicklung und Fachkräftemangel gut darin beraten sind, den jungen Menschen Perspektiven zu bieten, auch im ureigensten unternehmerischen Interesse. Das fängt bei genügend angebotenen und auch besetzten Ausbildungsplätzen an und geht mit direkter, unbefristeter Übernahme im Anschluss weiter. Hier liegt momentan mit Blick auf den Ausbildungsmarkt gesellschaftlich, wie aber auch unternehmerisch, die größte Herausforderung. Die Ausbildungsplatzzahlen sind zurückgegangen und die Zahl an Jugendlichen ohne Berufsabschluss ist gestiegen, zu viele landen noch in „Warteschleifen“. Das passt absolut nicht zusammen mit den aktuellen Herausforderungen im Kampf um genügend Fachkräfte. Gleichzeitig werden noch immer viele junge Menschen in überhöhten Auswahlverfahren aussortiert, auch das ist etwas, was man sich aktuell nicht mehr leisten kann. Mit Blick auf Chancengerechtigkeit und gesellschaftliche Verantwortung war das im Übrigen schon immer falsch! Bei der unbefristeten Übernahme sehe ich ebenfalls keine Verbesserungen in den letzten Jahren. Ich glaube, mit Investitionen in die Ausbildung und Übernahmegarantien kann es Unternehmen gelingen, junge Fachkräfte zu gewinnen und zu halten. Darüber hinaus kommt es natürlich auch auf gute Arbeitsbedingungen, die Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Freizeit und eben attraktive Arbeitsbedingungen und gute Arbeit an. Kurzum, die Unternehmen müssen sich mehr auf die Bedürfnisse der Fachkräfte einstellen.

Welche Kompetenzen brauchen Mitarbeitende in einer sich wandelnden Arbeitswelt, um dauerhaft produktiv, aber auch gesund zu arbeiten? Welche Rahmenbedingungen müssen dafür von Politik und Unternehmen geschaffen werden?

Grundsätzlich bietet die duale Ausbildung eine gute und breite Qualifikation, um langfristig in der Arbeitswelt gut zu bestehen. Allerdings braucht es in Zeiten von Transformationsprozessen, beispielsweise durch Digitalisierung, eine Bereitschaft zum lebensbegleitenden Lernen. Gleichzeitig sind die Unternehmen gefragt, ihre Mitarbeiter:innen auch weiter zu qualifizieren und ihnen die nötigen Freiräume dafür zu schaffen. Hier muss Politik Möglichkeiten für Weiterbildung in Zeiten von Transforma-

tion mit gesetzlichem Rahmen schaffen. Insbesondere in den letzten Jahren haben geringere Schichtstärken und steigende Belastungen insgesamt zu hohen Anforderungen an die Beschäftigten und auch Ausfällen geführt. Hier braucht es mit Blick auf die Personalplanung ein Umdenken und umsteuern! Für die junge Generation ist auch nicht zu unterschätzen, dass die zwei Jahre der Corona-Pandemie ebenfalls eine hohe psychische Belastung dargestellt haben, welche auch noch ihre Auswirkungen hat. Insgesamt wirkt sich der gestiegene Leistungsdruck und hohe Arbeitsbelastung auf die Belegschaften insgesamt aus. Hier müssen Unternehmen durch mehr Personal, flexiblere Arbeitszeitmodelle und bei Auszubildenden durch ausreichende und gute Betreuung durch Ausbildungspersonal Sorge tragen.

Interview mit Jan Dieren



Jan Dieren
Mitglied des Deutschen
Bundestages, SPD

Welche Erwartungen hatten Sie bei Ihrem Berufseinstieg bzw. bei Beginn Ihrer Tätigkeit im Bundestag an die Arbeit? Welchen dieser Erwartungen wurde entsprochen bzw. welchen nicht?

Meinen beruflichen Einstieg hatte ich als Anwalt in einer Arbeitsrechtskanzlei, die Beschäftigte und Betriebsräte vertritt. Ich hatte vorher Jura studiert und das erste und zweite Staatsexamen abgelegt. Am Jura-Studium gibt es sicher viel Reformbedarf. Aber ein Vorteil am zweiten Staatsexamen ist das Referendariat, das dem vorausgeht. Im Rahmen des Referendariats müssen angehende Jurist:innen verschiedene Stationen in der öffentlichen Verwaltung, in Gerichten, Staatsanwaltschaften, Kanzleien oder anderen möglichen Arbeitsorten durchgehen. Man bekommt also einen recht guten Eindruck davon, wie der spätere Arbeitsalltag aussehen kann, jedenfalls in diesen Bereichen. Deshalb hatte ich einen recht guten Eindruck davon, wie die Arbeitsweise und Arbeitsbelastung in einer Kanzlei aussehen würde und war davon nicht sehr überrascht.

Im Bundestag sah das etwas anders aus. Neu war für mich dabei gar nicht so sehr das politische Arbeiten. Ich bin seit vielen Jahren politisch aktiv, unter anderem auch im Stadtrat meiner Heimatstadt Moers. Die politische Arbeit im Bundestag unterscheidet sich davon natürlich noch um ein ganzes

Stück. Aber die Grundzüge sind nicht ganz verschieden, und auch die sozialen Dynamiken, die sich dort abspielen, ähneln sich.

Neu für mich war hingegen meine Rolle als Arbeitgeber. Seit meinem 16. Lebensjahr habe ich zusammen mit anderen Ehrenamtlichen politisch gearbeitet. Jetzt habe ich das erste Mal ein hauptamtliches Team, also Beschäftigte, die bei mir mit einem Arbeitsvertrag angestellt sind. Das ändert die Zusammenarbeit schon deutlich. In diese neue Rolle musste ich mich erstmal hineinfinden.

Wie sehen Sie allgemein die aktuelle Situation von Berufsanfängerinnen und -anfängern in der Arbeitswelt? Welche Erwartungen haben diese an Arbeit allgemein und welche Rolle spielt dabei insbesondere das Thema Gesundheit?

Die Situation junger Menschen, ihre Ziele, Perspektiven und Voraussetzungen sind zu unterschiedlich, um sie in einem Satz zusammenzufassen. Ich habe allerdings den Eindruck, dass sich heute viele junge Menschen sehr bewusst damit auseinandersetzen, welche Ansprüche sie an ihr Leben und ihre Arbeit haben. Manche mögen das als eine überhöhte Anspruchshaltung verunglimpfen und sich darüber ärgern, dass junge Menschen heute nicht genug „Bock auf Arbeit“ hätten. Ich glaube, das wird den jungen Menschen nicht gerecht. Zu wissen, was man selbst wirklich möchte, ist eine wichtige Voraussetzung, um sich mit anderen Menschen über die eigenen Lebens- und Arbeitsbedingungen auseinanderzusetzen. Es gehört viel Reife dazu, sich die eigenen Ansprüche und Wünsche klarzumachen und sie selbstbewusst gegenüber anderen zu vertreten. Möglicherweise steckt hinter dem Ärger über das Selbstbewusstsein junger Menschen heute auch der insgeheime Frust, sich die eigenen Ansprüche in der eigenen Jugend nicht so bewusst gemacht zu haben. Ich bin mir jedenfalls sicher, es ist für uns alle gut,

dass viele junge Menschen heute wissen, was sie wollen: Gute Bedingungen für ihre Arbeit und eine echte Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben. Das erhöht schließlich nicht nur die Zufriedenheit, sondern sorgt auch dafür, dass Menschen länger gesund bleiben. Aus zahlreichen Untersuchungen und Studien sind uns die Zusammenhänge von schlechten Arbeitsbedingungen und Krankheit hinlänglich bekannt. Ob es sich um physische, psychische oder eine Kombination aus beiden Belastungen handelt. Es ist auch ein klarer Zusammenhang zwischen schlechten Arbeitsbedingungen und dem Beschäftigtenkrankstand herstellbar. Das heißt aber andersherum auch: Sorgen Arbeitgeber für gute Bedingungen am Arbeitsplatz, dann sind Beschäftigte zufriedener, weniger krank und damit letztlich auch produktiver. Für viele Berufsanfänger:innen kommt das Thema Gesundheit zum ersten Mal mit dem Eintritt ins Berufsleben auf. Stress, Schlafmangel und Leistungsdruck sind häufige gesundheitliche Symptome in der Berufseinstiegsphase. Dabei wünschen sich viele junge Menschen eine Tätigkeit, in der sie sich kreativ entfalten, ihre Fähigkeiten ausleben und flexibel sein können. Damit sie das aber können, brauchen sie gute und gesunde Bedingungen am Arbeitsplatz.

Deshalb stehen wir als Gesellschaft vor einem Problem, wenn es vielen jungen Menschen schwerfällt, durch eine Ausbildung oder ein Studium den Einstieg ins Berufsleben zu finden. Aus dem aktuellen Berufsbildungsbericht wissen wir, dass zehntausende Ausbildungsplätze nicht besetzt werden können. Trotzdem ist die Zahl junger Menschen ohne jede Berufsqualifikation auf über 2,6 Millionen gestiegen. Das ist eine unfassbar hohe Zahl an jungen Menschen, deren Perspektive nicht gerade rosig aussieht. Deswegen ist es wirklich von großer Bedeutung, dass wir jetzt eine Ausbildungsgarantie auf den Weg gebracht haben – das ist wichtig sowohl für die jungen Menschen als auch für uns als Gesellschaft. Sicher können wir auch noch an weiteren Schrauben drehen, um die Situation weiter zu verbessern. Aber dieser Schritt ist auf jeden Fall wichtig.

Welche Kompetenzen brauchen Mitarbeitende in einer sich wandelnden Arbeitswelt, um dauerhaft produktiv, aber auch gesund zu arbeiten? Welche Rahmenbedingungen müssen dafür von Politik und Unternehmen geschaffen werden?

Ich würde die Frage gerne umdrehen: Welche Arbeitsbedingungen braucht es, damit der Wandel der Arbeitswelt nachhaltig und sozial gelingen kann? In erster Linie sind die Arbeitgeber:innen in der Verantwortung, in ihren Betrieben und Unternehmen gute Arbeitsbedingungen zu gewährleisten. Viele Menschen wollen sich heute in ihrer Arbeit selbst verwirklichen. Dies erfordert entsprechende Arbeitsbedingungen. In einem Arbeitsumfeld, in dem ich meine Fähigkeiten und Kenntnisse in eigenen Handlungsspielräumen einbringen kann, fühle ich mich wohl und erledige die Arbeit gerne und produktiv. Die Frage ist deshalb nicht in erster Linie, welche Fähigkeiten Beschäftigte im Hinblick auf den Wandel der Arbeitswelt benötigen. Die Fähigkeiten der arbeitenden Menschen, ihre Arbeit zu gestalten, sind nämlich gerade eine der wesentlichen Voraussetzungen für den Wandel der Arbeitswelt, den wir heute erleben. Die entscheidende Frage ist also deshalb vor allem die: Unter welchen Bedingungen gelingt es uns, diesen Wandel im Sinne der Menschen zu gestalten? Im Koalitionsvertrag haben wir uns auf einige Punkte geeinigt, die dafür wichtig sind. Zum Beispiel die Weiterentwicklung der Mitbestimmungsrechte für Beschäftigte ist dafür entscheidend. Alle sind sich darin einig, dass sich die Arbeitswelt in den letzten 50 Jahren sehr tiefgreifend gewandelt hat. Maschinen, Software und Künstliche Intelligenz sind aus der Arbeitswelt nicht mehr wegzudenken. Aber es hat sich vor allem auch die Art und Weise geändert, wie Beschäftigte zusammenarbeiten. Selbstorganisierte Teamarbeit ist heute vielerorts schon die Regel. Beschäftigte wissen häufig am besten, was es wann braucht, um den Arbeitsprozess gut zu gestalten und die vorgegebenen Ziele zu erreichen. Was sich allerdings in den letzten 50 Jahren kaum gewandelt hat, sind die Rechte der Beschäftigten, im Arbeitsprozess mitzubestimmen. Ich bin überzeugt davon, dass wir dringend eine Demokratisierung der Arbeitswelt brauchen, um den Wandel der Arbeitswelt im Sinne der Menschen zu gestalten. Nicht die Menschen sollen sich der Arbeit anpassen müssen, sondern die Arbeit dem Menschen.

Interview mit Saskia Weishaupt



Saskia Weishaupt
Mitglied des Deutschen
Bundestages, Bündnis 90/Die
Grünen

Welche Erwartungen hatten Sie bei Ihrem Berufseinstieg bzw. bei Beginn Ihrer Tätigkeit im Bundestag an die Arbeit? Welchen dieser Erwartungen wurde entsprochen bzw. welchen nicht?

Mit dem Berufseinstieg oder auch dem Beginn einer neuen Tätigkeit beginnt auch immer ein neuer Lebensabschnitt. Das ist immer aufregend und spannend zugleich. So, und vielleicht sogar noch viel mehr, war es auch, als ich im September 2021 in den Bundestag eingezogen bin.

Im Durchschnitt ist der Bundestag 47,3 Jahre alt und der Frauenanteil liegt bei 35%. Als Frau mit Ende 20 gehöre ich damit nicht nur zu den jüngeren Abgeordneten, sondern bilde auch nicht besonders den „klassischen“ Abgeordneten ab. Dies führte gerade zu Beginn der Legislaturperiode immer wieder zu Nachfragen, von welchen Abgeordneten ich denn die Mitarbeiterin sei. Dem Bild nicht zu entsprechen, war gerade zu Beginn anstrengend. Gleichzeitig war und ist es immer sehr schön, wenn ich Schüler:innen-Gruppen empfangen. Diese erwarten einen älteren Herrn im dunklen Anzug – dass dann eine junge Frau mit Turnschuhen den Raum betritt, weckt nochmal eine Neugier bei jungen Menschen. Ich habe für den Bundestag kandidiert, um jungen Menschen nicht nur eine Stimme zu geben, sondern

für diese auch ein Vorbild zu sein – diese Erwartung wird mehr als übertroffen.

Wie sehen Sie allgemein die aktuelle Situation von Berufsanfängerinnen und -anfängern in der Arbeitswelt? Welche Erwartungen haben diese an Arbeit allgemein und welche Rolle spielt dabei insbesondere das Thema Gesundheit?

Bevor aus jungen Menschen Berufseinsteiger:innen werden, sind diese zunächst Schüler:innen, dann Auszubildende oder Studierende – bereits hier werden wichtige Weichen für den nachfolgenden Werdegang gestellt. Umso wichtiger ist es deshalb, bereits hier bestehende Hürden und Ungleichheiten abzubauen. Denn der Zugang zu Bildung, Ausbildung und Studium ist in Deutschland sehr ungleich verteilt – insbesondere die soziale Herkunft bestimmt häufig den Bildungsweg von jungen Menschen. Hier müssen wir als Politik unbedingt ansetzen und jede Form von Bildung und Ausbildung für alle jungen Menschen zugänglicher und gerechter gestalten. Ein wichtiger Hebel gegen Armut als Bildungshindernis wäre hier zum Beispiel die aktuell geplante Kindergrundsicherung, aber auch Stipendien- und Förderprogramme für junge Menschen müssen weiter ausgebaut und gestärkt werden. Ausbildungsvergütung und staatliche Unterstützungsprogramme wie BAföG sind ebenfalls wichtige Instrumente, um jungen Menschen eine freie Wahl ihres Berufswegs zu ermöglichen.

Ebenso müssen wir als Gesellschaft dafür sorgen, dass Ausbildung und Studium als gleichwertig wichtige Bildungswege anerkannt werden und junge Menschen ohne gesellschaftlichen Druck frei entscheiden können, welche Ausbildungsform besser zu ihnen und ihren Bedürfnissen passt. Hier sind auch die Unternehmen selber gefragt, die durch ihre Auswahl der Bewerber:innen einen entscheidenden

Einfluss auf die gesellschaftliche Anerkennung der Abschlüsse haben.

Wenn wir uns die aktuelle Generation von neuen Berufsanfänger:innen anschauen, fällt häufig auf, dass diese von sich sagen, sie „arbeiten um zu leben“ – und nicht andersherum. Das beinhaltet häufig den Wunsch nach einer besseren Balance zwischen Arbeit, Freizeit und Familie, einer Reduktion der Wochenarbeitsstunden, aber auch mehr Raum und Möglichkeiten für persönliche und professionelle Weiterentwicklung, Ehrenamt oder politisches Engagement.

Darüber hinaus haben wir in Zeiten von Corona gesehen, dass mobiles Arbeiten in sehr viel mehr Bereichen möglich und auch produktiv ist als bisher gedacht. Viele Berufseinsteiger:innen wünschen sich, dass ihre Arbeitgeber:innen ihnen mobiles und flexibles Arbeiten ermöglichen, auch um eine bessere Vereinbarkeit von Beruf mit Freizeit, Engagement und Sorge-Arbeit zu ermöglichen.

Auf die Bedürfnisse von jungen Berufseinsteiger:innen nach einer besseren Work-Life Balance zu hören, zahlt sich auch für Arbeitgeber:innen aus – denn glücklichere und gesündere Angestellte bedeutet auch eine höhere Produktivität für das Unternehmen.

Welche Kompetenzen brauchen Mitarbeitende in einer sich wandelnden Arbeitswelt, um dauerhaft produktiv, aber auch gesund zu arbeiten? Welche Rahmenbedingungen müssen dafür von Politik und Unternehmen geschaffen werden?

Die heutige Arbeitswelt wandelt sich schnell und ständig – sowohl Arbeitnehmer:innen als auch Arbeitgeber:innen müssen häufig Flexibilität beweisen und sich an neue Gegebenheiten anpassen. Dennoch brauchen auch junge, flexible Menschen Sicherheit und feste Arbeitsverträge, sowie ein ausreichend hohes Gehalt, um fürs Alter vorsorgen zu

können. Eine gerechte Bezahlung für Arbeit zu gewährleisten ist die Kernaufgabe von Politik und Arbeitgeber:innen.

Eine wichtige Kompetenz von Berufseinsteiger:innen, die viele bereits mitbringen, ist die eigene Gesundheitskompetenz. Die eigenen physischen und psychischen Grenzen anzuerkennen und nicht über diese hinaus zu arbeiten ist wichtig, um lange gesund und glücklich arbeiten zu können. Hier ist es besonders wichtig, dass Unternehmen eine Kultur schaffen, in der Mitarbeitende keine Angst haben, sich krank zu melden oder Überstunden und Mehrarbeit abzulehnen. Ein angenehmes Arbeitsklima und ein offenes, ehrliches Miteinander sind sowohl für die mentale als auch die physische Gesundheit von Mitarbeitenden essenziell.

Wir erleben aktuell, dass die heranwachsende Generation von Berufseinsteiger:innen eine sehr politische ist, die bereit ist, für ihre Forderungen auf die Straße zu gehen und zu streiken. Dieses Engagement muss unbedingt von Arbeitgeber:innen weiter gefördert werden, und auch Gewerkschaften als Ort der gesellschaftlichen Mitbestimmung müssen für junge Menschen attraktiv und zugänglich sein. Gute und gesunde Arbeitsbedingungen waren schon immer das Ergebnis von erfolgreichen Arbeitskämpfen – das darf auch in Zukunft nicht in Vergessenheit geraten.

Interview mit Maximilian Funke-Kaiser



Maximilian Funke-Kaiser
Mitglied des Deutschen
Bundestages, digitalpolitischer
Sprecher der FDP-Bundestags-
fraktion.

Welche Erwartungen hatten Sie bei Ihrem Berufseinstieg bzw. bei Beginn Ihrer Tätigkeit im Bundestag an die Arbeit? Welchen dieser Erwartungen wurde entsprochen bzw. welchen nicht?

Der Bundestag ist tatsächlich nicht mein Berufseinstieg, der liegt mit meinen Firmengründungen schon mehrere Jahre zurück. Trotzdem war es eine ganz neue Erfahrung, als Volksvertreter nach Berlin berufen zu werden. Ich wusste natürlich, dass die Rolle als Mitglied des Deutschen Bundestags arbeitsintensiv ist, aber die wahre Intensität von bis zu 100 Stunden die Woche mit ständiger Verfügbarkeit hat mich dann doch überrascht. Das war auf jeden Fall eine Umstellung, und ich musste Strategien entwickeln, um mit dem Stress umzugehen und produktiv zu bleiben. Ich hätte wohl nie gedacht, dass ich mir so umfassend Gedanken um meine Ruhephasen machen muss. Des Weiteren hatte ich eine vorbildlich digitalisierte Verwaltung erwartet, da hielt die Realität für mich als Digitalpolitiker natürlich eine gewisse Enttäuschung bereit. Trotz dieser kleinen Rückschläge bereitet mir die tägliche Arbeit als Abgeordneter Freude, und das ist wichtig. Ohne ein positives Gefühl wäre es nicht möglich, jeden Tag diese Leistung zu bringen.

Wie sehen Sie allgemein die aktuelle Situation von Berufsanfängerinnen und -anfängern in der Arbeitswelt? Welche Erwartungen haben diese an Arbeit allgemein und welche Rolle spielt dabei insbesondere das Thema Gesundheit?

Ich halte die aktuelle Situation für Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger im Allgemeinen für äußerst vorteilhaft. Junge Menschen in Deutschland haben schließlich beste Voraussetzungen. Wir haben eine starke und funktionierende Wirtschaft, ein einmaliges Ausbildungssystem und einige der besten Universitäten der Welt. Gut ausgebildete Berufsanfänger und Berufsanfängerinnen werden vom Arbeitsmarkt geradezu händeringend gesucht.

Der Grund dafür ist der Mangel an Fachkräften, der die Arbeitnehmer und die Berufseinsteiger in eine komfortable Verhandlungsposition befördert. Denn die geburtenstärksten Jahrgänge Deutschlands gehen bereits in Rente oder sind weniger als zehn Jahre davon entfernt. Einerseits verändert sich der Arbeitsmarkt dadurch kontinuierlich, andererseits spielt auch die zunehmende Digitalisierung eine Rolle. Dank dieser Entwicklungen können Berufseinsteiger mittlerweile auf neue und alternative Arbeitsmodelle bauen. Das beste Beispiel ist das Homeoffice, das für viele Arbeitnehmer bis dahin nur ein Prestigeobjekt junger Start-ups war und seit der Corona-Pandemie für Millionen von Menschen in unserem Land eine gängige Praxis ist.

Mit der Möglichkeit, die Arbeit bequem von zu Hause aus zu verrichten, steigt natürlich auch die Arbeitsqualität für den Einzelnen. Gleichzeitig müssen sich Gesellschaft und Arbeitnehmer auch der Risiken bewusst werden, die eine Vermischung von Privatleben und Arbeit mit sich bringt. Ruhezeiten sind wichtig, und Stress ist eine der größten mentalen Gefahren für die eigene Gesundheit. Zum Glück ist die junge Generation sich dieser Problematik be-

wusst und nimmt das eigene Wohlergehen ernst. Stressbedingte Krankheiten wie Burn-out sind endlich nicht mehr mit einem Stigma behaftet. Auch an der eigenen körperlichen Gesundheit und einem bewussteren Lebensstil sind die jungen Leute interessiert – das sehen wir am konstanten Rückgang von Fleischverzehr und Alkoholkonsum in den Statistiken. Es ist also kein Wunder, dass die sogenannte Work-Life-Balance bei Berufsanfängern und -anfängerinnen einen hohen Stellenwert hat.

Welche Kompetenzen brauchen Mitarbeitende in einer sich wandelnden Arbeitswelt, um dauerhaft produktiv, aber auch gesund zu arbeiten? Welche Rahmenbedingungen müssen dafür von Politik und Unternehmen geschaffen werden?

Wir müssen Produktivität und Gesundheit als Symbiose begreifen. Es ist niemandem geholfen, wenn die Arbeitnehmer sich im wahrsten Sinne des Wortes durch Arbeit kaputtmachen. Eine große Erleichterung für Mitarbeiter kann die Digitalisierung der Arbeitswelt bringen, schließlich können wir damit Routineaufgaben beschleunigen oder ganz automatisieren. Das entzerrt den Arbeitsalltag und schafft damit gezielt Entlastung, die auch dem gesunden Arbeitsleben des Einzelnen hilft. Dafür müssen Staat und Unternehmen den Arbeitnehmern die nötigen Kompetenzen an die Hand geben. Das kann einerseits im Ausbildungskontext, also in der Schule, während der Ausbildung oder des Studiums erfolgen. Andererseits braucht es auch für Personen, die

schon voll im Berufsleben stehen, Weiterbildungsmöglichkeiten, damit sie den Anforderungen unserer Informationsgesellschaft gewachsen sind.

Ich begrüße den Vorstoß der Ampelkoalition, die konstante Vermessung der Arbeitsleistung und Überwachung von Mitarbeitern durch Computerprogramme und Künstliche Intelligenz schon im Ansatz zu verhindern. Hier steht die Politik in der Pflicht, die Arbeitnehmer vor übergriffigen Vorgesetzten zu schützen, und diese Aufgabe nehmen wir auch wahr. Der technische Fortschritt am Arbeitsplatz muss schließlich den Menschen und der Arbeitsqualität zugutekommen, denn ein gesundes Arbeitsklima hilft der mentalen und physischen Gesundheit der Arbeitnehmer direkt.

Zusätzlich ist wichtig, Stress auch abseits des Arbeitsalltags auszugleichen: Hobbies, Freunde, Freizeit. Davon abgesehen kann jeder auch im Laufe des Tages einiges für die eigene Gesundheit tun. Ich tracke beispielsweise per Smart-Watch und Smart-Ring meine Gesundheitsdaten und werte diese aus – das hat mir besonders in Hinblick auf meine Schlafphasen geholfen, und seitdem merke ich einen deutlichen Unterschied in meiner Resilienz. Es gibt eine ganze Reihe an freiwilligen Anwendungsmöglichkeiten in der Arbeitswelt: Smarte Uhren können uns daran erinnern, dass wir uns am Arbeitsplatz in regelmäßigen Abständen bewegen sollen, um Thrombosen vorzubeugen. Hier kann ich mir weitere Bildungsangebote für Menschen vorstellen, die ihr Arbeitsleben bewusster gestalten und Risiken frühzeitig negieren möchten.

Interview mit Sepp Müller



Sepp Müller
Mitglied des Deutschen
Bundestages, CDU/CSU

Welche Erwartungen hatten Sie bei Ihrem Berufseinstieg bzw. bei Beginn Ihrer Tätigkeit im Bundestag an die Arbeit? Welchen dieser Erwartungen wurde entsprochen bzw. welchen nicht?

Beim Berufseinstieg war mein größtes Ziel, meine Ausbildung als Bankkaufmann zu bestehen. Das ist mir gelungen, sodass ich mich dazu entschlossen habe, nebenher ein Fernstudium bis zum diplomierten Bankbetriebswirt zu absolvieren. Mit dem gewonnenen Wissen und meinem stetigen Willen, meinen Wahlkreis in Berlin vertreten zu dürfen, habe ich es dann am 24.09.2017 als direkt gewählter Abgeordneter in den Bundestag geschafft. Für mich stand fest, dass ich meine Kenntnisse im Finanzausschuss einbringen will, und das ist mir glücklicherweise auch gelungen. Meine persönlichen Ziele, und auch die Erwartung an mich selbst, konnte ich damit erfüllen. Den Einstieg in die Arbeit im Bundestag vergleiche ich jedoch gerne mit dem Vater werden. Ich selbst habe einen Sohn, und auch da kam alles anders, als ich es mir vorgestellt hatte. Man weiß, dass sich Dinge ändern werden, und wenn es dann so weit ist, dann erlebt man alles doch viel intensiver. Meine Arbeitszeiten, die Abläufe und meine Verpflichtungen haben sich als frisch gewählter

Abgeordneter geändert. Es bereitet mir viel Freude, und ich bin stolz darauf, meinen Wahlkreis im Bundestag vertreten zu dürfen.

Wie sehen Sie allgemein die aktuelle Situation von Berufsanfängerinnen und -anfängern in der Arbeitswelt? Welche Erwartungen haben diese an Arbeit allgemein und welche Rolle spielt dabei insbesondere das Thema Gesundheit?

In der aktuellen Arbeitswelt stehen den jungen Menschen und Berufsanfängern unglaublich viele Möglichkeiten offen. Jeder kann, mit dem gewissen Ehrgeiz und Willen, das erlernen, was er möchte. Wir haben weitaus mehr offene Ausbildungs- und Studienplätze als wir Schulabgänger haben, sodass sich hier viele Chancen eröffnen. Ich würde behaupten, dass es dies zu keiner anderen Zeit gab. Ich erinnere mich an meine Zeit als Jugendlicher, in der Ausbildungsplätze rar waren und man nicht immer das erlernen konnte, was man sich vielleicht gewünscht hat. Dennoch glaube ich, dass wir gerade das Thema Ausbildung wieder attraktiver gestalten sollten, denn die Zahl der abgeschlossenen Ausbildungsverträge sinkt seit 2007 immer weiter. Diese Attraktivität erlangen wir jedoch nicht nur durch monetäre Leistungen, sondern auch durch die Vermittlung von Sicherheiten. Ein Beispiel dafür könnte unter anderem die Bereitstellung von Equipment, welches zum Lernen in der Berufsschule genutzt werden kann, sein. Dies spiegelt den Auszubildenden die Wertschätzung des Arbeitgebers. Klar ist, dass es sowohl Studenten als auch Auszubildende braucht, wobei beiden Gruppen dieselbe Anerkennung entgegengebracht werden muss. Es sollte unser aller Ziel sein, dass junge Menschen, die eine Berufsausbildung machen bzw. gemacht haben, sich geschätzt und auch von der Gesellschaft gesehen fühlen.

Welche Kompetenzen brauchen Mitarbeitende in einer sich wandelnden Arbeitswelt, um dauerhaft produktiv, aber auch gesund zu arbeiten? Welche Rahmenbedingungen müssen dafür von Politik und Unternehmen geschaffen werden?

Für viele junge Berufseinsteiger ist die Work-Life-Balance sehr wichtig. Ich finde jedoch, dass das Thema Gesundheit bedauerlicherweise sowohl bei den Berufsanfängern als auch bei den Arbeitgebern eine viel zu kleine Rolle einnimmt. Um dauerhaft dafür zu sorgen, dass die Mitarbeiter fit und gesund bleiben, sollte das betriebliche Gesundheitsmanagement in vielen Betrieben deutlich ausgebaut werden. Dazu gehören unter anderem Sportkurse, ein vernünftig eingerichteter Arbeitsplatz, aber auch ein gesundes Essen in der Kantine. Für mich persönlich wären aber auch Bürohunde eine gute Möglichkeit, das Arbeitsklima zu verbessern und die psychische Gesundheit der Mitarbeiter zu stärken. Denn in unserer aktuellen Arbeitswelt gilt wohl, was schon einst der griechische Philosoph Heraklit sagte: „Nichts ist so beständig wie der Wandel.“ Aus diesem Grund ist es wichtig, dass sich Mitarbeiter schnell auf Veränderungen einstellen können und sich auf neue Dinge einlassen. In unserer doch recht schnelllebigen Gesellschaft ist es wichtig zu lernen und Interesse daran zu haben, sich stetig weiterzubilden. Dabei können Perspektivwechsel durchaus helfen. Trotz alledem ist es wichtig, sich zwischendurch immer wieder eine Auszeit zu gönnen und sich Zeit für sich zu nehmen. Sei es im Garten, mit einem Buch auf der Wiese oder bei einem schönen Spaziergang. Ich erachte es als sehr wichtig, dass man sich einen für sich selbst ‚sicheren Hafen‘ sucht, um neue

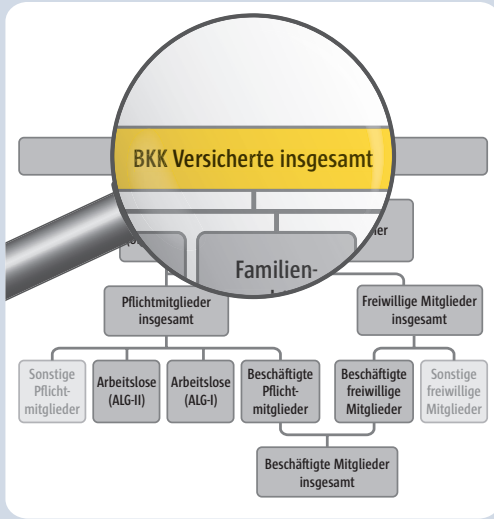
Energie und Kraft zu tanken. Die eigene Gesundheit ist ein kostbares Gut und nur, wenn man sie erhält, schafft man es am Ende, mindestens 45 Jahre lang gesund und mit Freude zu arbeiten. Dabei kann auch der Arbeitgeber immer wieder unterstützen und sollte auch auf seine Mitarbeiter und deren Gesundheit achten. Denn auch wenn dies erst einmal mit Zeit und Aufwand verbunden ist, so sind körperlich und seelisch gesunde Arbeitnehmer eine Bereicherung für jeden Betrieb. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten können reduziert werden, die Motivation gesteigert und auch die Verbundenheit zum Betrieb gestärkt werden. Wenn Arbeitnehmer erkennen, dass man sich für sie interessiert und einsetzt, dann ergibt sich oftmals nochmal eine neue positive Einstellung gegenüber dem Arbeitgeber. Dennoch glaube ich, dass all diese Themen innerhalb der Tarifparteien, zwischen Gewerkschaften und Arbeitgebern, geklärt werden sollten und nicht durch die Politik. Ich finde es wichtig, dass sich Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände für die Belange der jeweiligen Parteien einsetzen und diese gut vertreten. Würde die Politik hier vermehrt eingreifen, sehe ich diesen Austausch bedauerlicherweise in Gefahr. Daher glaube ich auch, dass Themen wie Gesundheit am Arbeitsplatz nur mit äußerstem Bedacht in der Politik bestimmt werden sollten. Beim Thema Arbeitszeitschutzgesetz kann ich mir jedoch eine Flexibilisierung vorstellen. Weg von einer maximal täglichen Arbeitszeit, hin zu einer Wochenarbeitszeit. Ich kenne einige junge Menschen, die gerade am Anfang ihrer Karriere mehr arbeiten wollen würden. Hier könnten wir den Arbeitswillen stärken und den jungen Menschen mehr Freiraum einräumen.

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 sowie der beschäftigten BKK Mitglieder.

Die Auswertung der Arzneimittelverordnungen erfolgt anhand der anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (kurz: ATC-Klassifikation)¹. Diese Klassifikation systematisiert Wirkstoffe anhand ihrer chemischen Eigenschaften, ihres therapeutischen Einsatzgebietes sowie ihrer anatomischen Kriterien. Deren Anwendungsgebiete sind nach Organsystemen in 14 anatomische Hauptgruppen unterteilt. Zur Einordnung und Interpretation der verwendeten Kenngrößen sei an dieser Stelle nochmals auf das Kapitel **»»** Methodische Hinweise verwiesen. Einleitend werden zudem zusätzlich die im Rahmen der Coronavirus-Pandemie gültigen und für die folgenden Analysen relevanten Sonderregelungen aufgeführt und erläutert.

1 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.) Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation 2022: <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/ATC/atc-ddd-amtlich-2022.html> [abgerufen am 24.05.2023].

4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

Sonderregelungen bei Arzneimittelverordnungen im Rahmen der Coronavirus-Pandemie

Seit März 2020 wurde eine Vielzahl von Corona-Sonderregelungen zur Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln eingeführt, die auch im Jahr 2022 Bestand haben. So können Arzneimittel weiterhin ohne direkten Arzt-Patienten-Kontakt fernmündlich verordnet werden. Die Zusendung des notwendigen Rezepts soll dabei bevorzugt zur Vermeidung unnötiger Kontakte auf dem postalischen Weg erfolgen. Zusätzlich darf auf Verordnungen von Arzneimitteln bei Entlassung aus dem Krankenhaus auch eine Großpackung verschrieben werden. Das Rezept hat dabei eine verlängerte Gültigkeit von sechs Tagen, um Arztpraxen zu entlasten und nicht notwendige Arzt-Patienten-Kontakte weiter zu minimieren.

Ergänzend haben Apotheken während der Coronavirus-Pandemie flexiblere Möglichkeiten zum Austausch von Arzneimitteln bekommen, wenn diese nicht vorrätig sind. Dabei dürfen sie bei der Packungsgröße, Packungsanzahl sowie der Wirkstärke abweichen. Nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt darf sogar ein vergleichbares Arzneimittel mit einem anderen Wirkstoff abgegeben werden. Sie gelten für Apotheken bis zum 31.07.2023². Eine

zusätzliche Möglichkeit zur Kontaktreduktion ist die seit 2021 regelhaft eingeführte Möglichkeit, Arzneimittel via Botendienst direkt zum Versicherten nach Hause zu liefern.

- Der Anteil der Versicherten, die mindestens ein Arzneimittel verordnet bekommen haben, ist im Jahr 2022 mit 71,7% immer noch niedriger als in den vorpandemischen Jahren (2012–2019: 73,0%–74,9%).
- Mit durchschnittlich 537 verordneten Tagesdosen je BKK Versicherten und Jahr wird hingegen ein neuer Höchstwert in den vergangenen 10 Jahren erreicht.

Insgesamt haben die ca. 9,3 Millionen BKK Versicherten im Jahr 2022 72,5 Millionen Einzelverordnungen (EVO) erhalten. Das entspricht einem durchschnittlichen Wert von 7,8 EVO je BKK Versicherten, die zugehörige Menge der definierten Tagesdosen (DDD) beläuft sich auf 537 DDD je BKK Versicherten. Mehr als zwei Drittel (71,7%) aller BKK Versicherten haben im Jahr 2022 mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten.

In »»» Tabelle 4.1.1 sind die wichtigsten Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen differenziert nach Versichertengruppen dargestellt. Der größte Anteil der Versicherten (91,0%) mit mindestens einer Arzneimittelverordnung ist in der Gruppe der Rentner

2 G-BA (2023) Arzneimittel-Richtlinie und Anlagen: <https://www.g-ba.de/themen/arszneimittel/arszneimittel-richtlinie-anlagen/> [abgerufen am: 24.05.2023].

Tabelle 4.1.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2022)

Versichertengruppen	EVO je BKK Versicherten	DDD je BKK Versicherten	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	4,8	328	65,7
Arbeitslose (ALG-I)	8,4	597	49,7
Arbeitslose (ALG-II)	7,1	457	56,1
Familienangehörige	4,5	191	65,4
Rentner	19,4	1.489	91,0
BKK Versicherte insgesamt	7,8	537	71,7

zu finden. Gleiches gilt auch für die Anzahl der Einzelverordnungen (19,4 EVO je Rentner) sowie für die definierten Tagesdosen (1.489 DDD je Rentner). Mit durchschnittlich 191 DDD weist hingegen die Gruppe der Familienangehörigen die niedrigsten Tagesdosen im Berichtsjahr auf. Gleichzeitig liegen auch deren Einzelverordnungen (4,5 EVO je Familienversicherten) deutlich unter denen aller anderen Versicherungsguppen. Begründet ist dies vor allem damit, dass in dieser Gruppe zum Großteil Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren (74,1%) zu finden sind. Da in dieser Altersgruppe eher akute Erkrankungen von kurzer Dauer dominieren, ist zwar der Verordnungsanteil mit 65,4% im Verhältnis relativ hoch, es werden aber meist nur Medikamente mit einer kurzen Anwendungsdauer verschrieben, was vor allem die geringe durchschnittliche Anzahl an definierten Tagesdosen (DDD) erklärt. Hingegen hat nur knapp die Hälfte (49,7%) der Arbeitslosen mit ALG-I-Bezug eine Arzneimittelverordnung erhalten. Damit ist für diese Gruppe der niedrigste Anteil im Vergleich zu verzeichnen. Diese Versicherungsguppe weist allerdings bei den Einzelverordnungen (8,4 EVO je Arbeitslosen im ALG-I-Bezug) sowie auch bei den definierten Tagesdosen (597 DDD je Arbeitslosen im ALG-I-Bezug) zusammen mit den ALG-II-Empfängern (457 DDD je

Arbeitslosen im ALG-II-Bezug) die höchsten Werte nach den Rentnern auf. Weitere Detailbetrachtungen zu den Arzneimittelverordnungen nach Versicherungsguppen sind im **III** Kapitel 4.3.2 zu finden.

Die Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie sind auch in ihrem dritten Jahr im Verordnungsgeschehen der Arzneimittel erkennbar und teilweise auf die in **III** Kapitel 4.1.1 erwähnten Sonderregelungen zurückzuführen. Wie in **III** Tabelle 4.1.2 zu sehen ist, ist der Verordnungsanteil im Jahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr zwar wieder angestiegen (+2,8 Prozentpunkte), erreicht allerdings aktuell noch nicht das Niveau der vorpandemischen Werte (73,0%-74,9%). Dagegen ist die Anzahl der Einzelverordnungen nur wenig verändert, während gleichzeitig die definierten Tagesdosen nochmals angestiegen sind. Letztere haben seit 2012 um +23,7% zugenommen. Diese Diskrepanz zwischen Verordnungsanteilen und -mengen (DDD) ist vor allem mit den Veränderungen im Verordnungsgeschehen und den in den letzten Jahren gültigen Sonderregelungen zu erklären. Welche Veränderungen dabei bezogen auf Verordnungshauptgruppen zu beobachten sind und welche Ursachen es für diese Entwicklung gibt, soll im Folgenden näher beleuchtet werden.

Tabelle 4.1.2 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2012–2022)

Berichtsjahre	EVO je BKK Versicherten	DDD je BKK Versicherten	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent
2012	7,4	434	73,7
2013	7,5	447	74,9
2014	7,5	462	74,0
2015	7,6	470	73,8
2016	7,7	486	74,0
2017	7,3	465	73,0
2018	7,5	478	73,3
2019	7,7	505	73,0
2020	7,5	515	69,8
2021	7,4	518	68,9
2022	7,8	537	71,7

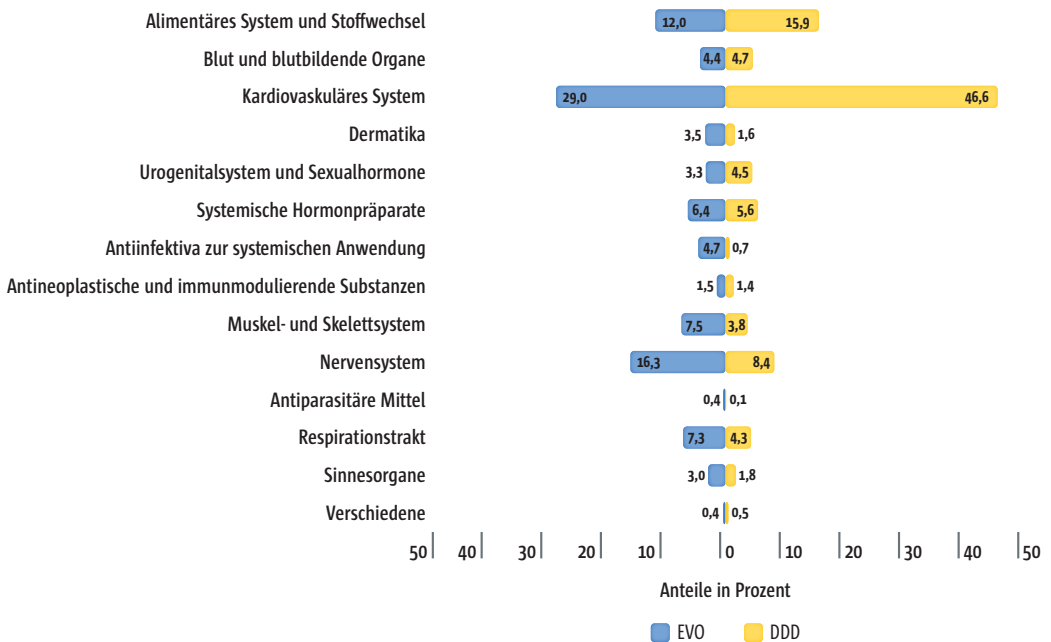
4.2 Die wichtigsten Verordnungshauptgruppen und -untergruppen

- Mit mehr als jeder vierten Einzelverordnung (29,0%) sowie fast der Hälfte (46,6%) aller definierten Tagesdosen dominieren bei den BKK Versicherten die Herzkreislauf-Medikamente das Verordnungsgeschehen.

Wie in **»»** Diagramm 4.2.1 für das aktuelle Berichtsjahr zu erkennen ist, werden nach wie vor die Anteile der Einzelverordnungen sowie der definierten Tagesdosen von den Mitteln mit Wirkung auf das kar-

diovaskuläre System dominiert. Mehr als jede vierte Einzelverordnung (29,0%) sowie fast die Hälfte (46,6%) aller definierten Tagesdosen gehen allein auf diese anatomische Hauptgruppe zurück. Die Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel bilden mit 12,0% den drittgrößten Anteil der Einzelverordnungen und mit 15,9% den zweitgrößten Anteil aller verordneten Tagesdosen. An dritter Stelle folgen die Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem, die für 16,3% aller Einzelverord-

Diagramm 4.2.1 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2022)



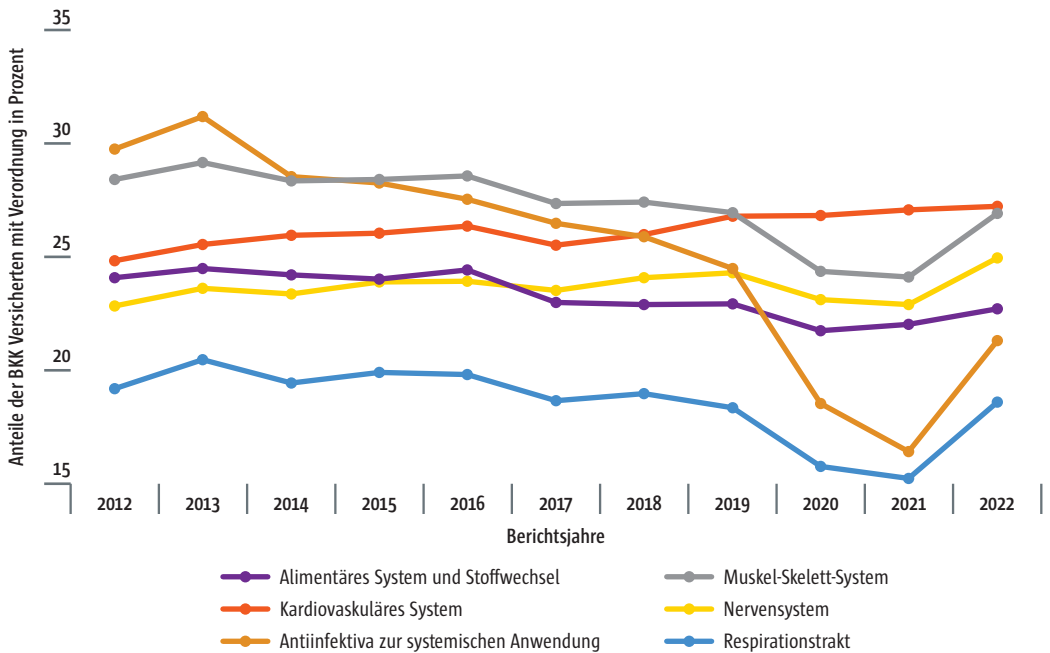
nungen und 8,4% aller Tagesdosen verantwortlich sind. Zusammen sind allein diese drei Wirkstoffgruppen im Jahr 2022 für die Mehrheit (57,3%) aller Einzelverordnungen und für mehr als zwei Drittel (70,9%) aller verordneten Tagesdosen bei den BKK Versicherten verantwortlich. Die Wirkstoffgruppen, die hingegen meist bei saisonalen bzw. kurzzeitigen Erkrankungen (z.B. Atemwegsinfekte) in geringen Mengen verordnet werden, spielen bei den Anteilen an den Einzelverordnungen und definierten Tagesdosen nur eine untergeordnete Rolle. Dies trifft beispielsweise auf Antiinfektiva und Mittel mit Wirkung auf den Respirationstrakt zu.

- Die Verordnungsanteile von Wirkstoffen, die bei Atemwegserkrankungen und Infektionen eingesetzt werden (bspw. Antiinfektiva), haben im Vorjahresvergleich deutlich zugenommen.
- Dagegen sind bei den Herz-Kreislauf-Medikamenten im gleichen Zeitraum vor allem die definierten Tagesdosen tendenziell weiter angestiegen.

