



F. Knieps | H. Pfaff (Hrsg.)

# Digitale Arbeit – Digitale Gesundheit

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



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

BKK Gesundheitsreport 2017

Franz Knieps | Holger Pfaff (Hrsg.)

## **Digitale Arbeit – Digitale Gesundheit**



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft



BKK Gesundheitsreport 2017

Franz Knieps | Holger Pfaff (Hrsg.)

# Digitale Arbeit – Digitale Gesundheit

## Zahlen, Daten, Fakten

mit Gastbeiträgen aus  
Wissenschaft, Politik und Praxis von

E. Ahlers | N. Bauereiß | H. Baumeister | E. Bendig | P. Bleckmann | C. Brenner | B. Buchner  
J. Dettmers | S. Dries | D.D. Ebert | A. Golla | P. Gruschka | D. Heidenblut | K. Kliner  
F. Knieps | K. Kunzweiler | B. Lang | T. Lensch | W. Mau | K. Mehrholz | A. Nuding | H. Pfaff  
K. Reinhardt | D. Rennert | M. Richter | M. Schietinger | A. Siebeneich | O. Stettes  
J. Thormählen | K.H. Vogel | S. Voigt-Radloff | S. Zeike



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Knieps F | Pfaff H (Hrsg.) "Digitale Arbeit - Digitale Gesundheit". BKK Gesundheitsreport 2017.

ISBN 978-3-95466-354-5, urheberrechtlich geschützt

© 2017 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.

Der BKK Gesundheitsreport 2017 und die damit verbundenen Auswertungen wurden durch den BKK Dachverband erstellt.

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

Redaktion: Karin Kliner, Dirk Rennert, Matthias Richter

Datenmanagement und Empirie: Karin Kliner und Dirk Rennert

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

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

ISBN 978-3-95466-354-5

#### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

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

#### **Zitation:**

Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) BKK Gesundheitsreport 2017.  
MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2017

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, November 2017

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

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

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

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

## Die Herausgeber



**Franz Knieps**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin



**Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff**  
Institut für Medizinsoziologie,  
Versorgungsforschung und  
Rehabilitationswissenschaft (IMVR)  
Universität zu Köln  
Eupener Straße 129  
50933 Köln

## Die Autoren



**Dr. Elke Ahlers**  
Hans-Böckler-Stiftung  
Hans-Böckler-Straße 39  
40476 Düsseldorf



**Carolin Brenner, B.Sc., M.A.**  
SBK Siemens-Betriebskrankenkasse  
Vertragspolitik und Versorgungsmanagement  
Heimeranstraße 31  
80339 München



**Natalie Bauereiß, M.Sc.**  
Abteilung für Klinische Psychologie und  
Psychotherapie  
Institut für Psychologie und Pädagogik  
Universität Ulm  
Albert-Einstein-Allee 47  
89069 Ulm



**Prof. Dr. Benedikt Buchner, LL.M. (UCLA)**  
Institut für Informations-, Gesundheits- und  
Medizinrecht  
Universität Bremen  
Universitätsallee, GW1  
28359 Bremen



**Prof. Dr. Harald Baumeister**  
Abteilung für Klinische Psychologie und  
Psychotherapie  
Institut für Psychologie und Pädagogik  
Universität Ulm  
Albert-Einstein-Allee 47  
89069 Ulm



**Prof. Dr. Jan Dettmers**  
Lehrstuhl für Arbeits- und  
Organisationspsychologie  
MSH Medical School Hamburg  
University of Applied Sciences and Medical  
University  
Am Kaiserkai 1  
20457 Hamburg



**Eileen Bendig, M.Sc.**  
Abteilung für Klinische Psychologie und  
Psychotherapie  
Institut für Psychologie und Pädagogik  
Universität Ulm  
Albert-Einstein-Allee 47  
89069 Ulm



**Dr. med. Sebastian Dries, MBA**  
Philips GmbH Market DACH  
Healthcare Informatics Solutions and Services  
Röntgenstraße 22  
22335 Hamburg



**Prof. Dr. Paula Bleckmann**  
Institut für Schulpädagogik und Lehrerbildung  
Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft  
Vilkestraße 3  
53347 Alfter