In **III** Diagramm 4.2.2 sind die jeweiligen Anteile der BKK Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung für ausgewählte anatomische Haupt-

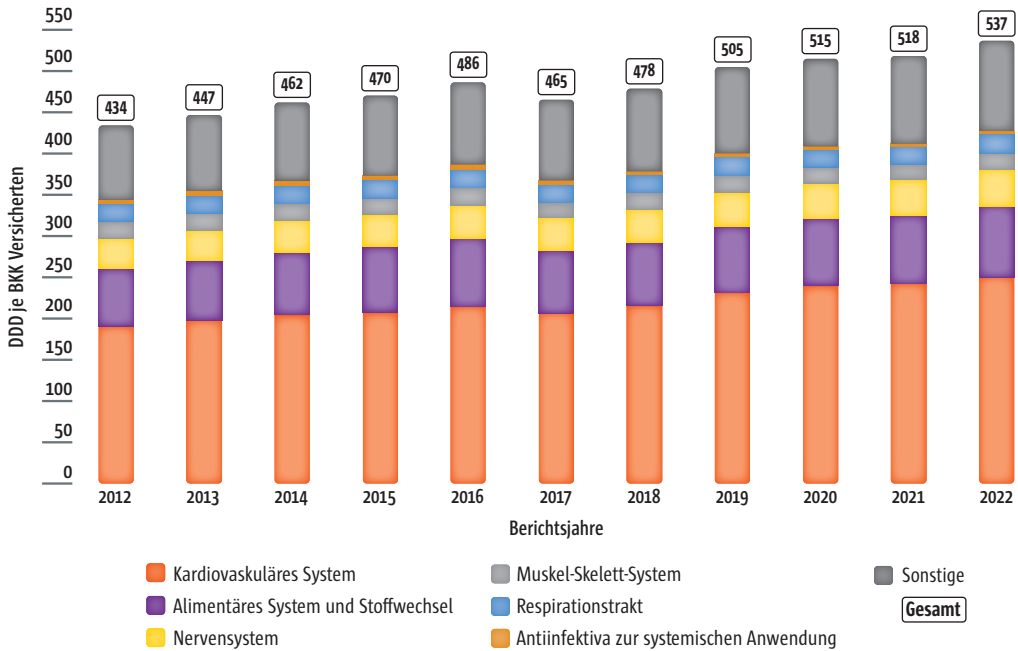
gruppen im Zeitverlauf zwischen 2012 und 2022 dargestellt. Sowohl in der Reihung als auch in der Ausprägung der Anteile ist zwischen 2012 und 2019 für die meisten hier dargestellten Wirkstoffgruppen nur wenig Dynamik zu erkennen. Ab dem Jahr 2020 zeigt sich allerdings eine deutlich höhere Variabilität der Kennzahlen, wobei die Gruppe der Antiinfektiva zur systemischen Anwendung (-8,1 Prozentpunkte) sowie die Mittel mit Wirkung auf den Respirationstrakt (-3,1 Prozentpunkte) die deutlichsten Rückgänge zwischen 2019 und 2021 zu verzeichnen haben. Dagegen ist im aktuellen Berichtsjahr insbesondere für diese beiden Wirkstoffgruppen wiederum ein deutlicher Anstieg erkennbar, der wahrscheinlich mit dem gleichzeitig überdurchschnittlich stark ausgeprägten Auftreten von akuten Atemwegserkrankungen in Zusammenhang steht. Der parallele Anstieg der Verordnungsanteile bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem sowie denen mit Wirkung auf das Nervensystem steht ebenfalls im Zusammenhang mit der Zunahme der Verordnungshauptgruppen entfällt der Großteil der Verordnungen auf Wirkstoffe (Antiphlogistika und Antirheumatika: Mo1 bzw. Analgetika: No2), die vor al-

Diagramm 4.2.2 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2022)



4.2 Die wichtigsten Verordnungshauptgruppen und -untergruppen

Diagramm 4.2.3 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2022)



lem zur Schmerz- und Symptomlinderung bei diesem Krankheitsspektrum Anwendung finden.

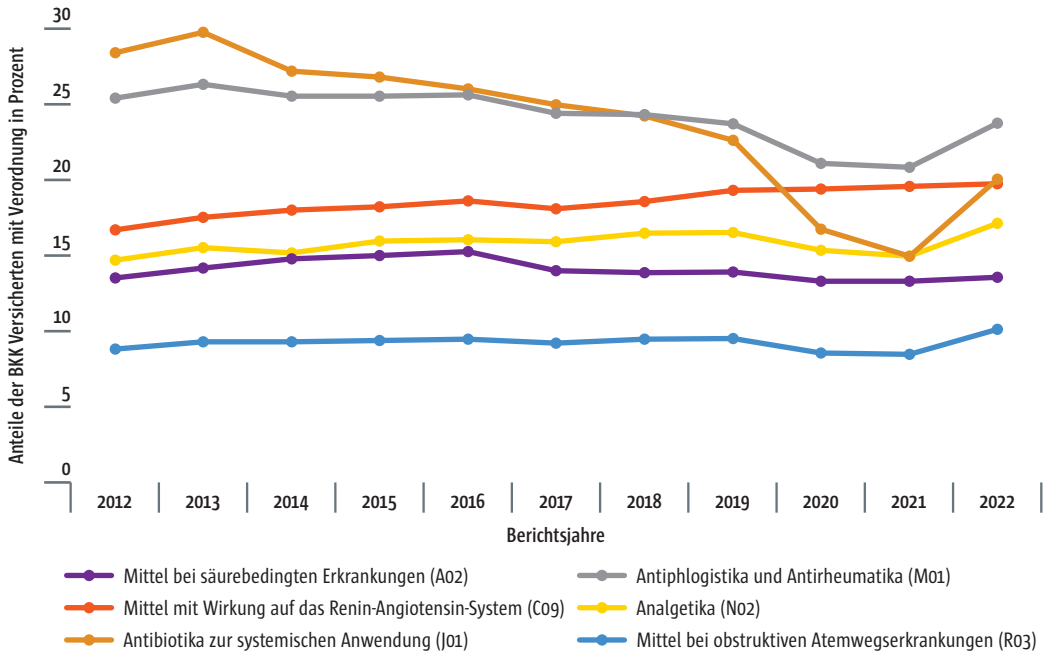
Im **»»»** Diagramm 4.2.3 sind ergänzend zum **»»»** Diagramm 4.2.2 die definierten Tagesdosen der sechs wichtigsten anatomischen Hauptgruppen im Zeitverlauf zu sehen. Im Vergleich zum Vorjahr ist hier die stärkste Zunahme bei den definierten Tagesdosen für die Herz-Kreislauf-Medikamente (+7,2 DDD je BKK Versicherten) bei gleichzeitig marginalem Anstieg der zugehörigen Verordnungsanteile (+0,1 Prozentpunkte) zu beobachten. Anders verhält es sich bei den Wirkstoffen (bspw. Antinfektiva oder Mittel mit Wirkung auf den Respirationstrakt), die bei den häufig auftretenden Atemwegserkrankungen bzw. Infektionen Anwendung finden. Hier sind zwar die Verordnungsanteile im Vergleich zum Vorjahr deutlich gestiegen (**»»»** Diagramm 4.2.2), jedoch haben die verordneten Tagesdosen nur in wesentlich geringerem Maße zugenommen. Da es sich bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen meist um Langzeiterkrankungen handelt, ist dort häufig eine Langzeitmedikation notwendig, die die aufgeführten hohen Werte der definierten Tagesdosen verursacht. Relativ

häufig auftretende Infekte hingegen sind meist von kurzer Dauer und bedürfen nur geringer Mengen einer entsprechenden Medikation.

In **»»»** Diagramm 4.2.4 sind jeweils exemplarisch zu den im **»»»** Diagramm 4.2.2 dargestellten Verordnungshauptgruppen sechs ausgewählte therapeutische Untergruppen im Verlauf zwischen 2012 bis 2022 dargestellt.

Gut zu erkennen sind hier die Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr, wie sie bereits in **»»»** Diagramm 4.2.2 sichtbar werden: Die Wirkstoffe, die vor allem bei Atemwegserkrankungen und Infektionen Anwendung finden, haben die deutlichsten Zunahmen bei den Verordnungsanteilen zu verzeichnen. Vor allem betrifft dies die Antibiotika zu systemischen Anwendung (J01: +5,1 Prozentpunkte), die Antiphlogistika und Antirheumatika (M01: +2,9 Prozentpunkte), die Analgetika (N02: +2,2 Prozentpunkte) sowie die Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen (R03: +1,6%). Für alle anderen aufgeführten Wirkstoffe sind im Vorjahresvergleich kaum Änderungen feststellbar (-0,1 bis +0,3 Prozentpunkte).

Diagramm 4.2.4 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach ausgewählten therapeutischen Untergruppen im Zeitverlauf (2012–2022)



4.3 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Wie bereits in den vorhergehenden Kapiteln deutlich wurde, steht die Soziodemografie der BKK Versicherten in einem engen Zusammenhang mit deren Versorgungsgeschehen bzw. deren gesundheitlicher Lage. In welchem Maß dies auch für die Arzneimittelverordnungen zutrifft, soll im folgenden Abschnitt näher beleuchtet werden. Parallel zu den vorhergehenden Auswertungen werden dabei neben dem Alter und dem Geschlecht auch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe sowie der höchste schulische bzw. berufliche Abschluss betrachtet.

4.3.1 Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht

- Nur etwa jeder zweite (53,6%) der 10- bis 14-jährigen BKK Versicherten hat im Jahr 2022 ein Arzneimittel verordnet bekommen, während dies bei den über 70-jährigen auf mehr als 90% der BKK Versicherten zutrifft.
- Der mit insgesamt 24,3 Prozentpunkten größte Geschlechtsunterschied bei den Verordnungsanteilen tritt in der Gruppe der 20- bis 24-jährigen aufgrund einer Vielzahl von Kontrazeptiva-Verordnungen bei den Frauen auf.
- Ab dem Renteneintrittsalter erhalten die BKK Versicherten ein Vielfaches der Tagesdosen im Vergleich zu den jüngeren Versicherten, wobei sich die Werte für Männer und Frauen zunehmend angleichen.

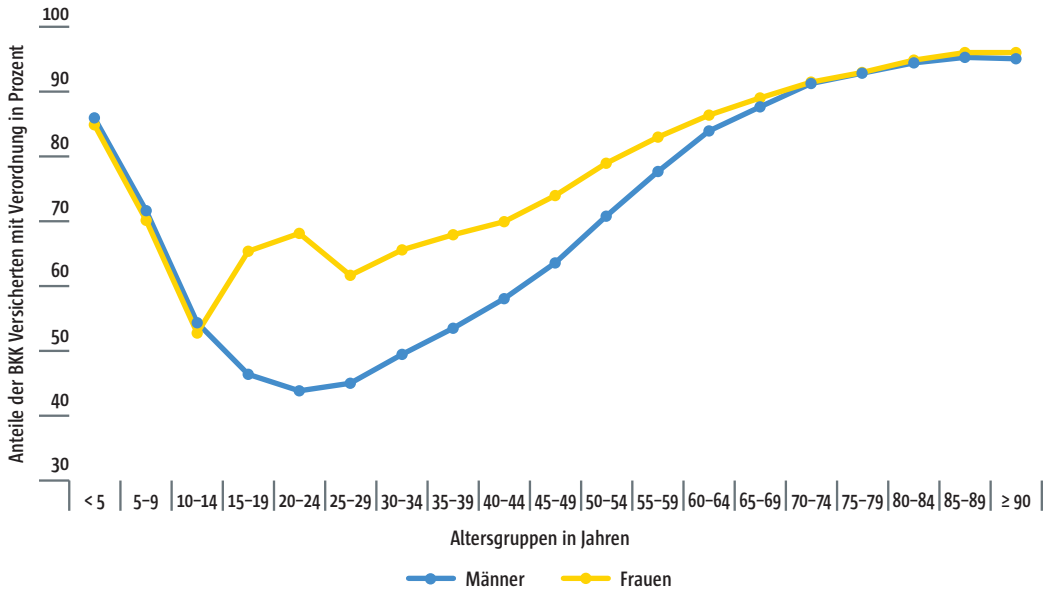
Das **III** Diagramm 4.3.1 stellt die Anteile der BKK Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung im Jahr 2022 differenziert nach Alter und Geschlecht dar. Arzneimittelverordnungen bei Kindern und Jugendlichen bis zu einem Alter von 14 Jahren

treten demnach 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 (**III** Kapitel 2.2) – vor allem den Respirationstrakt betreffende, entzündungshemmende und fiebersenkende Arzneimittel die am häufigsten verordneten Wirkstoffe. Ein Grund für den hohen Anteil von Verordnungen bei jungen BKK Versicherten wird vermutlich auch die Erstattungsfähigkeit beispielsweise von Mund- und Rachentherapeutika sowie Erkältungsmedikamenten für Heranwachsende bis zu zwölf Jahren sein³. Durch die Verordnung auf ein Kassenrezept werden dabei auch solche Medikamente erfasst, die für Patienten anderer Altersklassen in der Regel nicht erstattungsfähig sind und somit durch die vorliegende Statistik nicht abgebildet werden können.

Ab einem Alter von 15 Jahren unterscheiden sich die geschlechtsspezifischen Verordnungshäufigkeiten deutlich. In der Altersgruppe der 20- bis 24-jährigen ist dieser Unterschied am auffälligsten – der Verordnungsanteil liegt bei den jungen Frauen um +24,3 Prozentpunkte höher als bei den jungen Männern, was vor allem durch Verordnungen von Kontrazeptiva (Verhütungsmittel) begründet ist. Bis zum Jahr 2018 war der größte Unterschied in der Altersgruppe der 15- bis 19-jährigen beobachtbar, eine Gesetzesänderung im Jahr 2019 (§ 24a SGB V), die das Alter für eine Verordnung auf Kassenrezept vom vollendeten 20. auf das vollendete 22. Lebensjahr angehoben hat, ist primäre Ursache für diese Veränderung. Die insbesondere bei den Frauen dann folgen-

3 G-BA (2023) Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie). <https://www.g-ba.de/richtlinien/3/> [abgerufen am: 25.05.2023].

Diagramm 4.3.1 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



de deutliche Abnahme des Verordnungsanteils ist wiederum dadurch erklärbar, dass Kontrazeptiva nach dem 22. Lebensjahr in der Regel nicht mehr zulasten der GKV verordnet werden. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der BKK Versicherten mit einer Verordnung insgesamt an, wobei gleichzeitig der Geschlechtsunterschied immer mehr abnimmt. Insbesondere ab dem 80. Lebensjahr erhält nahezu jeder BKK Versicherte mindestens ein Arzneimittel (Gesamt: 94,7%–95,7%) pro Jahr verordnet.

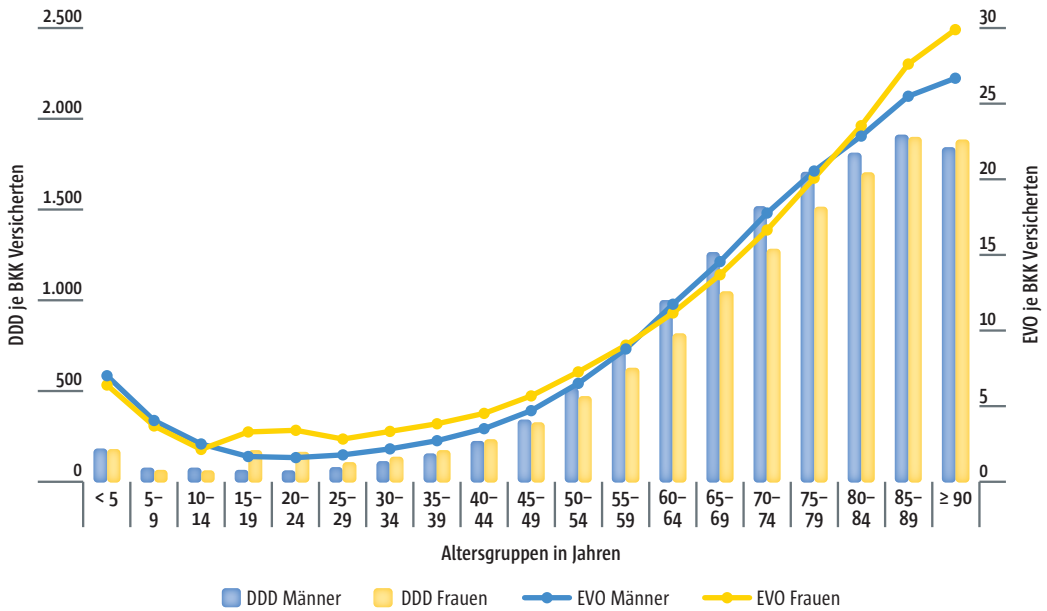
Im Vorjahresvergleich zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Verordnungsanteile, die – bedingt durch die Zunahme von akuten Atemwegserkrankungen und Infektionen – vor allem die jüngeren Altersgruppen betrifft. So sind mit jeweils +11,5 bzw. +7,9 Prozentpunkten die größten Zunahmen der Anteile der Versicherten mit einer Verordnung bei den 5- bis 9-Jährigen bzw. den 10- bis 14-Jährigen zu verzeichnen. Dieser Anstieg wird wiederum durch die Zunahme eines Großteils der Verordnungen, die im Zusammenhang mit Infektionen stehen (v.a. Antiinfektiva zur systemischen Anwendung bzw. Mittel mit Wirkung auf den Respirationstrakt) verursacht, da die zugrundeliegenden Erkrankungen im Jahr 2022 ebenfalls insgesamt zugenommen haben (Kapitel 2.2). Im Vergleich zu den Daten aus dem Jahr 2019 zeigt sich dagegen, dass die Verordnungs-

anteile in allen Altersgruppen weiterhin niedriger als vor der Coronavirus-Pandemie ausfallen. Am größten sind dabei die Differenzen in den jüngeren Altersgruppen (10–14-Jährige: –5,4 Prozentpunkte; 15–19-Jährige: –4,2 Prozentpunkte) ausgeprägt, während bei den älteren BKK Versicherten ab dem 60. Lebensjahr nur geringe Abweichungen (–0,1 bis –0,5 Prozentpunkte) zu beobachten sind.

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 4.3.2). Hier ist ebenfalls ein sichtbarer Geschlechtsunterschied bei den 15- bis 19-Jährigen bzw. bei den 20- bis 24-Jährigen für die EVO und DDD mit den deutlich höheren Werten für die Frauen – vor allem durch die Verordnung von Verhütungsmitteln begründet – zu finden. Für die Einzelverordnungen wird dieser Unterschied bei den Frauen ab dem 85. Lebensjahr nochmals sichtbar, während die Männer insbesondere zwischen dem 60. und dem 75. Lebensjahr mehr Einzelverordnungen und vor allem deutlich mehr definierte Tagesdosen erhalten. Besonders eindrucksvoll steigen beide Verordnungsanzahlen noch einmal ab dem 60. Lebensjahr an, was unter anderem mit dem

4.3 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 4.3.2 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



Übergang von der Arbeits- in die Ruhestandsphase zusammenhängen dürfte. Ein ähnliches Verlaufsmuster ist in der ambulanten (»» Kapitel 2.3) und in der stationären (»» Kapitel 3.3) Versorgung mit besonderem Bezug zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu beobachten.

- Rund drei Viertel aller BKK Versicherten über 65 Jahre werden Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System verordnet.
- Bei BKK Versicherten, die jünger als 20 Jahre sind, werden am häufigsten Mittel mit Wirkung auf den Respirationstrakt verordnet, die vor allem bei den im Jahr 2022 häufig aufgetretenen Atemwegserkrankungen zum Einsatz kommen.

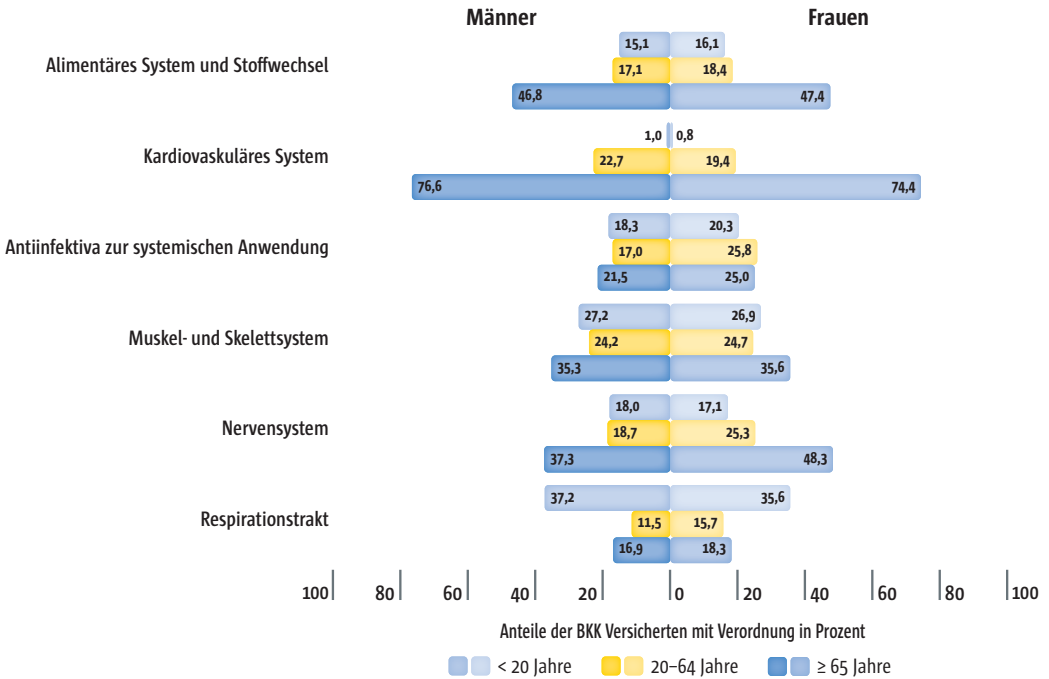
Das »» Diagramm 4.3.3 zeigt die Verordnungsanteile für ausgewählte Verordnungshauptgruppen im Jahr 2022, differenziert nach Alter und Geschlecht. Wiederum deutlich vom Alter der Versicherten abhängige Verordnungsanteile sind primär für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System erkennbar, die unter anderem im Zusammenhang mit der höheren Prävalenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Gruppe der älteren Versicherten stehen (»» Kapitel 2.2). In der Gruppe der unter 20-Jäh-

rigen werden diese Wirkstoffgruppen hingegen nur sehr selten verordnet, da die zugrundeliegenden Krankheitsbilder bei den jungen Versicherten nahezu nicht auftreten. Ein ähnliches Altersmuster ist auch für die Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel 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, wie es bei den Antiinfektiva bzw. den Mitteln mit Wirkung auf den Respirationstrakt der Fall ist. Insbesondere bei letztgenannten nehmen die Verordnungsanteile – entgegen dem allgemeinen Trend – mit zunehmendem Alter sogar ab. Dabei ist für dieses Muster die bereits erwähnte Verordnungsfähigkeit zu lasten der Krankenkassen bis zum 12. Lebensjahr maßgeblich.

Auch Geschlechtsunterschiede werden sichtbar: Während Frauen bei den Herz-Kreislauf-Mitteln in allen Altersgruppen tendenziell weniger Verordnungsanteile als die Männer aufweisen, zeigt sich bei den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem ab dem 20. Lebensjahr ein umgekehrtes Muster.

Diagramm 4.3.3 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung für ausgewählte Verordnungshauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



- Bei den über 65-jährigen BKK Versicherten geht mehr als jede zweite verordnete Tagesdosis auf Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System zurück.
- Die definierten Tagesdosen für Antiiinfektiva zur systemischen Anwendung unterscheiden sich hingegen im Wesentlichen weder zwischen den Altersgruppen noch zwischen Frauen und Männern.

Für die in Diagramm 4.3.3 dargestellten Verordnungshauptgruppen sind in Diagramm 4.3.4 ergänzend die definierten Tagesdosen nach Altersgruppen und Geschlecht dargestellt.

Für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System wird hier ebenfalls ein sehr deutlicher Zusammenhang mit dem Lebensalter der Versicherten erkennbar. Die 65-Jährigen und älteren BKK Versicherten erhalten den mit Abstand größten Anteil der definierten Tagesdosen aus dieser anatomischen Hauptgruppe verordnet: Mehr als jede zweite Tagesdosis (Männer: 55,7%; Frauen: 52,6%) geht in dieser Altersgruppe allein auf diese Verordnungshauptgruppe zurück. Dabei erhalten Männer wiederum tendenziell mehr Verordnungen als Frauen, was mit den zugehörigen Kennzahlen der Herz-Kreislauf-Er-

krankungen aus der ambulanten (Kapitel 2) und stationären Versorgung (Kapitel 3) korrespondiert. Ein ähnlicher, allerdings etwas geringer ausgeprägter Alterseffekt ist bei den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System und Stoffwechsel beobachtbar.

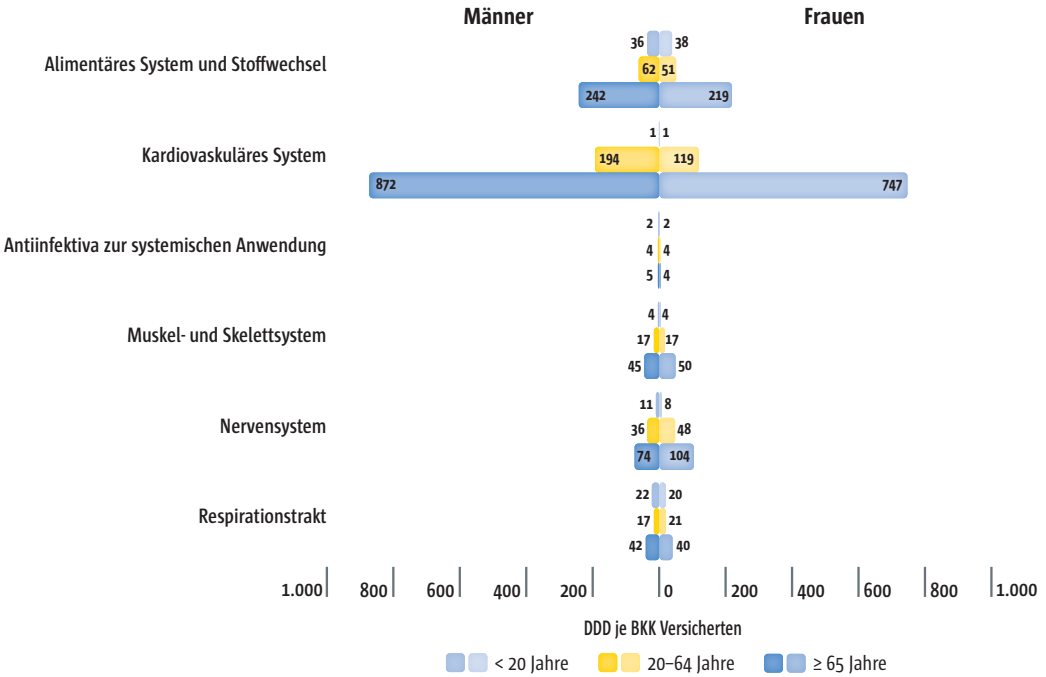
Nahezu unabhängig von Alter und Geschlecht der BKK Versicherten stellt sich dagegen das Verordnungsgeschehen bei den Antiiinfektiva zur systemischen Anwendung dar. Dies korrespondiert mit der Tatsache, dass die zugrundeliegenden Erkrankungen in allen Altersgruppen bzw. unabhängig vom Geschlecht nahezu gleich häufig auftreten.

4.3.2 Arzneimittelverordnungen nach Versichertenstatus

- In der Gruppe der Beschäftigten ist der Unterschied bei den Verordnungsanteilen zwischen Frauen (72,3%) und Männern (60,2%) vor allem aufgrund von Verordnungen von Sexualhormonen am größten.

4.3 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 4.3.4 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten für ausgewählte Verordnungshauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



- Arbeitslose erhalten zwar seltener als Beschäftigte Arzneimittel verordnet, gleichzeitig sind in erstgenannter Gruppe die verordneten Tagesdosen vor allem im Kontext von Langzeiterkrankungen deutlich höher ausgeprägt.
- In der relativ jungen Gruppe der Familienangehörigen werden zwar häufig wegen Atemwegserkrankungen und Infektionen Arzneimittel verordnet, allerdings überwiegend nur in sehr geringen Mengen.

Wie bereits in »»» Tabelle 4.1.1 zu sehen war, ist der Versichertenstatus bzw. die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe ebenfalls ein mittelbarer Indikator für die Zugehörigkeit des Versicherten zu einer sozialen Schicht, die einen nicht unerheblichen Einfluss auf dessen gesundheitliche Lage ausüben kann. Dieser Zusammenhang wird in »»» Tabelle 4.3.1 im Detail betrachtet.

Während der Unterschied der Verordnungsanteile in der Gruppe der Rentner zwischen Männern und Frauen am geringsten ist, sind in allen anderen Versichertengruppen wesentlich höhere Werte für die Frauen im Vergleich zu den Männern zu finden (+6,0 bis +12,2 Prozentpunkte). Ein Grund für den Ge-

schlechtsunterschied sind Verordnungen aus der Gruppe der Sexualhormone, die sich vor allem auf die beiden Gruppen der hormonellen Kontrazeptiva zur systemischen Anwendung (Go3A) sowie der Estrogene (Go3C) bei gesundheitlichen Beschwerden im Klimakterium (Wechseljahre) konzentrieren.

Nur geringe Unterschiede sind bei den Einzelverordnungen zwischen Männern und Frauen innerhalb der jeweiligen Versichertengruppe erkennbar. Anders hingegen bei den definierten Tagesdosen: Wenig überraschend stehen hier die Rentner mit einem Vielfachen des Wertes der anderen Versichertengruppen (vor allem aufgrund von Verordnungen für Herz-Kreislauf-Medikamente) an der Spitze. Anzumerken ist zudem, dass vor allem die Verordnungsanteile der Familienangehörigen im Vorjahresvergleich insgesamt um +5,7 Prozentpunkte zugenommen haben, während die EVO und DDD nur wenig verändert sind. Dies sind ebenfalls Auswirkungen der deutlichen Zunahme von akuten Atemwegserkrankungen und Infektionen im Jahr 2022. Dass dieser Effekt v.a. bei den Familienangehörigen beobachtbar ist, hat wiederum mit der bereits erwähnten altersabhängigen Verordnungsfähigkeit entsprechender Wirkstoffe zu tun.

Tabelle 4.3.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Versichertengruppen	Geschlecht	EVO	DDD	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent
		je BKK Versicherten		
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Männer	4,6	344	60,2
	Frauen	5,2	308	72,3
	Gesamt	4,8	328	65,7
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	8,3	652	45,8
	Frauen	8,4	532	54,3
	Gesamt	8,4	597	49,7
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	6,8	476	50,6
	Frauen	7,4	440	61,3
	Gesamt	7,1	457	56,1
Familienangehörige	Männer	4,0	122	61,9
	Frauen	4,9	241	67,9
	Gesamt	4,5	191	65,4
Rentner	Männer	19,3	1.574	90,3
	Frauen	19,4	1.412	91,6
	Gesamt	19,4	1.489	91,0
BKK Versicherte insgesamt	Männer	7,4	542	67,3
	Frauen	8,3	532	76,2
	Gesamt	7,8	537	71,7

Aufschlussreich ist auch der Vergleich zwischen den beiden Arbeitslosen-Gruppen und den beschäftigten Mitgliedern: Während in den beiden erstgenannten Gruppen die Verordnungsanteile im Vergleich zu den Beschäftigten deutlich niedriger sind (49,7% bzw. 56,1% vs. 65,7%), werden gleichzeitig mehr definierte Tagesdosen bei den Arbeitslosen verordnet (597 bzw. 457 DDD vs. 328 DDD). Die geringeren Verordnungsanteile korrespondieren dabei mit dem Umstand, dass Arbeitslose zwar seltener einen niedergelassenen Arzt aufsuchen (» Kapitel 2.3), gleichzeitig aber überdurchschnittlich viele AU-Tage (» Kapitel 1.3) bzw. KH-Tage (» Kapitel 3.3) vor allem wegen Langzeiterkrankungen aufweisen. Im Folgenden soll dies anhand der Verordnungshauptgruppen näher betrachtet werden.

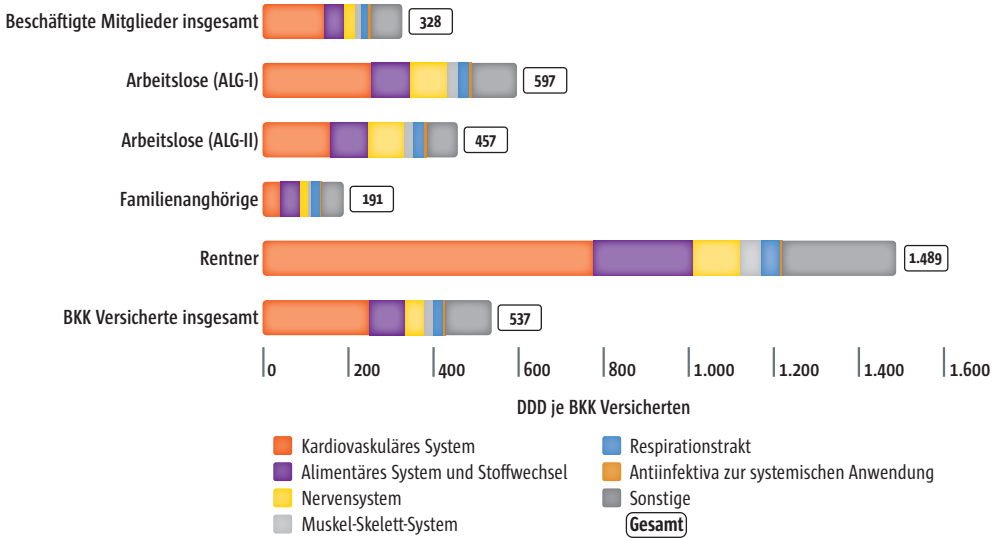
Ergänzend zur » Tabelle 4.3.1 werden in » Diagramm 4.3.5 die definierten Tagesdosen (DDD) der

Versichertengruppen für die wichtigsten anatomischen Hauptgruppen dargestellt. Besonders auffällig ist der hohe Anteil der Tagesdosen bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System mit 778 DDD je Rentner. Mehr als jede zweite verordnete Tagesdosis (52,3%) geht in dieser Versichertengruppe auf das Konto eines Herz-Kreislauf-Medikaments, was in etwa dem Anteil in der Auswertung für die Altersgruppe der 65-Jährigen und älteren entspricht (» Diagramm 4.3.4). Ebenfalls sind in dieser Versichertengruppe die mit Abstand höchsten Werte bei den Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel (234 DDD je Rentner) sowie für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem (111 DDD je Rentner) zu finden.

Altersbedingt andere Schwerpunkte zeigen sich bei den Familienangehörigen, da zu dieser Gruppe zum Großteil mitversicherte Kinder und Jugendliche zählen. Hier werden zwar insgesamt häufiger als

4.3 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 4.3.5 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2022)

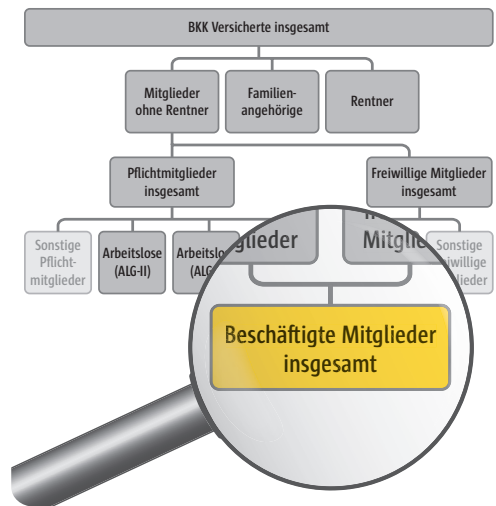


beispielsweise bei den Beschäftigten Arzneimittel verordnet (»»» Tabelle 4.3.1), allerdings handelt es sich hierbei größtenteils um Mittel mit einer kurzen Anwendungsdauer, z.B. gegen Atemwegserkrankungen, Infektionen oder Fieber, die meist mit niedrigen Dosierungen einhergehen.

Das Verordnungsgeschehen bei Rentnern bzw. Familienangehörigen wird vor allem durch das sehr unterschiedliche Alter der jeweiligen Versichertengruppen definiert. Die Beschäftigten bzw. die Arbeitslosen ähneln sich hingegen stärker in ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur (»»» Tabelle o.1.1). Hier werden Unterschiede bei den Arzneimittelverordnungen vor allem von der sozialen Lage im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Situation der jeweiligen Gruppe beeinflusst. Am Beispiel der Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem soll dieser Einfluss verdeutlicht werden: In den beiden Gruppen der Arbeitslosen werden etwas mehr als dreimal so viele DDD für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem als bei den Beschäftigten verordnet (88 bzw. 82 DDD je Arbeitslosen ALG I bzw. ALG II vs. 27 DDD je Beschäftigten), wobei für diesen Unterschied maßgeblich die Gruppe der Psychoanaleptika (No6) verantwortlich ist, zu der unter anderem die Antidepressiva (No6A) gehören. Dieses Muster ist in ähnlicher Relation in der ambulanten Versorgung (»»» Kapitel 2.2.2) zu finden: Auch dort sind die Anteile der Arbeitslosen, die

mindestens eine Diagnose aus dem Bereich der psychischen Störungen pro Berichtsjahr aufweisen, im Vergleich zu den Beschäftigten wesentlich höher ausgeprägt.

4.3.3 Arzneimittelverordnungen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen



Wie schon in den vorherigen Kapiteln werden im Folgenden die Arzneimittelverordnungen im Zusammenhang mit dem höchsten Schul- bzw. Berufsabschluss dargestellt. Da diese Merkmale ausschließlich für die beschäftigten Mitglieder vorliegen, ist ein Vergleich der Kennzahlen mit den anderen Abschnitten dieses Kapitels nur innerhalb dieser Versichertengruppe möglich.

Höchster Schul- bzw. Berufsabschluss

- Mit einem höheren Schul- und Berufsabschluss eines Beschäftigten gehen weniger Arzneimittelverordnungen bzw. definierte Tagesdosen einher.

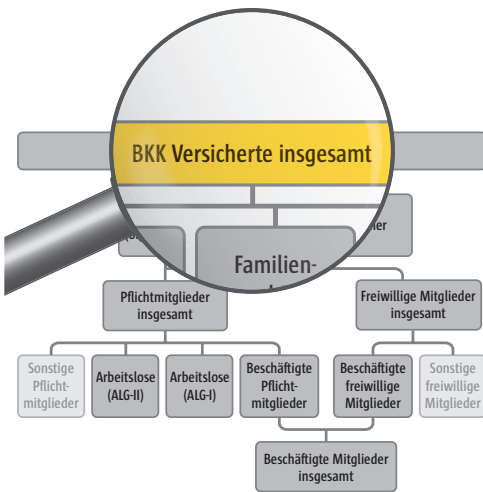
Welchen Einfluss der höchste Schul- bzw. Berufsabschluss bei den beschäftigten Mitgliedern auf die Arzneimittelverordnungen ausübt, ist in »»» Tabelle 4.3.2 zu sehen. Hinsichtlich des Anteils der Beschäftigten mit mindestens einer Verordnung im Jahr 2022 zeigt sich für beide Geschlechter, dass die Berufstätigen mit niedrigerem Schul- bzw. Berufsabschluss jeweils die höchsten Anteilswerte aufweisen. Die geringsten Ordnungsanteile finden sich hingegen bei den Beschäftigten mit (Fach-)Abitur

bzw. mit einem Bachelorabschluss. Bezogen auf die Einzelverordnungen und die definierten Tagesdosen zeigt sich ebenfalls ein eindeutiges Muster: Je höher der Schul- bzw. Berufsabschluss (soweit vorhanden bzw. bekannt), desto weniger EVO und DDD werden im Durchschnitt verordnet. Dabei liegen über alle Abschlusstypen hinweg die Verordnungsanteile und die EVO der Frauen deutlich über denen der Männer, während umgekehrt bei den DDD die Männer durchgehend die höheren Werte im Vergleich zu den Frauen aufweisen. Auch wenn die Altersunterschiede zwischen den Gruppen insgesamt einen Teil der beschriebenen Zusammenhänge zwischen dem Verordnungsgeschehen und den unterschiedlichen Abschlusstypen beeinflussen, zeigt die hier nicht dargestellte Detailbetrachtung von altersgleichen Gruppen, dass die beschriebenen Unterschiede wesentlich auf die Bildungsmerkmale und nicht auf das Alter zurückzuführen sind. Das Verordnungsgeschehen der Beschäftigten ohne Schul- und Berufsabschluss lässt sich hingegen nur schwer einordnen, da es sich hierbei um eine sehr heterogene Gruppe (u.a. ältere Beschäftigte ohne Abschluss; Auszubildende; Beschäftigte, mit nicht anerkanntem ausländischem Abschluss) handelt.

Tabelle 4.3.2 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten BKK Mitglieder nach höchstem Schul- und Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	Männer				Frauen		
		Durchschnittsalter in Jahren	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO	DDD
				je beschäftigtes Mitglied			je beschäftigtes Mitglied	
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	43,2	51,4	5,3	402	60,4	5,9	351
	Haupt-/Volksschulabschluss	46,3	67,0	5,9	455	76,8	6,7	419
	Mittlere Reife oder gleichwertig	42,5	60,9	4,5	339	74,8	5,5	331
	Abitur/Fachabitur	39,8	52,6	3,2	231	66,3	3,9	214
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	34,1	48,3	3,7	244	68,6	5,5	318
	Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	44,6	64,8	5,2	400	74,9	5,5	334
	Meister/Techniker oder gleichwertig	46,4	63,9	4,8	378	71,7	4,9	292
	Bachelor	34,5	45,6	2,2	138	59,4	3,0	137
	Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	44,0	54,8	3,5	264	64,2	3,8	216
	Promotion	44,7	50,7	3,0	234	61,1	3,5	198
	Gesamt	42,9	60,2	4,6	344	72,3	5,2	308

4.4 Arzneimittelverordnungen in Regionen



Für die Arzneimittelverordnungen zeigen sich im Regionalvergleich Unterschiede, die neben den soziodemografischen Merkmalen der Versicherten ebenso von den medizinischen Versorgungsstrukturen und den sozioökonomischen Bedingungen vor Ort bestimmt werden. Im Folgenden werden hierzu entsprechende Vergleiche auf Ebene der Bundesländer bzw. der Kreise vorgenommen. Dieser Abschnitt betrachtet wiederum die Entwicklung für alle BKK Versicherten insgesamt.

- Die geringsten Anteile BKK Versicherter mit einer Arzneimittelverordnung sind bei denen mit Wohnsitz in Hamburg und Berlin zu finden.
- In den Ostbundesländern wohnhafte BKK Versicherte erhalten nicht nur häufiger Arzneimittel, sondern auch deutlich mehr Tagesdosen verordnet.
- Auf Kreisebene zeigen sich zusätzlich bedeutsame regionale Unterschiede bezogen auf die verordneten Tagesdosen innerhalb einzelner Bundesländer, wie beispielsweise in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und dem Saarland.

In **»** Tabelle 4.4.1 sind die Verordnungskennzahlen der BKK Versicherten im Vergleich zwischen den Bundesländern für das Jahr 2022 zu sehen. Mit einem Verordnungsanteil von 76,1% haben im aktuellen Berichtsjahr sowohl in Mecklenburg-Vorpommern als auch in Sachsen-Anhalt die meisten Versicherten mindestens einmal ein Arzneimittel verordnet bekommen. Gleichfalls treten in Sachsen-Anhalt mit 10,6 EVO bzw. 787 DDD je BKK Versicherten die höchsten Werte der Einzelverordnungen bzw. definierten Tagesdosen im Bundeslandvergleich auf. Überwiegend werden in den Ostbundesländern im Durchschnitt mehr Einzelverordnungen und definierte Tagesdosen als in den Westbundesländern verordnet. Deutlich niedrigere Anteile bzw. Kennwerte sind hingegen in Berlin und Hamburg, sowie in Bayern und Baden-Württemberg zu finden. Dies ist zum Teil auch mit der Altersstruktur der dort wohnhaften BKK Versicherten zu begründen. So liegt das Durchschnittsalter der BKK Versicherten in Sachsen-Anhalt bei 47,8 Jahren, in Berlin und Hamburg sowie Bayern und Baden-Württemberg deutlich darunter (40,9–41,9 Jahre) (**»** Tabelle o.1.3).

Aber auch beim Vergleich von Versicherten gleichen Alters zwischen den Bundesländern zeigt sich ein ähnliches Muster: Es sind dabei ebenfalls die Ostbundesländer mit den höchsten Verordnungsanteilen sowie den meisten definierten Tagesdosen zu finden. Insofern ist es nicht allein das Alter, sondern zusätzlich die regionalen sozioökonomischen Bedingungen, die die gesundheitliche Lage im Kontext der Arzneimittelverordnungen der Versicherten in Abhängigkeit von ihrem Wohnort beeinflussen.

Die verordneten Tagesdosen für alle Arzneimittel der BKK Versicherten sind auf Ebene der Landkreise im **»** Diagramm 4.4.1 dargestellt. Es zeigt sich das bereits beschriebene Muster mit den überdurchschnittlich hohen Werten vorrangig in den Ostbundesländern. Aber auch im Saarland, in Rheinland-Pfalz, in Nordrhein-Westfalen sowie in Niedersachsen sind für eine nicht unerhebliche Anzahl von Kreisen deutlich überdurchschnittliche

Tabelle 4.4.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2022)

Bundesländer	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent	EVO je BKK Versicherten	DDD je BKK Versicherten
Baden-Württemberg	69,2	6,6	441
Bayern	70,9	6,9	459
Berlin	66,2	6,8	503
Brandenburg	71,4	8,0	605
Bremen	71,3	7,9	562
Hamburg	64,2	6,5	435
Hessen	70,3	7,4	508
Mecklenburg-Vorpommern	76,1	9,4	690
Niedersachsen	72,8	8,3	573
Nordrhein-Westfalen	74,2	9,0	613
Rheinland-Pfalz	73,7	8,8	615
Saarland	75,0	9,2	623
Sachsen	71,3	8,7	668
Sachsen-Anhalt	76,1	10,6	787
Schleswig-Holstein	69,8	7,6	530
Thüringen	72,6	9,2	720
Gesamt	71,7	7,8	537

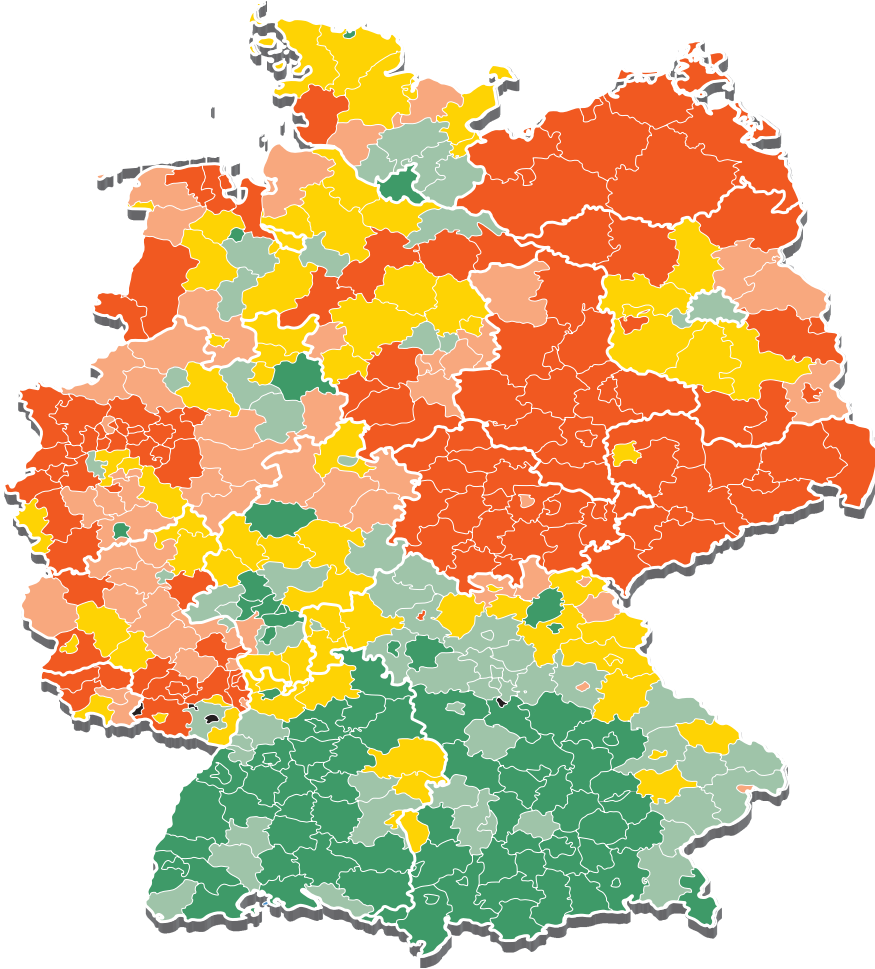
Verordnungsmengen zu erkennen. Wiederum sind im Saalekreis in Sachsen-Anhalt im Durchschnitt die meisten verordneten Tagesdosen zu finden (922 DDD je BKK Versicherten). Fast nur ein Drittel dieser Menge sind es dagegen im Durchschnitt in Heidelberg in Baden-Württemberg (320 DDD je BKK Versicherten), wo der niedrigste Wert auf Kreisebene zu finden ist. Wie heterogen das Verordnungsgeschehen auch innerhalb eines Bundeslandes sein kann, wird am Beispiel von Niedersachsen deutlich: Während die Stadt Oldenburg mit 454 DDD je BKK Versicherten unter dem Bundesdurchschnittswert (537 DDD je BKK Versicherten) liegt, sind dagegen im Kreis Holzminden mit 760 DDD je BKK

Versicherten deutlich überdurchschnittliche Werte zu finden.

Ergänzend zur **»»** Tabelle 4.4.1 sind in **»»** Diagramm 4.4.2 die definierten Tagesdosen nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen differenziert für alle Bundesländer dargestellt. Nicht nur der größte Anteil, sondern auch der größte regionale Unterschied ist für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System zwischen den BKK Versicherten mit Wohnort in Sachsen-Anhalt (400 DDD je BKK Versicherten) und Hamburg (189 DDD je BKK Versicherten) zu finden. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch für die Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel mit dem

4.4 Arzneimittelverordnungen in Regionen

Diagramm 4.4.1 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2022)

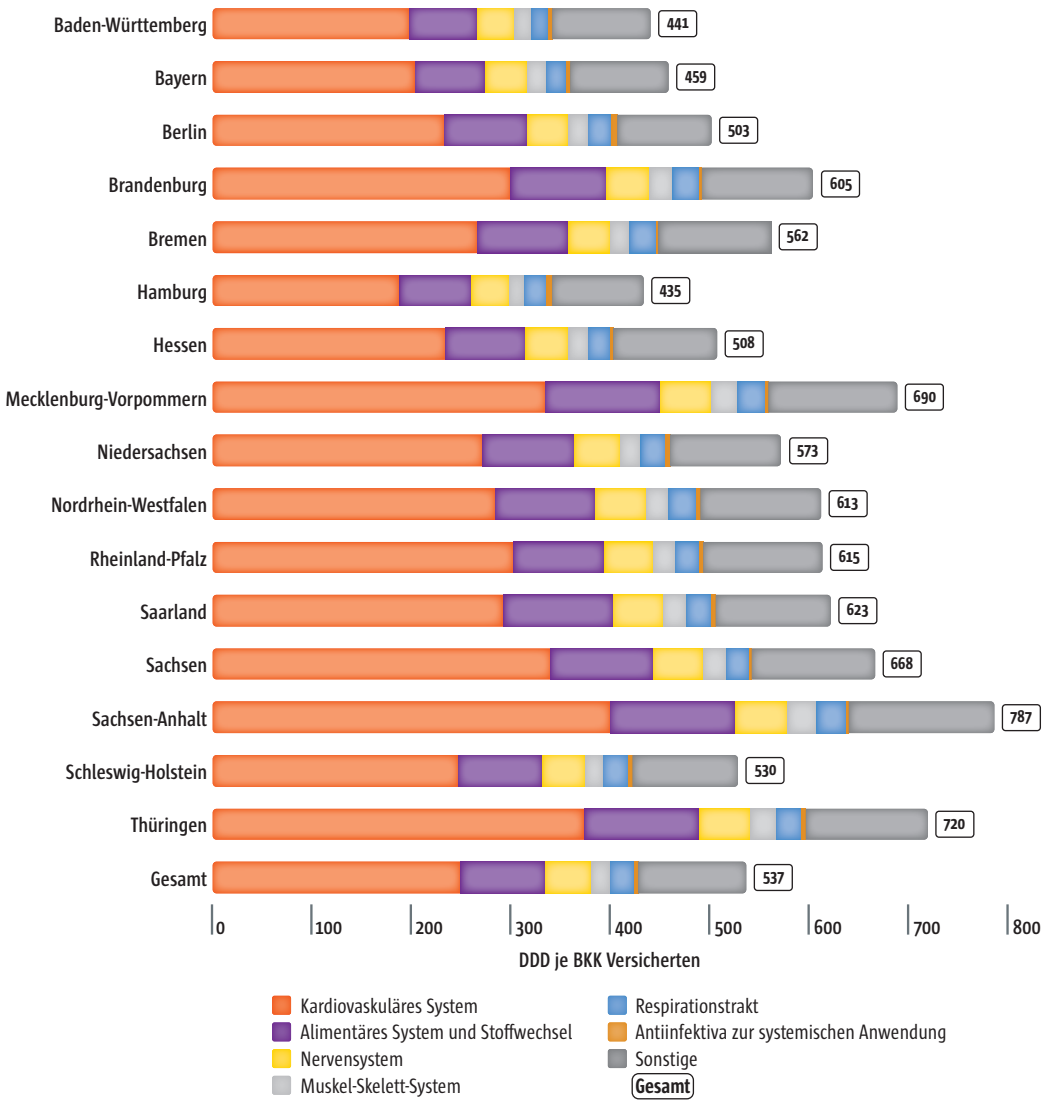


Prozentuale Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (537 DDD je BKK Versicherten)

- | | |
|--|---|
| ■ 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 Landkreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund zu geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

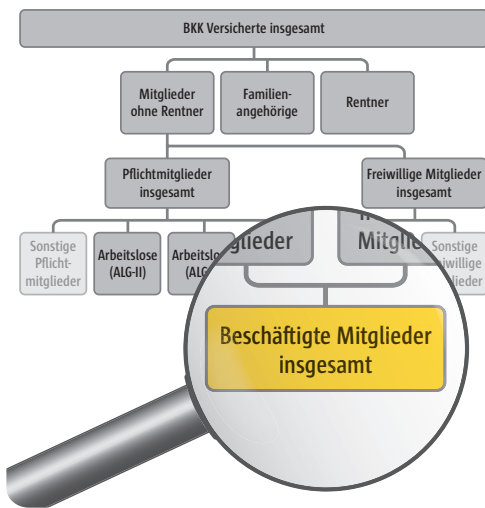
Diagramm 4.4.2 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2022)



Höchstwert in Sachsen-Anhalt bzw. dem niedrigsten Wert in Baden-Württemberg (126 vs. 68 DDD je BKK Versicherten). Für die meisten anderen Verordnungshauptgruppen fallen die regionalen Unterschiede deutlich geringer aus. Bezogen auf die Verordnungshauptgruppen wird wiederum das beschriebene Muster sichtbar, dass die BKK Versicherten

mit Wohnort in den Ost- im Vergleich zu den Westbundesländern durchweg höhere definierte Tagesdosen aufweisen. Neben den bereits erwähnten Altersunterschieden spielen hier zusätzlich wieder die regionalen Unterschiede der sozioökonomischen sowie strukturellen Faktoren eine wesentliche Rolle.

4.5 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt



Die nun folgenden arbeitsweltlichen Betrachtungen beziehen sich auf die Gruppe der beschäftigten BKK Mitglieder.

- In Verbindung mit den überdurchschnittlich häufigen Atemwegserkrankungen und Infektionen im Jahr 2022 sind für die Beschäftigten vor allem die Verordnungsanteile der zugehörigen Wirkstoffgruppen – Antiinfektiva, Nervensystem, Respirationstrakt – im Vorjahresvergleich deutlich angestiegen.
- Einen Großteil der verordneten Tagesdosen bekommen Beschäftigte dagegen für Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System verordnet, wobei der entsprechende Wert für die Männer nahezu doppelt so hoch wie für die Frauen ausfällt.
- Dagegen entfallen mit 23,7% die meisten Verordnungsanteile bei den beschäftigten Mitgliedern auf die Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem.

Tabelle 4.5.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Verordnungshauptgruppen	Männer			Frauen		
	Anteile mit Verordnung in Prozent	EVO je beschäftigtes Mitglied	DDD	Anteile mit Verordnung in Prozent	EVO je beschäftigtes Mitglied	DDD
Alimentäres System und Stoffwechsel	15,6	0,6	53	16,1	0,5	38
Kardiovaskuläres System	21,6	1,5	183	17,0	0,9	100
Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	16,7	0,3	4	25,3	0,4	4
Muskel- und Skelettsystem	23,8	0,5	15	23,7	0,5	14
Nervensystem	16,4	0,6	23	22,6	0,8	32
Respirationstrakt	10,9	0,3	15	15,0	0,4	18
Gesamt	60,2	4,6	344	72,3	5,2	308

Einleitend sollen zunächst die Kennzahlen für die wichtigsten Arzneimittelverordnungen der Beschäftigten dargestellt werden (»»» Tabelle 4.5.1). Im Gegensatz zu den BKK Versicherten, dominieren bei den Beschäftigten die Verordnungsanteile für Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem: Mehr als jeder fünfte Berufstätige (23,7%) erhält mindestens einmal pro Jahr ein Arzneimittel aus dieser Gruppe verordnet. Dies korrespondiert mit der Relevanz der Muskel-Skelett-Erkrankungen im AU-Geschehen (»»» Kapitel 1) bzw. der ambulanten (»»» Kapitel 2) und stationären (»»» Kapitel 3) Versorgung in der Gruppe der Beschäftigten. Knapp dahinter rangieren in diesem Jahr mit einem Verordnungsanteil von insgesamt 20,6% die Antinfektiva zur systemischen Anwendung, was mit den bereits mehrfach erwähnten im Jahr 2022 besonders häufig aufgetretenen Atemwegserkrankungen und Infektionen zusammenhängt und mit einer Zunahme im Vergleich zu 2021 von +4,9 Prozentpunkten einhergeht. Dies spiegelt sich auch im Anstieg der Verordnungsanteile im Vorjahresvergleich bei den Mitteln mit Wirkung auf den Respirationstrakt (+2,7 Prozentpunkte) sowie bei den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem (+2,6 Prozentpunkte) wider.

Unverändert wird rund jedem fünften BKK Versicherten (19,3%) mindestens einmal im Jahr ein Herz-Kreislauf-Mittel verordnet. Auf diese Wirkstoffgruppe entfallen allein 44,2% aller verordneten Tagesdosen bei den Beschäftigten. Zudem weisen die Männer deutlich höhere Verordnungsanteile und definierte Tagesdosen als die Frauen auf, während sich dieses Muster bei den Antinfektiva bzw. den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem genau umgekehrt zeigt. Die Ursachen für diese Unterschiede sind zum Großteil in der unterschiedlichen Betroffenheit von Männern und Frauen bei den zugrundeliegenden Krankheitsarten begründet (»»» Kapitel 2).

4.5.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Am häufigsten bekommen Beschäftigte aus dem Bereich Gesundheits- und Sozialwesen mindestens einmal im Jahr ein Arzneimittel verordnet, am seltensten hingegen jene, die in Land- und Forstwirtschaft beschäftigt sind.
- Bei den Verordnungsanteilen weisen die beschäftigten Frauen über alle Wirtschaftsgruppen hinweg höhere Werte auf, was teilweise auf physiologische (z.B. Antinfektiva) bzw. soziale (z.B. Kontrazeptiva) Ursachen zurückzuführen ist.

- Im produzierenden und verarbeitenden Gewerbe dominieren Herz-Kreislauf- bzw. Muskel-Skelett-Wirkstoffe das Verordnungsgeschehen, während es im sozialen und Gesundheitsbereich v.a. die Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem sind.

In »»» Diagramm 4.5.1 sind sowohl die Anteile mit Verordnung als auch die definierten Tagesdosen der Beschäftigten nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht dargestellt. Den niedrigsten Verordnungsanteil (49,2%) weisen beschäftigte Frauen und Männer im Bereich Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei auf, der höchste Anteil ist im Gesundheits- und Sozialwesen (71,7%) zu finden. Der größte Geschlechtsunterschied bei den Verordnungsanteilen zeigt sich im Bereich Erziehung und Unterricht: Hier liegen die Werte der Frauen (69,7%) deutlich über denen der Männer (52,2%). Über alle Wirtschaftsgruppen hinweg zeigt sich, dass die Verordnungsanteile der Frauen zwar durchgängig über denen der Männer liegen, bei den definierten Tagesdosen ergibt sich hingegen ein nahezu komplett umgekehrtes Muster: Bis auf wenige Ausnahmen erhalten die Männer zum Teil deutlich mehr Tagesdosen als die Frauen verordnet. Die größte Differenz tritt dabei im Bereich Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung auf. Insgesamt ist das vor allem durch geschlechtsspezifische Verordnungsschwerpunkte begründet: Während Frauen deutlich häufiger Arzneimittel allerdings mit geringen Dosierungen (z.B. Antinfektiva bzw. unterschiedliche Hormonpräparate) verordnet bekommen, sind es bei den Männern häufiger Wirkstoffe, die mit hohen Tagesdosen einhergehen (z.B. Herz-Kreislauf-Medikamente). Zum Teil hängt die Ausprägung des Geschlechtsunterschieds zwischen Männern und Frauen innerhalb einer Wirtschaftsgruppe auch von der konkret ausgeübten Tätigkeit ab: Je ähnlicher die konkrete Tätigkeit ist, desto geringer sind die Unterschiede bei den definierten Tagesdosen ausgeprägt.

Unabhängig davon zeigt sich auch hier ein ähnliches Muster wie in den anderen Leistungsbereichen, was als ein weiteres Indiz für den Zusammenhang zwischen der branchenspezifischen Arbeitsbelastung und der gesundheitlichen Lage der Beschäftigten zu werten ist.

In »»» Diagramm 4.5.2 sind die Tagesdosen für ausgewählte anatomische Hauptgruppen im Wirtschaftsgruppenvergleich dargestellt. Beschäftigte in der Wasserversorgung bzw. Abwasser- und Abfallentsorgung sowie auch im Bereich Verkehr und Lagerei weisen nicht nur insgesamt, sondern auch spezifisch die höchsten Verordnungsmengen bei Mit-

4.5 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

Diagramm 4.5.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

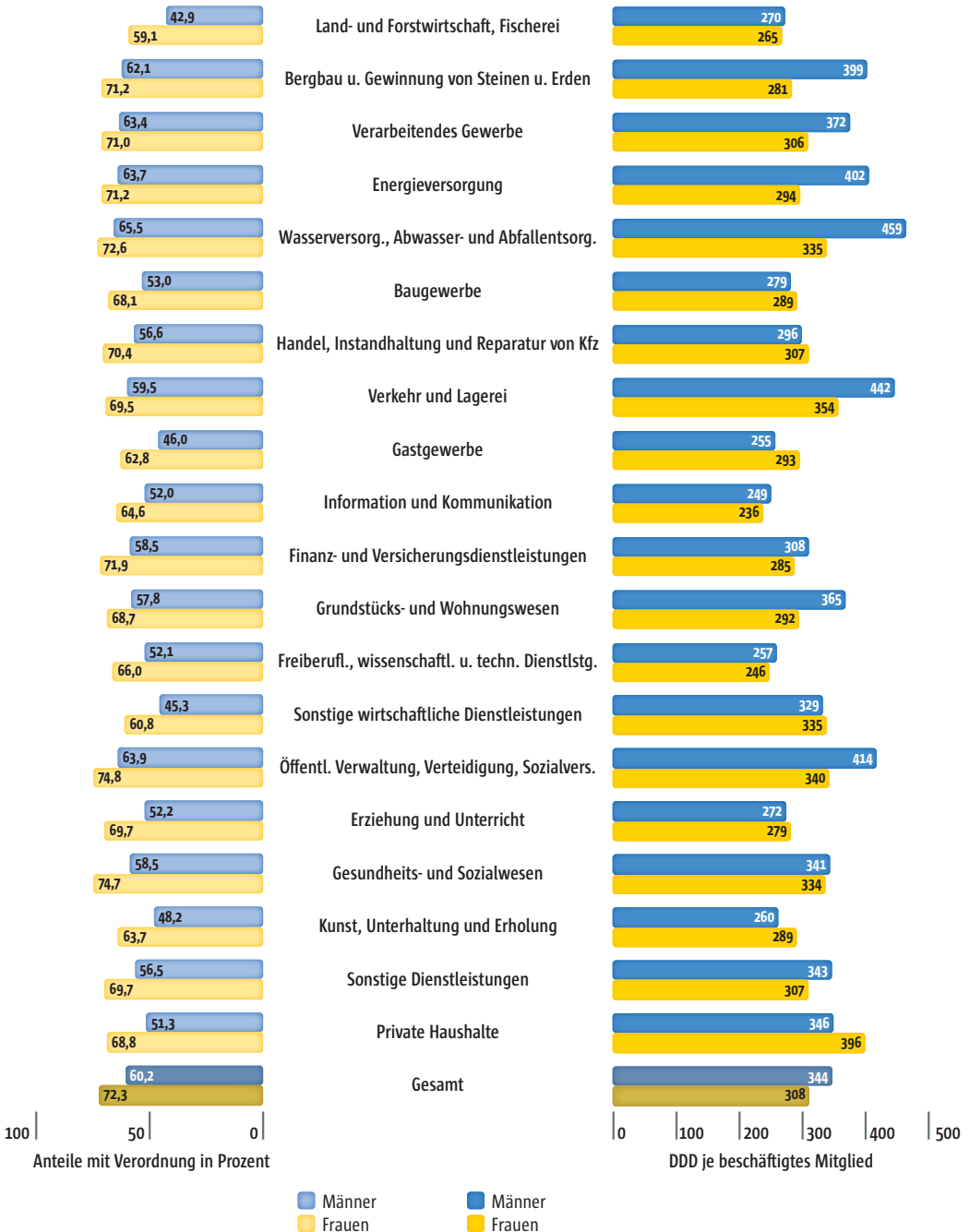
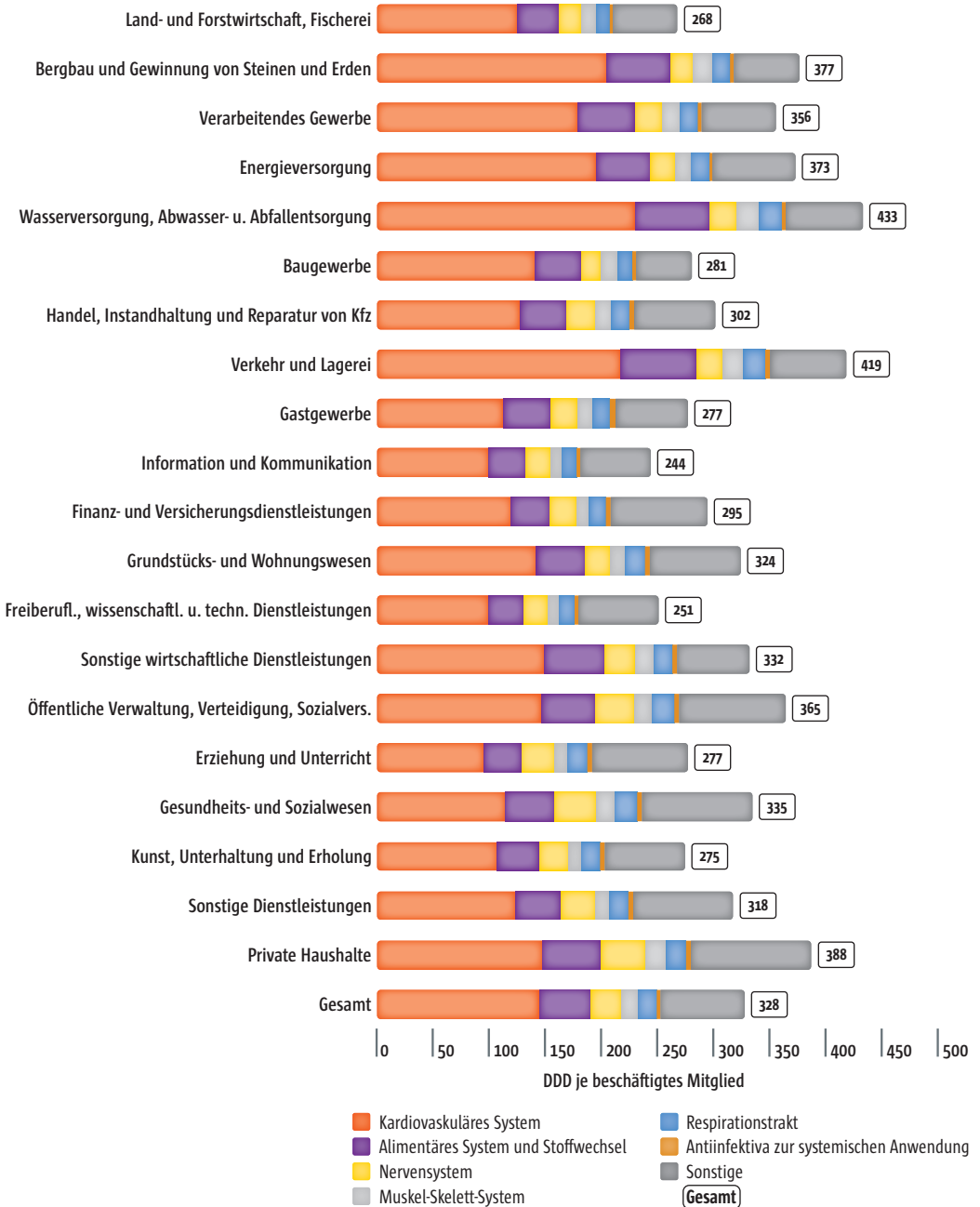


Diagramm 4.5.2 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2022)



4.5 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

teilen mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System auf. Dies gilt auch für Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie für solche für das Muskel- und Skelettsystem, was sowohl mit der hohen körperlichen Arbeitsbelastung als auch mit dem überdurchschnittlichen Anteil beschäftigter Männer in diesen Branchen begründet sein dürfte. Dagegen zeigen sich bei den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem vor allem solche Wirtschaftsgruppen mit überdurchschnittlich hohen Tagesdosen, die einen relativ großen Frauenanteil unter den Beschäftigten haben (u. a. Gesundheits- und Sozialwesen sowie öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung). Während

insgesamt die größte Abweichung bei den definierten Tagesdosen zwischen den Wirtschaftsgruppen für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System besteht, zeigen sich bei den Mitteln für den Respirationstrakt bzw. den Antiinfektiva nur geringe Variationen, was vor allem mit der unterschiedlichen Verordnungshäufigkeit bzw. Einnahmedauer für beide Arzneimittelgruppen zusammenhängen dürfte.

In »» Tabelle 4.5.2 sind jeweils die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten bzw. wenigsten definierten Tagesdosen im Jahr 2022 aufgeführt. Auch in dieser differenzierten Betrachtung zeigt sich ein ähnliches Muster, wie bereits im vorhergehenden

Tabelle 4.5.2 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten DDD insgesamt (Berichtsjahr 2022)

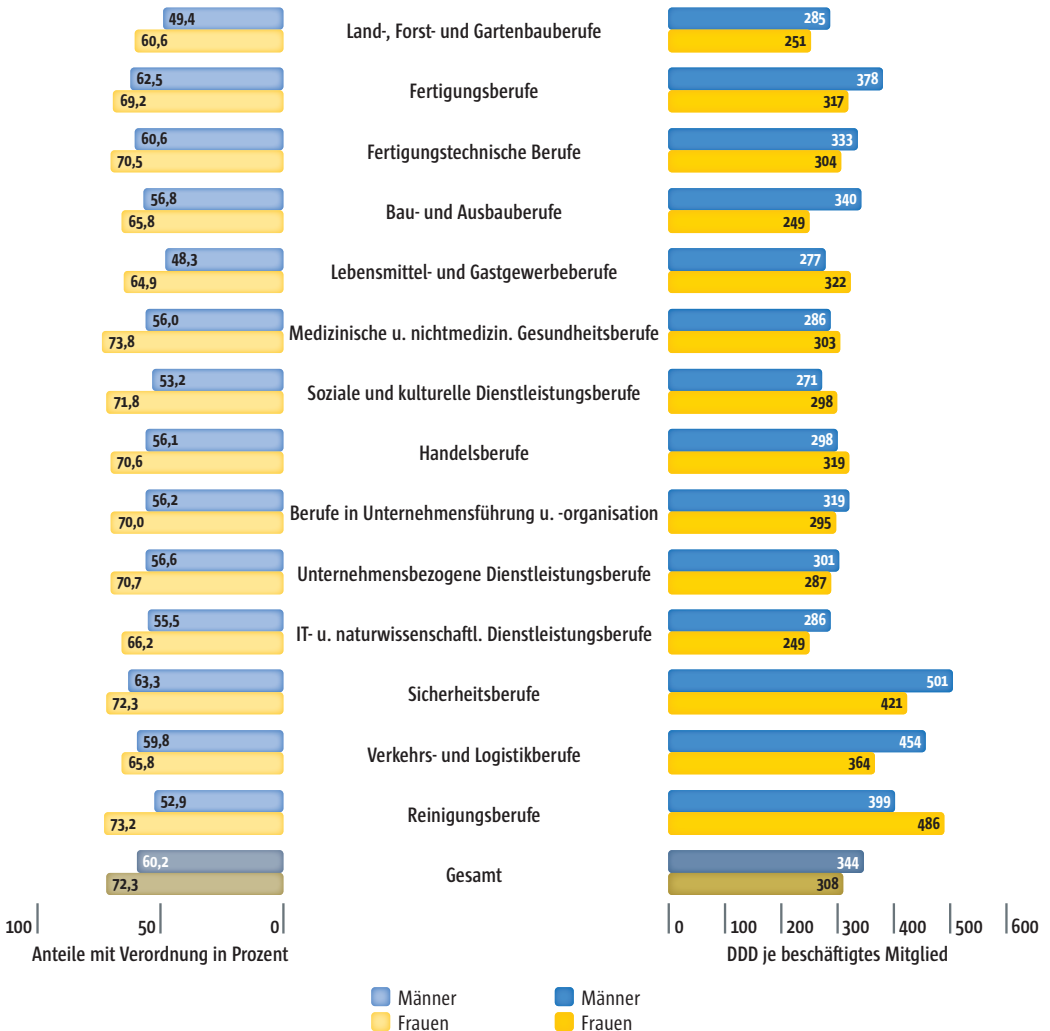
WZ 2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	EVO	DDD	Anteile der Beschäftigten mit Verordnung in Prozent
		je beschäftigtes Mitglied		
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	6,7	515	64,1
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	6,4	495	70,0
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	6,2	491	65,0
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen, Rückgewinnung	5,9	450	67,0
8	Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau	5,4	412	65,0
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	5,4	410	67,8
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik	5,5	408	66,4
36	Wasserversorgung	5,2	398	67,6
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	6,3	397	73,2
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr	5,3	394	61,7
	Gesamt	4,8	328	65,7
71	Architektur- und Ingenieurbüros, techn., physikal. u. chem. Untersuchung	3,7	246	57,1
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	3,9	242	61,2
51	Luftfahrt	4,0	240	64,1
62	Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie	3,5	237	55,6
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	3,8	236	37,5
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	3,6	227	54,1
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	3,6	214	51,6
75	Veterinärwesen	3,8	207	65,5
73	Werbung und Marktforschung	3,4	203	55,7
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	3,1	180	47,0

den Abschnitt deutlich wurde: Die meisten Tagesdosen werden vor allem im Bereich des produzierenden bzw. verarbeitenden Gewerbes, der Ver- und Entsorgung sowie in der Verkehrs- und Logistikbranche verordnet. Anders verhält es sich bei den zehn Wirtschaftsgruppen mit den geringsten verordneten Tagesdosen: Hier sind vorrangig solche aus den Bereichen Information und Kommunikation sowie der Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen zu finden.

4.5.2 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Die Beschäftigten in den Sicherheitsberufen, den Reinigungsberufen sowie den Verkehrs- und Logistikberufen bekommen durchschnittlich die meisten Tagesdosen verordnet.
- Beschäftigte in den Sicherheitsberufen erhalten mehr als doppelt so viele Tagesdosen mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System wie die Beschäftigten in den Gesundheitsberufen.

Diagramm 4.5.3 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



4.5 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

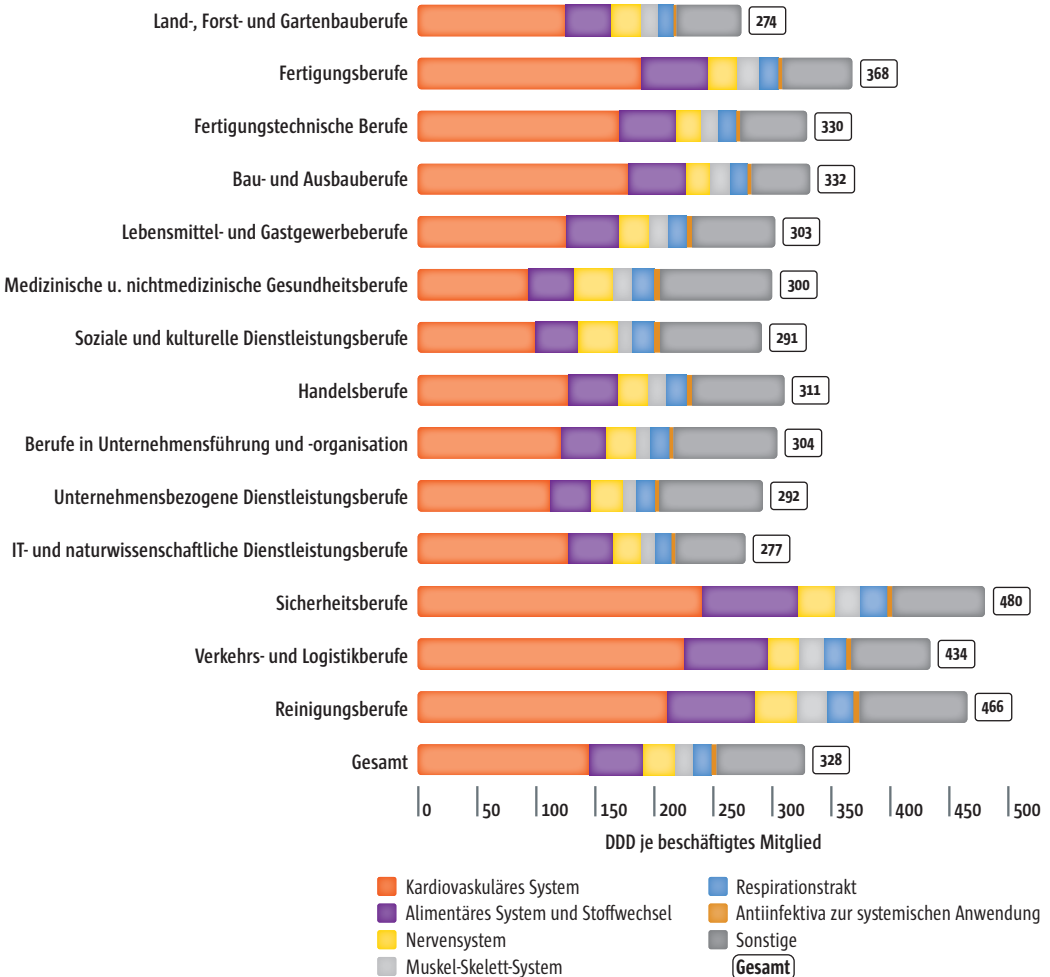
- In der Detailbetrachtung zeigt sich, dass die wenigsten Tagesdosen in den personenbezogenen, kaufmännischen und unternehmensbezogenen, sowie IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen verordnet werden.

Innerhalb einer Wirtschaftsgruppe sind Beschäftigte vieler verschiedener Berufe zu finden. So sind zum Beispiel in einem Krankenhaus neben Pflegekräften und ärztlichem Personal auch Personen aus dem IT-Bereich oder der Verwaltung tätig. Die genannten Berufsgruppen sind dabei sehr unterschiedlichen

Arbeitsbedingungen und somit auch verschiedenen Beanspruchungen und Belastungen ausgesetzt. Dass sich solche Unterschiede auch in den Arzneimittelverordnungen widerspiegeln, wird in den folgenden Betrachtungen deutlich.

Das **III** Diagramm 4.5.3 zeigt die Anteile der Beschäftigten mit mindestens einer Verordnung sowie die zugehörigen definierten Tagesdosen gegliedert nach Berufssegmenten und Geschlecht im Jahr 2022. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen weisen Beschäftigte in den Sicherheits-, Reinigungs- sowie Verkehrs- und Logistikberufen die meisten verordneten definierten Tagesdosen auf.

Diagramm 4.5.4 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2022)



Deutlich niedrigere Werte finden sich hingegen beispielsweise in den IT- und naturwissenschaftlichen Berufen. Bei der Mehrheit der Berufsgruppen liegen dabei die Werte für die Männer über denen der Frauen. Anders verhält es sich hingegen bei den Verordnungsanteilen. Diese sind durchweg mit +6,1 bis +20,4 Prozentpunkten bei den beschäftigten Frauen höher als bei ihren männlichen Kollegen. Auch hier spielen wiederum die bereits mehrfach erwähnten physiologischen/sozialen Gründe eine Rolle. Zudem sind auch auf der Ebene der Berufe weiterhin Unter-

schiede in der Rolle bzw. Position bei gleicher Tätigkeit zwischen Männern und Frauen vorhanden. So haben beispielsweise männliche Beschäftigte in den Reinigungsberufen deutlich häufiger als die dort tätigen Frauen eine Führungsposition bzw. komplexe Arbeitsaufgaben inne.

Der Vergleich der verordneten Tagesdosen für ausgewählte anatomische Hauptgruppen zwischen den einzelnen Berufssegmenten ist in **»»** Diagramm 4.5.4 dargestellt. Die sechs hier ausgewählten Verordnungshauptgruppen bilden bei den Be-

Tabelle 4.5.3 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten DDD insgesamt (Berichtsjahr 2022)

KldB 2010-Code	Berufshauptgruppen	EVO	DDD	Anteile der Beschäftigten mit Verordnung in Prozent
		je beschäftigtes Mitglied		
52	Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten	6,5	530	63,7
53	Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe	6,4	481	65,8
54	Reinigungsberufe	6,8	466	67,9
21	Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikerstellung und -verarbeitung	5,6	412	64,2
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe	5,2	398	62,7
24	Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe	5,3	392	64,1
51	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	5,4	391	59,3
28	Textil- und Lederberufe	5,5	376	67,3
41	Mathematik-, Biologie-, Chemie- und Physikberufe	5,0	359	66,2
25	Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe	4,8	350	63,1
	Gesamt	4,8	328	65,7
63	Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe	4,3	263	55,8
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe	4,3	258	59,9
11	Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe	3,7	256	47,6
92	Werbung, Marketing, kaufmännische und redaktionelle Medienberufe	4,1	256	59,9
33	(Innen-)Ausbauberufe	3,6	249	52,0
93	Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau	3,8	242	59,8
43	Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe	3,4	237	54,1
84	Lehrende und auszubildende Berufe	3,7	235	55,5
42	Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe	3,2	216	54,3
94	Darstellende und unterhaltende Berufe	3,3	213	49,1

schäftigten zusammen mehr als drei Viertel (77,2%) aller verordneten Tagesdosen im Jahr 2022 ab. Für die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System sind die identischen drei Berufssegmente, wie auch schon in der Gesamtbetrachtung, an der Spitze nach Verordnungsmengen zu finden (»» Diagramm 4.5.3). Dabei zeigt sich eine enorme Spannweite: Die Beschäftigten der Sicherheitsberufe erhalten mehr als doppelt so viele verordnete Tagesdosen in dieser Wirkstoffgruppe wie die Beschäftigten in medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen (240 DDD vs. 93 DDD je Beschäftigten) auf. Die Beschäftigten der Reinigungsberufe, der Sicherheitsberufe und der Verkehrs- und Logistikberufe weisen zudem auch die höchsten Verordnungsmengen bei den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel, auf das Muskel- und Skelettsystem und auf den Respirationstrakt auf. Bei 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. psychische Störungen) betroffen sind. Nahezu keine Unterschiede sind bei den Antiinfektiva feststellbar, da diese meist nur kurzfristig und in geringen Mengen eingenommen werden müssen.

Die in »» Tabelle 4.5.3 zu erkennende Reihung der zehn Berufe mit den meisten bzw. den wenigsten verordneten Tagesdosen ähnelt in ihrer Grundstruktur der der Wirtschaftsgruppen (»» Tabelle 4.5.2). Auch hier finden sich produzierende und verarbeitende Berufe sowie solche aus dem Verkehrs- und Logistikbereich an der Spitze wieder. Zusätzlich kommen, wie bereits in den vorhergehenden Betrachtungen, Berufe mit auffällig hohen Werten aus dem Sicherheits- und Reinigungsbereich hinzu. Die Berufsgruppen mit den wenigsten verordneten Tagesdosen setzen sich entsprechend aus den Bereichen personenbezogene, kaufmännische und unternehmensbezogene sowie IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe zusammen.

4.5.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit sowie Aufsichts- und Führungsverantwortung

- Mit steigendem Anforderungsniveau einer Tätigkeit nehmen die Anteile der Arzneimittelverordnungen sowie die zugehörigen Tagesdosen sukzessive ab.
- Vergleicht man Beschäftigte gleichen Alters miteinander, so zeigt sich, dass Aufsichts- und Führungskräfte weniger Anteile und Tagesdosen von Arzneimitteln verordnet bekommen als diejenigen ohne eine solche berufliche Position.

Nicht nur die Branche oder der Beruf der Beschäftigten beeinflusst das Verordnungsgeschehen der Arzneimittel, es spielt zudem auch eine Rolle welches Anforderungsniveau die ausgeübte Tätigkeit bzw. welche Position Beschäftigte im Unternehmen haben. Wie in »» Tabelle 4.5.4 gut zu erkennen ist, nehmen alle Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen mit zunehmendem Anforderungsniveau der Tätigkeit ab, wobei dieser Effekt bei den berufstätigten Frauen deutlicher als bei den Männern zutage tritt. Beschäftigte mit Anlern- bzw. Helfertätigkeiten fallen mit ihren sehr niedrigen Ordnungsanteilen teilweise aus diesem Muster heraus. Vermutlich hängt dies mit dem in dieser Gruppe deutlich niedrigeren Anteil der Beschäftigten, die mindestens einmal im Jahr einen niedergelassenen Arzt aufsuchen, zusammen (»» Kapitel 2.5). Die gleichzeitig relativ hohen DDD-Werte in dieser Gruppe lassen erkennen, dass diese Beschäftigten zwar seltener aber dann meist für länger andauernde bzw. chronische Erkrankungen Arzneimittel verordnet bekommen.

Bei den weiblichen Beschäftigten mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung zeigt sich, dass diese im Vergleich zu jenen ohne eine solche Position weniger Arzneimittel verordnet bekommen, während sich dieser Unterschied bei den Männern eher umgekehrt darstellt. Vermutlich spielt hier der geschlechtsspezifische Altersunterschied eine Rolle, der bei den Männern mit circa 5 Jahren größer als bei den Frauen mit circa 2 Jahren ausgeprägt ist. Ver-

Tabelle 4.5.4 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	Männer				Frauen		
		Durchschnittsalter in Jahren	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO je beschäftigtes Mitglied	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO je beschäftigtes Mitglied	DDD
Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit	Helfer-/Anlernertätigkeiten	44,2	51,3	4,9	355	68,9	6,4	400
	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	42,4	60,9	4,8	359	73,2	5,3	316
	Komplexe Spezialistentätigkeiten	43,3	58,7	4,4	335	67,3	4,5	259
	Hoch komplexe Tätigkeiten	42,9	54,6	3,7	277	63,7	4,0	223
Aufsichts- und Führungsverantwortung	Ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung	42,7	59,7	4,5	342	72,3	5,2	309
	Mit Aufsicht- und Führungsverantwortung	46,6	61,3	4,7	372	66,5	4,6	274
Gesamt		42,9	60,2	4,6	344	72,3	5,2	308

gleicht man an dieser Stelle altershomogene Gruppen miteinander, so zeigt sich allerdings für beide Geschlechter, dass Beschäftigte mit einer Aufsichts- und Führungsrolle weniger Arzneimittel als diejenigen ohne eine solche berufliche Position erhalten.

Vertragsformen und Arbeitnehmerüberlassung

- Ein Großteil der Unterschiede bei den Arzneimittelkennzahlen für die Merkmale Vertragsformen und Arbeitnehmerüberlassung wird maßgeblich durch die substantiellen Altersunterschiede zwischen den einzelnen Gruppen verursacht.
- Unbefristet in Vollzeit Beschäftigte erhalten aufgrund ihres hohen Durchschnittsalters die meisten Tagesdosen von allen Vertragsformen verordnet, bei Betrachtung gleichaltriger Berufstätiger sind hingegen in dieser Gruppe die niedrigsten Werte im Vergleich zu finden.
- In Leiharbeit Beschäftigte weisen hingegen unabhängig vom Alter einen durchweg deutlich niedrigeren Anteil mit mindestens einer Verordnung im Jahr auf.

Besonders niedrige Verordnungsmengen weisen die befristet in Vollzeit Beschäftigten auf. Hauptursache ist hierbei das sehr niedrige Durchschnittsalter in

dieser Beschäftigtengruppe, da sich hier neben den – meist jungen – Auszubildenden auch viele Berufsanfänger in der Probezeit wiederfinden. Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern sind die unbefristet in Teilzeit Beschäftigten diejenigen, die jeweils die meisten definierten Tagesdosen verordnet bekommen, was mit dem überdurchschnittlich hohen Durchschnittsalter in dieser Gruppe zusammenhängen dürfte. In einem ähnlichen Kontext ist der Zusammenhang zwischen dem niedrigeren Alter der Beschäftigten mit Arbeitnehmerüberlassung und entsprechend niedrigeren Verordnungskennzahlen zu bewerten (»»» Tabelle 4.5.5).

Vergleicht man die Vertragsformen innerhalb gleicher Altersgruppen hinsichtlich Verordnungsanteilen und Tagesdosen, so zeigt sich, dass die unbefristet in Teilzeit Beschäftigten die höchsten Anteile, allerdings gleichzeitig die niedrigsten DDD aufweisen. Maßgeblich hängt dies mit der Tatsache zusammen, dass in dieser Gruppe der Frauenanteil mit 83,6% mit Abstand am höchsten ist. Wie bereits mehrfach erwähnt, erhalten Frauen zwar sehr häufig Arzneimittel verordnet, ein Großteil dieser meist geschlechtsspezifischen Verordnungen geht aber mit niedrigen Tagesdosen einher.

Bei der altersunabhängigen Betrachtung des Merkmals Arbeitnehmerüberlassung zeigt sich ein

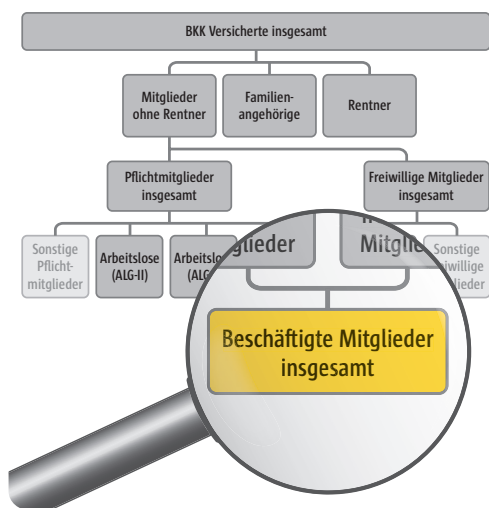
Tabelle 4.5.5 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	Männer				Frauen		
		Durchschnittsalter in Jahren	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO	DDD
				je beschäftigtes Mitglied			je beschäftigtes Mitglied	
Vertragsformen	Unbefristet/Vollzeit	43,7	61,8	4,8	365	69,9	4,9	293
	Unbefristet/Teilzeit	46,7	54,2	5,1	394	73,3	5,7	346
	Befristet/Vollzeit	31,4	44,9	2,9	174	62,4	4,1	215
	Befristet/Teilzeit	41,2	42,5	4,0	286	65,0	5,3	304
Arbeitnehmerüberlassung	Ohne Arbeitnehmerüberlassung	42,9	60,5	4,6	344	72,5	5,2	308
	Mit Arbeitnehmerüberlassung	39,1	35,3	3,5	237	47,5	4,5	254
Gesamt		42,9	60,2	4,6	344	72,3	5,2	308

etwas differenzierteres Bild: Während die definierten Tagesdosen für Beschäftigte mit und ohne Arbeitnehmerüberlassung nahezu identisch sind, sind hier die Verordnungsanteile für diejenigen, die über Leih- bzw. Zeitarbeit angestellt sind, deutlich geringer als bei denen mit einer regulären Anstel-

lung. Dies deckt sich mit der Tatsache, dass die Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung deutlich seltener ambulante Behandlung als die regulär angestellten Berufstätigen in Anspruch nehmen, wie in [»» Kapitel 2.5](#) zu sehen ist.

4.6 Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben



Anschließend an die vorhergehenden Versorgungsbereiche runden die Betrachtungen der Arzneimittelverordnungen die Analysen der Routinedaten im Kontext des diesjährigen Schwerpunktthemas ab. Im Folgenden stehen dabei die beschäftigten BKK Mitglieder im Kontext der verschiedenen soziodemografischen, regionalen und arbeitsweltlichen Merkmale im Fokus. Dabei ist im Folgenden mehrheitlich der bereits aus den vorgehenden Kapitel bekannte Vergleich zwischen den unter 30-jährigen bzw. den 30-jährigen und älteren Beschäftigten aufgeführt.

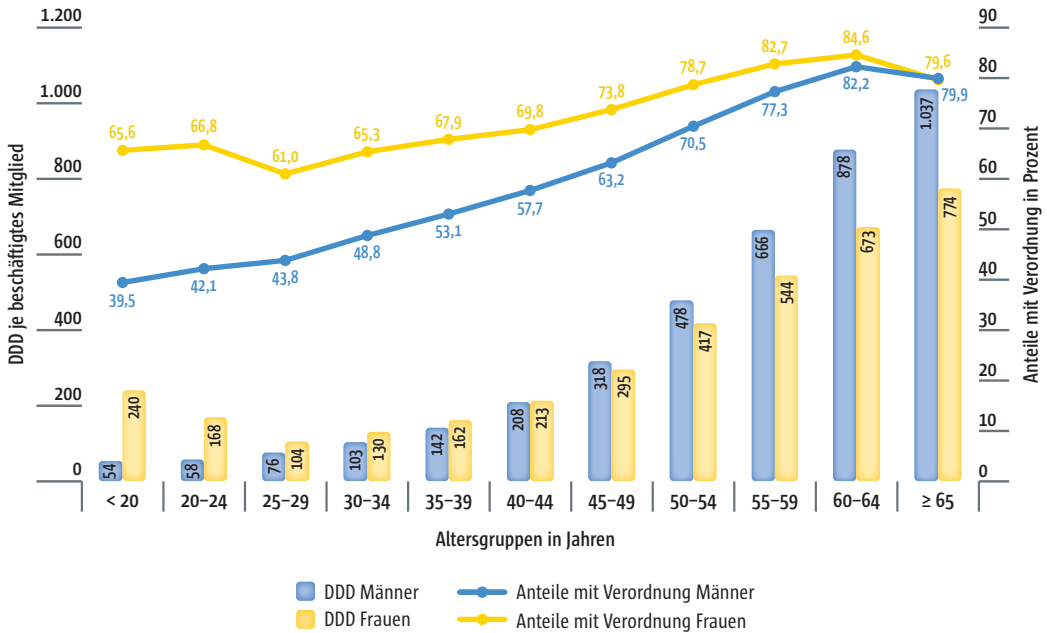
4.6.1 Einleitung

- Während deutlich mehr junge beschäftigte Frauen als Männer mindestens einmal im Jahr ein Arzneimittel verordnet bekommen, egalisiert sich dieser Unterschied mit zunehmendem Alter.
- Bis zur Gruppe der 40- bis 44-jährigen erhalten weibliche Beschäftigte mehr Tagesdosen als ihre männlichen Kollegen verordnet, ab dem 45. Lebensjahr sind es die Männer, die zunehmend mehr Tagesdosen erhalten.
- Die Geschlechtsunterschiede werden maßgeblich durch die Verordnung von Verhütungsmitteln bei jüngeren Frauen bzw. von Herz-Kreislauf-Mitteln bei älteren Männern verursacht.