**Dr. David Daniel Ebert**  
Lehrstuhl für Klinische Psychologie und  
Psychotherapie  
Universität Erlangen-Nürnberg  
Nägelsbachstraße 25a  
91052 Erlangen



**André Golla, M.A.**  
Institut für Rehabilitationsmedizin  
Medizinische Fakultät der Martin-Luther-  
Universität Halle-Wittenberg  
Magdeburger Straße 8  
06112 Halle (Saale)



**Prof. Dr. med. Wilfried Mau**  
Institut für Rehabilitationsmedizin  
Medizinische Fakultät der Martin-Luther-  
Universität Halle-Wittenberg  
Magdeburger Straße 8  
06112 Halle (Saale)



**Petra Gruschka, M.A.**  
SBK Siemens-Betriebskrankenkasse  
Mellinghofer Straße 77  
45473 Mülheim



**Kerstin Mehrholz, Gesundheitsmanagerin,  
Dipl. VWA**  
BKK Pfalz  
Lichtenbergerstraße 16  
67059 Ludwigshafen



**Dirk Heidenblut, MdB**  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin



**Anita Nuding**  
GWQ ServicePlus AG  
Tersteegenstraße 28  
40474 Düsseldorf



**Karin Kliner**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin



**Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff**  
Institut für Medizinsoziologie,  
Versorgungsforschung und  
Rehabilitationswissenschaften (IMVR)  
Universität zu Köln  
Eupener Straße 129  
50933 Köln



**Franz Knieps**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin



**Dr. Klaus Reinhardt**  
Hartmannbund – Verband der Ärzte  
Deutschlands e.V.  
Kurfürstenstraße 132  
10785 Berlin



**Katharina Kunzweiler**  
Cochrane Deutschland  
Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät  
der Universität Freiburg  
Breisacher Straße 153  
79110 Freiburg



**Dirk Rennert**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin



**Dr. Britta Lang**  
Cochrane Deutschland  
Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät  
der Universität Freiburg  
Breisacher Straße 153  
79110 Freiburg



**Dr. Matthias Richter**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin



**Thomas Lensch, Betriebswirt VWA**  
SBK Siemens-Betriebskrankenkasse  
Otto-Hahn-Ring 6  
81739 München



**Dr. Marc Schietinger**  
Hans-Böckler-Stiftung  
Hans-Böckler-Straße 39  
40476 Düsseldorf



**Dr. Anke Siebeneich**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin



**Dr. Oliver Stettes**  
Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V.  
Konrad-Adenauer-Ufer 21  
50668 Köln



**Dr. Johannes Thormählen, M.H.A.**  
GWQ ServicePlus AG  
Tersteegenstraße 28  
40474 Düsseldorf



**Kai Helge Vogel**  
Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.  
Markgrafenstraße 66  
10969 Berlin



**Dr. Sebastian Voigt-Radloff**  
Cochrane Deutschland  
Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät  
der Universität Freiburg  
Breisacher Straße 153  
79110 Freiburg



**Sabrina Zeike, M.A.**  
Institut für Medizinsoziologie,  
Versorgungsforschung und  
Rehabilitationswissenschaften (IMVR)  
Universität zu Köln  
Eupener Straße 129  
50933 Köln





## Vorwort

Digitale Medien und Apps begleiten und unterstützen unseren privaten und beruflichen Alltag mittlerweile so selbstverständlich, dass wir sie oftmals gar nicht mehr bewusst wahrnehmen. Der Prozess der Digitalisierung – ob in der Arbeitswelt, im Gesundheitswesen oder auch in allen anderen Lebensbereichen – ist unumkehrbar. Umso wichtiger ist es, diesen Prozess im Zusammenspiel mit allen Akteuren aktiv mitzugestalten. Das Thema Digitalisierung ist für die Betriebskrankenkassen nicht nur im Bereich von Gesundheit und Gesundheitsversorgung von hoher Relevanz. Durch die besondere Nähe der Betriebskrankenkassen zu den Unternehmen und deren Beschäftigten spielt die Digitalisierung der Arbeitswelt hierbei eine herausragende Rolle.

Welche Sichtweisen Beschäftigte auf die Digitalisierung der Arbeitswelt haben, welche Erwartungen speziell an die Nutzung digitaler Technologien im Gesundheitswesen geknüpft sind, welche Chancen und Herausforderungen aus Expertensicht in beiden Bereichen bestehen und welche Nutzungskonzepte hierzu schon jetzt vorhanden sind, wird im BKK Gesundheitsreport 2017 dargestellt.

### Das Schwerpunktthema „Digitale Arbeit, digitale Gesundheit“

Mit der Digitalisierung sind hohe Erwartungen genauso wie ernste Befürchtungen verbunden. So bieten sich beispielsweise enorme Möglichkeiten, die Arbeit einfacher, effektiver und nicht zuletzt individueller, auch in zeitlicher und räumlicher Hinsicht, zu gestalten. Andererseits verändern sich damit auch Rahmenbedingungen und Erwartungen an die Arbeit, sowohl von Arbeitgeber- als auch Arbeitnehmerseite. Für beide Seiten ist dabei die zentrale Frage, wie die Arbeit der Zukunft, insbesondere im Hinblick auf die Digitalisierung, zum beiderseitigen Vorteil gestaltet werden kann. Der (digitale) Wandel der Arbeitswelt birgt dabei große Chancen für beide Seiten, aber auch Herausforderungen, die bei aller Euphorie von Beginn an mitgedacht werden müssen, damit Arbeit weiterhin gesundheitsförderlich, sinnstiftend und für beide Seiten gewinnbringend bleibt.

Die Gesundheitsversorgung kann durch den Einsatz digitaler Technologien verbessert werden, allein schon die naheliegende Digitalisierung von standardisierten Kommunikationswegen erspart allen Be-

teiligten viel Arbeit, Zeit und Nerven. Darüber hinaus kann die Gesundheitsversorgung dadurch besser und effizienter werden, dass medizinische Daten zeit- und ortsunabhängig verfügbar sind, um z.B. unnötige Mehrfachuntersuchungen oder schädliche Wechselwirkungen bei Mehrfachmedikation zu vermeiden. Das verabschiedete E-Health-Gesetz bietet hierfür eine notwendige, aber noch nicht abschließende Grundlage. Andererseits sind unsere persönlichen Gesundheitsdaten ein hochsensibles Gut, deren unverhandelbarer Schutz von einer überwiegenen Mehrheit gewünscht und erwartet wird, was sich in Umfragen, die sich mit dem Thema Digitalisierung befassen, regelmäßig zeigt. Gesundheitsdaten werden aber schon heute dort erfasst und meist kommerziell verwertet, wo man sie gemeinhin gar nicht vermutet. Die Onlinenutzung sozialer Netzwerke oder der Einsatz von Technik-Gadgets (Wearables, Fitness-Apps etc.) können in Zeiten von Big Data und dessen Verarbeitung durch künstliche Intelligenz wie z.B. Watson und Co dazu dienen, Krankheiten zu erkennen und der Medizin entscheidende Hinweise zu liefern, Therapien gezielter zu planen.

Die hier dargestellten Aspekte der Digitalisierung bilden nur einen kleinen Ausschnitt des Gesamtbildes ab. Auch der Report hat sich im diesjährigen Schwerpunkt auf zwei wichtige Kernpunkte fokussiert: Wie wirkt sich die Digitalisierung auf die Arbeitswelt und damit auch auf die Gesundheit der Beschäftigten aus, und welchen Einfluss hat die Digitalisierung auf Veränderungen im Gesundheitswesen bzw. die Gesundheitsversorgung insgesamt? Neben einer deutschlandweiten Beschäftigtenbefragung, die zu beiden Fragen Antworten gibt, sind es auch in diesem Jahr die Beiträge zahlreicher Gastautorinnen und Gastautoren aus Wissenschaft, Politik und Praxis, die den Report mit ihrer Expertise zum Schwerpunktthema bereichern.