Einleitend wird zunächst ein Blick auf die Arzneimittelverordnungen der Beschäftigten in einer differenzierteren Altersstruktur als in den folgenden Abschnitten geworfen. Dies dient unter anderem dazu, die nachfolgenden Analysen und Kennzahlen besser einzuordnen und sachlich richtig interpretieren zu können.

Im ►► Diagramm 4.6.1 sind die Verordnungsanteile und die definierten Tagesdosen der Beschäftigten nach Geschlecht und Altersgruppen zu sehen. Neben der allgemeinen Einordnung sollen zudem die hier aus Gründen der Darstellbarkeit nicht aufgezeigten wirkstoffspezifischen Altersverläufe zur Erläuterung des Verlaufsmusters im Folgenden näher betrachtet werden.

Diagramm 4.6.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



Verordnungsanteile

- Bei den Verordnungsanteilen zeigt sich, dass in der Gruppe der unter 20-jährigen Beschäftigten die Frauen deutlich häufiger mindestens einmal im Jahr ein Arzneimittel erhalten, als dies bei den Männern gleichen Alters der Fall ist. Der geschlechtsspezifische Unterschied fällt mit +26,1 Prozentpunkten in dieser Altersgruppe am höchsten aus und nimmt mit zunehmendem Alter immer weiter ab. In der Gruppe der über 65-jährigen ist dieser Unterschied mit -0,3 Prozentpunkten nur noch minimal vorhanden.
- Eine weitere Auffälligkeit betrifft ebenfalls die weiblichen Beschäftigten: Im Gegensatz zu den männlichen Beschäftigten, bei denen die Verordnungsanteile nahezu linear mit dem Alter ansteigen (die einzige Ausnahme bildet, aufgrund des *healthy worker effects*, die Gruppe der über 65-jährigen), gibt es bei den Frauen einen deutlichen Rückgang von den 20- bis 24-jährigen (66,8%) zu den 25- bis 29-jährigen (61,0%).
- Die Hauptursache dieser beiden beschriebenen Auffälligkeiten liegt vor allem in der Verordnung von Kontrazeptiva (Co3A) begründet: 40,4% der weiblichen Beschäftigten im Alter unter 20 Jah-

ren bzw. 23,0% im Alter von 20 bis 24 Jahren erhalten mindestens einmal im Jahr eine Verordnung von hormonellen Verhütungsmitteln, während bei den gleichaltrigen Männern solche Verordnungen nahezu nicht auftreten. Diese Verordnungsanteile betragen bei den Frauen im Alter zwischen 25 und 29 Jahren lediglich noch 0,2%. Hintergrund ist eine gesetzliche Regelung, die eine Verordnung solcher Verhütungsmittel zulasten der GKV bis zur Vollendung des 22. Lebensjahrs begrenzt.

- Ausgeglichen wird dieser Wegfall durch höhere Verordnungsanteile bei den jungen beschäftigten Frauen vor allem durch Antiinfektiva zur systemischen Anwendung, die bei den physiologisch-anatomisch bedingt häufiger bei Frauen auftretenden Harnwegsinfektionen Anwendung finden. Im mittleren Lebensalter, insbesondere mit dem Eintritt in das Klimakterium, sind es dann vor allem die Verordnungsanteile der systemischen Hormonpräparate, die bei den weiblichen Beschäftigten höhere Anteilswerte als bei den männlichen Beschäftigten verursachen.
- Über alle Altersgruppen hinweg liegen die Verordnungsanteile für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem für die weiblichen Beschäftigten zwi-

schen +4,4 bis +7,6 Prozentpunkten über denen der berufstätigen Männer. Dass sich die Werte beschäftigter Männer und Frauen in den höheren Altersgruppen insgesamt dennoch angleichen, liegt vor allem an den dann deutlich höheren Verordnungsanteilen für Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System bei den männlichen Beschäftigten.

Definierte Tagesdosen

- Parallel zu den Geschlechtsunterschieden bei den Verordnungsanteilen bilden sich diese in gleicher Weise bei den definierten Tagesdosen in der Gruppe der jungen weiblichen Beschäftigten bis zum 24. Lebensjahr ab. Die im Vergleich zu den männlichen Beschäftigten deutlich höheren Werte sind in den beiden jüngsten Altersgruppen zum Großteil auf Verordnungen von Verhütungsmitteln (jeweils 65,1% bzw. 43,1% der DDD entfallen allein auf hormonelle Kontrazeptiva zur systemischen Anwendung G03A) zurückzuführen.
- Hier wird der Rückgang der Tagesdosen bereits in der Gruppe der 20- bis 24-jährigen sichtbar, da die Verordnungsfähigkeit mit dem vollendeten 22. Lebensjahr endet. Der Geschlechtsunterschied im mittleren Lebensalter fällt bei den Tagesdosen wesentlich geringer als bei den Verordnungsanteilen aus. Hintergrund ist, dass die bei den Frauen zwar häufig verordneten Antiinfektiva und systemischen Hormonpräparate zu dem großen Unterschied bei den Verordnungsanteilen führen, diese allerdings aufgrund der geringen zugehörigen Tagesdosen hier kaum ins Gewicht fallen.
- Ab der Altersgruppe der 45- bis 49-jährigen erhalten die männlichen Beschäftigten zunehmend mehr Tagesdosen als die weiblichen Berufstätigen verordnet. Dies hängt maßgeblich mit den überdurchschnittlich hohen Verordnungsanteilen und v.a. zugehörigen Tagesdosen von Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System zusammen. Deutlich mehr als jede zweite verordnete Tagesdosis (51,1% bis 60,5%) geht bei den Männern ab dem 45. Lebensjahr auf ein Herz-Kreislauf-Medikament zurück, wohingegen bei den Frauen die entsprechenden Anteile wesentlich geringer ausfallen (29,1% bis 50,6%).

4.6.2 Auswertungen nach soziodemografischen Merkmalen

Alter und Geschlecht

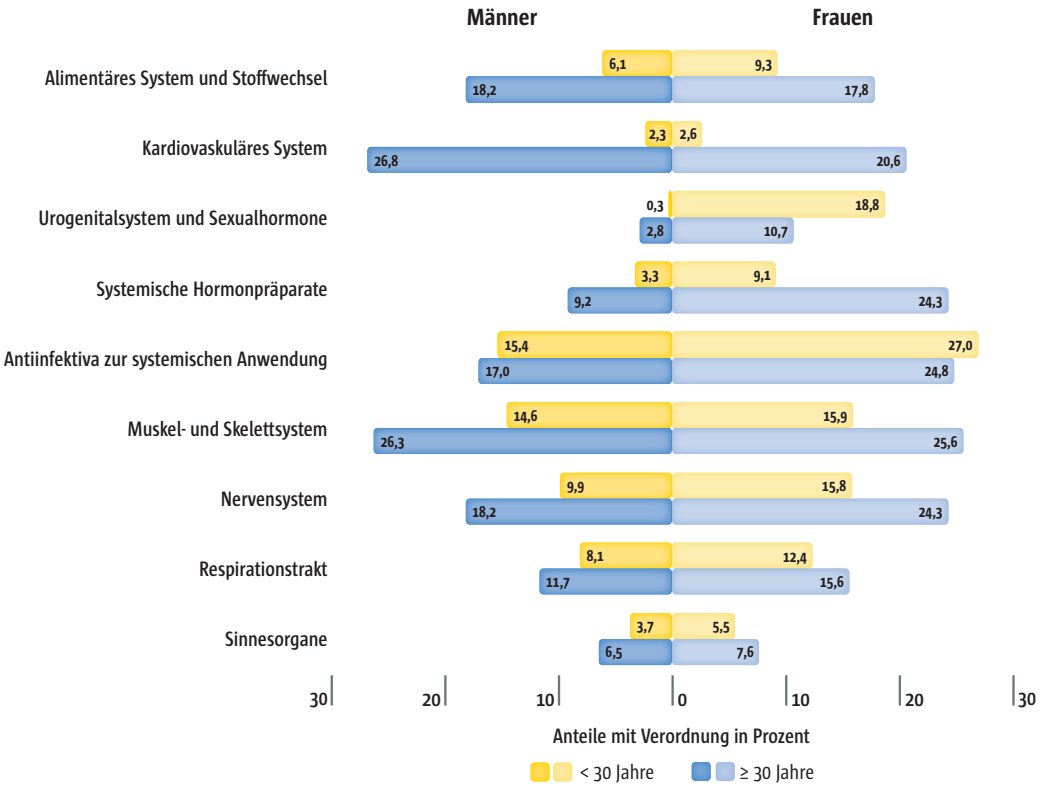
- Sowohl in der Gruppe der unter 30-jährigen als auch in der über 30-jährigen erhalten beschäftigte Frauen deutlich häufiger als Männer mindestens einmal pro Jahr hormonelle Wirkstoffe, Antiinfektiva sowie Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem verordnet
- Bis auf die Gruppe der Antiinfektiva zeigt sich dieser Geschlechtsunterschied für die genannten Wirkstoffgruppen auch bei den zugehörigen Tagesdosen.
- Bei den über 30-jährigen Beschäftigten sind bei den Männern nicht nur die verordneten Tagesdosen der Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System fast doppelt so hoch wie bei den Frauen (223 vs. 120 DDD je Beschäftigter), die Mehrheit (54,6%) aller Tagesdosen geht allein auf diese Wirkstoffgruppe zurück..

Die bereits in der Einleitung beschriebenen Zusammenhänge zwischen Alter, Geschlecht und den Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen sind zusätzlich differenziert nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im **»»»** Diagramm 4.6.2 für die Anteile mit Verordnung sowie in **»»»** Diagramm 4.6.3 für die definierten Tagesdosen im Vergleich zwischen den unter bzw. ab 30-jährigen beschäftigten Männern und Frauen dargestellt.

Beschäftigte unter 30 Jahre

Bei den Beschäftigten unter 30 Jahren werden häufig Arzneimittel verordnet, die v.a. bei Kurzzeiterkrankungen (z.B. Antiinfektiva, Respirations-trakt) oder zur Symptom-/Schmerzlinderung (z.B. Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem bzw. Nervensystem) Anwendung finden. Da es sich meist um Mittel zur kurzzeitigen Einnahme handelt, sind die Anteile derjenigen, die mindestens eine Verordnung im Jahr erhalten, zwar relativ groß (8,1% bis 27,0%), die zugehörigen Tagesdosen hingegen nur sehr niedrig ausgeprägt (3 bis 19 DDD je Beschäftigten). Etwas weniger häufig werden bei den unter 30-jährigen Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel verordnet (6,1% bis 9,3%), allerdings sind die Tagesdosen hier

Diagramm 4.6.2 Arzneimittelverordnungen – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung für ausgewählte Verordnungshauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



im Verhältnis höher ausgeprägt (11 bis 13 DDD je Beschäftigten). Der Großteil der Verordnungen in dieser Gruppe geht auf Mittel bei säurebedingten Erkrankungen (Ao2) zurück, die vor allem bei Symptomen wie dem sogenannten Sodbrennen verordnet werden.

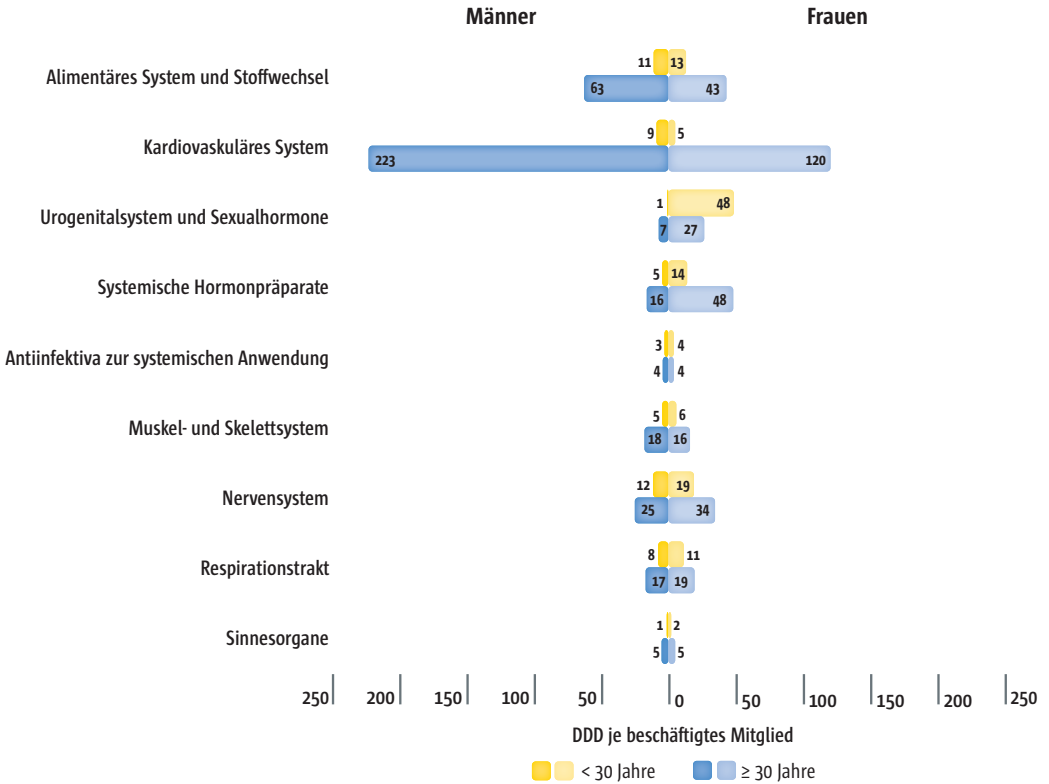
Geschlechtsunterschiede treten bei den unter 30-Jährigen ebenfalls deutlich zutage. Sowohl die Verordnungsanteile der Mittel mit Wirkung auf das Urogenitalsystem und die Sexualhormone (18,8% vs. 0,3%) als auch die der systemischen Hormonpräparate (9,1% vs. 3,3%) werden bei weiblichen Beschäftigten deutlich häufiger als bei männlichen Kollegen der gleichen Altersgruppe verordnet. Dieser Unterschied bildet sich auch bei den verordneten Tagesdosen ab (48 vs. 1 DDD je Beschäftigten bzw. 14 vs. 5 DDD je Beschäftigten). Des Weiteren erhalten junge beschäftigte Frauen wesentlich häufiger Mittel aus der Gruppe der Antinfektiva (27,0% vs. 15,4%) sowie der mit Wirkung auf das Nervensystem (15,8% vs. 9,9%) verordnet, allerdings sind hier die Unter-

schiede bei den definierten Tagesdosen nicht so ausgeprägt (4 vs. 3 DDD bzw. 19 vs. 12 DDD je Beschäftigten), da es sich hier auch meist um eine Kurzzeitmedikation handelt.

Beschäftigte ab 30 Jahre

Bei den Beschäftigten ab 30 Jahren sind altersabhängige Veränderungen im Verordnungsgeschehen sichtbar, die vor allem mit dem häufigeren Auftreten von lang andauernden bzw. chronischen Erkrankungen (bspw. Diabetes Typ II, Bluthochdruck, chronische Rückenschmerzen, Depressionen) in dieser Altersgruppe im Zusammenhang stehen. Entsprechend zeigt sich bei den zugehörigen Wirkstoffgruppen – den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel, den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System, den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem und den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem – ein

Diagramm 4.6.3 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für ausgewählte Verordnungshauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)



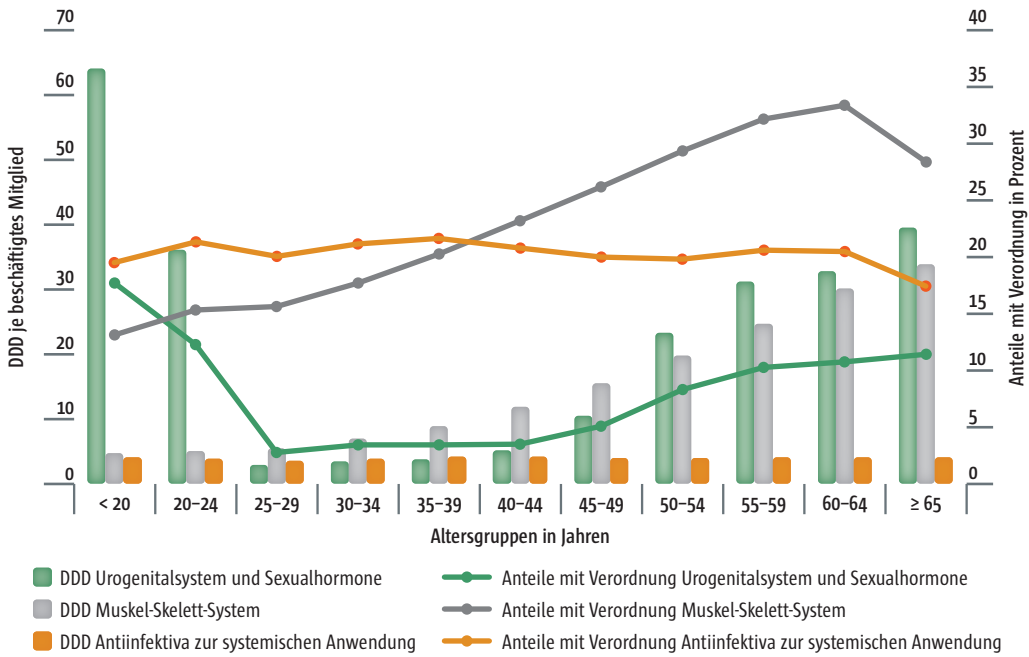
jeweils deutlicher Anstieg der Verordnungsanteile und Tagesdosen. Im Kontrast dazu nur wenig verändert sind die Kennzahlen für die Antiinfektiva.

Auch in dieser Altersgruppe bestehen sichtbare Geschlechtsunterschiede. Am plakativsten tritt dies für die Herz-Kreislauf-Mittel zutage: Mehr als jeder vierte männliche Beschäftigte (26,8%) dieser Altersgruppe bekommt mindestens einmal im Jahr ein solches Mittel verordnet und mehr als jede zweite Tagesdosis (54,6%) geht dabei auf das Konto dieser Wirkstoffgruppe. Bei den weiblichen Beschäftigten sind diese Werte dagegen geringer: Nur rund jede Fünfte (20,6%) erhält mindestens einmal im Jahr eine solche Verordnung, deren Anteil an allen Tagesdosen der beschäftigten Frauen fällt mit 34,9% deutlich niedriger aus. Bei beiden Geschlechtern ist diese Wirkstoffgruppe nach Tagesdosen auf Platz 1 der Rangliste zu finden. Umgekehrt zeigen sich weiterhin deutlich höhere Verordnungsanteile und Tagesdosen für die Mittel mit Wirkung auf das Urogenitalsystem und die Sexualhormone sowie vor allem

für die systemischen Hormonpräparate bei den beschäftigten Frauen.

Im Diagramm 4.6.4 sind noch einmal ergänzend die Kennzahlen von drei Verordnungshauptgruppen im detaillierten Altersverlauf dargestellt. Bei der Gruppe der Antiinfektiva zur systemischen Anwendung zeigt sich ein nahezu altersunabhängiger Verlauf. Sowohl die Verordnungsanteile als auch die Tagesdosen schwanken nur in sehr geringem Maße zwischen den einzelnen Altersgruppen, da die zugehörigen Erkrankungen (v.a. Infektionen) über alle Altersgruppen in etwa gleich häufig auftreten. Anders hingegen bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem: Hier zeigt sich ein deutlicher altersbedingter Anstieg, was sowohl die Verordnungsanteile als auch die zugehörigen Tagesdosen betrifft. Gleiches gilt auch für die in der ambulanten Versorgung zugrundeliegenden Muskel-Skelett-Erkrankungen, die ebenfalls mit zunehmendem Alter häufiger diagnostiziert werden (Kapitel 2.3). Ein davon abweichendes Verlaufsmuster

Diagramm 4.6.4 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)



weisen die Mittel mit Wirkung auf das Urogenitalsystem und die Sexualhormone auf. Hier fallen die Kennwerte für die beiden jüngsten Altersgruppen besonders hoch aus, wobei diese fast ausschließlich auf Verordnungen von Kontrazeptiva für weibliche Beschäftigte zurückzuführen sind. Der Einbruch ab der Gruppe der 25- bis 29-jährigen hängt vor allem mit dem Ende der Erstattungsfähigkeit dieser Wirkstoffe ab dem 22. Lebensjahr zusammen. Ab dem 45. Lebensjahr ist dann wiederum ein durchgehender Anstieg erkennbar, wobei im Wesentlichen bei den weiblichen Beschäftigten die Estrogene (Go3C; u. a. zur Anwendung im Klimakterium) und bei den Männern die Mittel bei benigner Prostatahyperplasie (Go4C; Therapie der gutartigen Vergrößerung der Vorsteherdrüse) für die altersbedingte Zunahme der Verordnungskennzahlen verantwortlich sind.

Wie hier gut erkennbar wird, zeigen sich je nach Wirkstoffgruppe teilweise unterschiedliche Altersverläufe, die mit den zugrundeliegenden Erkrankungen aber auch mit gesetzlichen Bestimmungen in Zusammenhang stehen. Zusätzlich spielen altersspezifische Geschlechtsunterschiede eine Rolle, die bei der Einordnung der folgenden Analysen beachtet werden müssen.

Schul- und Berufsabschluss

- Unabhängig von Alter und Geschlecht gilt: Je höher der Schul- bzw. Berufsabschluss, soweit vorhanden, desto geringer sind die Verordnungsanteile und -mengen.
- Bei den 30-jährigen und älteren beschäftigten Männern und Frauen tritt dieser Unterschied wesentlich deutlicher hervor, als dies bei den unter 30-jährigen der Fall ist. Die bildungsspezifischen Unterschiede treten somit mit zunehmendem Alter noch deutlicher zutage.

Welcher Zusammenhang sich beim Verordnungsgeschehen der Arzneimittel im Kontext des höchsten Schul- bzw. Berufsabschlusses im Vergleich der beiden Altersgruppen und dem Geschlecht aufzeigen lässt, wird in **»»** Tabelle 4.6.1 sichtbar. Vor allem bei den Tagesdosen zeigt sich in beiden Altersgruppen ein identisches Muster dahingehend, dass mit zunehmendem höherem Schul- bzw. Berufsabschluss (soweit vorhanden) die Mengen der verordneten Tagesdosen sukzessive abnehmen. Das Muster, was bereits bei den unter 30-jährigen deutlich wird, besteht nicht nur bei den über 30-jährigen fort, der Unter-

Tabelle 4.6.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schul- und Berufsabschluss, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	< 30 Jahre		≥ 30 Jahre		< 30 Jahre		≥ 30 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
		Anteile mit Verordnung in Prozent				DDD je beschäftigtes Mitglied			
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	28,4	42,9	60,2	66,8	55	126	489	403
	Haupt-/ Volksschulabschluss	45,2	66,2	70,8	78,4	71	155	510	453
	Mittlere Reife oder gleichwertig	45,7	69,4	66,2	76,1	67	162	423	368
	Abitur/Fachabitur	38,6	59,0	57,3	68,9	66	123	276	242
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	38,5	64,2	62,9	74,3	61	197	458	436
	Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	45,9	66,5	68,5	76,4	72	127	457	368
	Meister/Techniker oder gleichwertig	41,5	58,4	65,7	73,0	67	99	399	309
	Bachelor	35,6	51,7	50,1	63,8	66	89	164	161
	Diplom/Magister/Master/ Staatsexamen	33,8	47,0	56,8	66,6	65	82	280	231
	Promotion	27,4	37,7	51,3	61,9	62	82	237	201
Gesamt		42,5	63,7	64,9	74,5	66	140	408	345

schied wächst sogar noch an. Beträgt dieser beispielsweise bei beschäftigten Männern unter 30 Jahren mit anerkannter Berufsausbildung im Verhältnis zu denen mit einem Hochschulabschluss gerade einmal +10,8% (65 vs. 72 DDD je Beschäftigter), so wächst dieser in der Altersgruppe der über 30-Jährigen auf +63,3% (280 vs. 457 DDD je Beschäftigter) an. Die Gruppe der 30-jährigen und älteren Personen mit einem Bachelorabschluss fällt hierbei aus dem Muster heraus, da hier der Altersdurchschnitt deutlich unter denen anderen Berufsabschlüsse liegt. Des Weiteren weichen für Personen ohne einen Schul- bzw. Berufsabschluss die Werte teils vom grundsätzlichen Muster ab. Hintergrund ist, dass in dieser sehr heterogenen Gruppe auch Beschäftigte zu finden sind, deren Abschluss aus unterschiedlichen Gründen nicht (mehr) erfassbar ist oder sich nicht eindeutig zuordnen lässt. Zudem zeigt sich auch in dieser Betrachtung über alle Abschlusstypen hinweg, dass in der Gruppe der unter 30-Jährigen die verordneten Tagesdosen der Frauen durchweg höher als die der entsprechenden Männer liegen, während sich dieses Muster bei den über 30-Jährigen genau

umgekehrt – mit durchweg höheren Werten für die Männer – darstellt.

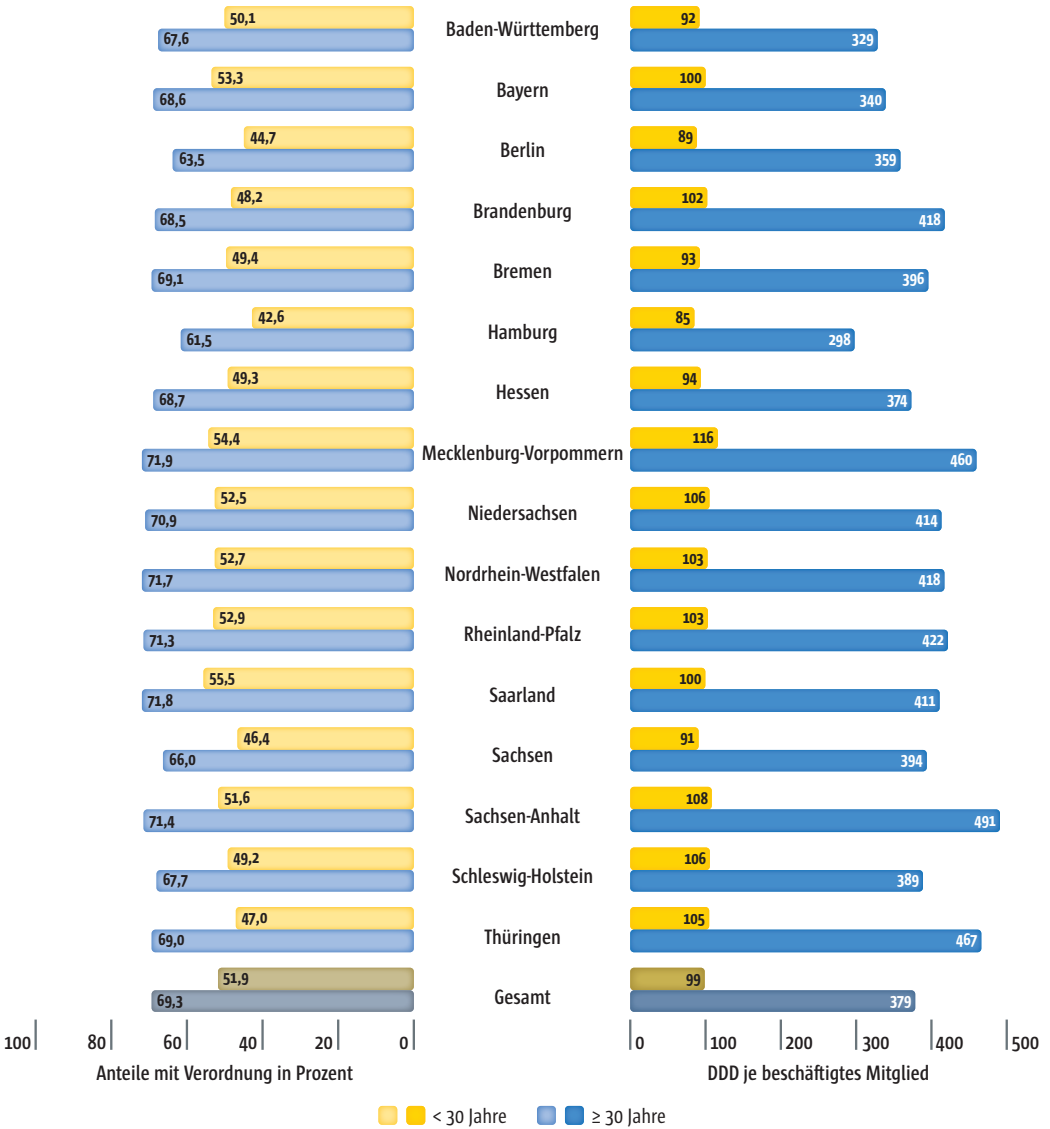
4.6.3 Auswertungen nach Regionen

- Sowohl bei den unter 30-jährigen als auch bei denen, die 30 Jahre und älter sind, zeigt sich im Bundesländervergleich das bereits bekannte Muster, dass vor allem in den Ostbundesländern überdurchschnittlich viele Arzneimittel verordnet werden.
- Umgekehrt liegen beispielsweise in Hamburg, Berlin und Baden-Württemberg die Verordnungskennzahlen in beiden Altersgruppen deutlich unter dem jeweiligen Gesamtdurchschnitt.

Wie sich die Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen der beschäftigten Mitglieder beider Altersgruppen im regionalen Vergleich darstellen, ist in **»»»** Diagramm 4.6.5 zu sehen. Hierbei zeigt sich insbesondere bei den Tagesdosen, dass bei den Beschäftigten

4.6 Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben

Diagramm 4.6.5 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)



unter 30 Jahren in den Bundesländern mit Werten über dem Bundesdurchschnitt diese ebenfalls überwiegend bei den Beschäftigten über 30 Jahren über dem Bundesdurchschnitt liegen. Am deutlichsten wird dies in den Ostbundesländern, besonders in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Umgekehrt zeigt sich, dass die Beschäftigten mit Wohnort in Hamburg, Berlin oder Baden-

Württemberg unabhängig von der Altersgruppe unterdurchschnittlich viele Tagesdosen im Vergleich zum Gesamtwert aufweisen. Insofern wiederholt sich hier das Muster, was bereits in [III](#) Tabelle 4.4.1 bei den BKK Versicherten insgesamt zu sehen war. An dieser Stelle zeigt sich nochmals, dass der Wohnort und die damit verbundenen sozialökonomischen Bedingungen der Beschäftigten bereits in jungen

Jahren einen Einfluss auf die Gesundheit im Kontext der Arzneimittelverordnungen ausüben, wobei sich dieses Muster in der Gruppe der über 30-jährigen weiter verfestigt und verstärkt.

4.6.4 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- In der Gesamtbetrachtung der Wirtschaftsgruppen spielen bei den unter 30-jährigen vor allem geschlechtsspezifische Verordnungen eine wesentliche Rolle: Branchen mit einem hohen Frauenanteil (bspw. Gesundheits- und Sozialwesen) weisen hier deutlich höhere Arzneimittelverordnungsanzahlen auf als zum Beispiel das Baugewerbe mit einem sehr hohen Männeranteil.
- Bei den 30-jährigen und älteren zeigt sich hingegen das Muster, welches bereits in der allgemeinen altersunabhängigen Betrachtung sichtbar wurde, mit den höchsten Verordnungswerten für Verkehr und Lagerei sowie Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung.
- Für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System sowie diejenigen für das Nervensystem zeigen sich bereits in der Gruppe der unter 30-jährigen tendenziell höhere Werte für Wirtschaftsgruppen, die bei den 30-jährigen und älteren noch deutlicher als diejenigen mit den meisten Tagesdosen zutage treten.

Die Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen im Vergleich zwischen den Wirtschaftsabschnitten und den beiden Altersgruppen sind in **»»»** Diagramm 4.6.6 zu sehen. Besonders hohe Werte sowohl für die Verordnungsanteile als auch für die definierten Tagesdosen sind in der Altersklasse der unter 30-jährigen vor allem in Wirtschaftsabschnitten mit einem insgesamt überproportional hohen Frauenanteil zu finden (u. a. öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung: 66,1%; Erziehung und Unterricht: 75,1%; Gesundheits- und Sozialwesen: 82,0%; Gesamt: 45,6%). Hintergrund ist der bereits in **»»** Kapitel 4.6.1 beschriebene Umstand, dass ein hoher Anteil der Verordnungen bei jungen Frauen auf Verhütungsmittel zurückgeht. Im Kontrast dazu zeigen sich vor allem dort, wo der Frauenanteil sehr gering ist (bspw. Baugewerbe: 17,2%; verarbeitendes Gewerbe: 24,0%; Verkehr und Lagerei: 25,9%), deutlich unterdurchschnittliche Kennwerte. Im Vergleich dazu stellt sich das Muster bei den über 30-jährigen anders dar. Hier sind die Wirtschaftsgruppen mit hohen Werten auffällig, die bereits in den allgemeinen Betrachtungen (**»»** Kapitel 4.5.1) zu sehen waren, wie zum Beispiel Verkehr und Lagerei sowie

Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung. Hingegen liegen in dieser Altersgruppe die Kennwerte der Beschäftigten in Erziehung und Unterricht sowie Kunst, Kultur und Unterhaltung eher im unterdurchschnittlichen Bereich, vor allem was die Tagesdosen betrifft. Der Anteil von Männern und Frauen in einer Wirtschaftsgruppe hat also einen Einfluss auf das Verordnungsgeschehen, zusätzlich sind es aber mittel- und langfristig vor allem die Arbeitsbedingungen, die mit zunehmendem Alter an Einfluss gewinnen.

Die Kennzahlen nach Wirtschaftsgruppen, Altersgruppen sowie zusätzlich differenziert nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen sind in **»»»** Diagramm 4.6.7 dargestellt. Die in **»»** Diagramm 4.6.6 bereits beschriebenen Auffälligkeiten im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Frauenanteilen in den einzelnen Wirtschaftsgruppen kommen auch hier zum Tragen. Dabei wird wiederum deutlich, dass bei den unter 30-jährigen vor allem die Gruppe der Mittel mit Wirkung auf das Urogenitalsystem und die Sexualhormone für die insgesamt hohen Tagesdosen verantwortlich sind. Allerdings lassen sich hier zusätzlich Vergleiche zwischen den beiden Altersgruppen für weitere spezifische Verordnungshauptgruppen aufzeigen. So zeigen sich beispielsweise in den Bereichen Verkehr und Lagerei (10 bzw. 255 DDD je Beschäftigten) und in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung (9 bzw. 263 DDD je Beschäftigten) bereits in der Gruppe der unter 30-jährigen tendenziell höhere Werte für Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System, als im Durchschnitt aller Beschäftigten (7 DDD je Beschäftigten), während der Abstand zum Gesamtwert der über 30-jährigen (176 DDD je Beschäftigten) noch deutlicher ausfällt. Andererseits sind unter anderem in der Landwirtschaft (6 bzw. 169 DDD je Beschäftigten) oder in den Finanz- und Versicherungsdienstleistungen (5 bzw. 141 DDD je Beschäftigten) sowohl in der Gruppe der unter 30-jährigen als auch bei den 30-jährigen und älteren Beschäftigten durchgehend unterdurchschnittliche Werte für diese Wirkstoffgruppe zu finden. Der Einfluss der spezifischen Arbeitsbelastungen in den einzelnen Wirtschaftsgruppen verursacht also bereits bei jungen Beschäftigten einen tendenziellen Unterschied in den Verordnungsmengen von Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System, der mit zunehmendem Alter noch ausgeprägter wird.

Ein ähnliches Bild zeigt sich für die Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem. So sind bei den Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen (23 bzw. 40 DDD je Beschäftigten) sowie in Erziehung

4.6 Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben

Diagramm 4.6.6 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)

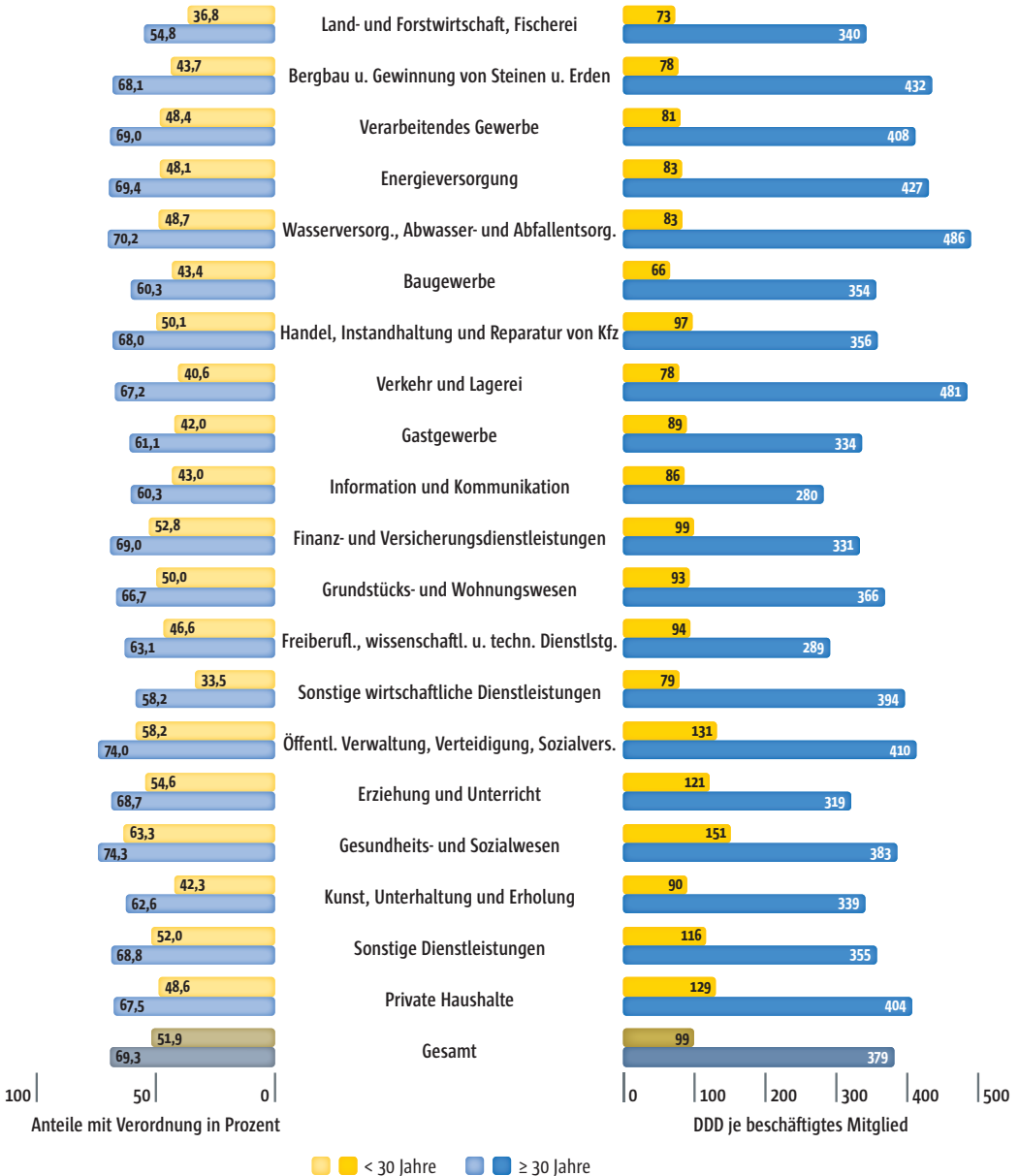
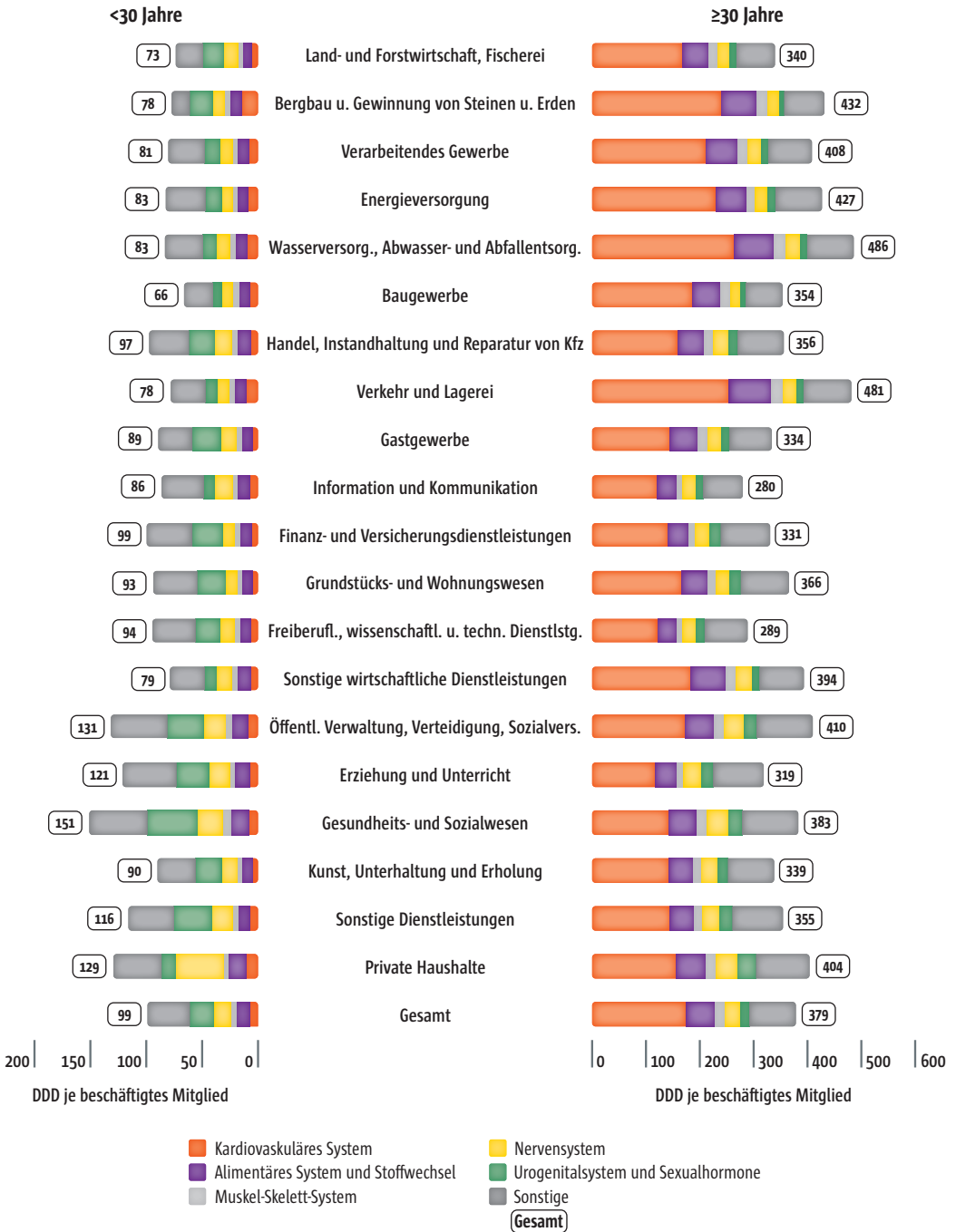


Diagramm 4.6.7 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)



4.6 Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben

und Unterricht (19 bzw. 33 DDD je Beschäftigten) in beiden Altersgruppen Werte oberhalb des jeweiligen Durchschnittswerts aller Beschäftigten (15 bzw. 29 DDD je Beschäftigten) zu finden. Hier sind ebenfalls bereits in der Gruppe der unter 30-Jährigen Entwicklungen erkennbar, die sich mit zunehmendem Alter und im Kontext branchenspezifischer Arbeitsbelastungen verfestigen. In Ergänzung zur Gesamtbetrachtung des Verordnungsgeschehens (III Diagramm 4.6.6) lassen sich also wirkstoffspezifisch bereits in der Gruppe der unter 30-jährigen Beschäftigten Einflüsse der Branchenzugehörigkeit und der damit verbundenen Arbeitsbelastungen nachweisen.

Abschließend zur Betrachtung in diesem Abschnitt sollen noch die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den höchsten bzw. niedrigsten Tagesdosen insgesamt in der Gruppe der unter 30-Jährigen berichtet werden (III Tabelle 4.6.2). Auch in dieser Auflistung sind bei den jungen Beschäftigten vor allem solche Branchen mit einem hohen Anteil an weiblichen Beschäftigten (bspw. Gesundheitswesen, Heime, Sozialwesen) vertreten, deren insgesamt überdurchschnittlich hohe Tagesdosen wiederum vor allem durch Verordnungen aus dem Bereich der Mittel mit Wirkung auf das Urogenitalsystem und die Sexualhormone begründet sind. Im Gegenzug haben Wirtschaftsgruppen mit unterdurchschnittlichen Werten bei den Tagesdosen bei den unter 30-jährigen

Tabelle 4.6.2 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten DDD der Beschäftigten unter 30 Jahren (Berichtsjahr 2022)

WZ 2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	< 30 Jahre	≥ 30 Jahre
		DDD je beschäftigtes Mitglied	
75	Veterinärwesen	175	229
86	Gesundheitswesen	156	349
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	145	450
88	Sozialwesen (ohne Heime)	139	400
97	Private Haushalte mit Hauspersonal	132	404
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	131	410
85	Erziehung und Unterricht	121	319
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen	118	356
96	Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen	117	348
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	108	354
	Gesamt	99	379
8	Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau	74	474
41	Hochbau	73	354
37	Abwasserentsorgung	73	443
33	Reparatur und Installation von Maschinen und Ausrüstungen	71	391
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	71	555
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung	68	435
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	68	307
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	67	368
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation	64	335
2	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	51	319

einen überdurchschnittlich hohen Anteil an männlichen Beschäftigten. Dieses geschlechtsspezifische Muster löst sich bei den 30-jährigen und älteren Beschäftigten nahezu vollständig auf. Dort sind dann wieder die Wirtschaftsgruppen (bspw. Metallherstellung und -bearbeitung) an der Spitze mit den meisten Tagesdosen zu finden, wie sie bereits in der altersunabhängigen Betrachtung zu sehen waren (»»» Tabelle 4.5.2).

4.6.5 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Berufsgruppen mit einem hohen Frauenanteil (bspw. medizinische und nichtmedizinische Berufe) verzeichnen in der Gruppe der unter 30-jährigen vor allem aufgrund von Verordnungen von Verhütungsmitteln Kennwerte über dem Durchschnitt.
- Das Muster in der Gruppe der 30-jährigen und älteren Beschäftigten ähnelt hingegen stark dem der altersunabhängigen Betrachtung, mit den höchsten Werten für Beschäftigte in den Verkehrs- und Logistikberufen, den Sicherheitsberufen und den Reinigungsberufen.
- Gleichzeitig sind es vor allem diese drei genannten Berufsgruppen, bei denen bereits in jungen Jahren tendenziell und bei den 30-jährigen und älteren deutlich überdurchschnittliche Verordnungsmengen für Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System erkennbar werden. Hier lässt sich also schon frühzeitig ein berufsspezifischer Bedarf an Verhaltens- und Verhältnisprävention ableiten.

Die konkrete berufliche Tätigkeit steht noch direkter als die Wirtschaftsgruppe des beschäftigenden Unternehmens im Zusammenhang mit der Gesundheit eines Beschäftigten, vermittelt über die berufsspezifischen Arbeitsbelastungen (»»» Diagramm 4.6.8). Auch an dieser Stelle wird wiederum erkennbar, dass bei den unter 30-jährigen vor allem die Tätigkeitsbereiche hohe Werte der Arzneimittelverordnungen aufweisen, in denen der Frauenanteil unter den Beschäftigten überdurchschnittlich hoch ist (bspw. Gesundheitsberufe: 83,9%; soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe: 75,8%). Deutlich niedrigere

Kennwerte finden sich hingegen in Berufen mit sehr geringen Frauenanteilen (bspw. Bauberufe: 8,1%; Verkehrs- und Logistikberufe: 21,8%). Ähnlich wie bei der Betrachtung der Wirtschaftsgruppen (»»» Diagramm 4.6.6) wird auch hier bei der Gruppe der 30-jährigen und älteren ein Muster erkennbar, dass in seiner Grundstruktur im Wesentlichen dem der Beschäftigten insgesamt gleicht (»»» Diagramm 4.5.3). Das Muster der jungen Beschäftigten zeigt aber gleichzeitig, dass auch bei Berufsgruppen, die bei den älteren Beschäftigten durchgehend höhere Kennwerte aufweisen, die Ausgangsbedingungen nahezu ausgeglichen sind und somit frühzeitige berufsspezifische Präventionsmaßnahmen sinnvoll sind.

Lohnenswert ist auch hier ein zusätzlicher Blick auf die verordneten Tagesdosen differenziert nach Berufs- und Altersgruppen (»»» Diagramm 4.6.9). Es wird deutlich, dass bei den unter 30-jährigen in den bereits benannten Berufsgruppen die überdurchschnittlichen Kennwerte der Tagesdosen vor allem auf hohe Anteile von Verordnungen im Bereich der Mittel mit Wirkung auf das Urogenitalsystem und die Sexualhormone zurückzuführen sind. So gehen fast ein Drittel aller Verordnungen (32,6%) bei den Gesundheitsberufen auf das Konto dieser Verordnungshauptgruppe. Im Kontrast dazu beträgt dieser Anteil in der gleichen Altersgruppe bei den Bauberufen gerade einmal 7,3%. Abzüglich dieser Verordnungshauptgruppe würden sich die erkennbaren Unterschiede innerhalb dieser Altersgruppe bei den Tagesdosen insgesamt deutlich reduzieren.

Ähnlich wie bei den Wirtschaftsgruppen werden auch hier bereits bei den jungen Beschäftigten Muster sichtbar, die sich in den höheren Altersgruppen fortsetzen. So weisen die drei Berufsgruppen – Sicherheitsberufe, Verkehrs- und Logistikberufe und Reinigungsberufe – mit den insgesamt höchsten Werten für die Tagesdosen jeweils bereits in jungen Jahren überdurchschnittliche Werte für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System – wenn auch im Diagramm kaum sichtbar – auf. Hier wird also bereits frühzeitig ein berufsspezifischer Präventionsbedarf erkennbar.

4.6 Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben

Diagramm 4.6.8 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)

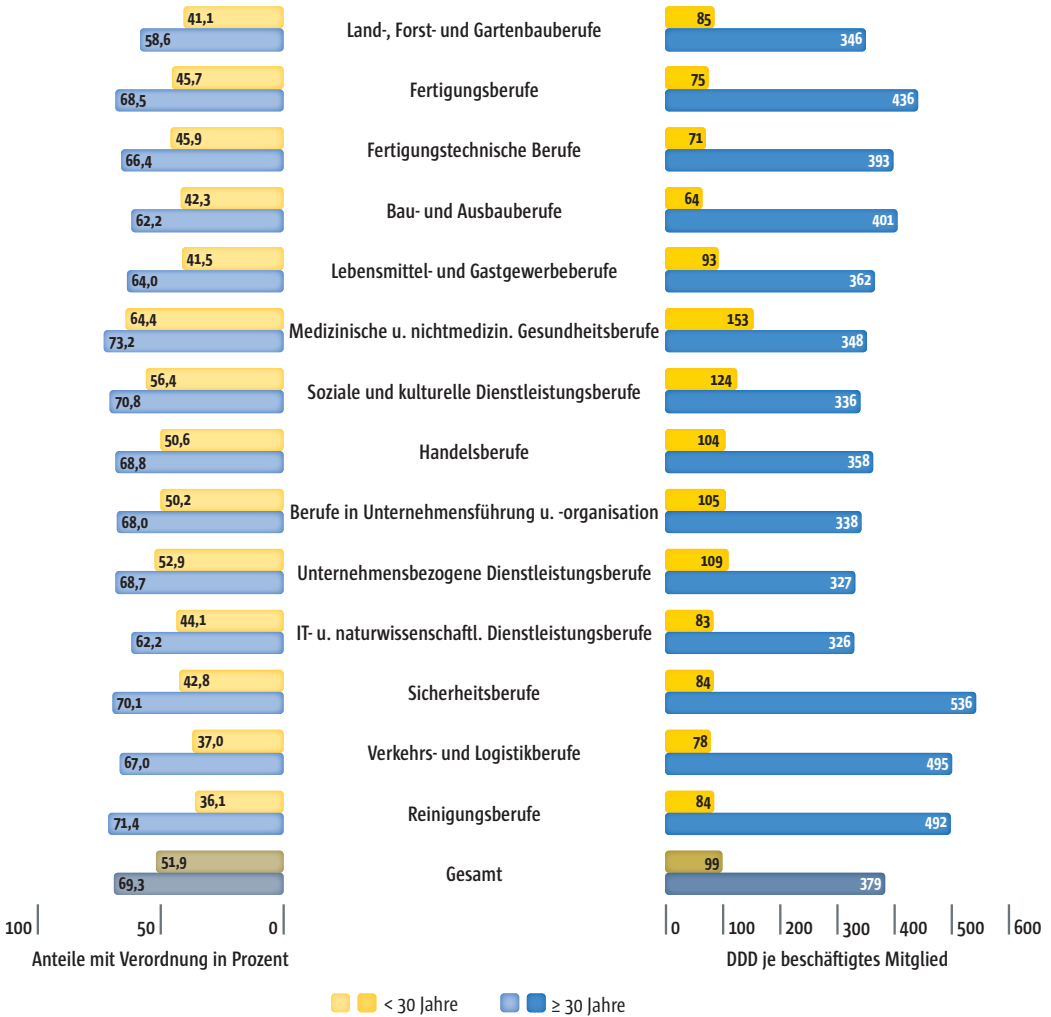
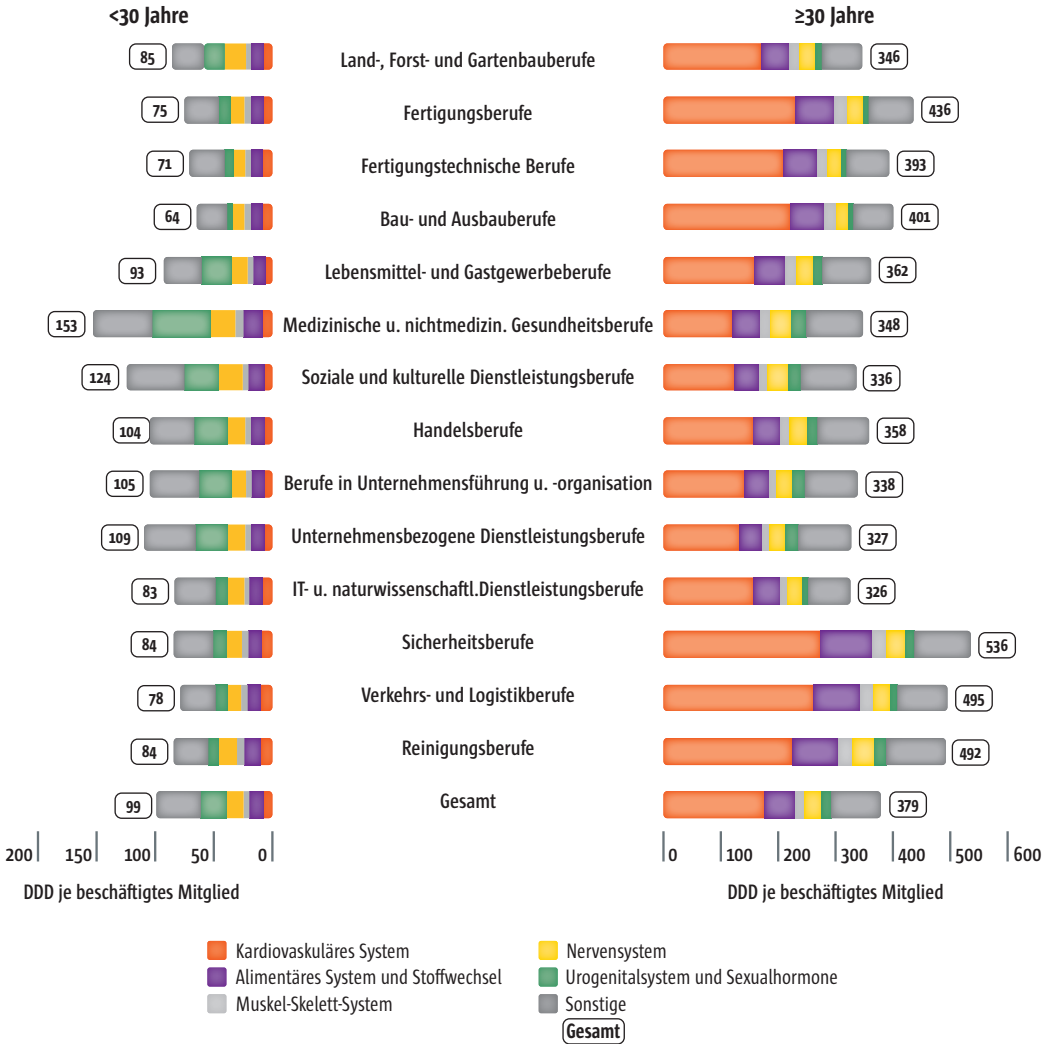


Diagramm 4.6.9 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2022)



Eine differenzierte Berufsbetrachtung des Verordnungsgeschehens bietet die Tabelle 4.6.3. Hier sind jeweils die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten bzw. wenigsten Tagesdosen (DDD) in der Gruppe der unter 30-jährigen aufgeführt und den entsprechenden Kennwerten der 30-jährigen und älteren gegenübergestellt. Es zeigt sich ein ähnliches Muster, wie es bereits bei den Wirtschafts-

gruppen (Tabelle 4.6.2) sichtbar wurde: Unter den zehn Berufsgruppen mit den meisten DDD sind vor allem solche mit einem relativ hohen Frauenanteil zu finden. In diesen tragen wiederum die Verordnungen im Kontext der Mittel mit Wirkung auf das Urogenitalsystem und Sexualhormone entscheidend zur hier erkennbaren Reihung bei. Umgekehrt finden sich bei den zehn Berufsgruppen mit den we-

4.6 Schwerpunktthema Gesunder Start ins Berufsleben

nigsten DDD mehrheitlich solche mit einem geringen Anteil an beschäftigten Frauen. Der in der Gruppe der unter 30-jährigen deutlich erkennbare geschlechtsspezifische Effekt verschwindet wiederum vollständig in der Gruppe der 30-jährigen und älteren Beschäftigten. Dort fallen vor allem solche Berufsgruppen mit deutlich überdurchschnittlichen Werten auf, die bereits in der Gesamtbetrachtung auffällig hohe Werte zeigen (»» Tabelle 4.5.3). Exemplarisch sei hier die Gruppe der Führer/innen von

Fahrzeug- und Transportgeräten (u. a. Berufskraftfahrer, Bus- und Straßenbahnfahrer, Lokführer, Baumaschinenfahrer etc.) genannt. Während die hier Beschäftigten in jungen Jahren deutlich unterdurchschnittliche Werte aufweisen (73 vs. 99 DDD je Beschäftigter), sind diese im Gegensatz dazu bei den 30-jährigen und älteren deutlich überdurchschnittlich ausgeprägt (575 vs. 379 DDD je Beschäftigten).

Tabelle 4.6.3 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten DDD der Beschäftigten unter 30 Jahren (Berichtsjahr 2022)

KldB 2010-Code	Berufshauptgruppen	< 30 Jahre	≥ 30 Jahre
		DDD je beschäftigtes Mitglied	
81	Medizinische Gesundheitsberufe	157	336
83	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie	141	363
73	Berufe in Recht und Verwaltung	139	366
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik	138	385
62	Verkaufsberufe	110	378
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe	107	294
71	Berufe in Unternehmensführung und -organisation	105	338
28	Textil- und Lederberufe	103	417
63	Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe	99	320
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung	98	317
Gesamt		99	379
52	Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten	73	575
94	Darstellende und unterhaltende Berufe	73	266
22	Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung	71	408
21	Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikherstellung und -verarbeitung	71	471
24	Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe	70	465
25	Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe	69	423
26	Mechatronik-, Energie- und Elektroberufe	68	390
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe	67	473
33	(Innen-)Ausbauberufe	60	318
32	Hoch- und Tiefbauberufe	56	376

4.6.6 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Merkmalen

Zum Abschluss werden im Kontext des diesjährigen Schwerpunktthemas die weiteren Tätigkeitsmerkmale wie das Anforderungsniveau, die Ausübung einer Aufsichts- bzw. Führungstätigkeit, die Vertragsform sowie die Arbeitnehmerüberlassung betrachtet.

- Unabhängig vom Alter und Geschlecht gilt, dass mit zunehmendem Anforderungsniveau (ausgenommen Helfer- und Anlerntätigkeiten) die verordneten Anteile und Tagesdosen von Arzneimitteln sukzessive abnehmen.
- In der Gruppe der 30-jährigen und älteren Beschäftigten ist dieser Unterschied bei den männlichen Beschäftigten vor allem bei den Tagesdosen am größten ausgeprägt.
- Das gleiche Muster zeigt sich auch für die Beschäftigung in einer Aufsichts- bzw. Führungsposition. Beschäftigte in einer solchen Rolle weisen durchweg weniger Arzneimittelverordnungen auf, als jene ohne eine solche berufliche Position.
- Beschäftigte, die in Leih- bzw. Zeitarbeit angestellt sind, weisen unabhängig vom Alter oder Geschlecht niedrigere Kennwerte der verordneten Arzneimittel als solche mit einer regulären Anstellung auf.

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit sowie Aufsichts- und Führungsverantwortung

Mit zunehmendem Anforderungsniveau der Tätigkeit nehmen sowohl die Anteile mit Verordnung als auch die definierten Tagesdosen der beschäftigten Männer und Frauen ab (III Tabelle 4.6.4). Dabei wird hier nochmal der Alterseffekt zwischen den Geschlechtern sehr deutlich: Bei den unter 30-jährigen ist dabei der Unterschied bei den Verordnungsanteilen wesentlich größer ausgeprägt, als dies bei den 30-jährigen und Älteren der Fall ist. Zudem zeigt sich bei den Tagesdosen, dass diese zunächst in der jüngeren Altersgruppe bei den weiblichen Beschäftigten deutlich höher als bei ihren männlichen Kollegen ausgeprägt sind, während sich dieses Bild bei den 30-jährigen und älteren komplett umgekehrt darstellt. Sind in jungen Jahren v.a. die Kontrazeptiva-Verordnungen bei den Frauen die Hauptursache für den Unterschied, so sind es in der Altersgruppe der 30-jährigen und älteren Beschäftigten vor allem die deutlich höheren Dosen von Herz-Kreislauf-Mitteln bei den Männern.

Eine Ausnahme bilden die Beschäftigten mit Helfer- bzw. Anlerntätigkeiten. Bereits beim Schul- bzw. Berufsabschluss (III Tabelle 4.6.1) ist ein ähnliches Muster erkennbar. Beschäftigte ohne Schul- bzw. Berufsabschluss weisen ebenfalls niedrigere

Tabelle 4.6.4 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	< 30 Jahre		≥ 30 Jahre		< 30 Jahre		≥ 30 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
		Anteile mit Verordnung in Prozent				DDD je beschäftigtes Mitglied			
Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit	Helfer-/Anlerntätigkeiten	31,1	50,7	59,2	73,2	62	140	432	441
	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	43,6	66,1	66,8	75,2	66	151	446	356
	Komplexe Spezialistentätigkeiten	38,4	57,5	62,2	69,7	69	117	373	288
	Hoch komplexe Tätigkeiten	34,8	50,4	57,6	66,8	66	97	304	246
Aufsichts- und Führungsverantwortung	Ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung	42,4	63,7	64,7	74,5	66	141	410	347
	Mit Aufsicht- und Führungsverantwortung	38,3	52,3	62,9	68,1	67	95	389	291
Gesamt		42,5	63,7	64,9	74,5	66	140	408	345

Werte als diejenigen mit einem Abschluss auf. Dies bedeutet aber nicht, dass diese Beschäftigten gesünder sind, sondern vielmehr, dass sie aus unterschiedlichen Gründen seltener als Beschäftigte mit einem qualifizierten Abschluss bzw. einem höheren Anforderungsniveau der Tätigkeit medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Dabei sind vor allem Barrieren im oftmals komplexen Zugang zu medizinischen Leistungen insbesondere für sogenannte bildungsfernere Schichten ein Grund, warum diese wesentlich seltener zum Arzt oder Psychotherapeuten gehen. In der Gruppe der 30-jährigen und älteren Beschäftigten reduziert sich dieser Unterschied insbesondere bei den Tagesdosen jedoch deutlich, da dann vor allem auch Langzeiterkrankungen und damit verbundene Arzneimittelverordnungen in dieser Gruppe an Bedeutung gewinnen.

Beschäftigte mit einer Führungs- bzw. Aufsichtsrolle weisen nahezu durchgehend niedrigere Werte für die Verordnungsanteile und Tagesdosen auf. Auch hier werden die bereits beschriebenen Alters- und Geschlechtsmuster erkennbar: Während bei den unter 30-Jährigen jeweils die weiblichen Beschäftigten die höheren Werte bei den Tagesdosen aufweisen, ist dies ab dem 30. Lebensjahr umgekehrt für die beschäftigten Männer der Fall. Beschäftigte Frauen weisen zwar in beiden Altersgruppen jeweils die höchsten Anteile mit einer Verordnung auf, allerdings nimmt der Abstand zu den Männern mit zunehmendem Alter ab.

Vertragsformen sowie Arbeitnehmerüberlassung

Beim Beschäftigungsverhältnis zeigt sich ein ähnliches Muster im Zusammenhang mit dem Alter und dem Geschlecht, wie es bereits beim Anforderungsniveau sichtbar wurde (III Tabelle 4.6.5). In der Gruppe der unter 30-jährigen sind die Verordnungsanteile und Tagesdosen der beschäftigten Frauen deutlich höher, während in der Gruppe der 30-jährigen und älteren bei den beschäftigten Männern deutlich höhere Tagesdosen auftreten und sich gleichzeitig der Unterschied bzgl. der Verordnungsanteile zwischen den Geschlechtern verringert. Ein ähnliches Bild zeigt sich beim Merkmal Arbeitnehmerüberlassung. Zusätzlich ist erkennbar, dass hier über Alter und Geschlecht hinweg jeweils die Beschäftigten, die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, die niedrigeren Werte aufweisen. Dass dies nicht zwingend ein Zeichen dafür ist, dass diese Gruppe über einen besseren Gesundheitszustand verfügt, wird unter anderem an deren höheren Werten im Bereich Arbeitsunfähigkeit erkennbar (III Kapitel 1.5.4). Vermutlich spielt hier auch die unterschiedliche Frequenz der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (III Kapitel 2) eine Rolle.

Tabelle 4.6.5 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, Arbeitnehmerüberlassung, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

Merkmale	Ausprägungen	< 30 Jahre		≥ 30 Jahre		< 30 Jahre		≥ 30 Jahre	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
		Anteile mit Verordnung in Prozent				DDD je beschäftigtes Mitglied			
Vertragsformen	Unbefristet/Vollzeit	42,1	61,6	65,3	72,2	67	119	411	336
	Unbefristet/Teilzeit	32,1	56,9	59,6	74,6	72	126	451	359
	Befristet/Vollzeit	38,5	61,6	53,1	63,5	63	174	302	269
	Befristet/Teilzeit	28,9	51,8	52,5	69,1	72	135	399	341
Arbeitnehmerüberlassung	Ohne Arbeitnehmerüberlassung	42,9	64,2	65,1	74,6	66	140	407	344
	Mit Arbeitnehmerüberlassung	23,7	36,2	41,9	52,9	56	100	312	309
Gesamt		42,5	63,7	64,9	74,5	66	140	408	345

4.7 Zusammenfassung und Ausblick

Nachdem die Arzneimittelverordnungen in den Jahren 2020 und 2021 stark von der Coronavirus-Pandemie geprägt waren, ist im Jahr 2022 eine weitgehende Normalisierung erkennbar. Dies betrifft insbesondere die Wirkstoffgruppen wie beispielsweise Antinfektiva oder Mittel mit Wirkung auf den Respirationstrakt, die im Zusammenhang mit den wieder deutlich häufiger aufgetretenen Atemwegserkrankungen bzw. sonstigen Infektionen verordnet werden. Unabhängig davon dominieren aber nach wie vor andere Wirkstoffgruppen bei den BKK Versicherten das Verordnungsgeschehen. An erster Stelle sind dabei die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System zu nennen, auf die fast jede zweite Tagesdosis im aktuellen Berichtsjahr zurückgeht. Mit großem Abstand folgen dann die Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel, die für rund jede sechste Tagesdosis verantwortlich sind. Zusammen gehen somit knapp zwei Drittel der Tagesdosen auf diese beiden Wirkstoffgruppen zurück. Bei den zugrundeliegenden Erkrankungen handelt es sich maßgeblich um solche (bspw. Bluthochdruck oder Diabetes Typ II), die vor allem im höheren Lebensalter auftreten und meist mit einer Langzeitmedikation verbunden sind. In den vergangenen Jahren sind die Verordnungen in diesen Wirkstoffgruppen stetig angestiegen, was unter anderem mit dem demografischen Wandel zusammenhängt. Dabei zeigt sich, dass bei diesen beiden Wirkstoffgruppen Männer deutlich häufiger als Frauen solche Medikamente erhalten. Aber auch der Sozialstatus der Versicherten hat Einfluss auf die Verordnungskennwerte. Der Anteil der Arbeitssuchenden, die mindestens einmal im Jahr ein Medikament verordnet bekommen, ist zwar geringer als der der Beschäftigten, allerdings sind bei erstgenannter Gruppe die Tagesdosen wesentlich höher. Der Grund hierfür ist im überproportional häufigen Auftreten von Langzeiterkrankungen bei den Arbeitssuchenden zu finden, die als Ursachen bzw. Wirkungen der Arbeitslosigkeit gesehen werden können. In ähnlicher Weise ist der Zusammenhang

mit höchstem Schul- und Berufsabschluss zu werten. Kurz gesagt, steht ein höherer Bildungsgrad mit niedrigen Arzneimittelverordnungen in Verbindung. Zudem spielen die Lebensverhältnisse und strukturelle Faktoren am Wohnort der Versicherten eine Rolle. Vor allem in sogenannten strukturschwachen Regionen, wie in großen Teilen Ostdeutschlands aber auch teilweise in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz oder dem Saarland zeigen sich überdurchschnittlich hohe Werte der Arzneimittelverordnungen.

Im Fokus der Betrachtungen stehen in diesem abschließenden Kapitel wiederum die Beschäftigten. Allgemein zeigt sich dabei ein ähnliches Muster, wie es bereits bei den Versicherten insgesamt sichtbar wurde. Die Verordnungen im Kontext von Atemwegserkrankungen und Infektionen sind hier ebenfalls im Vorjahresvergleich deutlich angestiegen, gleichzeitig dominieren auch hier die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System das Verordnungsgeschehen. Allerdings wird bei den Tagesdosen im Durchschnitt weniger als die Hälfte des Wertes der BKK Versicherten insgesamt erreicht, was noch einmal sehr plakativ den Zusammenhang mit dem Lebensalter illustriert. In der Betrachtung nach Wirtschafts- und Berufsgruppen zeigt sich, dass nahezu identisch zu den anderen Leistungsbereichen die gleichen Branchen und Berufe mit überdurchschnittlichen (bspw. Verkehr- und Lagerei, Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung, Sicherheitsberufe und Reinigungsberufe) Werten auffallen. Umgekehrt gilt dies natürlich auch für solche Tätigkeitsfelder, in denen sich Werte unter dem Durchschnitt finden, wie dies bspw. im Bereich Information und Kommunikation oder in den IT- und naturwissenschaftlichen Berufen der Fall ist.

Die jungen Beschäftigten, die für das diesjährige Schwerpunktthema im Fokus stehen, weisen einige Besonderheiten auf. So spielen bei den jungen Frauen bis zum 22. Lebensjahr Verordnungen von Verhütungsmitteln eine bedeutende Rolle, auf die

ein Großteil der Arzneimittel bis zu diesem Alter zurückgeht. Dieser Fakt ist in der Bewertung der Kennzahlen besonders zu berücksichtigen, da es sich bei diesen Verordnungen in der Regel nicht um solche handelt, die mit expliziten Erkrankungen in Verbindung stehen. So spielt dieser geschlechtsspezifische Unterschied bei den altersspezifischen Vergleichen nach Wirtschafts- und Berufsgruppen eine bedeutende Rolle. Branchen und Berufe mit einem besonders hohen Frauenanteil weisen aufgrund dieser Besonderheit in der Gruppe der unter 30-Jährigen meist überdurchschnittlich hohe Werte auf. Reduziert man die Werte um diese Wirkstoffgruppe, so minimieren sich diese Unterschiede bzw. verschwinden zum Teil ganz. Dagegen zeigt sich in der Gruppe der über 30-Jährigen wiederum das Muster, wie es bereits bei der Betrachtung der Beschäftigten insgesamt zu sehen war. Insofern kann man daraus schlussfolgern, dass alle Beschäftigten in jungen

Jahren – gemessen an den Verordnungskennzahlen – in etwa auf dem gleichen Niveau starten, sich im Laufe der Zeit allerdings ein Muster ausbildet, was maßgeblich durch die unterschiedlichen Arbeitsbedingungen und -belastungen verursacht wird. Daraus ableitend ist es mehr als sinnvoll, dass betriebliches Gesundheitsmanagement bereits mit dem Start ins Berufsleben beginnt, um die Ausbildung der bekannten Muster zu verhindern oder zumindest abzuschwächen. Neben der Verhaltensprävention, die beim Beschäftigten selbst ansetzt, ist die Verhältnisprävention, die die Arbeitsbedingungen und deren Optimierung in den Blick nimmt, mindestens als gleichwertiger Hebel für die Verbesserung und Aufrechterhaltung des Gesundheitszustands der Beschäftigten zu sehen. Beide Ansätze zusammen werden zukünftig noch stärker ein wesentlicher Faktor zur Sicherung von Fachkräften für Unternehmen sein.

Schwerpunkt Praxis



You!Mynd – Mach was draus! Ein Präventionsprojekt zur Sicherung der psychischen Gesundheit an Berufsschulen

Denise Doan

IfG GmbH Institut für Gesundheit und Management, Leipzig

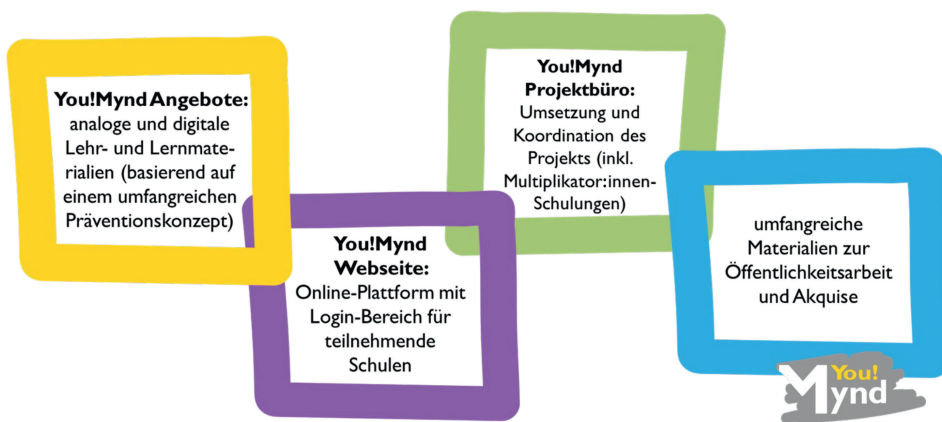
You!Mynd ist ein Präventionsprojekt der Betriebskrankenkassen (BKK) zur Sicherung der psychischen Gesundheit von Berufsschüler:innen und Lehrenden. Es basiert auf dem Präventionsauftrag der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V und wurde speziell für die nichtbetriebliche Lebenswelt Berufsschule konzipiert. Derzeit können über You!Mynd fünf verschiedene Angebote für die Berufsschulen gebucht werden (vgl. You!Mynd Produkte), davon vier für Schüler:innen (z.B. Mynd!Class, Mynd!Game) und eines für Lehrende (Mynd!Coach). Je nach Bedarf und Kapazität, können einzelne Angebote entweder analog vor Ort oder digital durchgeführt werden. Der Umfang kann dabei einzelne Unterrichtsstunden bis hin zu ganzen Projekttagen umfassen. Zur Qualitätssicherung der You!Mynd Angebote wird You!Mynd an Berufsschulen von zertifizierten Mynd!Pros durchgeführt.

Hintergrund

Ausgangspunkt für das Projekt stellt die starke Zunahme psychosozialer Belastungen in diesem Set-

ting Berufsschule dar. Eine:r von fünf Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahren entwickelt eine psychische Erkrankung, die häufig bis in das Erwachsenenalter bleibt. Fast jede:r fünfte Auszubildende fühlt sich durch den Betrieb oder die Schule belastet. 55% der Auszubildenden zeigen stressbedingte Warnsignale auf der körperlichen, emotionalen, kognitiven oder Verhaltensebene [1]. Die Etablierung der Präventionsmarke You!Mynd (s. **III** Abb. 1), abgeleitet aus dem psyGA-Berufsschul-Projekt [2], erfolgte 2020 unter dem Konsortium Pronova BKK, Audi BKK, SBK, BKK VBU, BKK Dachverband und BKK Landesverband (LV) Mitte, wobei der BKK LV Mitte federführend und stellvertretend für die drei weiteren Landesverbände Nordwest, Bayern und Süd war. Konzipiert wurde You!Mynd und seine analogen und digitalen Angebote durch das Institut für Gesundheit und Management (IfG GmbH) – stets unter Einbezug der Zielgruppe unter der Prämisse einer wissenschaftlichen Fundierung (qualitative und quantitative Befragungen). Seit 2021 ist You!Mynd an deut-

Abbildung 1 You!Mynd Präventionsmarke



schen Berufsschulen unterwegs und schafft seither einen doppelten Mehrwert, nämlich die Kombination von außerbetrieblicher Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung.

Dennis Schilde

Audi BKK, Team Gesundheitsmanagement

„Die Projektidee entstand vor einigen Jahren während eines Meetings im Vorstandsbüro der Audi BKK. Der BKK Dachverband griff die Idee auf und hat diese mit first mover BKK und den BKK Landesverbänden zu einem Leuchtturmprojekt des BKK Systems weiterentwickelt. Ich schaue sehr gern auf die Zeit der Projektentwicklung zurück, denn wir waren und sind ein sehr engagiertes Team, und profitieren von unseren unterschiedlichen Stärken und Erfahrungen.

You!Mynd trägt dem nachhaltigen Ansatz der Bildung von Präventionsketten Rechnung. Das Settingprojekt für die nicht-betriebliche Lebenswelt Berufsschule eignet sich hervorragend, auch eine Verknüpfung zur betrieblichen Gesundheitsförderung herzustellen. Junge Menschen können in der Berufsschule attraktive Präventionsangebote erleben, sich untereinander dazu austauschen und das Gelernte auch in den Ausbildungsbetrieb tragen. Dies kann zukünftig zu einer deutlich höheren Akzeptanz von Präventionsmaßnahmen im Betrieb führen.“

Präventionskonzept und Ziele

Bei You!Mynd handelt es sich um ein ganzheitliches Konzept. Das heißt, um die Schüler:innen dabei zu unterstützen, die Herausforderungen im Berufs-schulalltag stressfreier zu meistern, werden auch Lehrende und Schulleitungen aktiv eingebunden und bekräftigt. So bietet sich die hervorragende Gelegenheit, den Grundstein für eine hohe Bildungs- und Beziehungsqualität und ein gesundheitsförderndes Schulklima zu legen.

You!Mynd Präventionskonzept

- (psychisch) gesunde Schüler:innen, die ihre Zukunft selbstbewusst in die Hand nehmen und ihr Berufsleben gesund gestalten
- (psychisch) gesunde und entlastete Lehrende, die gesunden Unterricht gestalten
- eine hohe Bildungs- und Beziehungsqualität, eingebettet in einer unterstützenden und fürsorglichen Schulkultur

Abbildung 2 You!Mynd Angebote im Überblick

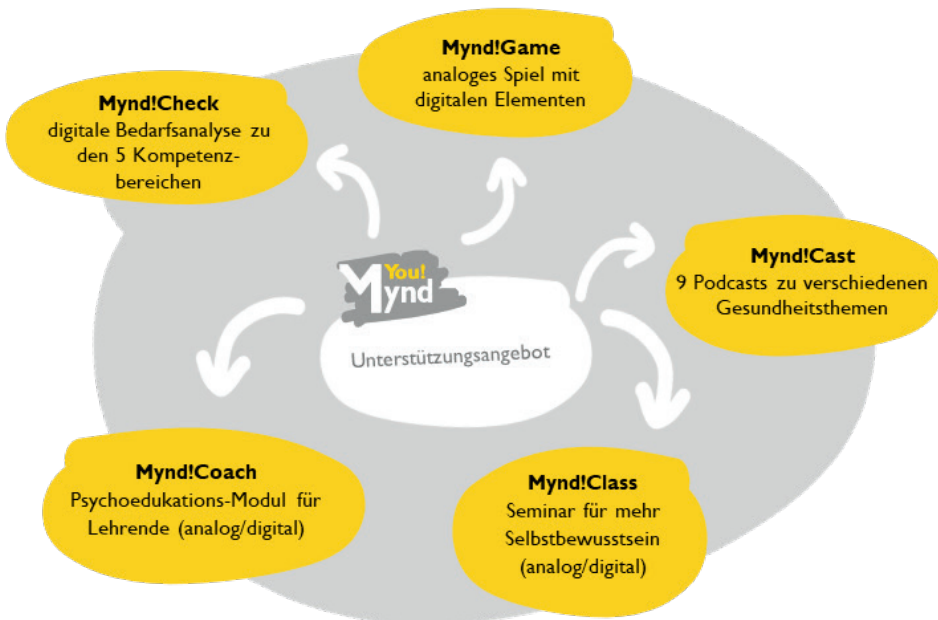


Abbildung 3 Mynd!Game – das analog-digitale Serious Game



You!Mynd Produkte

Durch individuell auf das Berufsschulsetting zugeschnittene, schulalltagsnahe Angebote (s. ►► Abb. 2) sowie zielgruppengerechte, interaktive und innovative Tools, die die Schüler:innen mitreißen, werden individuelle Bewältigungskompetenzen gestärkt. Der Fokus liegt dabei auf der Förderung der fünf Kompetenzbereiche **Selbstbewusstsein, Sozialkompetenz, Stressregulation, Selbstorganisation und Suchtkompetenz**.

Mynd!Check: Der Mynd!Check ist eine kurze Bedarfsanalyse bestehend aus fünf Kurztests à fünf Fragen zu den fünf Kompetenzbereichen. Die Bearbeitung aller fünf Kurztests dauert insgesamt ca. 10–15 Minuten und dient der eigenen Standortbestimmung. Die Tests sind digital und interaktiv gestaltet und öffentlich auf der Webseite zugänglich. Am Ende eines jeden Kurztests erhält der/die Teilnehmende ein kurzes, ressourcenorientiertes Feedback.

Mynd!Cast: In den Mynd!Casts, der Podcast-Reihe von You!Mynd, werden verschiedene Themen zu den fünf Kompetenzbereichen diskutiert (z.B. soziale Vergleiche, Mobbing, gesunder Schlaf, Stress, Kom-

munikation u.v.m.). Geleitet vom You!Mynd Projektbüro kommen neben interessanten Fakten auch betroffene Jugendliche sowie Expert:innen mit fachlichem Input und praktischen Tipps zu Wort. Die Folgen dauern 10–20 Minuten und sind auf der Webseite sowie auf YouTube und Spotify kostenfrei und öffentlich verfügbar.

Sowohl der Mynd!Check als auch die Mynd!Casts dienen als Einstieg in die Thematik und sind über die You!Mynd Homepage jederzeit kostenfrei abrufbar. Die Tools können gemeinsam von Lehrpersonen und Schüler:innen im Unterricht oder zur individuellen Weiterentwicklung außerhalb des Unterrichts bearbeitet werden.

Mynd!Class: Die Mynd!Class ist ein Seminar für Berufsschüler:innen für mehr Selbstbewusstsein. Es besteht aus vier Modulen, die jeweils 90 Minuten (oder länger) dauern und – je nach Bedarf und Kapazität – flexibel miteinander kombiniert werden können. Obligatorische Grundlage ist das Basis-Modul „Ich – Wer ist das?“. Gemeinsam mit einem/einer Mynd!Pro, einem/einer ausgebildeten Trainer:in, erarbeiten die Schüler:innen, was selbstbewusste Menschen ausmacht und woher Selbstbewusstsein kommt. Mit Reflexionsübungen wie „Darf ich vor-

stellen? DAS bin ich!“, bei der die jungen Erwachsenen ihre eigenen Stärken aufschreiben und positiv über sich selbst reden, wird nicht nur die Reflexionsfähigkeit der Teilnehmenden trainiert, sondern zugleich das Selbstbewusstsein und positive Selbstbild gestärkt. Die weiteren fakultativen Module „Selbst- und Fremdwahrnehmung“, „Soziale Vergleiche“ sowie „Mein Stärketank“ runden mit weiteren alltagsnahen und interaktiven Übungen die Förderung der psychischen Gesundheit im Setting Berufsschule ab. Die Mynd!Class kann in drei verschiedenen Formaten durchgeführt werden: als analoges Seminar vor Ort, als digitales Online-Seminar oder als Online-Selbstlernprogramm (LMS).

Mynd!Game: Zumeist wird die Mynd!Class in Kombination mit dem Mynd!Game durchgeführt. Das Mynd!Game, als analog-digitales Serious Game (s. **»»** Abb. 3), vermittelt Wissen rund um die fünf Kompetenzbereiche mit einer großen Portion Spaß und Action.

Serious Game: Ein Spiel, das nicht ausschließlich der Unterhaltung dient, sondern gezielt bestimmte Inhalte oder Kompetenzen vermittelt.

Das Spiel wird in Gruppen aus bis zu fünf Schüler:innen im Klassenverband gespielt und kann ganz einfach im Klassenraum durchgeführt werden. Für noch mehr Spaß, dürfen die Schüler:innen sogar zum Smartphone greifen, um fünf im Spiel integrierte digitale Mini-Games zu bearbeiten. Mit einer umfassenden Auswertung sollten drei Unterrichtsstunden eingeplant werden.

Mynd!Coach: Das Psychoedukations-Seminar dient als Multiplikator:innen-Schulung für Berufsschullehrende. Es besteht aus drei Modulen, die insgesamt 4,5 Zeitstunden dauern und folgende Themen beinhalten: „Das ist You!Mynd“, „Gesund bleiben im Lehrberuf“ und „Psychische Gesundheit von Berufsschüler:innen – wahrnehmen, beobachten, unterstützen“. Der Fokus liegt hier zum einen auf der eigenen Gesundheit der Lehrpersonen, welche Belastungen der Alltag im Setting Berufsschule mit sich bringt und welche praktikablen Stressbewältigungsstrategien geeignet sind. Zum anderen wird die psychische Gesundheit der Berufsschüler:innen diskutiert. Zahlen, Daten und Fakten sowohl zu den Herausforderungen von Schüler:innen als auch zu typischen Frühwarnsignalen werden aufgezeigt. Darauf aufbauend lernen die teilnehmenden Lehrkräfte diese zu erkennen und leitfadentkonform anzusprechen. Außerdem bekommen die Lehrpersonen einen

Werkzeugkoffer mit hilfreichen Tipps und Tricks zur positiven und präventiven Verhaltensbeeinflussung an die Hand. Schließlich wird reflektiert, welche unterstützenden Strukturen an der Berufsschule bereits bestehen und wie Prozesse und Systeme gegebenenfalls noch optimiert werden können. Auch der Mynd!Coach kann analog, digital oder mittels LMS umgesetzt werden.

Bei den You!Mynd Angeboten handelt es sich um ein Baukastensystem. Je nach Kapazität und Bedarf können unterschiedlich viele Angebote miteinander kombiniert werden. Der Mynd!Check und die Mynd!Casts, die beide frei zugänglich sind, müssen nicht von You!Mynd Trainer:innen (Mynd!Pros) angeleitet werden. Die Mynd!Class, das Mynd!Game und der Mynd!Coach müssen jedoch aus Gründen der Qualitätssicherung von offiziellen Mynd!Pros umgesetzt werden. Sie können einzeln durchgeführt oder kombiniert werden (s. **»»** Tab. 1).

You!Mynd in der Praxis

Die ersten You!Mynd Umsetzungen im Jahr 2021 sind sehr gut angelaufen. Knapp 180 Berufsschüler:innen konnten im ersten Umsetzungsjahr erreicht werden. Im zweiten Jahr 2022 stieg die Teilnehmendenzahl mit 970 bereits um ca. 440%. Seither konnten mit You!Mynd die individuellen Bewältigungskompetenzen im Umgang mit psychischen Belastungen im Berufsschulalltag deutschlandweit gestärkt werden – Tendenz steigend. Doch nicht nur das, auch wertvolle Praxiserfahrungen wurden gesammelt. Und wer könnte von seinen Erfahrungen besser berichten als die Teilnehmenden und Vertreter:innen der Berufsschulen selbst?

Sozialpädagogische Mitarbeiterin der Jobelmann-Schule Stade **Jane Wulff** zur Kombiveranstaltung Mynd!Class und Mynd!Game (gefördert von BKK VBU)

„Im Rahmen des Projektes ‚Startklar in die Zukunft‘ habe ich mich auf die Suche nach einem geeigneten Angebot begeben. So bin ich auf You!Mynd gestoßen und war sofort neugierig.“

In einem ersten Telefonat mit dem Projektbüro war mir schnell klar, dass es total unkompliziert ist und nachdem die Schulleitung und die Klassenlehrer:innen zugestimmt hatten, ging es an die Planung. Schon nach dem zweiten Telefonat und einer abschließenden Videokonferenz zu dritt, mit dem You!Mynd Projektbüro, der fördernden BKK VBU und der Schule, konnte es los gehen!

Tabelle 1 Formate und Umfang der You!Mynd Angebote im Überblick

Angebot	wählbare Formate	Zugang (frei vs. Über das Projektbüro)	Umfang
Mynd!Check	digital	frei (öffentlich zugänglich)	ca. 10 bis 15 Minuten für alle 5 Tests
Mynd!Cast	digital	frei (öffentlich zugänglich)	10 bis 20 Minuten pro Folge (ohne Nachbearbeitungszeit)
Mynd!Game	analog-digital	<ul style="list-style-type: none"> die App ist frei (öffentlich zugänglich) die Mynd!Bag und die Mynd!Pros müssen über das Projektbüro gebucht werden 	3 Unterrichtsstunden
Mynd!Class	<ul style="list-style-type: none"> analoges Seminar Online-Seminar Online Selbstlernprogramm (LMS) 	<ul style="list-style-type: none"> Seminar (analog oder online): die Mynd!Pros müssen über das Projektbüro gebucht werden LMS: die Zugangscodes für das LMS müssen über das Projektbüro bestellt werden 	<ul style="list-style-type: none"> Seminar (analog oder online): variabel im Umfang von 2, 4, 6 oder 8 Unterrichtsstunden LMS: 4 Unterrichtsstunden
Mynd!Coach	<ul style="list-style-type: none"> analoges Seminar Online-Seminar Online Selbstlernprogramm (LMS) 	<ul style="list-style-type: none"> Seminar (analog oder online): die Mynd!Pros müssen über das Projektbüro gebucht werden LMS: die Zugangscodes für das LMS müssen über das Projektbüro bestellt werden 	<ul style="list-style-type: none"> Seminar (analog oder online): 4,5 Zeitstunden LMS: 2 Zeitstunden
Mynd!Pro	analoges Seminar	ein Teilnahmeplatz muss gebucht werden (Voraussetzung: u.a. bereits absolvierter Mynd!Coach)	2 Tage

Am 12.09.22 startete der erste Projekttag in einer unserer Berufseinstiegsklassen. Für diese Zielgruppe war besonders die offene und lockere Art der Dozenten Denise Doan und Hannes Sack entscheidend, da sich die Schüler:innen sehr schnell öffnen konnten und sich auf das Projekt und die Themen eingelassen haben. Wir haben an allen fünf Tagen Module der Mynd!Class sowie das Mynd!Game durchgeführt und es war schön zu sehen, wie sich die Schüler:innen mit sich selbst und ihren Mitschüler:innen auseinander setzen.

Für mich als sozialpädagogische Mitarbeiterin war es toll dabei sein zu können, weil ich die Schüler:innen und ihre Sorgen aus einer anderen Perspektive sehen durfte und sie somit greifbarer für mich wurden. You!Mynd hat sich damit als großer Gewinn für die Schulsozialarbeit rausgestellt. Unsere Schule freut sich auf die nächsten Termine mit neuen Klassen.“

Mynd!Class-Teilnehmerinnen des SRH Bildungswerk Dresden, s. ►►► Abb. 4 (gefördert von Audi BKK)

„Die Atmosphäre ist sehr offen. Es fällt mir leicht, in diesem Kontext über mich selbst nachzudenken, zu reflektieren und mit den anderen das zu teilen, was ich teilen möchte. Besonders gut gefällt mir, dass ich hier die Sichtweise von anderen kennenlernen.“

„Es geht entspannt zu, aber dennoch geplant. Mir ist klar geworden, dass ich mein Leben selbst gestalten und dieses Gestalten ein Leben lang geht.“

Schulleitung der Pflegeschule St. Marien- und St. Anna-Stiftskrankenhaus zum Mynd!Coach (gefördert von Pro-nova BKK)

„Die Anfrage von You!Mynd kam über die Innerbetriebliche Fortbildung des St. Marienkrankenhauses im Frühjahr 2021 bei uns in der Pflegeschule an. Die Schulleitung und das Lehrerteam waren sofort interessiert, denn an

Abbildung 4 Mynd!Class-Teilnehmerinnen des SRH Bildungswerk Dresden



Gesundheitsfragen waren wir stets interessiert. Das ganze Projekt, noch unterstützt durch die Pronova BKK, hörte sich gut und geprüft an.

Inhaltlich gesehen war es zunächst nichts Neues und doch war es die Herangehensweise und die dafür vorgesehene Zeit, der Austausch und die Reflexion, die es möglich machten, die ein oder andere Erkenntnis zu gewinnen. Sehr aufschlussreich für uns waren die persönliche Reflexion und die Transparenz im Team über das eigene Gesundheitsverhalten und das der anderen. Die offene Atmosphäre wurde auch gefördert durch die beiden Dozenten, die sehr präsent und zugewandt waren, und zu jederzeit den Prozess der Gruppe im Blick hatten.

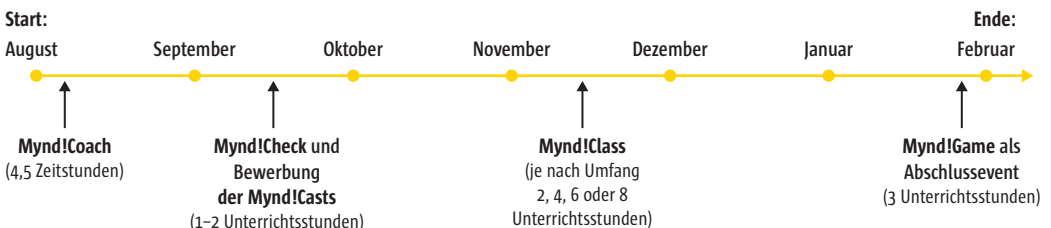
Das Highlight des Tages war die praktische Umsetzung des Mynd!Games in unserem Lehrerteam. Hierbei wurde schnell deutlich, dass spielerische Selbsterfahrung die beste Voraussetzung für das Lernen an sich ist.“

Nachhaltigkeit und Ausblick

Bezüglich der Laufzeit von You!Mynd Aktivitäten an den einzelnen Berufsschulen gibt es keine Vorgaben. Im Sinne der Nachhaltigkeit ist es jedoch wünschenswert, wenn nicht nur „einmalige Aktionen“ veranstaltet werden, sondern die Angebote z.B. über ein Halbjahr oder ein Schuljahr verteilt werden (s. ►► Abb. 5). Als besonders effektiv erweist sich zudem die Platzierung des Projektes bei verschiedenen Zielgruppen. Das heißt, neben Berufsschüler:innen können weitere Multiplikator:innen wie z.B. Lehrkräfte, Sozialarbeiter:innen, BKK-Vertreter:innen und Co. zu einer höheren Reichweite und somit zu einem gesünderen Start ins Berufsleben beitragen.