### Der BKK Gesundheitsreport 2017

Wie in jedem Jahr möchte ich mich an dieser Stelle besonders bei allen Gastautorinnen und Gastautoren bedanken, die mit ihrer Expertise und ihren Fachbeiträgen den BKK Gesundheitsreport wesentlich bereichern und erweitern. Des Weiteren gilt mein Dank allen weiteren Beteiligten, die zum Gelingen des BKK Gesundheitsreports 2017 beigetragen haben, vor allem dem Mitherausgeber Prof. Dr. Holger Pfaff,

sowie den Kolleginnen und Kollegen der Gesundheitsberichterstattung im BKK Dachverband Karin Kliner, Dr. Matthias Richter und Dirk Rennert sowie der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft.

Ich bin überzeugt, dass der BKK Gesundheitsreport 2017 mit seinen Analysen und Erkenntnissen zur Digitalisierung von Arbeit und Gesundheitsversorgung von vielen Akteuren in Politik, Wissenschaft und Praxis als Basis und Impuls für weitere Aktivitäten und Konkretisierungen in diesem Bereich genutzt werden kann. Die Betriebskrankenkassen stehen dabei als Begleiter und Gestalter des digitalen

Wandels sowohl in der Arbeitswelt als auch in der Gesundheitsversorgung zur Verfügung.

Ich wünsche Ihnen ein erkenntnisreiches und anregendes Lesevergnügen.

Ihr



Franz Knieps

*Vorstand des BKK Dachverbandes e.V.*

## Inhalt

Vorwort	ix
Tabellenverzeichnis	1
Diagrammverzeichnis	5
Methodische Hinweise	12
Das Wichtigste im Überblick	16
Digitalisierung von Arbeit und Gesundheit: ein Überblick <i>Holger Pfaff und Sabrina Zeike</i>	25
Einleitung	33
<b>1 Arbeitsunfähigkeit</b>	<b>35</b>
<i>Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter</i>	
1.1 AU-Geschehen im Überblick	37
1.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2016	37
1.1.2 Entwicklung im Jahr 2017	40
1.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen	42
1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen	48
1.2.1 AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht	48
1.2.2 AU-Geschehen nach Versichertenstatus	60
1.2.3 AU-Geschehen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	64
1.3 AU-Geschehen in Regionen	68
1.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	69
1.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen	73
1.4 AU-Geschehen in der Arbeitswelt	76
1.4.1 Arbeitsumfeld- und Tätigkeitsmerkmale der beschäftigten Mitglieder	76
1.4.2 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	78
1.4.3 Auswertungen nach Berufen	86
1.4.4 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	97
<b>Ergebnisse der BKK Umfrage „Digitalisierung, Arbeit und Gesundheit“</b>	<b>105</b>
<i>Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert</i>	
Digitalisierung in der Arbeitswelt	107
Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung	117
<b>2 Ambulante Versorgung</b>	<b>125</b>
<i>Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert</i>	
2.1 Ambulante Versorgung im Überblick	127
2.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2016	127
2.1.2 Langzeittrends	128
2.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen	128
2.2 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen	132

2.2.1	Ambulante Versorgung nach Alter und Geschlecht	132
2.2.2	Ambulante Versorgung nach Versichertenstatus	138
2.2.3	Ambulante Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	140
2.3	Ambulante Versorgung in Regionen	144
2.3.1	Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	144
2.3.2	Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen	145
2.4	Ambulante Versorgung und Arbeitswelt	149
2.4.1	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	149
2.4.2	Auswertungen nach Berufen	155
2.4.3	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	158

**Schwerpunkt Wissenschaft** 165

Ständige Erreichbarkeit und erweiterte Verfügbarkeit – Wirkungen und Möglichkeiten einer gesundheitsförderlichen Gestaltung	167
<i>Jan Dettmers</i>	
Internet- und mobile-basierte Interventionen für Personen mit psychischen Belastungen und Störungen	175
<i>Natalie Bauereiß, Eileen Bendig, David Daniel Ebert und Harald Baumeister</i>	
Digitale Bewegungsspiele für Erwachsene und Senioren – Exergames als Element der Sport- und Bewegungstherapie?	186
<i>André Golla und Wilfried Mau</i>	
Gut informierte Kommunikation zwischen Arzt und Patient im digitalen Zeitalter – Das GAP-Projekt	193
<i>Britta Lang, Katharina Kunzweiler und Sebastian Voigt-Radloff</i>	

**3 Stationäre Versorgung** 199

<i>Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert</i>	
3.1 Stationäre Versorgung im Überblick	201
3.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2016	201
3.1.2 Langzeittrends	202
3.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen	203
3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen	208
3.2.1 Stationäre Versorgung nach Alter und Geschlecht	208
3.2.2 Stationäre Versorgung nach Versichertenstatus	218
3.2.3 Stationäre Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	222
3.3 Stationäre Versorgung in Regionen	226
3.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	226
3.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen	230
3.4 Stationäre Versorgung und Arbeitswelt	232
3.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	232
3.4.2 Auswertungen nach Berufen	237
3.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	241

<b>Schwerpunkt Politik</b>	<b>249</b>
Interview mit Dr. Oliver Stettes	251
Interview mit Dr. Elke Ahlers und Dr. Marc Schietinger	253
Interview mit Dr. Klaus Reinhardt	255
Interview mit Kai Helge Vogel	257
Interview mit Dirk Heidenblut, MdB	259
Rechtliche Herausforderungen der Digitalisierung des Gesundheitswesens	261
<i>Benedikt Buchner</i>	
<b>4 Arzneimittelverordnungen</b>	<b>267</b>
<i>Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter</i>	
<b>4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick</b>	<b>269</b>
4.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2016	269
4.1.2 Langzeittrends	270
4.1.3 Die wichtigsten Arzneimittelverordnungen nach ATC-Klassifikation	270
<b>4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen</b>	<b>274</b>
4.2.1 Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht	274
4.2.2 Arzneimittelverordnungen nach Versichertenstatus	279
4.2.3 Arzneimittelverordnungen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	281
<b>4.3 Arzneimittelverordnungen in Regionen</b>	<b>285</b>
4.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	285
4.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Verordnungen	286
<b>4.4 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt</b>	<b>290</b>
4.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	291
4.4.2 Auswertungen nach Berufen	295
4.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	301

<b>Schwerpunkt Praxis</b> .....	<b>307</b>
Fit@Job – Gesünder arbeiten, besser leben! Gesundheitsinformationen für Beschäftigte im Zeitalter der digitalen Möglichkeiten .....	309
<i>Anke Siebeneich</i>	
Selbsthilfemöglichkeiten bei psychischen Erkrankungen .....	314
<i>Kerstin Mehrholz</i>	
TeleArzt – Ihr Arzt vor Ort .....	318
<i>Anita Nuding und Johannes Thormählen</i>	
ECHT DABEI – Gesund groß werden im digitalen Zeitalter .....	325
<i>Paula Bleckmann</i>	
Vernetzte Gesundheitsversorgung .....	331
<i>Sebastian Dries</i>	
Erfolgsfaktoren für ein Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement .....	338
<i>Carolin Brenner, Petra Gruschka und Thomas Lensch</i>	
<b>5 Die betriebliche Krankenversicherung in Zeiten der digitalen Revolution – Aspekte eines disruptiven Wandels</b> .....	<b>345</b>
<i>Franz Knieps</i>	
<b>Anhang</b> .....	<b>351</b>
A Arbeitsunfähigkeitsgeschehen .....	356
B Systematische Verzeichnisse .....	437

# Tabellenverzeichnis

## 1 Arbeitsunfähigkeit

### 1.1 AU-Geschehen im Überblick

Tabelle 1.1.1	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2016)	39
Tabelle 1.1.2	AU-Quoten der Mitglieder ohne Rentner im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2016)	39
Tabelle 1.1.3	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2016)	43
Tabelle 1.1.4	AU-Quoten der Mitglieder ohne Rentner nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)	44
Tabelle 1.1.5	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für die drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)	46
Tabelle 1.1.6	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2016)	47