Wenn Sie an einer Teilnahme interessiert sind können Sie sich gerne an das You!Mynd Projektbüro wenden. Bestehend aus Hannes Sack (Projektmanager, Projektreferent) und Denise Doan (Projektlei-

Abbildung 5 Exemplarischer Ablauf für eine Klasse über ein Schulhalbjahr



tung, Projektreferentin), prüft das Projektbüro in einem unverbindlichen Informationsgespräch, welche BKK als Partner in Frage käme und vermittelt zwischen BKK und Berufsschule.

Drei-Schritt der Auftragsklärung

- **Unverbindliche Kontaktaufnahme:** Die Berufsschule wendet sich an das You!Mynd Projektbüro, welches eine passende Betriebskrankenkasse vermittelt („Matching“).
- **Informationsgespräch:** In einem ersten Gespräch erfahren die Beteiligten alles über das Projekt und klären eine mögliche Durchführung an der Berufsschule.
- **Projektstart:** Es geht los! Das Projekt für die Schüler:innen und Lehrenden an der Berufsschule kann starten.

Die fördernden BKK steuern einen maßgeblichen Teil zur nachhaltigen Umsetzung von You!Mynd und somit zur Sicherung der psychischen Gesundheit von Berufsschüler:innen und Lehrenden bei.

Sonja Trautmann

Pronova BKK, Team Gesundheitsförderung

„Von Beginn an gehöre ich zu dem Projekt-Team, das die Idee, die psychische Gesundheit von Berufsschüler:innen zu fördern, vorantreibt. Ein umfangreiches Projekt zur Unterstützung von Berufsschüler:innen zu entwickeln, ist mir persönlich wichtig. Gerade am Anfang des Berufslebens stehen junge Menschen vor großen Herausforderungen. Da bieten wir mit den Inhalten von You!Mynd zur Förderung des Selbstbewusstseins und zur Stressregulation wichtige Impulse für das gesamte Berufsleben. Natürlich lässt sich mit einem Workshop-Tag nicht ein ganzes Menschenleben auf den Kopf stellen und von einem Tag auf den anderen verändern. Aber wir können gemeinsam an kleinen Stellschrauben drehen, um die psychische Gesundheit zu stabilisieren und das Selbstbewusstsein zu stärken.

Die größte Herausforderung sehe ich darin, das Projekt in möglichst vielen Einrichtungen umzusetzen. Berufsschulen haben viele Aufgaben, die sie meistern müssen. Ich möchte sie dennoch dazu ermutigen, zusätzliche Projekte wie You!Mynd ins Programm aufzunehmen. Es lohnt sich!“

Dr. Ingo Weinreich

Mit-Entwickler und -Initiator
des You!Mynd Präventionsprojektes

„Die Nachfrage nach dem Thema ist enorm. Immer mehr Berufsschulen zeigen Interesse und wollen den Schüler:innen ein Angebot machen. Das Projektbüro arbeitet mit voller Kapazität. Manchmal fehlt es jedoch an einer fördernden BKK, was dazu führt, dass ein gemeldeter Bedarf nicht vollständig abgedeckt werden kann. Das kann kritisch werden, wenn die Nachfrage das Angebot dauerhaft übersteigt. Wir haben deshalb das Ziel, die Wahrscheinlichkeit für ein ‚Matching‘ zwischen BKK und jeweiliger Berufsschule auf 100% zu steigern. Für das Jahr 2023 heißt das, wir benötigen neben der Pronova BKK, Audi BKK, BMW BKK, BKK VBU, Siemens BKK, BKK Werra-Meissner und König & Bauer BKK noch mindestens fünf neue BKK in unserem Pool.“

Take Home Message – das ist You!Mynd

- **wissenschaftlich fundiert:** durch ein für Berufsschulen spezifisch entwickeltes Präventionskonzept (einschließlich qualitativer und quantitativer Befragungen)
- **präventiv:** denn die Schüler:innen sollen nicht nur gesund durch die Ausbildung kommen, sondern auch in die Lage versetzt werden, ihr zukünftiges Arbeitsleben gesund zu gestalten
- **nachhaltig:** indem Lehrende im Sinne der Nachhaltigkeitssicherung als Multiplikator:innen ausgebildet werden können und You!Mynd über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden kann
- **individuell zugeschnitten:** da die verschiedenen You!Mynd Angebote, je nach Kapazität und Bedarf, flexibel miteinander kombiniert werden können (sowohl analog als auch digital)
- **zielgruppenorientiert:** da für Schüler:innen und Lehrende relevante Wissensinhalte und ansprechende Formate entwickelt wurden; außerdem werden für die Präsenzangebote nur zertifizierte You!Mynd Trainer:innen eingesetzt (Mynd!Pros), welche über umfangreiche Erfahrungen mit der Zielgruppe verfügen
- **erlebnisorientiert und motivierend:** indem die Schüler:innen aktiv eingebunden und relevante praxisnahe Inhalte vermittelt werden, ganz nach dem Motto „Gesundheit erleben und selber machen“

You!Mynd ist deshalb so wertvoll für Jugendliche und junge Erwachsene, da es von den drei Ebenen der Gesundheit zwei Ebenen abbildet – die psychische und die soziale Ebene. Berufsschüler:innen bekommen die Möglichkeit und werden angeregt, sich

mit sich, dem eigenen Selbstwert sowie den eigenen Stärken und Schwächen auseinanderzusetzen. Vor allem im Übergang zum Berufsleben durchwandern junge Menschen eine Selbstfindungsphase. Genau da setzt das Projekt an: sich selbst besser kennenlernen, wissen, was man wert ist und was man alles schaffen kann, um so selbstbewusst handeln zu können. Selbstreflexion als Grundbasis für den Einstieg ins Arbeitsleben.

Literatur

1. Betz M, Graf-Weber G. Gesundheit in der Ausbildung – eine Bestandsaufnahme. RKW Magazin. 2012; 2, 48–51
2. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Unterrichtsmanual. Psychisch gesund im Berufsschulalltag – ein Unterstützungsangebot von psyGA. URL: https://www.psyga.info/fileadmin/Downloads/Psychische_Gesundheit_in_Berufsschulen/Unterrichtsmanual.pdf [abgerufen am 01. Mai 2023]



Denise Doan, M.Sc.

Denise Doan hat Psychologie an der Technischen Universität Dresden studiert und einen vertiefenden Abschluss in „Human Performance in Socio-Technical Systems“. Sie arbeitet seit 2021 beim IfG – Institut für Gesundheit und Management in Leipzig. Als Arbeits- und Organisationspsychologin ist sie deutschlandweit als Beraterin für Gesundheit und Gesundheitsmanagement sowie als Expertin für psychische Gefährdungsbeurteilungen unterwegs. 2022 übernahm sie die psychologische Leitung des You!Mynd Präventionsprojektes.

Mindful Leadership Training fördert Achtsamkeit bei zukünftigen Führungskräften

Sonja Trautmann¹, Christiane Leiste² und Christine Schilke²

¹ Pronova BKK, Hannover

² Hochschule Osnabrück

Hochschule Osnabrück und Pronova BKK setzen Fokus auf (Selbst-)Führung in Studium, Alltag und Beruf

In einer Gesellschaft des stetigen Wandels durch Digitalisierung und Globalisierung steigen die Anforderungen und Herausforderungen an einzelne Individuen zunehmend. Davon sind nicht zuletzt Studierende und Arbeitnehmer:innen stark betroffen. Wissenschaftliche Forschung zeigt, dass Achtsamkeitsinterventionen einen signifikanten Einfluss auf gesundheitsförderliche Eigenschaften wie beispielsweise Resilienz, aber auch auf Kreativität und prosoziales Verhalten haben. Gerade durch die soziale Entkoppelung in der Corona-Krise und die zunehmende Digitalisierung sind hier größer werdende Defizite zu beobachten.

Drei Jahre lang hat die Pronova BKK das Evaluationsprojekt Mindful Leadership an der Hochschule Osnabrück als Gesundheitsprojekt begleitet und unterstützt. Der Kern ist die Weiterentwicklung, Lehre und Evaluation des Moduls „Mindful Leadership: (Selbst-)Führung in Studium, Alltag und Beruf“ für Studierende. Das Modul umfasst Wissen und Methoden aus den Bereichen Achtsamkeit, Meditation und Positive Psychologie und soll die Teilnehmenden u. a. in ihrer Persönlichkeitsentwicklung fördern und ihre mentale Gesundheit stärken. Gleichzeitig werden die Studierenden auf ihre zukünftigen Aufgaben als Führungskräfte vorbereitet.

Mit dem Modul Mindful Leadership wird den Studierenden nicht nur ein zielgruppenspezifisches Achtsamkeitstraining angeboten. Parallel wurde ein Konzept entwickelt, mit dem das Thema Achtsamkeit auch in die Bereiche Führung und Zusammenarbeit sowie Kommunikationskultur an der Hochschule eingeführt werden konnte. So kann Mindful Leadership dazu beitragen, einen gelasseneren Umgang mit Alltag und Veränderungsprozessen zu fin-

den, Kommunikationsstrukturen für ein besseres Miteinander zu gestalten und die Fähigkeit zu schulen, mit Konflikten auf der sachlichen und emotionalen Ebene konstruktiv umzugehen.

Zielgruppe bei Mindful Leadership

Zielgruppe von Mindful Leadership sind ganz klar die Studierenden. Das Programm wird an der Hochschule Osnabrück auf mehreren Ebenen bei den Studierenden platziert.

Mit dem Modul Mindful Leadership wurde zum einen ein Studienangebot geschaffen, das (Bachelor-)Studierenden einen vertieften Zugang zu oben genannten Themen über ein Semester ermöglicht. Zum anderen ist das Modul als Wahlpflichtmodul im Studiengang Wirtschaftspsychologie im Schwerpunkt Gesundheit verankert, kann aber von allen Studierenden der Hochschule Osnabrück, unabhängig von ihrem Studiengang, ihrer Fakultät oder ihrem Fachsemester ausgewählt werden. Studierende aus Bachelorstudiengängen, die ein Wahlpflichtmodul im Curriculum vorgesehen haben, können sich den Kurs allerdings anrechnen lassen und erhalten bei erfolgreichem Abschluss 5 ECTS (Credit Points). Das internationale Online-Modul in englischer Sprache wendet sich zudem an die Studierenden der Partneruniversität Heliopolis University Kairo. Dieses Modul vermittelt aufgrund seines Peer-Learning Ansatzes zusätzlich auch interkulturelle Kompetenzen. Die Peerpartner:innen, die sich jeweils aus Ägypten und Osnabrück zusammenfinden, tauschen sich wöchentlich in Video-Meetings über ihre Lebenswelten und ihre Meditationserfahrungen, die sie im Rahmen des Moduls machen, aus. Außerdem bearbeiten sie gemeinsam die Themen der Woche vor. Dadurch sind viele tiefe interkulturelle Freundschaften entstanden.

Aufgrund der hohen Nachfrage wurde zum Projektende zusätzlich eine weitergehende Aufbauveranstaltung für alle ehemaligen Kursteilnehmenden etabliert.

Im Projektverlauf wurde eine digitale Selbstlernplattform, die sogenannte „Mindful Leadership Schatzkiste“ entwickelt, deren Angebote, sich an alle Hochschulangehörigen, insbesondere an alle Studierenden richten. So können auch Studierende, die nicht an dem Modul teilnehmen können oder Mitarbeitende der Hochschule von den Inhalten profitieren.

Zielsetzung

Ziel des Projektes war es, ein Mindful Leadership Training für Studierende zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren. Vor allem sollte untersucht werden, wie sich das Training auf gesundheitspräventive Eigenschaften und Gesundheitsergebnisse von Studierenden auswirkt (**Evaluationsperspektive**). Zusätzlich ging es darum herauszufinden, welche weitere Unterstützung Studierende benötigen, damit sie die in einem solchen Training erlernten Praktiken und Methoden verstetigen und in den Alltag integrieren können (**Transferperspektive**).

Es wurde in diesem Rahmen das Modul „Mindful Leadership“ entwickelt, durchgeführt und über mehrere Semester evaluiert. Um die Transferperspektive zu ermitteln, wurden die Ergebnisse aus einer Bedarfsanalyse aus dem Jahr 2020, den Modul-Evaluationen 2021–2022, den Lerntagebüchern der Modulteilnehmenden sowie den Gesprächen mit Ehemaligen ausgewertet.

Vorgehensweise bei Mindful Leadership

Auf Basis einer umfassenden Recherche zum aktuellen Forschungsstand u.a. über die Potenziale von Achtsamkeit und Positiver Psychologie in puncto Gesundheitsförderung, einer Meta-Analyse zum Gesundheitszustand und Gesundheitsrisiken der Studierenden in Deutschland sowie einer Bedarfsanalyse unter Studierenden der Hochschule Osnabrück wurden folgende Inhalte für das Modul ausgearbeitet und durch Übungen trainiert:

- Wissenschaftlicher Hintergrund und aktueller Forschungsstand von Achtsamkeit
- Achtsamkeit bezogen auf den Körper, den Atem, Gedanken und Gefühle

- Traditionelle Achtsamkeitstechniken, Meditationen und informelle Achtsamkeitsübungen für den Alltag
- Compassion und Selbstmitgefühl
- Selbstklarheit und Selbsterkenntnis (u. a. Stärken, Werte, Vision)
- Konzentration, Gewohnheitsänderung und Prokrastination
- Umgang mit Grübeln, Sorgen und Stress
- Umgang mit schwierigen Emotionen und Kultivierung positiver Emotionen
- Achtsame Kommunikation und interpersonale Achtsamkeit
- Entscheidungsfindung in der Gruppe, Kreativität, Konfliktlösung und Teamführung mit Methoden von Lewis Deep Democracy
- Innovative, von Achtsamkeit inspirierte gesellschaftliche Modelle wie Gross National Happiness (Bhutan) oder Economy of Love (Ägypten)
- Achtsames Naturerleben

Das Modul umfasst vier Semesterwochenstunden und wird jedes Semester parallel dreimal angeboten (zweimal in Präsenz und einmal online in englischer Sprache). Bei letzterem nehmen Studierende der Hochschule Osnabrück, sowie Studierende unserer Partneruniversität Heliopolis University in Kairo teil.

Die Nachfrage bei den Studierenden ist sehr hoch und es können pro Semester nur ca. die Hälfte der Bewerber:innen angenommen werden.

Der Ablauf des Moduls ist für die Studierenden sehr abwechslungsreich und durch einen Methodenmix aus klassischer Achtsamkeit, psychologischen Inhalten und praktischen Übungen geprägt:

- **Klassische Achtsamkeit**
 - Grundlagen, wissenschaftliche Erkenntnisse & Philosophie der Achtsamkeit (Input)
 - (Buddhistische) Geschichten & Praxisbeispiele
 - Formelle & informelle Achtsamkeitspraxis und Meditation
 - Check-In/Check-Out
 - Austausch in Dyaden (Kleinstgruppen zu zweit) und Gruppen
- **Psychologische Inhalte**
 - Wissenschaftliche Hintergründe zum psychologischen Wochenthema inkl. Studien und Verbindung zu Achtsamkeit
 - Praxisübungen insbesondere aus der Positiven Psychologie und (kognitiven) Verhaltenstherapie

Die Studierenden bekamen wöchentliche Hausaufgaben, wie tägliches Meditieren, das Führen eines

Lerntagebuchs mit Reflexionsaufgaben zum Wochenthema, das Führen eines Dankbarkeitstagebuchs und wöchentlicher Peer-Partner:innen Austausch.

Die Evaluation des Moduls fand jeweils am Ende des Semesters mittels standardisiertem Online-Fragebogen statt.

Zusätzlich zu den Modulen entwickelte bzw. unterstützte das Mindful Leadership-Team an der Hochschule eine Reihe weiterer Angebote, da das Thema auf immer größeres Interesse bei den Studierenden stieß und die Nachfrage stieg:

- Entwicklung einer Online-Lernplattform „Mindful Leadership Schatzkiste“ (ab WiSe 21)
- Aufbaukurs Mindful Leadership in Präsenz (ab SoSe 23)
- Internationale Blockwoche Mindful Leadership in Präsenz in Sekem (Ägypten) (in den Sommersemestern ab SoSe 22)
- MBSR-Kurse in Präsenz & online (jedes Semester)
- MCP-Kurs (Mindful Compassionate Parenting) online (erstmalig WiSe 22/23)
- Montagsmeditation online abgelöst durch: Hochschulübergreifendes Meditieren in Kooperation mit anderen Hochschulen, online (seit SoSe 22)
- Achtsamkeitstage in Präsenz – (unregelmäßig)
- Achtsames Naturerleben in Präsenz – jedes Semester 1-2 Tagesangebote
- Zertifikatskurs Gross National Happiness in Präsenz – (unregelmäßig)
- sowie weitere Vorträge und Sonderveranstaltungen

Gesundheitsfördernde Hochschule

Im Präventionsgesetz findet die Gesundheitsförderung und Prävention in der „Lebenswelt des Studierenden“ eine besondere Berücksichtigung. Zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen gehört es, den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Hochschulen zu unterstützen.

Studierende gelten im Allgemeinen als eine eher gesunde Bevölkerungsgruppe. Dennoch haben mehr als 10% von ihnen gesundheitliche Beeinträchtigungen. Darüber hinaus wird das Studium von vielen Studierenden als belastend empfunden: Leistungsanforderungen, hoher Zeitaufwand und verdichtete Studienabläufe führen u. a. zu Stress. Wer neben dem Studium arbeitet oder eine Familie gründet, beansprucht die Gesundheit noch stärker [1].

Prof. Dr. Andreas Bertram

Präsident der Hochschule Osnabrück

„Wir haben eine Zeit mit großen Veränderungsprozessen vor uns, die die Gesellschaft und das Individuum stark herausfordern wird. Angebote zur Förderung der mentalen Gesundheit und Beziehungsfähigkeit, wie sie das Projekt Mindful Leadership in den Blick nimmt, wird in Zukunft ein Erfolgsfaktor von erfolgreichen Organisationen sein. Bildungseinrichtungen müssen dafür die notwendigen Kompetenzen stärken. Die Zusammenarbeit mit der Pronova BKK hat hier eine Leuchtturmfunktion.“

Gesundheitsfördernde Hochschulen stärken die Gesundheitskompetenz von Studierenden durch zielgruppenspezifische Maßnahmen (Verhaltensprävention) und schaffen entsprechende Rahmenbedingungen (Verhältnisprävention). In einer „Gesundheitsfördernden Hochschule“ ist die Gesundheitsförderung sektorenübergreifend als Querschnittsaufgabe verankert und wird von vielen Akteuren getragen. Dazu gehören ein Steuerungskreis und Arbeitsgruppen, in denen die Professorenschaft, Lehrbeauftragte und Studierende sowie Repräsentanten der Hochschulleitung, Studienberatung und Gleichstellungsbeauftragte u. a. vertreten sind. Hochschulen kommen für die Gesundheitsförderung und Prävention eine besondere gesellschaftliche Bedeutung zu. Sie können Einfluss nehmen auf die Herausbildung des Gesundheitsbewusstseins von aktuell rund drei Millionen Studierenden, die hier zu Fach- und Führungskräften oder Forschenden ausgebildet werden und perspektivisch verantwortungsvolle Aufgaben in unserer Gesellschaft übernehmen.

» Absolventinnen und Absolventen der Hochschulen sind damit wichtige Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die Gesundheitsförderung und Prävention [1].

Beteiligung der Pronova BKK

Als die Hochschule Osnabrück im Sommer 2020 mit ihrer Anfrage, das Projekt Mindful Leadership zu unterstützen, auf die Pronova BKK zugekommen ist, war für das Team Gesundheitsförderung direkt begeistert. Bis dato ist die Pronova BKK keine ähnliche Kooperation mit einer Hochschule eingegangen, was das Projekt umso spannender machte. Nach der Klärung der Vertragsformalitäten konnte die vertrauensvolle Zusammenarbeit im Sommer 2021 beginnen.

Mindful Leadership ist ein optimales Einstiegsprojekt, um die Hochschule Osnabrück auf dem Weg zur gesundheitsfördernden Hochschule zu begleiten.

Das Modul kombiniert klassische Achtsamkeitsübungen mit psychologischen Elementen und trainiert damit die achtsame Bewältigung von Stresssituationen im Studium oder im späteren Berufsleben. Da die Studierenden an der Hochschule Osnabrück die zukünftigen Multiplikator:innen für Gesundheitsförderung und Prävention sind, kommt die Pronova BKK ihrem gesetzlichen Auftrag laut dem Präventionsgesetz nach und bedient damit einen sinnvollen Ansatz, Achtsamkeitsthemen zum Start des Berufslebens zu platzieren. So werden die zukünftigen Führungskräfte nicht nur auf ihre Aufgaben vorbereitet, sondern es werden auch die Grundsteine für gesunde Prozesse in den Unternehmen gelegt.

Achtsamkeit ist gerade in aller Munde. In den sozialen Medien gibt es jede Menge Tipps zum achtsamen Essen, achtsamen Leben und achtsamer Kommunikation. Es gibt ganze Zeitschriftenregale, die mit Achtsamkeitsmagazinen gefüllt sind und in den Buchhandlungen gibt es regelmäßige Neuerscheinungen zur Achtsamkeitsliteratur. Doch es steckt mehr dahinter, als nur eine Modeerscheinung. Das Modul Mindful Leadership an der Hochschule Osnabrück bietet den Studierenden eine strukturierte Herangehensweise an das Thema, gepaart mit praktischen Handlungsempfehlungen für Alltagssituationen und Basiswissen für ein gesundes Berufsleben.

Nach der Studie „Arbeiten 2022“ der Pronova BKK erleben überdurchschnittlich viele Beschäftigte unter 30 Jahren im Arbeitsalltag stressauslösende Faktoren. Fast jede:r ist davon betroffen [2]. 91% der Befragten im Alter zwischen 18 und 29 Jahren sagen von sich, dass sie sich durch Aufgaben und Projekte, aber auch durch weiche Faktoren, bei der Arbeit belastet fühlen. Dieser Wert ist im 2-Jahres-Vergleich sogar gestiegen. In der Studie von 2020 haben dies noch 80% der Befragten angegeben [3].

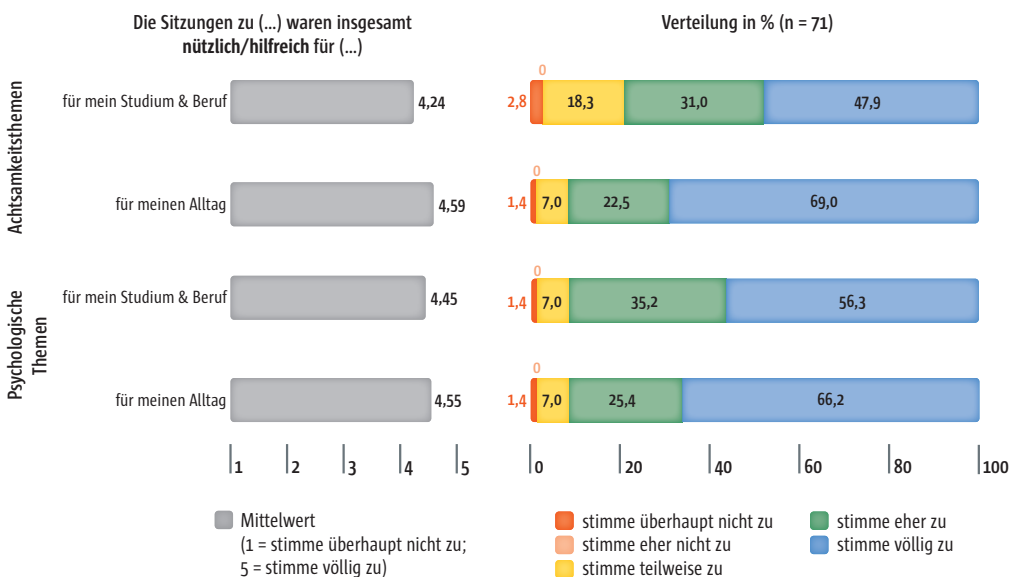
Der Ansatz von Mindful Leadership bereitet die Studierenden und damit die zukünftigen Berufstätigen und potenzielle Führungskräfte auf diese stressauslösenden Faktoren vor, mit dem Ziel, Belastungen im Arbeitsalltag resilienter gegenüber zu treten.

Lutz Kaiser

Vorstand Pronova BKK

„Hochschulen sind für uns als gesetzliche Krankenkasse ideale Orte, um die Gesundheit der Studierenden zu fördern. Gerade die Entwicklung mentaler Stärke und das Erlernen von Strategien zur Stressreduktion sind für einen gesunden Start ins Berufsleben essenziell. Wir hoffen, dass die Studierenden dieses Mindset und ihre Erfahrungen aus dem Modul mit in ihr zukünftiges berufliches Umfeld nehmen und vielleicht sogar in den Unternehmen und Betrieben etablieren.“

Abbildung 1 Nützlichkeit der Inhalte



Ergebnisse der Evaluation

Sowohl die Meta-Analyse zum Gesundheitszustand der Studierenden in Deutschland als auch die Bedarfsanalyse zur Modul-Entwicklung an der Hochschule Osnabrück haben deutlich gezeigt, dass die Studierendengesundheit dringend in den Fokus der Aufmerksamkeit von Hochschulen (aber auch von Politik, Krankenkassen etc.) rücken muss und großer Bedarf im Hinblick auf gesunde Selbst- und Mitarbeiterführung vorhanden ist. Die Angebote des Mindful Leadership-Projekts wie u. a. das Modul, die Online-Lernplattform Schatzkiste, oder Achtsamkeitstage treffen daher „den Nerv der Zeit“.

Nach Abschluss der Evaluation lässt sich nun sagen, dass insbesondere das Modul Mindful Leadership, den Studien- und Berufsalltag der Teilnehmenden auf verschiedene Weise nachhaltig positiv bereichert hat, indem beispielsweise gesundheitspräventive Eigenschaften wie Achtsamkeit & innere Resilienzfaktoren (wie Selbstakzeptanz, Selbstfreundlichkeit und Selbstwirksamkeit) gestärkt wurden.

Sowohl die etablierten Inhalte als auch die Übungen des Moduls, sowie das Lern- und Dankbarkeitstagebuch wurden als nützlich für den Studien- und Berufsalltag erachtet und die Wissenschaftlichkeit des Moduls wurde positiv bewertet (s. ►► Abb. 1).

Die Schwerpunkte (Positive) Psychologie (gesunde Selbstführung), Deep Democracy (achtsame Mitarbeiterführung) und interkulturelle Zusammenarbeit bieten den Studierenden jeweils einen großen

Mehrwert, der insbesondere in den Lerntagebüchern und Ehemaligengesprächen deutlich wurde.

Die virtuelle Durchführung scheint gegenüber einer Präsenzveranstaltung keine Nachteile in der Wirksamkeit zu haben, jedoch wünschen sich die Studierenden mehrheitlich Präsenz- oder mindestens Blended Learning Angebote.

In puncto Verstärkung und Transfer gibt es zwar noch offene Wünsche der Studierenden (wie z. B. regelmäßige Follow-Ups nach Modulende und Treffen mit Gleichgesinnten), aber in Summe wurden bereits viele hilfreiche Tools im Modul integriert.

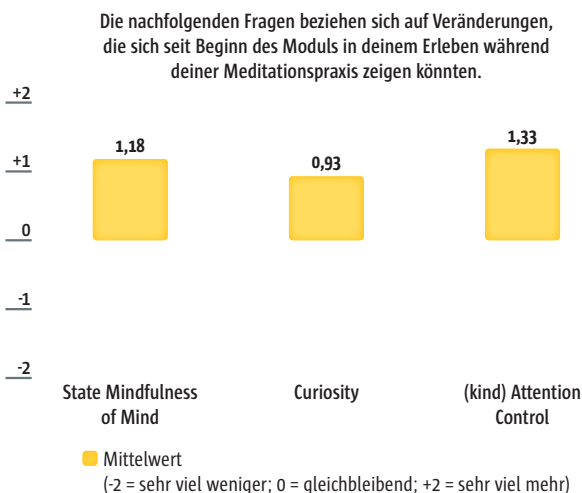
Interpretation aus Sicht der Hochschule

Nicht nur die positiven Forschungsergebnisse, sondern auch die Begeisterung der Teilnehmenden, zeigt, wie wichtig und erfolgreich das Modul und die weiteren Veranstaltungen für die Zielgruppe ist.

Die Studierenden sprechen in regelmäßigen Feedbackrunden davon, wie wertvoll eine Sitzung bzw. das gesamte Modul für sie ist. Aussagen wie „Das wichtigste Modul im ganzen Studium“, oder „Endlich ein Modul, das wirklich wichtig für mein Leben war“ sprechen Bände.

Dabei betonen die Studierenden häufig, dass sich, selbst wenn sie nicht immer regelmäßig meditieren, oder das Meditieren nach Beendigung des Moduls nachlässt, ihre Haltung, ihre Lebenseinstellung, ihre Lebensfreude und ihr Wohlbefinden nachhaltig zum Positiven verändert haben. Sie berichten

Abbildung 2 Veränderungen im Erleben während der eigenen Meditationspraxis



State Mindfulness Scale (n = 90):

Subskala: „State Mindfulness of Mind“

Ich bemerkte angenehme und unangenehme Gedanken.

Toronto Mindfulness Scale (n = 87):

Subskala: „Curiosity“

Ich war neugierig darauf, zu sehen, was mein Geist von Augenblick zu Augenblick macht.

Daily Mindfulness Responding Scale (n = 89)

Subskala: „(kind) Attention Control“

Als ich bemerkte, dass meine Gedanken abschweiften, konnte ich meine Aufmerksamkeit [sanft und ohne Selbstkritik*] zum gegenwärtigen Moment zurückführen.

* „sanft und ohne Selbstkritik“ wurde zum Originalitem hinzugefügt

ten auch von Veränderungen während ihrer Meditationspraxis (s. »» Abb. 2).

Sie beziehen sich dabei auf die grundlegenden Haltungen der Achtsamkeit: Anfängergeist, Nicht-Werten, Akzeptanz, Nicht-Anhaften, Vertrauen, Geduld, Dankbarkeit und Mitgefühl. Nach eigenen Aussagen entwickeln sich diese Haltungen bei ihnen im Laufe des Moduls immer mehr, was wiederum zu mehr Gelassenheit und Zuversicht auf der einen Seite und zu weniger Ängsten und Selbstzweifeln auf der anderen Seite führt. Auch geben sie an, präsenter und fokussierter zu sein und sich besser konzentrieren zu können – dies sind Grundvoraussetzungen für ein erfolgreiches Studium und späteres Berufsleben.

Auch nicht zu unterschätzen ist der soziale Aspekt des Moduls. Dadurch, dass die Teilnehmenden aus unterschiedlichen Studiengängen und Fakultäten zusammenkommen und durch die vielen Möglichkeiten des Austausches auch über private und emotionale Themen in den Dyaden und Kleingruppen und im Peerpartner:innen-Austausch nutzen, entsteht jeweils eine lebendige Community und neue Freundschaften, die die Studierenden vor dem Hintergrund der Isolation in den Corona-Semestern sehr wertschätzten. All dies bestätigen auch die Forschungsergebnisse.

Lassen wir einige Studierende selbst zu Wort kommen (Zitate aus den Freitexten der Evaluation):

- „Das Modul war für mich von vorne bis hinten stimmig. [...] Der Kurs hat mich sehr inspiriert und motiviert, mich in dieser Richtung weiter zu informieren, zu praktizieren und vielleicht auch später einmal fortzubilden.“
- „Das war eins der besten Module die ich belegt habe, weil ich einfach sehr viel nicht nur Wissen, sondern auch für mich persönlich und meinen Alltag mitnehmen konnte [...]“
- „Es war super spannend die Meinungen und Gefühle der Studierenden der Heliopolis-University zu sehen und die Menschen kennenzulernen. Wir sind alle Brüder und Schwestern und das hat sich in diesem Kurs wieder bestätigt. Die gleichen Probleme, die gleichen Gewohnheiten. Ich bin sehr dankbar für diese Erfahrung.“
- „I never had any contact to Egypt before, but it was so interesting to learn about it by this module. It was very nice to get to know a different culture which I never thought would be possible via Zoom.“
- „I really liked the idea of peer-partner-sharing. It was helpful.“

- „Danke, mir dabei geholfen zu haben, mich selbst wiederzufinden. Ich musste lange suchen.“
- „Ich denke, dass dieser Kurs vielen Studierenden oder allgemein Menschen in ihrem Leben helfen würde, glücklicher und gelassener zu sein.“
- „Seitdem ich das Modul besucht habe, habe ich das Gefühl, optimistischer zu sein gegenüber dem, was mich erwartet. Auch bedingt durch die Hilfe, die ich durch dieses Modul erhalten habe, habe ich alle meine Prüfungen bestanden und ich habe dieses Gefühl, dass ich da schon Kraft herausgezogen habe und motivierter, optimistischer und ruhiger bin.“

Interpretation aus Sicht der Pronova BKK

Das Evaluationsergebnis zeigt, dass eine Kombination aus analoger und digitaler Lehre zum Ziel führt. Es bestätigt die Pronova BKK darin, weiterhin Blended Learning-Angebote im betrieblichen Gesundheitsmanagement für Führungskräfte zu gestalten. Hierbei werden die beiden unterschiedlichen Lernformen (Präsenz- und E-Learning) so verzahnt, dass es gelingt, die Vorteile der jeweiligen Lernform einzubringen und die Nachteile der jeweils anderen Lernform zu kompensieren.

Von der Kombination der Inhalte zur gesunden Selbstführung und der achtsamen Mitarbeiterführung, die die Teilnehmenden als großen Mehrwert empfunden haben, verspricht sich die Pronova BKK, dass die Prozesse in den Unternehmen demnächst noch gesünder gestaltet werden. Durch die Platzierung dieser Themen im Studium werden die zukünftigen Führungskräfte sensibler für Prozesse des betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Planungen für die Zukunft

Hochschulen, die langfristig attraktiv für Studierende sein möchten, u. a. in dem sie sich mit ihren Sorgen und Anliegen vertraut machen und sie auf die großen Themen der Zukunft vorbereiten, kommen um den Bereich der Gesundheitsprävention nicht mehr herum. Die Erfahrungen im Projekt haben dies eindrücklich sichtbar macht. Hier wurden erste strategische Überlegungen im Präsidium zusammen mit der Personalentwicklung und dem Personalrat für eine langfristige Umsetzung angestellt. Das Modul selbst hat sich in der Hochschule und an den unterschiedlichen Fakultäten mehr und mehr herumgesprochen. So konnte es bereits an mehre-

ren Standorten verstetigt werden. Das interkulturell angelegte Modul mit Studierenden der Heliopolis Universität hat darüber hinaus das große Potenzial des Ansatzes „Mindful Leadership“ für die Internationalisierung der Hochschule sichtbar gemacht. Weitere Studiengänge wie beispielsweise der Studiengang International Management, oder ein sich in Planung befindlicher internationaler Masterstudiengang haben Interesse an der Integration des Moduls in den Lehrplan geäußert. Hier geht es im Wesentlichen darum, zukünftige Führungskräfte im Rahmen eines auf die Ausbildung von Expert:innen ausgerichteten Studienangebots mit den notwendigen Kompetenzen auszustatten.

Auch im Rahmen des Projekts zum Aufbau des hochschulweiten Programms „Future Skills“ ist die Mindful Leadership Perspektive fest eingeplant. Hier geht es darum Studierende niederschwellig mit den für die erfolgreiche Gestaltung von Veränderungsprozessen notwendigen Kompetenzen in Berührung zu bringen.

Nicht zuletzt hat auch die Personalentwicklung der Hochschule die Impulse aus dem Projekt aufgegriffen und wird ihre Angebote in Zukunft entsprechend stärker ausrichten.

Literatur

1. Pronova BKK (2020) Studie „Arbeiten 2020“. URL: <https://www.pronovabkk.de/media/pdf-downloads/unternehmen/studien/studie-arbeiten2020-ergebnisse.pdf>; Seite 27 [abgerufen 13. Juli 2023]
2. Pronova BKK (2022) Studie „Arbeiten 2022“. URL: <https://www.pronovabkk.de/media/pdf-downloads/unternehmen/studien/arbeiten2022-ergebnisse.pdf>; Seite 17 [abgerufen 4. August 2023]
3. Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene (2023). Leitfa-den Prävention, Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. März 2023, Seiten 55–56

Weiterführende Literatur

- Bandura A (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215
- Bengel J, Lyssenko L (2012). Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Cohn MA, Fredrickson B, Brown SL, Mikels JA, Conway AM (2009). Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 9 (3), 361–368
- Davis DE, Choe E, Meyers J, Wade N, Varjas K, Gifford A, Quinn A, Hook JN, Van Tongeren DR, Griffin BJ, Worthington EL (2016). Thankful for the little things: A meta-analysis of gratitude interventions. *Journal of counseling psychology*, 63(1), 20–31
- Gilan D, Helmreich I, Hahad O (2021). Resilienz. Die Kunst der Widerstandskraft. Was die Wissenschaft dazu sagt. Freiburg: Herder
- Joyce S, Shand F, Tighe J, Laurent SJ, Bryant RA, Harvey SB (2018). Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ open*, 8(6), e017858
- Kalisch R, Müller MB, Tüscher O (2015). A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *The Behavioral and brain sciences*, 38, e92
- Keye M, Pidgeon A (2014). Relationship between resilience, mindfulness, and psychological well-being in university students. *International Journal of Liberal Arts and Social Science*, 2(5), 27–32
- Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M, Helenius H, Singh-Manoux A, Pentti J (2005) Optimism and pessimism as predictors of change in health after death or onset of severe illness in family. *Health Psychology*. 24(4), 413–421
- Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 78(6), 519–528
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), S. 85–10
- Sedlmeier P, Eberth J, Schwarz MA, Zimmermann D, Haerig F, Jaeger S, Kunze S (2012). The psychological effects of meditation: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 138 6, 1139–71
- Sin NL, Lyubomirsky S (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467–487



Sonja Trautmann

Sonja Trautmann ist Sozialversicherungsfachangestellte und Diplom-Kauffrau. Seit 2003 ist sie im Team Gesundheitsförderung der Pronova BKK tätig. Seitdem hat sie mit Leidenschaft viele Gesundheitsförderungsprojekte in den nicht-betrieblichen Lebenswelten initiiert und betreut. Zusätzlich ist sie in einigen Arbeitsgruppen aktiv, die Präventionsprogramme (z.B. You!Mynd, Blue Marble Health, Bauchgefühl) für das BKK-System entwickeln und gestalten.



Christiane Leiste

Christiane Leiste lehrt an der Hochschule Osnabrück und an der Heliopolis University Kairo „Mindful Leadership“. In ihrem Mindful Leadership Ansatz sind Elemente von Achtsamkeit, Meditation, Theorie-U und Deep Democracy verbunden.

Sie ist die erste Lewis Deep Democracy Trainerin und Deep Democracy Elder im deutschsprachigen Raum, verbreitet die Methoden in Trainings, Seminaren und Vorträgen und bildet weitere Trainer:innen und Moderator:innen aus. Damit verbunden ist ihre Tätigkeit als Konfliktmoderatorin, Führungskräfteentwicklerin und Coach.

Die Pädagogin und Lehrerin arbeitete vor diesen Tätigkeiten in unterschiedlichen Schul-Typen. Zuletzt vorwiegend im Hamburger Brennpunkt Wilhelmsburg, in Klassen mit bildungsbenachteiligten Kindern und Kindern mit Fluchthintergrund. Dort war sie als didaktische Leiterin tätig und leitete einen Schulversuch.

Aktuell baut sie eine „Personal Development Journey“ für den Studiengang International Management an der Hochschule Osnabrück auf, gibt Trainings in unterschiedlichen Führungskontexten und hält Vorträge im In- und Ausland.

Sie ist Geschäftsführerin der Lean-In GmbH, lebt in Hamburg und hat fünf erwachsene Kinder.



Christine Schilke

Christine Schilke hat ein Betriebswirtschaftliches Studium (B.A./M.A./M.Sc.) mit Schwerpunkt Personal- und Change Management sowie diverse Weiterbildungen, u.a. in Betriebspsychologie (FH), Betrieblichem Gesundheitsmanagement, MBSR/Achtsamkeit und Positiver Psychologie absolviert. Nach mehreren Jahren in der Strategischen Personal- und Organisationsentwicklung sowie in der Führungskräfte-Entwicklung kam der Wechsel an die Hochschule Osnabrück, u.a. als Lehrkraft für besondere Aufgaben im Bereich Personalmanagement sowie als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Dozentin im (Forschungs-)Projekt Mindful Leadership mit dem Schwerpunkt Gesunde Selbstführung durch Achtsamkeit und (Positive) Psychologie.

Bei der Gesundheitsförderung den Mittelstand in den Fokus nehmen

Jan Römer, Lilian Muscutt und Dennis Kozlowski
BERGISCHE KRANKENKASSE, Solingen

Von BGM-Maßnahmen könnten mehr kleine und mittlere Unternehmen profitieren – auch mit Blick auf den Nachwuchskräfte-Mangel. Wie aber muss Gesundheitsförderung beschaffen sein, damit sie für den Mittelstand umsetzbar ist und zur Lebenswelt junger Menschen passt? Anregungen aus der Praxis liefert die BERGISCHE KRANKENKASSE.

„Wir nähern uns einem Kipp-Punkt: Ist dieser erreicht, werden wir ganze Produktionslinien stilllegen müssen. Dieses Szenario ist durchaus vorstellbar – sollte der Fachkräftemangel so dramatisch bleiben, wie er derzeit ist.“

Mit diesen Worten beschreibt Michael Schwunk, Geschäftsführer der Vereinigung Bergischer Unternehmerverbände (VBU), die Situation kleiner und mittlerer Industrieunternehmen in der NRW-Region Bergisches Land. Einen Teil des vielschichtigen Problems bildet die händeringende Suche nach Auszubildenden: „Auf 40 Firmen, die in unserem Bezirk Azubis suchen, kommen 20 junge Leute, die sich bewerben.“ Wer die Voraussetzungen erfülle, könne zwischen mehreren Unternehmen wählen. „Unserer Erfahrung nach ziehen kleinere Unternehmen da den Kürzeren.“

Hier kommt das „Betriebliche Gesundheitsmanagement“ (BGM) ins Spiel. Gesundheitsförderung, so Schwunk, sei ein „Must-have“. „Große Firmen bieten längst entsprechende Maßnahmen für Mitarbeitende an. Von jungen Leuten, die sich auf eine Stelle bewerben, wird das als Standard empfunden.“ Für kleine und mittlere Betriebe seien gesundheitsfördernde Angebote jedoch oft schwierig umsetzbar. Auch wenn der Bedarf klar erkennbar sei.

Wie müssen BGM-Angebote beschaffen sein, damit sie in die Arbeitsrealität des Mittelstands und zu dessen Bedarf und Ressourcen passen? Wie sieht eine erfolgreiche Gesundheitsförderung für Nachwuchskräfte des viel zitierten „Motors der deutschen Wirtschaft“ aus?

Im Folgenden stellen wir den Bedarf und die Interessen von Unternehmen (1) sowie von Auszubil-

denden (2) dar und liefern schließlich Anregungen zur Umsetzung aus der Praxis der BERGISCHEN KRANKENKASSE (3).

(1) Unternehmen: Bedeutung betrieblicher Gesundheitsförderung wächst

Es hat sich für die BERGISCHE gezeigt, dass Führungskräfte von kleinen und mittleren Unternehmen großes Interesse daran haben, die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden zu stärken. Unternehmen sind aus verschiedenen Gründen vermehrt darauf angewiesen, attraktive Arbeitsbedingungen zu schaffen und die Gesundheit des Personals zu fördern – etwa, um krankheitsbedingte Ausfälle zu verringern und um die Arbeitsfähigkeit der Mitarbeitenden auf lange Sicht zu ermöglichen. Sie erkennen, dass Gesundheitsförderung auch beim Employer-Branding Vorteile verschafft und dadurch eben auch bei der Gewinnung geeigneter Auszubildender eine Rolle spielt.

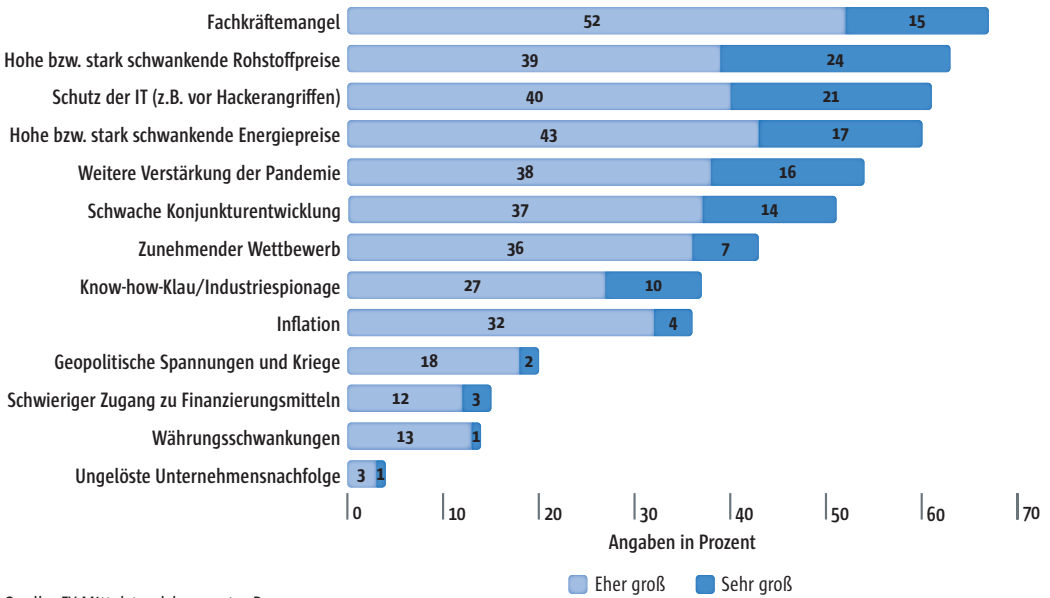
Betriebe sehen im Fachkräftemangel eine Gefahr

Bei einer Umfrage zu den „größten Risiken im Mittelstand 2021“ [1] stuften 67% der 800 befragten Unternehmen den Fachkräftemangel als „große Gefahr“ für den eigenen Betrieb ein. 15 der 67% sehen im Fachkräftemangel sogar die größte Gefahr schlechthin (■ Abb. 1).

Seit 2009 wächst die Anzahl unbesetzter Ausbildungsplätze in Deutschland kontinuierlich: Im September 2022 stieg die Anzahl auf 68.868, 2009 lag der Wert noch bei 17.766 (■ Abb. 2) [2]. Seit 2009 ist das Angebot an Ausbildungsplätzen größer als die Nachfrage. Unternehmen erhalten weniger eigens ausgebildete Nachwuchskräfte, während – bedingt durch den demografischen Wandel – Mitarbeitende in den Altersruhestand ausscheiden. Laut regionalem Konjunkturbarometer beeinflusst der Fachkräftemangel die Personalplanung stärker als die konjunkturelle Situation im Bergischen Land [3].