### 1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 1.2.1	AU-Quoten der Mitglieder ohne Rentner nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	49
Tabelle 1.2.2	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für die zehn wichtigsten Diagnosen für das Muskel-Skelett-System nach Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	52
Tabelle 1.2.3	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	55
Tabelle 1.2.4	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für die zehn wichtigsten Diagnosen für das Atmungssystem nach Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	59
Tabelle 1.2.5	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	61
Tabelle 1.2.6	AU-Quoten der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	62
Tabelle 1.2.7	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)	62

### 1.3 AU-Geschehen in Regionen

Tabelle 1.3.1	Anzahl der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	68
Tabelle 1.3.2	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Bundesländern (Wohnort) im Zehnjahresvergleich (2006 und 2016)	70

### 1.4 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Tabelle 1.4.1	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder der zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2016)	91
Tabelle 1.4.2	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Berichtsjahr 2016)	92
Tabelle 1.4.3	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder der zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Psychischen Störungen (Berichtsjahr 2016)	93
Tabelle 1.4.4	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder der zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Verletzungen/Vergiftungen (Berichtsjahr 2016)	94



## 2 Ambulante Versorgung

### 2.1 Ambulante Versorgung im Überblick

Tabelle 2.1.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2016)	127
Tabelle 2.1.2	Ambulante Versorgung – Behandlungsfälle und Inanspruchnahmequote im Zeitverlauf (2012–2016)	128
Tabelle 2.1.3	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2016)	129

### 2.2 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 2.2.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	138
Tabelle 2.2.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)	139

### 2.3 Ambulante Versorgung in Regionen

Tabelle 2.3.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2016)	145
Tabelle 2.3.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2016)	147

### 2.4 Ambulante Versorgung und Arbeitswelt

Tabelle 2.4.1	Ambulante Versorgung – die zehn Berufsgruppen mit den größten/geringsten Anteilen beschäftigter Mitglieder mit Diagnose (Berichtsjahr 2016)	158
Tabelle 2.4.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	159
Tabelle 2.4.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	160
Tabelle 2.4.4	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsform und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	161
Tabelle 2.4.5	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	163

## 3 Stationäre Versorgung

### 3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

Tabelle 3.1.1	Stationäre Versorgung – Versichertenanteile nach Anzahl der Krankenhausaufenthalte (Berichtsjahr 2016)	201
Tabelle 3.1.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2016)	207

### 3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 3.2.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	214
Tabelle 3.2.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen bei den Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	217
Tabelle 3.2.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen bei den Neubildungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	219
Tabelle 3.2.4	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	220

### 3.3 Stationäre Versorgung in Regionen

Tabelle 3.3.1	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2016)	229
---------------	---	-----

### 3.4 Stationäre Versorgung und Arbeitswelt

Tabelle 3.4.1	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsuntergruppen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2016)	240
Tabelle 3.4.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	242
Tabelle 3.4.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/ Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	244
Tabelle 3.4.4	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsform und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	245
Tabelle 3.4.5	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	247

## 4 Arzneimittelverordnungen

### 4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

Tabelle 4.1.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der einbezogenen BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2016)	269
Tabelle 4.1.2	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2012–2016)	270
Tabelle 4.1.3	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung – die zehn häufigsten Verordnungen im Zeitverlauf (2012–2016)	273

### 4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 4.2.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit einer Verordnung nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	279
Tabelle 4.2.2	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit einer Verordnung nach Versichertengruppen und Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2016)	280
Tabelle 4.2.3	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	282
Tabelle 4.2.4	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	283

### 4.3 Arzneimittelverordnungen in Regionen

Tabelle 4.3.1	Arzneimittelverordnungen – DDD und Anteile der BKK Versicherten mit einer Verordnung nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2016)	286
---------------	---	-----

### 4.4 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

Tabelle 4.4.1	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2016)	294
Tabelle 4.4.2	Arzneimittelverordnungen – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten Arzneimittelverordnungen (DDD) insgesamt (Berichtsjahr 2016)	298
Tabelle 4.4.3	Arzneimittelverordnungen – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten Arzneimittelverordnungen (DDD) von Antidepressiva (No6A) (Berichtsjahr 2016)	299



# Diagrammverzeichnis

## Einleitung

Diagramm 1.1	BKK Versicherte nach Versichertengruppen* (Berichtsjahr 2016)	34
--------------	---	----

## 1 Arbeitsunfähigkeit

### 1.1 AU-Geschehen im Überblick

Diagramm 1.1.1	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner mit bzw. ohne AU-Fälle und AU-Tage aufgrund von Reha-Fällen und Arbeitsunfällen im Zeitverlauf (2006–2016)	38
Diagramm 1.1.2	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2016)	40
Diagramm 1.1.3	Monatlicher Krankenstand der beschäftigten Mitglieder im Zeitverlauf (2015–2017)	41
Diagramm 1.1.4	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)	42
Diagramm 1.1.5	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2006–2016)	44
Diagramm 1.1.6	AU-Tage je Fall der Mitglieder ohne Rentner – durchschnittliche Falldauer nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)	45
Diagramm 1.1.7	Krankengeldtage der Mitglieder ohne Rentner – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)	45

### 1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 1.2.1	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	49
Diagramm 1.2.2	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	50
Diagramm 1.2.3	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	51
Diagramm 1.2.4	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2006–2016)	53
Diagramm 1.2.5	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Rückenschmerzen (M54) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2006–2016)	53
Diagramm 1.2.6	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Psychische Störungen nach Geschlecht im Zeitverlauf (2006–2016)	54
Diagramm 1.2.7	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Depressive Episode (F32) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2006–2016)	56
Diagramm 1.2.8	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Burn-out-Syndrom (Z73) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2006–2016)	57
Diagramm 1.2.9	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Atmungssystems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2006–2016)	58
Diagramm 1.2.10	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2006–2016)	60
Diagramm 1.2.11	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2016)	63
Diagramm 1.2.12	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für Psychische Störungen nach Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2016)	64
Diagramm 1.2.13	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	65
Diagramm 1.2.14	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	65

Diagramm 1.2.15	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	66
Diagramm 1.2.16	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	67

**1.3 AU-Geschehen in Regionen**

Diagramm 1.3.1	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Bundesländern (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2016)	71
Diagramm 1.3.2	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2016)	72
Diagramm 1.3.3	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2016)	73
Diagramm 1.3.4	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Psychische Störungen – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2016)	74

**1.4 AU-Geschehen in der Arbeitswelt**

Diagramm 1.4.1	Anteile der Beschäftigten nach Wirtschaftsgruppen – Vergleich zwischen beschäftigten BKK Mitgliedern und Beschäftigten Bund Gesamt (Berichtsjahr 2016)	77
Diagramm 1.4.2	Anteile der Beschäftigten nach Berufssektoren – Vergleich zwischen beschäftigten BKK Mitgliedern und Beschäftigten Bund Gesamt (Berichtsjahr 2016)	78
Diagramm 1.4.3	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	79
Diagramm 1.4.4	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2016)	80
Diagramm 1.4.5	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)	82
Diagramm 1.4.6	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen aufgrund von Rückenschmerzen (M54) bzw. depressiver Episode (F32) (Berichtsjahr 2016)	83
Diagramm 1.4.7	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen aufgrund von Arbeitsunfällen (Berichtsjahr 2016)	85
Diagramm 1.4.8	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2016)	86
Diagramm 1.4.9	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	87
Diagramm 1.4.10	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufshauptgruppen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2016)	88
Diagramm 1.4.11	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)	90
Diagramm 1.4.12	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufshauptgruppen aufgrund von Arbeitsunfällen (Berichtsjahr 2016)	95
Diagramm 1.4.13	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufshauptgruppen (Berichtsjahr 2016)	96
Diagramm 1.4.14	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	98
Diagramm 1.4.15	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	99
Diagramm 1.4.16	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	100
Diagramm 1.4.17	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsform und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	101

Diagramm 1.4.18	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	102
Diagramm 1.4.19	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2016)	103