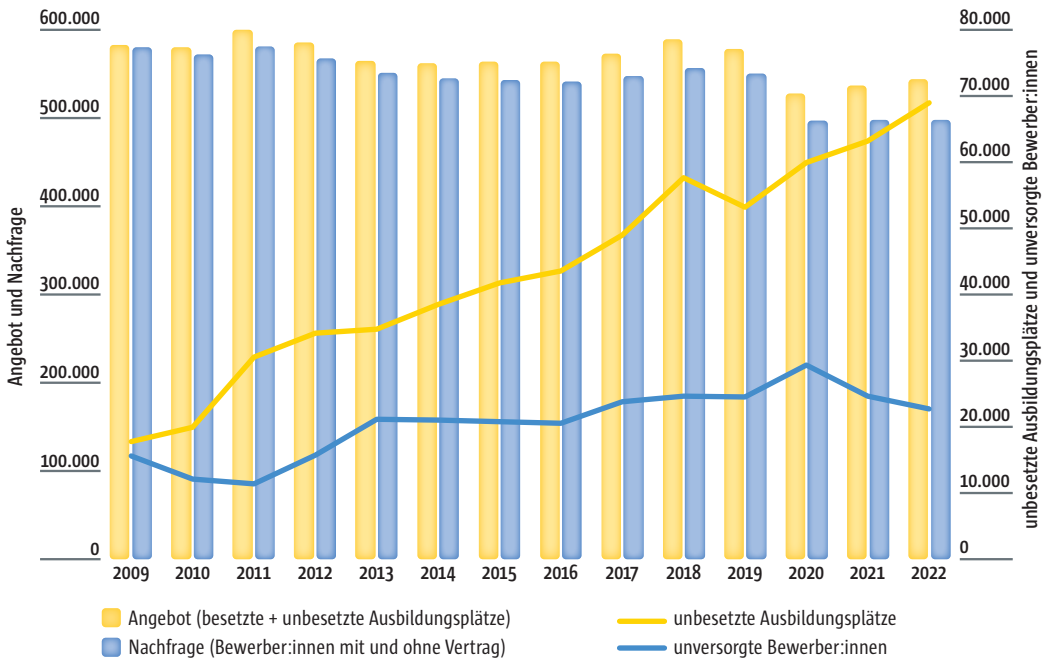
Abbildung 1 Wahrgenommene Risiken im Mittelstand 2021

Frage: „Was sind aus Ihrer Sicht derzeit die größten Gefahren für die Entwicklung Ihres Unternehmens?“



Quelle: EY Mittelstandsbarometer Dez 2021

Abbildung 2 Angebot und Nachfrage für Berufsausbildungsplätze 2009–2022



Quelle: Berufsbildungsbericht 2023

Michael Schwunk hebt an der Stelle hervor, dass sich zahlreiche Unternehmen darum bemühen, Mitarbeitende auch nach Renteneintritt zu halten: „Noch nie haben so viele Rentnerinnen und Rentner gearbeitet – und irgendwann geht es auch einfach nicht mehr.“

Hohe Krankenstände verursachen wirtschaftlichen Schaden

Wie die aktuellen Krankenstand-Zahlen in diesem Gesundheitsreport belegen (» Kap. 1), wuchs gerade im aktuellen Berichtsjahr die Zahl der Krankenschreibungen deutlich. Betrachtet man aber auch einen längeren Zeitraum vor der Coronavirus-Pandemie, so erkennt man auch einen zuvor einsetzenden Anstieg des Krankenstandes (» Abb. 3).

Die den Krankschreibungen zugrundeliegenden Krankheiten sind vielfältig, wie ebenfalls im » Kapitel 1 des BKK Gesundheitsreports beschrieben ist (s. » Diagramm 1.2.1): Neben den aktuell sehr stark vertretenen Atemwegserkrankungen sind es vor allem die Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie die psychischen Störungen, auf die in jedem Jahr sehr viele der Arbeitsunfähigkeitstage zurückzuführen sind. In diesen Feldern liegt für Betriebe der größte Bedarf, um für Mitarbeitende Unterstützungsangebote zu schaffen.

Hohe Krankenstände verursachen wirtschaftlichen Schaden: Der Ausfall an Bruttowertschöpfungen aufgrund von Krankheiten am Muskel-Skelett-System und am Bindegewebe lag 2021 bei 35,2 Milliarden Euro (» Abb. 4). „Psychische Erkrankungen

Abbildung 3 Krankenstand der BKK-versicherten beschäftigten Mitglieder (2008–2022)

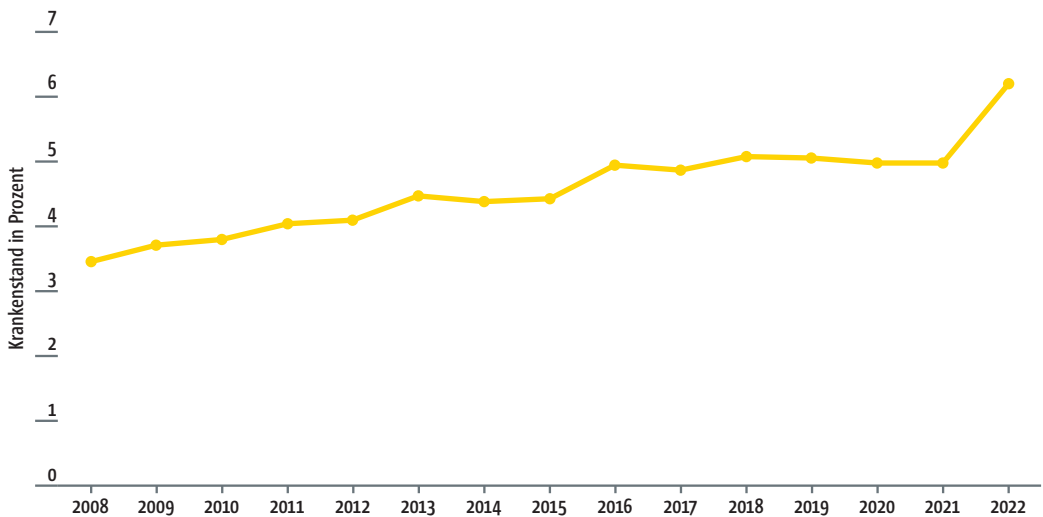
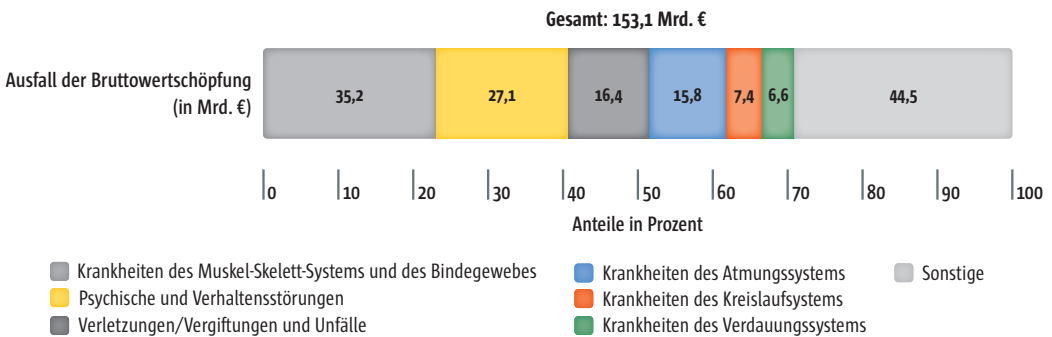


Abbildung 4 Ausfall an Bruttowertschöpfung nach Diagnosegruppen 2021



Quelle: BAuA

und Verhaltensstörungen“ verursachten Kosten in Höhe von 27,1 Milliarden Euro [4].

(2) Die Lebenswelt junger Menschen und die gesundheitlichen Auswirkungen

Auszubildende sind das Humankapital von morgen. Sie sind essenziell für das Fortbestehen einer erfolgreichen Wirtschaft. Sie ersetzen ausscheidende Arbeitskräfte und sorgen für Innovation. Durch den anhaltenden Fachkräftemangel sowie die damit verbundenen Kosten wird es für Betriebe attraktiver, selber auszubilden. Die Kosten-Nutzen-Rechnung ist von unterschiedlichen externen Parametern abhängig und wird insbesondere vor dem Hintergrund der teuren Rekrutierung erneut beeinflusst [5].

Die Anzahl der Auszubildenden in Deutschland ist 2021 auf 1.255.440 gesunken. 20 Jahre zuvor lag die Anzahl der Auszubildenden im Jahr 2001 noch um mehr als ein Drittel höher bei 1.684.669 [6]. Demgegenüber stehen 12,9 Millionen Erwerbspersonen, die bis 2036 das Renteneintrittsalter überschritten haben. Diese Anzahl entspricht knapp 30% der Arbeitnehmenden des Arbeitsmarktes von 2021 [7].

Bewegungsmangel entgegenwirken, Krankheitsstände verringern

Die Ausübung sportlicher Aktivitäten verringerte sich. In einer Erhebung des Robert Koch Instituts (RKI) von Juli bis Oktober 2021 gaben 33,3% der 18- bis 29-Jährigen an, ihre Sportaktivitäten seit Beginn der Corona-Pandemie reduziert zu haben. [8] Bewegungsmangel stellt bei jungen Menschen ein langfristiges Problem dar und ist nicht allein mit den Folgen von COVID-19 erklärbar: Bereits 2016 wurde im Rahmen einer WHO-Studie deutlich, dass sich junge Menschen zwischen 11 und 17 Jahren zu wenig bewegen: 79,7% der Jungen und 87,9% der Mädchen. Die Studie zeigte auch, dass sich die Zahlen im Vergleich zu 2001 nicht signifikant verändert hatten [9].

Der allgemeine Gesundheitszustand von Auszubildenden fällt häufig positiver aus als der älterer Arbeitnehmender. Im Herbst 2018 berichtete die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) jedoch, dass Auszubildende häufiger krankgeschrieben sind als andere Berufstätige. Zu den häufigsten Gründen für Arbeitsunfähigkeit zählten Kopf- und Rückenschmerzen [10].

Stress durch digitale Medien und Gaming-Sucht

Studien belegen, dass junge Erwachsene im Ausbildungsalter Social-Media-Plattformen ausgiebig nut-

zen [11]. Viele junge Menschen zwischen 14 und 36 Jahren fühlen sich durch die Nutzung digitaler Medien gestresst, was zu Schlafmangel oder Gereiztheit führt [12].

Computerspiele nehmen im Leben Heranwachsender eine wichtige Rolle ein. So spielen in Deutschland drei Millionen Heranwachsende zwischen 12 und 17 Jahren regelmäßig Computerspiele. Laut einer im Januar 2019 veröffentlichten Studie können 15,4% der Minderjährigen als „Risiko-Gamer“ bezeichnet werden. Etwa 465.000 der Jugendlichen in der genannten Altersgruppe zeigen ein auffälliges Verhalten in Richtung Gaming-Sucht. Schulische Fehlzeiten und emotionale Probleme sind unter anderem die Folgen [13].

Ansprüche an die Arbeitswelt

Die Einstellung zur Work-Life-Balance hat sich verändert. Auszubildende legen vermehrt Wert auf eine als angemessen empfundene Aufteilung zwischen Freizeit und Arbeitszeit. Das Motto „Ich lebe, um zu arbeiten“ hat sich gewandelt zu „Ich arbeite, um zu leben“. Diesen Wandel beschreibt unter anderem ein Artikel der „Pflegezeitschrift“ von 2021 [14].

Viele Auszubildende stellen Ansprüche an ihr zukünftiges Arbeitsumfeld. Sie fordern ein gutes Arbeitsklima, angemessene Gehälter, interessante Tätigkeiten und einen intensiven Wissensaustausch untereinander. Sie erwarten sichere, flexible Arbeitsplätze, ebenso Weiterbildungs- und Karriere-möglichkeiten, flache Hierarchien und mobiles Arbeiten [15].

(3) So gelingt Gesundheitsförderung: Anregungen aus der Praxis

Die BERGISCHE KRANKENKASSE reagiert seit 2018 auf diese Entwicklungen mit BGM-Maßnahmen. Gemeinsam mit Unternehmen aus dem Bergischen Land und dem Raum Köln/Leverkusen entwickelt sie heimatnahe Angebote für Auszubildende.

Die BERGISCHE geht dabei als positives Beispiel voran: Die heimatnahe Krankenkasse ist selbst ein mittelständisches Unternehmen, das sich ihrer Region und den dort lebenden Menschen verbunden fühlt. Seit Jahren macht sich die BERGISCHE für ihre Mitarbeitenden stark und erschafft immer wieder aufs Neue bedarfsorientierte, zeitgemäße Angebote. So können Mitarbeitende etwa in den eigenen Räumlichkeiten die Rückenberatung eines Physiotherapeuten in Anspruch nehmen, von einem Arzt eine individuelle Vorsorgeuntersuchung durchführen

lassen oder im ansprechend gestalteten „Auszeit“-Raum, Achtsamkeit praktizieren und zu Ruhe kommen.

Angebote müssen zu den Ressourcen und zum Bedarf eines Betriebs passen. Die BERGISCHE achtet darauf, dass die BGM-Umsetzung bei ihren Partnerunternehmen möglichst unbürokratisch und unkompliziert erfolgt.

Michael Schwunk beschreibt die Perspektive kleiner und mittlerer Betriebe: „Wie soll ich mit dem ohnehin knappen Personal ein eigenes Angebot organisieren? Wie soll ich die Mindestzahl für Kurse einhalten, wenn ich nur zwei Nachwuchskräfte habe? Wie soll ich das Geld aufbringen für die Umsetzung eigener Angebote?“

Ein Angebot kann noch so engagiert sein – es ergibt keinen Sinn, wenn man nicht genug Mitarbeitende hat, um es umzusetzen.

Die BERGISCHE setzt deshalb auf dieses Vorgehen:

- Motivation
 - Führungskräfte müssen von der Notwendigkeit von Gesundheitsförderung in ihrem Unternehmen überzeugt sein.
- Ziele setzen unter Berücksichtigung
 - vom Bedarf:
 - Welche körperlichen Belastungen wiegen vor – wie etwa Heben, Sitzen, Stehen?
 - Welche psychischen Belastungen gibt es? Besondere Situationen erfragen – wie etwa Folgen von COVID-19, Angst um Arbeitsplatzverlust.
 - von Ressourcen:
 - Führungskräfte sollten Kapazitäten realistisch einschätzen und die Angebote entsprechend planen.
 - Kleine Unternehmen können zum Beispiel die Beteiligung an betriebsübergreifenden Projekten ins Auge fassen. Das empfiehlt die BERGISCHE, wenn sich aufgrund geringer Azubi-Anzahl ein eigenes Angebot nicht lohnt. Oder wenn die Produktion nicht aufrechterhalten kann, weil zu viele Mitarbeitende bei gleichzeitiger BGM-Teilnahme ausfallen würden.
- Belegschaft mitnehmen und überzeugen mit
 - Zeitmanagement:
 - Dauer und Zeitpunkt der Angebote müssen in die Lebenswelt der Mitarbeitenden passen und für sie zumutbar sein. Ideal: Die Maßnahme findet während der Arbeitszeit statt. Keine Projekte während Pausen oder Berufsschulunterricht.

- kostenloser Teilnahme.
- räumlicher Nähe.
- erfolgreicher Kommunikation:
 - Die Belegschaft sollte ausreichend informiert werden – etwa durch die persönlich versandte Mail einer Führungskraft. Je nach Betriebsgröße empfiehlt sich die persönliche Ansprache von Mitarbeitenden. Zielgruppengerechte Sprache.
 - Gesundheitsangeboten, die auf die Lebenswelt der Auszubildenden zugeschnitten sind und sie bei Themen abholen, die sie interessieren.

Die kooperierenden regionalen Unternehmen und lokalen Sportvereine stammen aus einem Netzwerk, das die BERGISCHE aufgebaut hat und stetig erweitert. Die BERGISCHE arbeitet gerne mit kleinen BGM-Leistungserbringern zusammen. Sie sind vor Ort gut vernetzt und verfügen über persönliche Bindungen. Das trägt zum Erfolg einer Maßnahme bei. Erfolg bedeutet: Die Teilnehmenden integrieren nach dem Projekt gesundheitsförderndes Verhalten dauerhaft in ihren Alltag.

Praxis-Beispiel: Gesundheitsorientiertes Training für Auszubildende

Im Ausbildungsjahr 2022/2023 bot ein Wuppertaler Sportverein erstmals ein „gesundheitsorientiertes Training“ für junge Auszubildende in eigenen Räumlichkeiten an. Firmen aus der Bergischen Region nahmen an dieser betriebsübergreifenden Maßnahme teil. Durch die Förderung der BERGISCHEN war das Angebot kostenlos. Das drei Monate dauernde BGM-Projekt startete erstmals im November 2022 und wurde ab Herbst 2023 mit neuen Azubis über weitere Betriebspartnerschaften fortgeführt.

Die vom Verein betriebene Räumlichkeit – eine ehemalige, umfunktionierte Fabrik – richtet sich mit seiner Ausstattung und optisch ansprechenden Gestaltung an eine junge Zielgruppe.

Das BGM-Projekt fand zwei Mal wöchentlich nach Feierabend für 90 Minuten in einer geschlossenen Gruppe statt. Die Teilnehmenden sollten dadurch eine neue Freizeitbeschäftigung finden, die sie nach Projektende selbstständig fortführen können. Zertifiziertes Fachpersonal stellte sicher, dass die Azubis in der Lage waren, später eigenständig zu trainieren.

Der BERGISCHE Fitness-Check spornte an: Mit dem Tool wurde die körperliche Fitness der Teilnehmenden eingangs getestet. Damit man das eigene

Training nach den individuellen Bedürfnissen gestalten kann, muss man erst den eigenen Status quo kennen, und die Freude ist groß, wenn man das Ergebnis später vergleichen kann und merkt: „Ich fühle mich fitter!“

» Aus den Unternehmen wurde dazu zurückgemeldet: „Die Teilnehmenden fühlten sich nach dem Kurs deutlich fitter – obwohl Corona im Durchführungszeitraum eine große Belastung für Betriebe darstellte. Die Azubis schafften es, das wertvolle Angebot dauerhaft in ihren Alltag zu integrieren.“

Praxis-Beispiel: Azubi-Tage „Gesund und fit ins Berufsleben“

Die BERGISCHE ermöglicht Unternehmen die Durchführung von Azubi-Tagen unter dem Titel: „Gesund und fit ins Berufsleben“ – durchgeführt von zertifizierten Fachleuten. Das für bis zu 80 Teilnehmende ausgerichtete Konzept setzt die BERGISCHE in Unternehmen sowie betriebsübergreifend um. Im Herbst 2023 fanden die Azubi-Tage in Kooperation mit der Vereinigung Bergischer Unternehmerverbände (VBU) in den Räumlichkeiten der Verbandsgemeinschaft statt. Sie werden weitere zwei Jahre lang in Folge wiederholt.

Michael Schwunk sieht Vorteile des externen Angebots: „Es ist pragmatisch, betriebsübergreifend, einfach handhabbar und zugeschnitten auf die Bedürfnisse der Betriebe und jungen Leute. Die Betriebe können ihre Azubis einfach anmelden.“

Auszubildende der 560 Mitgliedsbetriebe der Vereinigung Bergischer Unternehmerverbände nahmen teil. Die Verbandsgemeinschaft organisierte das Ganze federführend, die Finanzierung erfolgte über die BERGISCHE.

An drei Azubi-Tagen stehen anschaulich gestaltete, auf eine junge Zielgruppe zugeschnittene Workshops, praktische Übungen, Gesundheitschecks und Erfahrungsaustausch auf dem Programm. Die Schwerpunkte bilden „Bewegung & Ernährung“, „Entspanntes Lernen & Stressmanagement“ und „Konsumkompetenz – Suchtprävention“.

Die BERGISCHE stellt über Themen, die die Auszubildenden interessieren, einen Zugang her, um mit ihnen über Gesundheit zu sprechen – auf Augenhöhe, nicht mit erhobenem Zeigefinger.

So findet die BERGISCHE etwa beim Azubi-Tag-Schwerpunkt „Konsumkompetenz – Suchtprävention“ mit dem Thema E-Sport großen Anklang.

Bei diesem Thema geht es nicht darum zu sagen „Das darfst du nicht“. Stattdessen wird verdeutlicht: „So wirst du besser an der Konsole.“ Das geschieht mit Obst statt Schoko-Riegeln, mit Sprudelwasser statt Energydrinks, einer verbesserten Sitzposition, ausreichend Pausen – und im Idealfall mit Sport.

Das Engagement der Krankenkasse im E-Sport geht über die Workshops hinaus: Beispielsweise starteten die BERGISCHE und die Bergische Universität Wuppertal im Januar 2023 eine Studie, die die gesundheitlichen Folgen von E-Sport drei Jahre lang wissenschaftlich untersucht. Und unter dem Titel „Gesund zocken – gewusst wie?!“ organisiert die BERGISCHE seit 2021 jährlich ein E-Sport-FIFA-Turnier mit Bayer 04 Leverkusen in der BayArena, das Gaming und Gesundheitsförderung verbindet.

Betriebspartnerschaften auf den Weg bringen

Die Zahl kleiner und mittelständischer Unternehmen, die mit der BERGISCHEN zusammenarbeiten, ist über die Jahre stetig gewachsen. Insbesondere über die kleinen Anbieter ihres BGM-Netzwerks, darunter Vereine, sind Kontakte zu Führungskräften aus der Region entstanden.

Unternehmen können jederzeit die Beratungsleistungen der BERGISCHEN in Anspruch nehmen, um Betriebspartnerschaften auf den Weg zu bringen. Grundvoraussetzung für die Initiierung innovativer, praxisorientierter Konzepte ist die Begeisterungsfähigkeit der Führungskräfte. Michael Schwunk von der Vereinigung Bergischer Unternehmerverbände sieht dem nächsten Azubi-Tag mit Vorfreude entgegen: „Mit diesen tollen Angeboten nehmen wir junge Leute mit. Und je früher Gesundheitsförderung erfolgt, desto besser.“

Zusammenfassung und Fazit:

- Unternehmen sehen im Fachkräftemangel eine große Gefahr.
- Viele Ausbildungsplätze bleiben unbesetzt.
- Unternehmen konkurrieren um Nachwuchskräfte.
- Unternehmen können Gesundheitsförderung für sich nutzen, etwa für Employer-Branding.
- Kleine und mittlere Betriebe brauchen Unterstützung bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung.
- Hoher Interventionsbedarf bei jungen Auszubildenden in Bezug auf Bewegungsmangel, Übergewicht, Gaming-Affinität.

- Kleine und mittlere Betriebe können mit Hilfe der gesetzlichen Krankenkassen Gesundheitsförderung unkompliziert, ressourcenschonend und möglichst betriebsübergreifend umsetzen.
- Gesundheitsförderung sollte sich am Bedarf und an den Interessen junger Menschen orientieren, um nachhaltig Erfolge zu erzielen.

Literatur

1. Ernst & Young GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft. EY Mittelstandbarometer. Dezember 2021. Fachkräftemangel bleibt größte Sorge im Mittelstand. S. 17. 2021. URL: https://assets.ey.com/content/dam/ey-sites/ey-com/de_de/news/2021/12/ey-mittelstandbarometer-konjunktur-2022-2021.pdf [abgerufen am 09. Juni 2023]
2. Bundesministerium für Bildung und Forschung. Berufsbildungsbericht 2023. URL: https://www.bmbf.de/SharedDocs/Downloads/de/2023/berufsbildungsbericht-2023-kabinettfassung.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [abgerufen am 09. Juni 2023]
3. Betzer A, Doumet M, Herbrand M, Funken S. Vorwort. In: Regionales Konjunkturreport Report 3/22, S. 3. 2022. URL: <https://regionales-konjunkturbarometer.de/docs/20221102Konjunktur-reportQ32022.pdf> [abgerufen am 09. Juni 2023]
4. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2021. 2023. URL: <https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitschutz-im-Wandel/Arbeitsweltberichterstattung/Kosten-der-AU/pdf/Kosten-2021.pdf> [abgerufen am 09. Juni 2023]
5. Wenzelmann F, Schönfeld G. Fazit und Ausblick. In: Kosten und Nutzen der dualen Ausbildung aus Sicht der Betriebe, S. 217. 2022. URL: <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/17630> [abgerufen am 09. Juni 2023]
6. Destatis, Statistisches Bundesamt. Anzahl der Auszubildenden in Deutschland von 1950 bis 2022 [Graph]. 2023. URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/06/PD23_N036_12.html [abgerufen am 09. Juni 2023]
7. Destatis, Statistisches Bundesamt. 12,9 Millionen Erwerbspersonen erreichen in den nächsten 15 Jahren das gesetzliche Rentenalter. In: Pressemitteilung Nr. 330 vom 4. August 2022. URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/08/PD22_330_13.html [abgerufen am 09. Juni 2023]
8. Robert Koch-Institut. Veränderung des Sporttreibens seit Beginn der Corona-Pandemie in Deutschland nach Altersgruppen im Jahr 2021 [Graph]. In Statista. 2022. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1376110/umfrage/veraenderung-des-sporttreibens-seit-beginn-der-pandemie-nach-alter/> [abgerufen am 09. Juni 2023]
9. Zeit ONLINE, dpa, js, 2019. Jugendliche bewegen sich zu wenig. In: ZEIT ONLINE, 2019. URL: <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2019-11/weltgesundheitsorganisation-jugendliche-sport-bewegungsmangel-digitalisierung> [abgerufen am 09. Juni 2023]
10. Birnkammer M, Schilling J, Wellmann H. Gesundheitliche Situation der Auszubildenden. In: Junge Beschäftigte in Ausbildung, S. 12. 2018. URL: https://www.bghw.de/fileadmin/user_upload/BGHW_Website/Website/E-Magazin/Archiv/2022/Mehr_wissen_besser_schuetzen/iga-Wegweiser_Junge_Beschaeftigte.pdf [abgerufen am 09. Juni 2023]
11. ARD & ZDF. Reichweiten von Social-Media-Plattformen und Messengern. 2022. URL: https://www.ard-zdf-onlinestudie.de/files/2022/2210_Koch.pdf [abgerufen am 09. Juni 2023]
12. Schwenninger Krankenkasse. Zukunft Gesundheit 2019. Jungen Bundesbürgern auf den Puls geschaut. 2019. URL: https://www.vividabkk.de/fileadmin/user_upload/Presse/Studien/PDF/SKK_190926_Studie_Zukunft-Gesundheit-2019_PDF_Web.pdf [abgerufen am 09. Juni 2023]
13. DAK. Computerspiele: 465.000 Jugendliche sind Risiko-Gamer. In: Pressemitteilung Computerspielsucht, 2019. URL: [https://www.dak.de/dak/bundesthemen/computerspielsucht-2103398.html#/#](https://www.dak.de/dak/bundesthemen/computerspielsucht-2103398.html#/) [abgerufen am 09. Juni 2023]
14. Albrecht A, Slaughter S, Overlöper T. Auszubildende auffangen – Abbrüche vermeiden. In: Pflegezeitschrift 74, S. 42–44, 2021. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s41906-021-1149-9> [abgerufen am 09. Juni 2023]
15. Armutat S. Mitarbeiter und Auszubildende binden. In: Haag P (Eds.) KMU- und Start-up-Management. 2021. URL: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-34700-0_20 [abgerufen am 09. Juni 2023]



Jan Römer

Jan Römer ist diplomierter Sportwissenschaftler und Dozent an der Bergischen Universität Wuppertal mit über 15-jähriger Erfahrung als Dienstleister und langjähriger Unternehmensberater zur Initiierung und Umsetzung von Maßnahmen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Seit 2018 ist er Gesundheitsmanager bei der BERGISCHEN.

© Markus Smieja, BERGISCHE KRANKENKASSE



Lilian Muscutt

Lilian Muscutt absolvierte den Bachelor „German and Italian Studies“ (BA) an der Universität von Sussex (1996–2000) sowie ein Volontariat beim Solinger Tageblatt (2003–2005). Sie verfügt über zehnjährige Berufserfahrung als Journalistin und Autorin. Von 2015 bis 2021 war sie in der Öffentlichkeitsarbeit i. A. der Arbeiterwohlfahrt Solingen. Seit 2021 ist sie in der Unternehmenskommunikation bei der BERGISCHEN tätig.

© Markus Smieja, BERGISCHE KRANKENKASSE



Dennis Kozlowski

Dennis Kozlowski ist seit 2015 zertifizierter Psychotherapeut und verfügt über langjährige Erfahrung im Gesundheitswesen u. a. als Rehabilitationstrainer. Er absolvierte sein Studium an der Bergischen Universität Wuppertal (2017–2023) mit Schwerpunkt Gesundheitsökonomie und -management und ist seit Februar 2023 im Bereich BGM bei der BERGISCHEN.

© Markus Smieja, BERGISCHE KRANKENKASSE

AZUBI-Gesundheit – ein Praxisbeispiel aus dem Klinikum Darmstadt

Anne Schlesinger
BKK Pfalz, Ludwigshafen

Auszubildende sind die Zukunft jedes Unternehmens, unabhängig von seiner Branche und Größe. Sie sichern langfristig den unternehmerischen Erfolg. Daher ist es sinnvoll, bereits frühzeitig in die Gesundheit des Nachwuchses zu investieren.

In der Regel haben junge Berufstätige weniger gesundheitliche Beeinträchtigungen als ihre älteren Kolleg:innen. Doch weisen Gesundheitsberichte darauf hin, dass schon junge Menschen ihre Karriere mit körperlichen und psychischen Beschwerden starten [1, 4, 5]. Hinzu kommen Denk- und Verhaltensweisen, die die Gesundheit langfristig negativ beeinflussen können. Mit der Aufklärung über Gesundheitsrisiken und der Vermittlung von Verhaltensweisen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken, kann schon in der Ausbildung die Basis für eine lebenslange gesundheitsbewusste Lebensweise geschaffen werden [3].

Betriebliches Gesundheitsmanagement für Azubis im Klinikum Darmstadt

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) des Klinikum Darmstadt wurde 2020 neu aufgestellt. Federführend ist der Steuerkreis Gesundheit. Die fachliche Expertise bringen die Vertreter:innen der Stabsstelle Arbeitspsychologie, der Abteilung für Arbeits-, Brand- und Umweltschutz und der Betriebsmedizin ein. Ergänzt wird der Kreis durch den Betriebsrat, die Schwerbehindertenvertretung sowie die Personalleitung und den Pflegedirektor. Der Steuerkreis Gesundheit ist für die strategische Ausrichtung und die Prozesse im BGM zuständig. Im ersten Schritt fand eine eingehende Ist-Analyse statt. Aus der Analyse kristallisierten sich zwei Fokuszielgruppen heraus: Auszubildende und Führungskräfte.

Das Klinikum Darmstadt ist mit 3.350 Mitarbeitenden kommunaler Maximalversorger in Südhessen und das einzige Krankenhaus mit einer umfassenden Notfallversorgung. Zum Krankenhaus gehören vier Intensivstationen sowie eine Intermediate Care, 25 Operationsäle,

22 Kliniken und Institute sowie ein Alten- und Pflegeheim. Es ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Frankfurt und Mannheim/Heidelberg und kooperiert für die Pflegeausbildung mit der FOM Hochschule. Aktuell bildet das Klinikum Darmstadt 208 junge Erwachsene zu Pflegefachpersonen, Krankenpflegehelfer:innen, Medizinischen Fachangestellten, Hebammen, Kaufleuten für Büromanagement sowie anästhesietechnischen und operationstechnischen Assistent:innen aus.

Herausforderungen beim Berufsstart

Um adäquate Maßnahmen für die Zielgruppe der Auszubildenden zu erstellen, ist es essenziell, ihre Bedürfnisse zu verstehen. Für junge Erwachsene beginnt mit der Ausbildung eine Zeit des Umbruchs. Sie stehen vielen neuen Herausforderungen gegenüber und haben aus diesem Grund auch andere gesundheitliche Anforderungen. Verschiedene Arbeitszeitmodelle, ein neues soziales Umfeld und veränderte körperliche und mentale Anforderungen wirken sich auf alle Ebenen der Gesundheit aus [2]. Insbesondere mentale Belastungen durch einen hohen Arbeitsdruck, Generationenkonflikte mit Kolleg:innen und häufig empfundene, fehlende soziale Unterstützung belasten die jungen Auszubildenden. Verstärkt wird dies durch schichtbedingte Schlafdefizite sowie einen hohen Medienkonsum.

Herausforderungen von Auszubildenden

- veränderte körperliche Anforderungen – sitzen, stehen, heben, tragen
- Zeit- und Leistungsdruck
- wechselnde Dienstpläne
- Schichtarbeit
- neues soziales Umfeld

Die Bedarfsanalyse im Klinikum Darmstadt ergab bei den Auszubildenden eine hohe Fehlzeitenquote durch die großen Herausforderungen des neuen Lebensabschnitts sowie Ausbildungs-Abbrüche aufgrund des Leistungsdrucks. Dies spiegelt sich auch in der Durchfallquote bei den Abschlussprüfungen wider, die sich auf Prüfungssängste und empfundene Überforderung zurückführen lässt.

Bedarfsorientiertes Azubi-Präventionsprogramm

Aufgrund der Bedarfslage wurde mit Unterstützung der BKK Pfalz und der Team Gesundheit GmbH und in enger Abstimmung mit dem Steuerkreis Gesundheit und der Ausbildungscoordination ein auf das Klinikum zugeschnittenes Azubi-Präventionsprogramm ins Leben gerufen. Bisher profitierten 294 Auszubildende von diesem Programm, das auf die Themenschwerpunkte Bewegung und psychische Gesundheit fokussiert ist.

In insgesamt acht Seminaren und Workshops erhalten die Auszubildenden Hintergrundwissen zur Bedeutung von körperlicher Aktivität, Stress, Entspannung und Schlaf. Sie lernen zudem die Zusammenhänge von Arbeit und Gesundheit kennen und erfahren, welche Wirkung eine gute Kommunikation oder ein reduzierter Medienkonsum auf das gesundheitliche Wohlbefinden haben können. Das Azubi-Präventionsprogramm wurde fest in den Ausbildungsplan integriert. Als verpflichtendes Seminar für alle Auszubildenden des Klinikums werden sieben Seminare im ersten Lehrjahr angeboten. Mit der Prüfungsvorbereitung und dem resilienzfördernden Erlernen von Strategien zur Bewältigung von Prüfungssängsten, endet das Azubi-Präventionsprogramm im dritten Lehrjahr.



Inhaltliche Schwerpunkte der Seminare

Gesund Arbeiten

- Sensibilisierung für den Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit
- Reflexion des eigenen Gesundheitsverhaltens
- Kennenlernen von Methoden zur Förderung der Gesundheit im Ausbildungsalltag
- Erlernen praktischer Entspannungs- und Bewegungsübungen

In Bewegung bleiben

- Hintergrundwissen zu den Themen Bewegung, nationale Bewegungsempfehlungen und körperliche Fitness
- Reflexion des eigenen Bewegungsverhaltens im Ausbildungsalltag
- Sensibilisierung für eine gesunde Körperhaltung beim Arbeiten (gesundes Sitzen, Stehen, Heben, Tragen)
- Empfehlungen für einen bewegungsreichen Ausbildungsalltag
- Erlernen von Bewegungs- und Ausgleichsübungen am Arbeitsplatz

Im Schichtdienst arbeiten

- Wissensvermittlung zu den Auswirkungen von Schichtdienst auf die Lebensbereiche Schlaf, Ernährung und Freizeit
- Vermittlung von Grundlagen zum gesunden Schlaf beim Arbeiten im Schichtdienst
- Reflexion des eigenen Chronotyps
- Empfehlungen zur Verbesserung der Schlafhygiene
- Informationen zum Zusammenspiel von Stress und Schlaf
- Informationen über eine ausgewogene und gesundheitsförderliche Ernährung bei Schichtarbeit
- Mahlzeitengestaltung bei unterschiedlichen Schichten
- Tipps zur Freizeitgestaltung

Dem Stress trotzen

- Vermittlung von Basiswissen zu Definition, Entstehung und gesundheitlichen Folgen von Stress
- Reflexion des eigenen Stressempfindens
- Sensibilisierung für persönliche Stressanzeichen
- Entwicklung von Strategien zum Umgang mit Stress
- Erlernen von Stressbewältigungsstrategien und Entspannungsübungen für den Alltag

Kommunikation und Gemeinschaftsgefühl

- Hintergrundwissen zur Definition und den Vorteilen einer guten Kommunikation
- Sensibilisierung für die Bedeutung einer guten Kommunikation für die Gesundheit
- Einführung in das Kommunikationsmodell nach Schulz von Thun
- Einführung in das aktive Zuhören
- Entwicklung von Ideen und Methoden für eine gelungene Kommunikation im Alltag
- Hintergrundwissen zur Definition und den Funktionen von Konflikten
- Entwicklung von Strategien und Methoden zur Konfliktvorbeugung und -lösung

Digitale Medien bewusst nutzen

- Hintergrundinformationen zur Definition von Medien sowie aktuelle Zahlen und Fakten rund um den Medienkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen
- Reflexion des eigenen Medienkonsums
- Betrachtung der Chancen und Risiken von digitalen Medien
- Entwicklung von Lösungsansätzen und Strategien für einen bewussten und gesunden Umgang mit Medien im Alltag

Anzeichen von Abhängigkeiten erkennen

- Hintergrundwissen zu verschiedenen Suchtarten
- Kennenlernen von Alltags Süchten und Reflexion der eigenen Gewohnheiten
- Vermittlung der Unterschiede von Genuss und Sucht
- Kennenlernen von Ursachen und Einflüssen einer Sucht
- Entwicklung eines gesunden Verhaltensmusters

Fit für die Prüfung

- Wissensvermittlung zu verschiedenen Lerntypen und -methoden
- Förderung einer guten Prüfungsvorbereitung und Lernorganisation
- Kennenlernen verschiedener Strategien gegen die Prüfungsangst

Das Azubi-Präventionsprogramm wird vor Ort durch die Team Gesundheit GmbH umgesetzt. Ergänzend können die Auszubildenden an allen allgemeinen Gesundheitsmaßnahmen des Klinikums teilnehmen. Hierbei wird den Beschäftigten unter anderem ein Mitarbeiterunterstützungsprogramm für alle Lebenslagen, ein Arbeitsplatzprogramm zum ergonomischen Arbeiten, Gesundheitskurse, zahlreiche Seminare und ein Firmenfitnessangebot angeboten.

Herausforderungen in der Praxis

Pandemiebedingte Online-Seminare

Das Präventionsprogramm musste im Jahr 2020 infolge der Covid-19-Pandemie online stattfinden. Aufgrund der Offenheit der Zielgruppe für digitale Medien hat die Umsetzung auf diesem Weg sehr gut funktioniert, obwohl während der digitalen Einheiten das soziale Miteinander fehlte. Mit Reduktion der pandemiebedingten Einschränkungen wurden

die Seminare mehr und mehr in Präsenz gehalten, was für die Auszubildenden bis heute einen großen Mehrwert darstellt.

Förderung des Miteinanders

Ein Ziel des Azubi-Präventionsprogrammes war die Förderung des Zusammengehörigkeitsgefühls im Einklang mit der „sozialen Gesundheit“. Aus diesem Grund wurden Gruppen mit Auszubildenden der unterschiedlichen Ausbildungsberufe gebildet. Mit den Herausforderungen im Berufsalltag und den unterschiedlichen Dienst- und Ausbildungsplänen erwies sich die Mischung jedoch als schwierig. Im weiteren Verlauf erhielten die Auszubildenden in der Pflege separate Seminare. So konnten die Seminare individueller auf die Berufsgruppen zugeschnitten werden.

Nachhaltige Gesundheitsförderung

Mit der Umsetzung der ersten Seminare stellte sich die Frage der Nachhaltigkeit. Wie schafft man es, die Empfehlungen aus den Seminaren in langfristig gesunde Verhaltensweisen zu entwickeln?

Ein wesentlicher Faktor ist die Direktansprache der Auszubildenden durch die Ausbildungsbetreuernden und Führungskräfte. Sie erhalten regelmäßige Schulungen zum gesunden Führen und dem Umgang mit psychisch belasteten Auszubildenden, gehen als Vorbild voran und geben den Auszubildenden Hinweise für spezifische Gesundheitsförderungsmaßnahmen oder Stressbewältigungsstrategien im Praxisalltag. Neben der persönlichen Unterstützung hatten die Auszubildenden zusätzlich die Möglichkeit, sich innerhalb von drei Monaten auf einer E-Learning-Plattform der Team Gesundheit GmbH mit den besprochenen Themen auseinanderzusetzen.

Akzeptanz, Bedeutung und Ausblick

Insgesamt lässt sich feststellen, dass das Projekt für alle Beteiligten von großem Nutzen ist. Das Azubi-Präventionsprogramm wurde von den Auszubildenden sehr gut angenommen. Etwa 90% der Teilnehmenden bewerteten die Seminare als sehr gewinnbringend für ihren Berufsalltag und würden die Seminare anderen Auszubildenden weiterempfehlen.

Was bedeutet das Azubi-Programm für das Klinikum Darmstadt?

Für Lotte Schwärzel, Arbeitspsychologin und BGM-Koordinatorin des Klinikums Darmstadt, war die Einführung des Präventionsprogramms ein wichtiger Schritt, um das Thema Prävention und Gesundheitsförderung im Haus voran zu treiben: „Die Auszubildenden sind eine wichtige Zielgruppe unseres Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Mit dem Präventionsprogramm ‚Fit und gesund von Anfang an‘ möchten wir bereits zu Beginn der Ausbildung einen wichtigen Beitrag für ein gesundes Arbeitsleben leisten. Gemeinsam mit der BKK Pfalz und der Team Gesundheit GmbH streben wir eine langfristige Zusammenarbeit in diesem Bereich an und freuen uns, auch in den nächsten Jahren allen Neustarter:innen dieses Angebot unterbreiten zu können.“

Entscheidend für den Erfolg des Azubi-Präventionsprogrammes war das Engagement des Steuerkreises Gesundheit und die Unterstützung durch die Geschäftsführung. So konnten Strukturen und Ressourcen für die Gesundheitsförderung der Auszubildenden aufgebaut und das Programm konsequent implementiert werden. Nicht zuletzt trägt aber auch die Größe des Klinikums und die damit einhergehende große Zahl an Auszubildenden zum Erfolg bei [3].

In der Zukunft ist es wichtig, die Seminarinhalte dauerhaft in den Berufsalltag zu überführen. Besonders entscheidend wird es sein, den Auszubildenden eine/einen direkten Ansprechpartner:in an die Seite zu stellen und die Führungskräfte sowie Betreuer:innen konsequent weiterzubilden und für die Notwendigkeit der Maßnahmen zu sensibilisieren. Das wird auch zur Nachhaltigkeit der Maßnahmen beitragen. Das Klinikum Darmstadt geht hier mit gutem Beispiel voran, indem es die Führungskräfte entsprechend aus- und weiterbildet. Regelmäßige Besprechungen und eine gute Kommunikationskultur fördern das Zusammengehörigkeitsgefühl. Eine wertschätzende Kommunikation unterstützt das Wohlbefinden und die Zufriedenheit im Beruf und damit die psychosoziale Gesundheit.

Die positive Auswirkung ließe sich zukünftig eventuell durch die Einführung von Patenschaften erhöhen: Diese können die Bindung zum Unternehmen vertiefen und sich positiv auf die Selbstwirksamkeit und Resilienz auswirken [6].

Tipps für die Planung eines zielgruppenspezifischen Gesundheitsangebots für Auszubildende:

- Jede Maßnahme sollte bedarfsorientiert ausgerichtet sein.
- Es benötigt eine Person, die sich kümmert und dafür sorgt, dass Prozesse und Maßnahmen nachhaltig im Gedächtnis bleiben.
- Das Projekt muss von der Geschäftsleitung und den Führungskräften unterstützt werden.
- Die Maßnahmen sollten in den Alltag der Berufsausbildung integriert werden.
- Die Auszubildendenbetreuung sollte in den Prozess einbezogen werden und mit gutem Beispiel und als Multiplikator:in vorangehen.
- Die Auszubildenden sollten aktiv in den Planungsprozess einbezogen werden. Dies steigert die aktive Teilnahme und die Zufriedenheit.

Literatur

1. Badura B, Duckl A, Schröder H, Klose J, Meyer M (2015) Fehlzeiten-Report 2015: Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Springer, Berlin
2. Betz M, Brand S (2017) Gesundheitsbelastungen und -risiken bei Jugendlichen. Ansätze zur Gesundheitsförderung im Rahmen der Ausbildung. In: BWP 4(46), S. 26–29. URL: <https://www.bwp-zeitschrift.de/dienst/publikationen/de/8388> [abgerufen am 19. Juni 2023]
3. Birnkammer M, Schilling J, Wellmann H. (2018) Junge Beschäftigte in Ausbildung. Gesundheitsförderung und Prävention in Berufsschule und Betrieb. iga.Wegweiser
4. Raecke J, Volvakov I (2021) Belastungen von Medizinischen Fachangestellten in ihrer Ausbildung während der Corona-Pandemie. In: BWP 2(50), S. 46–49. URL: <https://www.bwp-zeitschrift.de/dienst/publikationen/de/17150> [abgerufen am 19. Juni 2023]
5. Schmiederer S, Weikert B, Rehling J, Wegewitz U (2014) Grundauswertung der BIBB/BAU-A-Jugenderwerbstätigenbefragung. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. URL: <http://www.baua.de/dok/5600168> [abgerufen am 19. Juni 2023]
6. Bühren SC, Nolte C, Schneider EM, Kraußlach H (2019) Gesund am Start – Förderung der Teilhabe und Gesundheit von Auszubildenden. Prävention und Gesundheitsförderung 1, 22–28



Anne Schlesinger

Anne Schlesinger hat Sportwissenschaft mit Schwerpunkt Präventions-, Rehabilitations- und Fitnesport (M.Sc., B.A.) an der Technischen Universität Chemnitz studiert. Sie war mehrere Jahre in der praktischen Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in betrieblichen und außerbetrieblichen Lebenswelten tätig. Seit 2022 ist sie für den Bereich BGM und Vertrieb bei der BKK Pfalz verantwortlich.

5

Mehr Flexibilität, zielgerichtete Prävention, Versorgung und Kommunikation: Junge Beschäftigte brauchen bessere Unterstützung beim Start ins Berufsleben





Franz Knieps
Vorstand des BKK Dachverbands,
Berlin



Sarah Kramer
Referentin für Kommunikation
des BKK Dachverbands, Berlin

Unsere Gesellschaft ist heute mehr denn je auf den Nachwuchs angewiesen: Wie der BKK Gesundheitsreport 2023 zeigt, entscheidet der physische und psychische Zustand der heranwachsenden Generation über den Bestand der sozialen Sicherungssysteme ebenso wie über den Wohlstand der Gesellschaft. Diese ist von produktiven und leistungsfähigen Fachkräften abhängig, gerät aber durch die demografische Entwicklung hierzulande, Globalisierung und Digitalisierung immer weiter unter Druck. Aus diesem Grund tut es Not, den Fokus auf diejenigen zu richten, die unsere Wirtschaft und Gesellschaft künftig tragen – junge Erwachsene zwischen 18 und 29 Jahren. Politik, Unternehmen und Organisationen müssen die Rahmenbedingungen dafür schaffen, damit die Heranwachsenden nicht nur den Übergang von der Schule ins Berufsleben erfolgreich bewältigen, sondern ihren Platz in der Gesellschaft finden können. Hierbei sind Gesundheit und gute Bedingungen am Arbeitsplatz die entscheidenden Faktoren.

Fluider Arbeits- und Ausbildungsmarkt prägt die Lebensläufe

Die Lebensphase des Heranwachsens ist naturgemäß eine Zeit voller Umbrüche, in der junge Menschen sich selbst und ihre künftige berufliche Ausrichtung suchen und vieles ausprobieren. Die Rahmenbedingungen für den Einstieg ins Berufsleben

scheinen mit weitaus mehr offenen Stellen als Bewerbern auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt und branchenübergreifenden Fachkräftemangel auf den ersten Blick so gut wie nie. Gleichwohl gestaltet sich der Übergang von der Schule ins Erwerbsleben gegenwärtig für zahlreiche Berufseinsteiger eher holprig als glatt und ist geprägt von großer Diskontinuität: Ausbildungsabbrüche oder der Wechsel des Studienganges sowie andere Unterbrechungen des beruflichen Werdeganges sind heutzutage in vielen Lebensläufen eher die Regel als die Ausnahme.

Beschäftigte erwarten Sinn, Sicherheit, Work-Life-Balance und Flexibilität bei der Arbeit

Wenngleich sich die äußeren Umstände im Vergleich zu vergangenen Jahrzehnten stark verändert haben, zeigen unsere Daten, dass sich die Erwartungen der nachrückenden Generation an ihre Arbeit grundsätzlich kaum von denen der vorangegangenen unterscheiden. Ein Konflikt zwischen den Beschäftigten unterschiedlicher Altersgruppen im Kontext der Arbeitswelt – wie hierzulande häufig angenommen – lässt sich empirisch aber nicht nachweisen. Für ältere wie jüngere Arbeitnehmer sind eine sinnvolle Tätigkeit, faires Gehalt, Arbeitsplatzsicherheit, gute Kommunikation zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden, eine ausgewogene Balance zwischen Beruf und Privatleben sowie zeitliche und räumliche Autonomie ausschlaggebend. Zudem äußern Beschäftigte aller Altersgruppen immer deutlicher und nachdrücklicher den Wunsch nach mehr Freizeit: Laut unserer aktuellen, im diesjährigen Gesundheitsreport veröffentlichten Umfrage unter mehr als 3.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten arbeitet die Mehrheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer derzeit an fünf Tagen, möchte ihre Wochenarbeitszeit perspektivisch aber gerne auf vier Tage oder einen Umfang von rund 30 Stunden reduzieren. Knapp zwei Drittel der Befragten wollen sich vor dem regulären Renteneintrittsalter aus dem Arbeitsleben zurückziehen und in den Ruhestand gehen. Auch die Nachhaltigkeit am Arbeitsplatz spielt für Beschäftigte eine zunehmend wichtige Rolle: Mehr als die Hälfte der Befragten erachten die soziale und gesellschaftliche Verantwortung von Unternehmen als wichtiges Entscheidungskriterium bei der Auswahl des zukünftigen Arbeitgebers.

Rahmenbedingungen für Homeoffice und mobiles Arbeiten flexibler gestalten

All dies muss die Politik berücksichtigen und die Rahmenbedingungen für Arbeit grundsätzlich flexibler gestalten. Die Möglichkeit, zumindest zeitweilig in den eigenen vier Wänden oder an einem anderen Ort der Wahl und nicht in dem vom Unternehmen definierten Raum zu arbeiten, sollte grundsätzlich jedem Beschäftigten möglich sein, wenn die Tätigkeit dies zulässt. Kosten, die den Mitarbeitenden der Betriebe durch Homeoffice entstehen, sollten – analog zu den Regelungen während der Corona-Pandemie – auch in Zukunft in der Steuererklärung absetzbar sein. Auch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Unternehmen sollte die Politik weiterhin steuerlich fördern.

Individuelle Bedürfnisse des Personals in unterschiedlichen Lebensphasen berücksichtigen

Um junge Talente für sich zu gewinnen, langfristig zu halten und somit im Wettbewerb bestehen zu können, müssen die Unternehmen ihren Beschäftigten unterschiedliche flexible Arbeitszeitmodelle mit mobilem Arbeiten, Homeoffice sowie Entwicklungsmöglichkeiten bieten. Zudem legt unsere Auswertung nahe, dass die Betriebe bei der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeit und Organisationsprozessen in Zukunft noch mehr als bisher auch die individuellen Bedürfnisse ihres Personals entlang jeweils unterschiedlicher Lebensphasen (etwa Berufseinstieg, Familiengründung, Pflegezeit für Angehörige, Berufsausstieg) berücksichtigen müssen. Zugleich obliegt es den Firmen, das Zusammengehörigkeitsgefühl von jungen und älteren Beschäftigten im Sinne einer Corporate Identity zu stärken und dafür zeitlichen und physischen Raum sowie Angebote für den Austausch und ein generationenübergreifendes Miteinander zu schaffen. Auch sollten die Unternehmen weiter an der eigenen Nachhaltigkeit arbeiten und die Prozesse im Betrieb entsprechend gestalten.

Chronisch krank: Die Gesundheitsdaten von Heranwachsenden sind besorgniserregend

Entgegen weit verbreiteter Annahmen sind Heranwachsende in Deutschland nicht gesünder als ältere Bürgerinnen und Bürger. Vielmehr liefert unsere

Auswertung interner und externer Daten zur körperlichen und seelischen Verfasstheit dieser Bevölkerungsgruppe einen alarmierenden und für die Zukunft richtungsweisenden Befund. Ihnen zufolge leidet rund ein Drittel der Heranwachsenden bereits in jungen Jahren unter chronischen Erkrankungen, neigt überdies zum Rauschtrinken, ungesunder Ernährung und treibt zu wenig Sport. Einer von fünf Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahren entwickelt eine psychische Erkrankung, die oft bis zum Erwachsenenalter andauert, nahezu jeder fünfte Auszubildende verspürt Druck durch den Betrieb oder die Schule.

Vor allem junge Frauen leiden unter psychischen Erkrankungen

Zwölf Prozent der heranwachsenden Frauen zeigen depressive Symptome. Frauen unter 30 Jahren, die in nicht medizinischen Gesundheitsberufen (dazu zählt etwa der Bereich Altenpflege) und vornehmlich in Teilzeit arbeiten, sind dabei überdurchschnittlich oft und lang wegen psychischer Erkrankungen in ambulanter und stationärer Behandlung. All das sind Faktoren, die viel Leid sowie hohe und langfristige Kosten für die Wirtschaft und die Gemeinschaft der Versicherten verursachen. Politik, Unternehmen und Krankenkassen müssen daher dringend handeln und ihre Angebote in der Prävention, der Versorgung, in der Bildung und der Kommunikation von Gesundheitsinformationen ausweiten und auf die Bedürfnisse junger Erwachsener und insbesondere von jungen Frauen ausrichten. Sie müssen insbesondere neue Programme zur Vermeidung und Bekämpfung psychischer Erkrankungen entwickeln, diese öffentlichkeitswirksam kommunizieren und in verschiedenen Settings umsetzen. Zugleich gilt es, die Rahmenbedingungen für weibliche Beschäftigte am Arbeitsplatz zu verbessern.

Risiken durch zielgerichtete Prävention und Gesundheitsförderung vermeiden

Wie dies gelingen kann, zeigt das im Jahr 2021 gestartete Präventionsprojekt You!Mind der Betriebskrankenkassen an Berufsschulen, welches außerbetriebliche Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung kombiniert. Das Programm zielt auf selbstbewusste, psychisch gesunde Lernende und Lehrende im Rahmen einer unterstützenden und

fürsorglichen Schulkultur. Es soll Schülerinnen und Schüler in die Lage versetzen, gesund durch ihre Ausbildung zu kommen und dazu befähigen, auch ihr künftiges Berufsleben gesund zu gestalten. Schulalltagsnahe Seminare und interaktive Angebote dienen dazu, Selbstbewusstsein, Sozialkompetenz, Stressregulation, Selbstorganisation und Suchtcompetenz von Berufsschülern nachhaltig zu stärken. Ein Modul richtet sich gezielt ans Lehrpersonal und vermittelt unter anderem Stressbewältigungsstrategien sowie Optimierungspotenziale mit Blick auf Prozesse und Systeme im Setting Berufsschule.

Versorgungslücken insbesondere in der Psychotherapie schließen

Neben der Ausweitung der lebensweltbezogenen Prävention mit Blick auf die psychische Gesundheit junger Beschäftigter macht unser diesjähriger Gesundheitsreport auch deutlich, dass sich die Versorgung diesbezüglich im ambulanten und stationären Bereich verbessern muss. Es ist besorgniserregend, dass dem hohen Anteil psychischer Erkrankungen bei jungen Erwachsenen nach aktuellen Erkenntnissen derzeit nur eine geringe Behandlungsrate entgegensteht. Diese Versorgungslücke muss der Gesetzgeber dringend schließen und dafür sorgen, dass genügend Therapieplätze zur Verfügung stehen und die Betroffenen zügig eine Behandlung erhalten. Gerade psychische Krisen oder Suchtproblematiken erfordern eine rasche medizinische Intervention, um erfolgreich und nachhaltig behandelt werden zu können. Die aktuelle Versorgungspraxis sieht allerdings anders aus: Patientinnen und Patienten müssen hierzu oft monatelang auf den Beginn ihrer Psychotherapie warten.

Bildung und sozialer Status entscheiden über Gesundheitskompetenz

Handlungsbedarf gibt es außerdem mit Blick auf die Gesundheitskompetenz junger Erwachsener. Viele von ihnen beschäftigen sich zum ersten Mal bewusst mit dem Thema Gesundheit, wenn sie ins Berufsleben einsteigen und an ihrem Arbeitsplatz mit Stress und Leistungsdruck konfrontiert sind. Zugleich fällt es Berufsanfängern häufig schwer, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen und auf das eigene Wohlbefinden ge-

richtet einzusetzen. Insbesondere den weniger Gebildeten unter ihnen und denjenigen mit subjektiv empfundenem niedrigem sozialem Status sowie Auszubildenden in bestimmten Beschäftigungsbereichen fällt es schwer, aufgrund von frei verfügbaren Informationen „gute“ Entscheidungen für die eigene Gesundheit zu treffen. Hier müssen Politik, Unternehmen sowie die Akteure des Gesundheitswesens nachsteuern.

Gesundheit als Pflichtfach in der Schule, Informationen zielgerichtet aufbereiten

Aufgrund der vorliegenden Analyse scheint es angebracht, die Bedeutung von Gesundheit für das (Berufs-)leben bereits in die frühkindliche Bildung zu integrieren. So wäre ein eigenes Schulfach Gesundheit denkbar, das Kindern ab der Grundschule und Jugendlichen bis zum Ende der Schulzeit theoretisch und praktisch relevante Inhalte zu gesundem Lebensstil vermittelt. Auch sollte der Staat künftig verstärkt in die Bildung sozial benachteiligter Heranwachsender investieren, um vorhandene Wissens- und Informationsdefizite auszugleichen. Last but not least müssen staatliche und institutionelle Gesundheitsakteure einfach zugängliche, gut verständliche und besonders auch für jüngere Zielgruppen aufbereitete Informationen rund um das Thema Gesundheit bereitstellen.

Lotsenfunktion von Krankenkassen ausweiten

Die Krankenkassen können hierzu einen wesentlichen Beitrag leisten, indem sie in ihrer Kommunikation aktiv insbesondere auf jüngere Versicherte zugehen und auf die Bedeutung von Gesundheit aufmerksam machen. Als geeignete Medien hierfür bieten sich vor allem digitale und soziale Medien an, da die junge Generation sich heutzutage vor allem dort bewegt, vernetzt und kommuniziert. Es entspricht zudem Wunsch der Versicherten, wenn die Krankenversicherer sich in Zukunft noch mehr als bisher als Lotse verstehen und Bürgerinnen und Bürger bedarfsgerecht und zielgerichtet mit Informationen versorgen. Mit der Bereitstellung von Informationen allein ist es allerdings nicht getan: Vielmehr geht es darum, junge wie alte Versicherte nachhaltig über die Inhalte von Gesundheitsprogrammen oder über die Versorgungspfade zur Therapie bestimmter Erkrankungen und die darin involvierten Akteure aufzuklären.

Junge Beschäftigte ins Betriebliche Gesundheitsmanagement einbinden

Auch mangelt es vielen jungen Menschen insbesondere beim Einstieg ins Berufsleben an Wissen über Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz. Hier sind neben den Schulen vor allem die Betriebe gefragt: Sie müssen ein Arbeitsumfeld schaffen, das auch junges Personal in die Lage versetzt, Gesundheitskompetenzen zu entwickeln, auf disruptive Veränderungen in der Berufswelt (etwa durch den Einsatz neuer digitaler Technologien wie Künstlicher Intelligenz oder ähnlichem) adäquat und zügig zu reagieren und im Arbeitsalltag umzusetzen. Dafür bedarf es in allen Unternehmen einer gesundheitsförderlichen Infrastruktur (etwa ergonomische

Arbeitsplätze, Räume zur sportlichen Ertüchtigung und zur Entspannung), Schulungen sowie Fortbildungen und neuen, zielgruppengerechten Formaten, die Wissen rund um das Thema Gesundheit, gesunde Lebensführung, Digitalisierung und New Work vermitteln. Entscheidend dabei ist, die jungen Beschäftigten bei der Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Arbeitsumfeldes einzubinden und ihre Wünsche ernst zu nehmen. Nur durch bewusstes Erleben und eine gesundheitsförderliche Unternehmenskultur, Austausch und entsprechendes Miteinander lässt sich ein Bewusstsein um den Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit schaffen und nachhaltig in den Köpfen verankern.

Anhang

A Arbeitsunfähigkeitsgeschehen _____ 412



A Arbeitsunfähigkeitsgeschehen 412

A.1	AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)	412
A.1.1	Pflichtmitglieder insgesamt	412
A.1.2	Beschäftigte Pflichtmitglieder	413
A.1.3	Teilzeitbeschäftigte	414
A.1.4	Arbeitslose (ALG-I)	415
A.1.5	Freiwillige Mitglieder insgesamt	416
A.1.6	Beschäftigte freiwillige Mitglieder	417
A.1.7	Mitglieder ohne Rentner	418
A.1.8	Beschäftigte Mitglieder insgesamt	419

Die digitale Aufbereitung des BKK Gesundheitsreports wird mit dieser Ausgabe fortgeschrieben. Die AU-Kennzahlen des **»»»** Tabellenanhangs A werden in digitaler Form zur Verfügung gestellt. Eine Ausnahme bildet **»»»** Tabelle A.1, die als Übersichtstabelle im Report verbleibt. Damit kommen wir den Wünschen der Nutzerinnen und Nutzer entgegen, die solche Kennzahlen verwenden bzw. weiterverarbeiten wollen. Alle Dateien des Tabellenanhangs 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.

Der **»»»** Tabellenanhang B wird, beginnend mit dieser Jahresausgabe, ebenfalls ausschließlich digital verfügbar sein. Die entsprechenden Links sind im Kapitel **»»»** Methodische Hinweise im Abschnitt Quellennachweise zu finden.

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

A.1.1 Pflichtmitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in Prozent
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	398.737	2.489.069	19,48	121,6	6,2	0,33
	Frauen	364.973	2.429.964	18,16	120,9	6,7	0,33
	Gesamt	763.710	4.919.033	18,82	121,2	6,4	0,33
Neubildungen (C00–D48)	Männer	38.982	1.183.547	1,90	57,8	30,4	0,16
	Frauen	50.196	1.916.981	2,50	95,4	38,2	0,26
	Gesamt	89.178	3.100.528	2,20	76,4	34,8	0,21
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E00–E90)	Männer	13.509	245.281	0,66	12,0	18,2	0,03
	Frauen	14.496	248.864	0,72	12,4	17,2	0,03
	Gesamt	28.005	494.145	0,69	12,2	17,6	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	158.190	6.655.090	7,73	325,1	42,1	0,89
	Frauen	220.584	9.394.251	10,97	467,4	42,6	1,28
	Gesamt	378.774	16.049.341	9,34	395,6	42,4	1,08
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	71.038	1.084.744	3,47	53,0	15,3	0,15
	Frauen	102.398	1.200.355	5,09	59,7	11,7	0,16
	Gesamt	173.436	2.285.099	4,27	56,3	13,2	0,15
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	37.824	297.476	1,85	14,5	7,9	0,04
	Frauen	34.799	261.293	1,73	13,0	7,5	0,04
	Gesamt	72.623	558.769	1,79	13,8	7,7	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	29.157	282.400	1,42	13,8	9,7	0,04
	Frauen	34.273	332.761	1,71	16,6	9,7	0,05
	Gesamt	63.430	615.161	1,56	15,2	9,7	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	75.898	2.083.376	3,71	101,8	27,4	0,28
	Frauen	57.598	1.072.844	2,87	53,4	18,6	0,15
	Gesamt	133.496	3.156.220	3,29	77,8	23,6	0,21
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	1.338.890	9.880.745	65,40	482,6	7,4	1,32
	Frauen	1.439.957	10.942.305	71,64	544,4	7,6	1,49
	Gesamt	2.778.847	20.823.050	68,49	513,2	7,5	1,41
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	250.388	1.851.477	12,23	90,4	7,4	0,25
	Frauen	211.170	1.397.488	10,51	69,5	6,6	0,19
	Gesamt	461.558	3.248.965	11,38	80,1	7,0	0,22
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	41.417	568.651	2,02	27,8	13,7	0,08
	Frauen	27.869	321.389	1,39	16,0	11,5	0,04
	Gesamt	69.286	890.040	1,71	21,9	12,8	0,06
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	578.062	11.257.761	28,23	549,9	19,5	1,51
	Frauen	385.467	8.602.428	19,18	428,0	22,3	1,17
	Gesamt	963.529	19.860.189	23,75	489,5	20,6	1,34
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	33.285	399.718	1,63	19,5	12,0	0,05
	Frauen	93.945	783.304	4,67	39,0	8,3	0,11
	Gesamt	127.230	1.183.022	3,14	29,2	9,3	0,08
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	42.579	469.447	2,12	23,4	11,0	0,06
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	273.533	2.414.241	13,36	117,9	8,8	0,32
	Frauen	307.642	2.752.012	15,31	136,9	8,9	0,38
	Gesamt	581.175	5.166.253	14,32	127,3	8,9	0,35
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	276.781	5.544.226	13,52	270,8	20,0	0,74
	Frauen	178.854	3.646.111	8,90	181,4	20,4	0,50
	Gesamt	455.635	9.190.337	11,23	226,5	20,2	0,62
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	69.415	1.134.349	3,39	55,4	16,3	0,15
	Frauen	81.247	1.371.897	4,04	68,3	16,9	0,19
	Gesamt	150.662	2.506.246	3,71	61,8	16,6	0,17
Gesamt	Männer	3.919.751	49.681.889	191,46	2.426,7	12,7	6,65
	Frauen	3.922.231	49.942.641	195,14	2.484,7	12,7	6,81
	Gesamt	7.841.982	99.624.530	193,28	2.455,4	12,7	6,73
davon Arbeitsunfälle	Männer	80.926	2.040.836	3,95	99,7	25,2	0,27
	Frauen	41.033	1.051.842	2,04	52,3	25,6	0,14
	Gesamt	121.959	3.092.678	3,01	76,2	25,4	0,21
davon Refahfälle	Männer	39.057	1.270.816	1,91	62,1	32,5	0,17
	Frauen	40.525	1.294.772	2,02	64,4	32,0	0,18
	Gesamt	79.582	2.565.588	1,96	63,2	32,2	0,17

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

A.1.2 Beschäftigte Pflichtmitglieder

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in Prozent
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	394.324	2.454.790	19,89	123,8	6,2	0,34
	Frauen	361.451	2.396.189	18,49	122,6	6,6	0,34
	Gesamt	755.775	4.850.979	19,20	123,2	6,4	0,34
Neubildungen (C00–D48)	Männer	37.771	1.107.880	1,91	55,9	29,3	0,15
	Frauen	48.856	1.832.416	2,50	93,8	37,5	0,26
	Gesamt	86.627	2.940.296	2,20	74,7	33,9	0,20
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	13.100	226.409	0,66	11,4	17,3	0,03
	Frauen	14.166	238.960	0,72	12,2	16,9	0,03
	Gesamt	27.266	465.369	0,69	11,8	17,1	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	149.902	5.902.845	7,56	297,8	39,4	0,82
	Frauen	212.100	8.595.429	10,85	439,8	40,5	1,21
	Gesamt	362.002	14.498.274	9,20	368,3	40,1	1,01
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	69.154	1.015.338	3,49	51,2	14,7	0,14
	Frauen	100.364	1.141.476	5,14	58,4	11,4	0,16
	Gesamt	169.518	2.156.814	4,31	54,8	12,7	0,15
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	37.266	283.751	1,88	14,3	7,6	0,04
	Frauen	34.374	254.977	1,76	13,0	7,4	0,04
	Gesamt	71.640	538.728	1,82	13,7	7,5	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	28.773	272.161	1,45	13,7	9,5	0,04
	Frauen	33.840	323.110	1,73	16,5	9,5	0,05
	Gesamt	62.613	595.271	1,59	15,1	9,5	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	73.642	1.972.169	3,72	99,5	26,8	0,27
	Frauen	56.548	1.033.847	2,89	52,9	18,3	0,14
	Gesamt	130.190	3.006.016	3,31	76,4	23,1	0,21
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	1.327.618	9.779.322	66,98	493,4	7,4	1,35
	Frauen	1.428.438	10.838.331	73,09	554,6	7,6	1,52
	Gesamt	2.756.056	20.617.653	70,01	523,8	7,5	1,44
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	246.787	1.796.523	12,45	90,6	7,3	0,25
	Frauen	208.612	1.357.862	10,67	69,5	6,5	0,19
	Gesamt	455.399	3.154.385	11,57	80,1	6,9	0,22
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	40.792	551.323	2,06	27,8	13,5	0,08
	Frauen	27.454	311.546	1,40	15,9	11,3	0,04
	Gesamt	68.246	862.869	1,73	21,9	12,6	0,06
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	568.010	10.783.092	28,66	544,0	19,0	1,49
	Frauen	377.572	8.216.669	19,32	420,4	21,8	1,15
	Gesamt	945.582	18.999.761	24,02	482,7	20,1	1,32
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	32.549	386.957	1,64	19,5	11,9	0,05
	Frauen	92.611	764.906	4,74	39,1	8,3	0,11
	Gesamt	125.160	1.151.863	3,18	29,3	9,2	0,08
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	41.818	460.121	2,14	23,5	11,0	0,06
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	269.222	2.340.643	13,58	118,1	8,7	0,32
	Frauen	303.189	2.671.908	15,51	136,7	8,8	0,37
	Gesamt	572.411	5.012.551	14,54	127,3	8,8	0,35
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	273.400	5.402.729	13,79	272,6	19,8	0,75
	Frauen	176.421	3.548.690	9,03	181,6	20,1	0,50
	Gesamt	449.821	8.951.419	11,43	227,4	19,9	0,62
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	68.334	1.083.514	3,45	54,7	15,9	0,15
	Frauen	80.013	1.316.295	4,09	67,4	16,5	0,18
	Gesamt	148.347	2.399.809	3,77	61,0	16,2	0,17
Gesamt	Männer	3.863.456	47.637.182	194,92	2.403,4	12,3	6,58
	Frauen	3.869.812	48.067.528	198,01	2.459,5	12,4	6,74
	Gesamt	7.733.268	95.704.710	196,45	2.431,2	12,4	6,66
davon Arbeitsunfälle	Männer	80.578	2.022.596	4,07	102,0	25,1	0,28
	Frauen	40.850	1.042.740	2,09	53,4	25,5	0,15
	Gesamt	121.428	3.065.336	3,08	77,9	25,2	0,21
davon Refahfälle	Männer	35.755	1.157.832	1,80	58,4	32,4	0,16
	Frauen	37.634	1.204.124	1,93	61,6	32,0	0,17
	Gesamt	73.389	2.361.956	1,86	60,0	32,2	0,16

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

A.1.3 Teilzeitbeschäftigte

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in Prozent
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	33.543	223.394	15,66	104,3	6,7	0,29
	Frauen	176.568	1.217.974	17,80	122,8	6,9	0,34
	Gesamt	210.111	1.441.368	17,42	119,5	6,9	0,33
Neubildungen (C00–D48)	Männer	3.620	110.388	1,69	51,5	30,5	0,14
	Frauen	27.259	1.089.516	2,75	109,8	40,0	0,30
	Gesamt	30.879	1.199.904	2,56	99,5	38,9	0,27
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.179	23.902	0,55	11,2	20,3	0,03
	Frauen	7.064	123.686	0,71	12,5	17,5	0,03
	Gesamt	8.243	147.588	0,68	12,2	17,9	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	18.410	773.468	8,59	361,0	42,0	0,99
	Frauen	108.012	4.576.749	10,89	461,3	42,4	1,26
	Gesamt	126.422	5.350.217	10,48	443,5	42,3	1,22
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	6.752	110.833	3,15	51,7	16,4	0,14
	Frauen	43.544	604.661	4,39	60,9	13,9	0,17
	Gesamt	50.296	715.494	4,17	59,3	14,2	0,16
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.989	27.173	1,40	12,7	9,1	0,03
	Frauen	17.414	144.850	1,76	14,6	8,3	0,04
	Gesamt	20.403	172.023	1,69	14,3	8,4	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.661	27.338	1,24	12,8	10,3	0,04
	Frauen	17.110	183.669	1,72	18,5	10,7	0,05
	Gesamt	19.771	211.007	1,64	17,5	10,7	0,05
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	6.848	191.604	3,20	89,4	28,0	0,25
	Frauen	29.770	574.309	3,00	57,9	19,3	0,16
	Gesamt	36.618	765.913	3,04	63,5	20,9	0,17
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	116.951	889.831	54,59	415,4	7,6	1,14
	Frauen	718.619	5.655.862	72,43	570,1	7,9	1,56
	Gesamt	835.570	6.545.693	69,26	542,6	7,8	1,49
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	20.713	170.000	9,67	79,4	8,2	0,22
	Frauen	100.448	695.938	10,12	70,1	6,9	0,19
	Gesamt	121.161	865.938	10,04	71,8	7,1	0,20
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3.175	45.334	1,48	21,2	14,3	0,06
	Frauen	12.828	155.081	1,29	15,6	12,1	0,04
	Gesamt	16.003	200.415	1,33	16,6	12,5	0,05
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	47.021	930.414	21,95	434,3	19,8	1,19
	Frauen	200.948	4.694.486	20,25	473,2	23,4	1,30
	Gesamt	247.969	5.624.900	20,55	466,3	22,7	1,28
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	3.320	42.910	1,55	20,0	12,9	0,05
	Frauen	42.565	400.552	4,29	40,4	9,4	0,11
	Gesamt	45.885	443.462	3,80	36,8	9,7	0,10
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	15.667	179.908	1,58	18,1	11,5	0,05
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	23.203	221.136	10,83	103,2	9,5	0,28
	Frauen	138.317	1.364.117	13,94	137,5	9,9	0,38
	Gesamt	161.520	1.585.253	13,39	131,4	9,8	0,36
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	21.276	454.816	9,93	212,3	21,4	0,58
	Frauen	86.909	1.919.497	8,76	193,5	22,1	0,53
	Gesamt	108.185	2.374.313	8,97	196,8	21,9	0,54
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	6.129	105.330	2,86	49,2	17,2	0,13
	Frauen	40.924	714.775	4,12	72,0	17,5	0,20
	Gesamt	47.053	820.105	3,90	68,0	17,4	0,19
Gesamt	Männer	338.434	4.559.689	157,98	2.128,4	13,5	5,83
	Frauen	1.929.189	25.812.066	194,44	2.601,6	13,4	7,13
	Gesamt	2.267.623	30.371.755	187,97	2.517,6	13,4	6,90
davon Arbeitsunfälle	Männer	5.807	160.997	2,71	75,2	27,7	0,21
	Frauen	19.240	538.925	1,94	54,3	28,0	0,15
	Gesamt	25.047	699.922	2,08	58,0	27,9	0,16
davon Refahfälle	Männer	3.316	110.481	1,55	51,6	33,3	0,14
	Frauen	20.185	642.232	2,03	64,7	31,8	0,18
	Gesamt	23.501	752.713	1,95	62,4	32,0	0,17

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

A.1.4 Arbeitslose (ALG-I)

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in Prozent
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	3.271	28.342	5,85	50,7	8,7	0,14
	Frauen	2.656	28.598	5,65	60,9	10,8	0,17
	Gesamt	5.927	56.940	5,76	55,3	9,6	0,15
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.137	71.892	2,03	128,5	63,2	0,35
	Frauen	1.202	80.564	2,56	171,4	67,0	0,47
	Gesamt	2.339	152.456	2,27	148,1	65,2	0,41
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	353	18.107	0,63	32,4	51,3	0,09
	Frauen	288	9.000	0,61	19,2	31,3	0,05
	Gesamt	641	27.107	0,62	26,3	42,3	0,07
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	7.168	719.639	12,81	1.286,4	100,4	3,52
	Frauen	7.330	763.275	15,60	1.624,3	104,1	4,45
	Gesamt	14.498	1.482.914	14,08	1.440,7	102,3	3,95
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.439	64.711	2,57	115,7	45,0	0,32
	Frauen	1.531	55.872	3,26	118,9	36,5	0,33
	Gesamt	2.970	120.583	2,89	117,1	40,6	0,32
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	465	13.332	0,83	23,8	28,7	0,07
	Frauen	348	6.091	0,74	13,0	17,5	0,04
	Gesamt	813	19.423	0,79	18,9	23,9	0,05
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	305	9.646	0,55	17,2	31,6	0,05
	Frauen	357	9.120	0,76	19,4	25,5	0,05
	Gesamt	662	18.766	0,64	18,2	28,3	0,05
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.004	106.797	3,58	190,9	53,3	0,52
	Frauen	891	36.624	1,90	77,9	41,1	0,21
	Gesamt	2.895	143.421	2,81	139,3	49,5	0,38
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	8.607	82.398	15,39	147,3	9,6	0,40
	Frauen	9.123	86.590	19,41	184,3	9,5	0,50
	Gesamt	17.730	168.988	17,22	164,2	9,5	0,45
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	2.899	51.129	5,18	91,4	17,6	0,25
	Frauen	2.060	36.667	4,38	78,0	17,8	0,21
	Gesamt	4.959	87.796	4,82	85,3	17,7	0,23
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	520	16.420	0,93	29,4	31,6	0,08
	Frauen	348	9.515	0,74	20,2	27,3	0,06
	Gesamt	868	25.935	0,84	25,2	29,9	0,07
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	8.650	454.943	15,46	813,2	52,6	2,23
	Frauen	6.804	369.674	14,48	786,7	54,3	2,16
	Gesamt	15.454	824.617	15,01	801,1	53,4	2,19
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	625	12.133	1,12	21,7	19,4	0,06
	Frauen	1.095	17.183	2,33	36,6	15,7	0,10
	Gesamt	1.720	29.316	1,67	28,5	17,0	0,08
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	708	8.748	1,51	18,6	12,4	0,05
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	3.340	68.180	5,97	121,9	20,4	0,33
	Frauen	3.436	73.518	7,31	156,5	21,4	0,43
	Gesamt	6.776	141.698	6,58	137,7	20,9	0,38
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.879	131.585	5,15	235,2	45,7	0,64
	Frauen	2.004	90.668	4,26	193,0	45,2	0,53
	Gesamt	4.883	222.253	4,74	215,9	45,5	0,59
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	943	48.838	1,69	87,3	51,8	0,24
	Frauen	1.086	53.134	2,31	113,1	48,9	0,31
	Gesamt	2.029	101.972	1,97	99,1	50,3	0,27
Gesamt	Männer	46.084	1.925.823	82,38	3.442,5	41,8	9,43
	Frauen	43.074	1.765.452	91,67	3.757,1	41,0	10,29
	Gesamt	89.158	3.691.275	86,62	3.586,1	41,4	9,82
davon Arbeitsunfälle	Männer	273	15.657	0,49	28,0	57,4	0,08
	Frauen	128	8.020	0,27	17,1	62,7	0,05
	Gesamt	401	23.677	0,39	23,0	59,0	0,06
davon Refahfälle	Männer	2.529	99.451	4,52	177,8	39,3	0,49
	Frauen	2.146	77.843	4,57	165,7	36,3	0,45
	Gesamt	4.675	177.294	4,54	172,2	37,9	0,47

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

A.1.5 Freiwillige Mitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in Prozent
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	48.735	327.668	7,21	48,5	6,7	0,13
	Frauen	13.203	94.885	5,16	37,1	7,2	0,10
	Gesamt	61.938	422.553	6,65	45,3	6,8	0,12
Neubildungen (C00–D48)	Männer	11.095	272.124	1,64	40,2	24,5	0,11
	Frauen	4.173	124.282	1,63	48,6	29,8	0,13
	Gesamt	15.268	396.406	1,64	42,5	26,0	0,12
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E00–E90)	Männer	2.105	31.249	0,31	4,6	14,8	0,01
	Frauen	775	13.044	0,30	5,1	16,8	0,01
	Gesamt	2.880	44.293	0,31	4,8	15,4	0,01
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	21.258	948.967	3,14	140,3	44,6	0,38
	Frauen	9.752	408.283	3,81	159,7	41,9	0,44
	Gesamt	31.010	1.357.250	3,33	145,7	43,8	0,40
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	7.718	128.165	1,14	19,0	16,6	0,05
	Frauen	3.341	47.348	1,31	18,5	14,2	0,05
	Gesamt	11.059	175.513	1,19	18,8	15,9	0,05
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	7.335	56.935	1,08	8,4	7,8	0,02
	Frauen	2.056	16.101	0,80	6,3	7,8	0,02
	Gesamt	9.391	73.036	1,01	7,8	7,8	0,02
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	5.284	53.439	0,78	7,9	10,1	0,02
	Frauen	1.729	20.568	0,68	8,0	11,9	0,02
	Gesamt	7.013	74.007	0,75	7,9	10,6	0,02
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	13.874	312.705	2,05	46,2	22,5	0,13
	Frauen	2.531	43.424	0,99	17,0	17,2	0,05
	Gesamt	16.405	356.129	1,76	38,2	21,7	0,10
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	227.268	1.643.318	33,61	243,0	7,2	0,67
	Frauen	65.267	486.260	25,53	190,2	7,5	0,52
	Gesamt	292.535	2.129.578	31,39	228,5	7,3	0,63
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	38.488	249.773	5,69	36,9	6,5	0,10
	Frauen	9.468	55.770	3,70	21,8	5,9	0,06
	Gesamt	47.956	305.543	5,15	32,8	6,4	0,09
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	4.096	43.261	0,61	6,4	10,6	0,02
	Frauen	1.067	11.963	0,42	4,7	11,2	0,01
	Gesamt	5.163	55.224	0,55	5,9	10,7	0,02
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	54.066	946.197	8,00	139,9	17,5	0,38
	Frauen	12.471	223.094	4,88	87,3	17,9	0,24
	Gesamt	66.537	1.169.291	7,14	125,5	17,6	0,34
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	6.801	62.899	1,01	9,3	9,2	0,03
	Frauen	4.329	37.284	1,69	14,6	8,6	0,04
	Gesamt	11.130	100.183	1,19	10,8	9,0	0,03
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	3.334	33.675	1,30	13,2	10,1	0,04
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	33.127	295.766	4,90	43,7	8,9	0,12
	Frauen	11.826	113.156	4,63	44,3	9,6	0,12
	Gesamt	44.953	408.922	4,82	43,9	9,1	0,12
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	26.456	510.939	3,91	75,6	19,3	0,21
	Frauen	7.346	149.266	2,87	58,4	20,3	0,16
	Gesamt	33.802	660.205	3,63	70,9	19,5	0,19
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	15.352	188.037	2,27	27,8	12,2	0,08
	Frauen	4.727	69.229	1,85	27,1	14,6	0,07
	Gesamt	20.079	257.266	2,15	27,6	12,8	0,08
Gesamt	Männer	579.068	6.564.752	85,64	970,8	11,3	2,66
	Frauen	173.006	2.095.307	67,68	819,7	12,1	2,25
	Gesamt	752.074	8.660.059	80,71	929,4	11,5	2,55
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.873	104.055	0,57	15,4	26,9	0,04
	Frauen	1.114	29.495	0,44	11,5	26,5	0,03
	Gesamt	4.987	133.550	0,54	14,3	26,8	0,04
davon Refahfälle	Männer	7.697	220.713	1,14	32,6	28,7	0,09
	Frauen	2.189	65.998	0,86	25,8	30,1	0,07
	Gesamt	9.886	286.711	1,06	30,8	29,0	0,08

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

A.1.6 Beschäftigte freiwillige Mitglieder

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in Prozent
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	47.919	322.734	9,15	61,7	6,7	0,17
	Frauen	12.410	90.081	8,56	62,1	7,3	0,17
	Gesamt	60.329	412.815	9,02	61,8	6,8	0,17
Neubildungen (C00–D48)	Männer	10.976	266.344	2,10	50,9	24,3	0,14
	Frauen	4.067	121.339	2,80	83,7	29,8	0,23
	Gesamt	15.043	387.683	2,25	58,0	25,8	0,16
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.079	30.756	0,40	5,9	14,8	0,02
	Frauen	735	12.629	0,51	8,7	17,2	0,02
	Gesamt	2.814	43.385	0,42	6,5	15,4	0,02
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	20.618	923.691	3,94	176,5	44,8	0,48
	Frauen	9.150	388.398	6,31	267,9	42,4	0,73
	Gesamt	29.768	1.312.089	4,45	196,3	44,1	0,54
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	7.537	125.340	1,44	23,9	16,6	0,07
	Frauen	3.099	44.200	2,14	30,5	14,3	0,08
	Gesamt	10.636	169.540	1,59	25,4	15,9	0,07
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	7.274	56.354	1,39	10,8	7,7	0,03
	Frauen	1.994	15.661	1,38	10,8	7,9	0,03
	Gesamt	9.268	72.015	1,39	10,8	7,8	0,03
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	5.220	52.759	1,00	10,1	10,1	0,03
	Frauen	1.651	19.177	1,14	13,2	11,6	0,04
	Gesamt	6.871	71.936	1,03	10,8	10,5	0,03
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	13.679	307.942	2,61	58,8	22,5	0,16
	Frauen	2.406	40.795	1,66	28,1	17,0	0,08
	Gesamt	16.085	348.737	2,41	52,2	21,7	0,14
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	224.610	1.626.144	42,91	310,6	7,2	0,85
	Frauen	62.020	464.462	42,77	320,3	7,5	0,88
	Gesamt	286.630	2.090.606	42,88	312,7	7,3	0,86
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	38.069	246.061	7,27	47,0	6,5	0,13
	Frauen	9.078	52.855	6,26	36,5	5,8	0,10
	Gesamt	47.147	298.916	7,05	44,7	6,3	0,12
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	4.004	42.157	0,76	8,1	10,5	0,02
	Frauen	1.007	11.509	0,69	7,9	11,4	0,02
	Gesamt	5.011	53.666	0,75	8,0	10,7	0,02
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	53.281	928.252	10,18	177,3	17,4	0,49
	Frauen	11.829	212.362	8,16	146,5	18,0	0,40
	Gesamt	65.110	1.140.614	9,74	170,6	17,5	0,47
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	6.730	62.119	1,29	11,9	9,2	0,03
	Frauen	4.119	36.011	2,84	24,8	8,7	0,07
	Gesamt	10.849	98.130	1,62	14,7	9,0	0,04
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	3.248	32.759	2,24	22,6	10,1	0,06
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	32.537	291.609	6,22	55,7	9,0	0,15
	Frauen	11.173	106.750	7,71	73,6	9,6	0,20
	Gesamt	43.710	398.359	6,54	59,6	9,1	0,16
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	25.692	488.435	4,91	93,3	19,0	0,26
	Frauen	6.818	137.157	4,70	94,6	20,1	0,26
	Gesamt	32.510	625.592	4,86	93,6	19,2	0,26
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	15.184	184.582	2,90	35,3	12,2	0,10
	Frauen	4.564	66.291	3,15	45,7	14,5	0,13
	Gesamt	19.748	250.873	2,95	37,5	12,7	0,10
Gesamt	Männer	570.909	6.443.647	109,06	1.230,9	11,3	3,37
	Frauen	164.389	1.994.904	113,37	1.375,7	12,1	3,77
	Gesamt	735.298	8.438.551	110,00	1.262,4	11,5	3,46
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.667	94.930	0,70	18,1	25,9	0,05
	Frauen	991	24.798	0,68	17,1	25,0	0,05
	Gesamt	4.658	119.728	0,70	17,9	25,7	0,05
davon Refahfälle	Männer	7.581	217.433	1,45	41,5	28,7	0,11
	Frauen	2.124	63.823	1,46	44,0	30,0	0,12
	Gesamt	9.705	281.256	1,45	42,1	29,0	0,12

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

A.1.7 Mitglieder ohne Rentner

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in Prozent
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	447.472	2.816.737	16,43	103,4	6,3	0,28
	Frauen	378.176	2.524.849	16,69	111,4	6,7	0,31
	Gesamt	825.648	5.341.586	16,55	107,1	6,5	0,29
Neubildungen (C00–D48)	Männer	50.077	1.455.671	1,84	53,4	29,1	0,15
	Frauen	54.369	2.041.263	2,40	90,1	37,5	0,25
	Gesamt	104.446	3.496.934	2,09	70,1	33,5	0,19
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E00–E90)	Männer	15.614	276.530	0,57	10,2	17,7	0,03
	Frauen	15.271	261.908	0,67	11,6	17,2	0,03
	Gesamt	30.885	538.438	0,62	10,8	17,4	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	179.448	7.604.057	6,59	279,2	42,4	0,76
	Frauen	230.336	9.802.534	10,17	432,7	42,6	1,19
	Gesamt	409.784	17.406.591	8,21	348,9	42,5	0,96
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	78.756	1.212.909	2,89	44,5	15,4	0,12
	Frauen	105.739	1.247.703	4,67	55,1	11,8	0,15
	Gesamt	184.495	2.460.612	3,70	49,3	13,3	0,14
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	45.159	354.411	1,66	13,0	7,8	0,04
	Frauen	36.855	277.394	1,63	12,2	7,5	0,03
	Gesamt	82.014	631.805	1,64	12,7	7,7	0,03
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	34.441	335.839	1,26	12,3	9,8	0,03
	Frauen	36.002	353.329	1,59	15,6	9,8	0,04
	Gesamt	70.443	689.168	1,41	13,8	9,8	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	89.772	2.396.081	3,30	88,0	26,7	0,24
	Frauen	60.129	1.116.268	2,65	49,3	18,6	0,14
	Gesamt	149.901	3.512.349	3,00	70,4	23,4	0,19
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	1.566.158	11.524.063	57,50	423,1	7,4	1,16
	Frauen	1.505.224	11.428.565	66,44	504,4	7,6	1,38
	Gesamt	3.071.382	22.952.628	61,56	460,1	7,5	1,26
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	288.876	2.101.250	10,61	77,2	7,3	0,21
	Frauen	220.638	1.453.258	9,74	64,1	6,6	0,18
	Gesamt	509.514	3.554.508	10,21	71,2	7,0	0,20
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	45.513	611.912	1,67	22,5	13,4	0,06
	Frauen	28.936	333.352	1,28	14,7	11,5	0,04
	Gesamt	74.449	945.264	1,49	18,9	12,7	0,05
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	632.128	12.203.958	23,21	448,1	19,3	1,23
	Frauen	397.938	8.825.522	17,56	389,5	22,2	1,07
	Gesamt	1.030.066	21.029.480	20,65	421,5	20,4	1,15
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	40.086	462.617	1,47	17,0	11,5	0,05
	Frauen	98.274	820.588	4,34	36,2	8,4	0,10
	Gesamt	138.360	1.283.205	2,77	25,7	9,3	0,07
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	45.913	503.122	2,03	22,2	11,0	0,06
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	306.660	2.710.007	11,26	99,5	8,8	0,27
	Frauen	319.468	2.865.168	14,10	126,5	9,0	0,35
	Gesamt	626.128	5.575.175	12,55	111,7	8,9	0,31
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	303.237	6.055.165	11,13	222,3	20,0	0,61
	Frauen	186.200	3.795.377	8,22	167,5	20,4	0,46
	Gesamt	489.437	9.850.542	9,81	197,4	20,1	0,54
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	84.767	1.322.386	3,11	48,6	15,6	0,13
	Frauen	85.974	1.441.126	3,79	63,6	16,8	0,17
	Gesamt	170.741	2.763.512	3,42	55,4	16,2	0,15
Gesamt	Männer	4.498.819	56.246.641	165,18	2.065,2	12,5	5,66
	Frauen	4.095.237	52.037.948	180,76	2.296,9	12,7	6,29
	Gesamt	8.594.056	108.284.589	172,26	2.170,4	12,6	5,95
davon Arbeitsunfälle	Männer	84.799	2.144.891	3,11	78,8	25,3	0,22
	Frauen	42.147	1.081.337	1,86	47,7	25,7	0,13
	Gesamt	126.946	3.226.228	2,54	64,7	25,4	0,18
davon Refahfälle	Männer	46.754	1.491.529	1,72	54,8	31,9	0,15
	Frauen	42.714	1.360.770	1,89	60,1	31,9	0,16
	Gesamt	89.468	2.852.299	1,79	57,2	31,9	0,16

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2022)

A.1.8 Beschäftigte Mitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in Prozent
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	442.243	2.777.524	17,65	110,9	6,3	0,30
	Frauen	373.861	2.486.270	17,81	118,4	6,7	0,32
	Gesamt	816.104	5.263.794	17,72	114,3	6,4	0,31
Neubildungen (C00–D48)	Männer	48.747	1.374.224	1,95	54,8	28,2	0,15
	Frauen	52.923	1.953.755	2,52	93,1	36,9	0,26
	Gesamt	101.670	3.327.979	2,21	72,3	32,7	0,20
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	15.179	257.165	0,61	10,3	16,9	0,03
	Frauen	14.901	251.589	0,71	12,0	16,9	0,03
	Gesamt	30.080	508.754	0,65	11,0	16,9	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	170.520	6.826.536	6,81	272,5	40,0	0,75
	Frauen	221.250	8.983.827	10,54	427,9	40,6	1,17
	Gesamt	391.770	15.810.363	8,51	343,3	40,4	0,94
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	76.691	1.140.678	3,06	45,5	14,9	0,12
	Frauen	103.463	1.185.676	4,93	56,5	11,5	0,15
	Gesamt	180.154	2.326.354	3,91	50,5	12,9	0,14
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	44.540	340.105	1,78	13,6	7,6	0,04
	Frauen	36.368	270.638	1,73	12,9	7,4	0,04
	Gesamt	80.908	610.743	1,76	13,3	7,5	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	33.993	324.920	1,36	13,0	9,6	0,04
	Frauen	35.491	342.287	1,69	16,3	9,6	0,04
	Gesamt	69.484	667.207	1,51	14,5	9,6	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	87.321	2.280.111	3,49	91,0	26,1	0,25
	Frauen	58.954	1.074.642	2,81	51,2	18,2	0,14
	Gesamt	146.275	3.354.753	3,18	72,9	22,9	0,20
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	1.552.228	11.405.466	61,95	455,2	7,3	1,25
	Frauen	1.490.458	11.302.793	71,00	538,4	7,6	1,48
	Gesamt	3.042.686	22.708.259	66,07	493,1	7,5	1,35
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	284.856	2.042.584	11,37	81,5	7,2	0,22
	Frauen	217.690	1.410.717	10,37	67,2	6,5	0,18
	Gesamt	502.546	3.453.301	10,91	75,0	6,9	0,21
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	44.796	593.480	1,79	23,7	13,2	0,06
	Frauen	28.461	323.055	1,36	15,4	11,4	0,04
	Gesamt	73.257	916.535	1,59	19,9	12,5	0,05
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	621.291	11.711.344	24,80	467,4	18,9	1,28
	Frauen	389.401	8.429.031	18,55	401,5	21,6	1,10
	Gesamt	1.010.692	20.140.375	21,95	437,4	19,9	1,20
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	39.279	449.076	1,57	17,9	11,4	0,05
	Frauen	96.730	800.917	4,61	38,2	8,3	0,10
	Gesamt	136.009	1.249.993	2,95	27,1	9,2	0,07
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	45.066	492.880	2,15	23,5	10,9	0,06
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	301.759	2.632.252	12,04	105,1	8,7	0,29
	Frauen	314.362	2.778.658	14,97	132,4	8,8	0,36
	Gesamt	616.121	5.410.910	13,38	117,5	8,8	0,32
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	299.092	5.891.164	11,94	235,1	19,7	0,64
	Frauen	183.239	3.685.847	8,73	175,6	20,1	0,48
	Gesamt	482.331	9.577.011	10,47	208,0	19,9	0,57
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	83.518	1.268.096	3,33	50,6	15,2	0,14
	Frauen	84.577	1.382.586	4,03	65,9	16,3	0,18
	Gesamt	168.095	2.650.682	3,65	57,6	15,8	0,16
Gesamt	Männer	4.434.365	54.080.829	176,98	2.158,4	12,2	5,91
	Frauen	4.034.201	50.062.432	192,16	2.384,6	12,4	6,53
	Gesamt	8.468.566	104.143.261	183,90	2.261,6	12,3	6,20
davon Arbeitsunfälle	Männer	84.245	2.117.526	3,36	84,5	25,1	0,23
	Frauen	41.841	1.067.538	1,99	50,9	25,5	0,14
	Gesamt	126.086	3.185.064	2,74	69,2	25,3	0,19
davon Refahfälle	Männer	43.336	1.375.265	1,73	54,9	31,7	0,15
	Frauen	39.758	1.267.947	1,89	60,4	31,9	0,17
	Gesamt	83.094	2.643.212	1,80	57,4	31,8	0,16