## Ergebnisse der BKK Umfrage „Digitalisierung, Arbeit und Gesundheit“

### Digitalisierung in der Arbeitswelt

Diagramm 1	Umfrage – Nutzung digitaler Kommunikations- und Informationstechnik bei der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht	108
Diagramm 2	Umfrage – Gründe gegen das Arbeiten von zu Hause oder unterwegs nach Alter und Geschlecht	109
Diagramm 3	Umfrage – Nutzung digitaler Technik im Beruf sowie Nutzung von Homeoffice bzw. mobiler Arbeit nach Berufssegmenten	110
Diagramm 4	Umfrage – Bearbeitung dienstlicher Telefonate und E-Mails in der Freizeit	111
Diagramm 5	Umfrage – Wahrgenommene Auswirkungen durch den Einsatz neuer Technologien nach Geschlecht	112
Diagramm 6	Umfrage – Wahrgenommene Bedrohung durch Digitalisierung bezogen auf den eigenen Arbeitsplatz und auf den allgemeinen Arbeitsmarkt nach Berufssegmenten	114
Diagramm 7	Umfrage – Wahrgenommene Belastung der körperlichen und psychischen Gesundheit durch Digitalisierung nach Berufssegmenten	116

### Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Diagramm 8	Umfrage – Potentielle Nutzung von digitalen Service-Angeboten mit Bezug zur Gesundheit nach Geschlecht	118
Diagramm 9	Umfrage – Szenario „Husten, Schnupfen, Halsschmerzen“: Präferenzen bezüglich ärztlicher Behandlung, Krankmeldung und Medikamentenbeschaffung nach Alter und Geschlecht	120
Diagramm 10	Umfrage – Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit hinsichtlich digitaler Datenverarbeitung von Akteuren des Gesundheitswesens nach Geschlecht	122
Diagramm 11	Umfrage – Bewertung Datenschutz nach Anzahl der angegebenen Erkrankungen	123

## 2 Ambulante Versorgung

### 2.1 Ambulante Versorgung im Überblick

Diagramm 2.1.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose – die zehn häufigsten Diagnosen im Zeitverlauf (2012–2016)	130
----------------	---	-----

### 2.2 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 2.2.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	133
Diagramm 2.2.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	134
Diagramm 2.2.3	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	135
Diagramm 2.2.4	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten unter 20 Jahre mit Diagnose – die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2016)	136
Diagramm 2.2.5	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten von 20 bis 64 Jahre mit Diagnose – die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2016)	137
Diagramm 2.2.6	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten 65 Jahre und älter mit Diagnose – die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2016)	137

Diagramm 2.2.7	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	141
Diagramm 2.2.8	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	141
Diagramm 2.2.9	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	142
Diagramm 2.2.10	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	143

**2.3 Ambulante Versorgung in Regionen**

Diagramm 2.3.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2016)	146
----------------	---	-----

**2.4 Ambulante Versorgung und Arbeitswelt**

Diagramm 2.4.1	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach BKK Wirtschaftsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	150
Diagramm 2.4.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten BKK Wirtschaftsgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	152
Diagramm 2.4.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten BKK Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2016)	153
Diagramm 2.4.4	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Psychischen Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten BKK Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2016)	154
Diagramm 2.4.5	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	156
Diagramm 2.4.6	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)	157
Diagramm 2.4.7	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	160
Diagramm 2.4.8	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Aufsichts-/ Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	161
Diagramm 2.4.9	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsform, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	162
Diagramm 2.4.10	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	163

**3 Stationäre Versorgung**

**3.1 Stationäre Versorgung im Überblick**

Diagramm 3.1.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2016)	202
Diagramm 3.1.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2006–2016)	203
Diagramm 3.1.3	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Dreijahresvergleich (2014–2016)	204
Diagramm 3.1.4	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Dreijahresvergleich (2014–2016)	205
Diagramm 3.1.5	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen für alle Krankenhausfälle vs. Langzeitfälle (Berichtsjahr 2016)	206

### 3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 3.2.1	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	209
Diagramm 3.2.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	210
Diagramm 3.2.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	211
Diagramm 3.2.4	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)	212
Diagramm 3.2.5	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)	212
Diagramm 3.2.6	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Psychische Störungen nach Geschlecht im Fünf- bzw. Zehnjahresvergleich (2006, 2011 und 2016)	213
Diagramm 3.2.7	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach Geschlecht im Fünf- bzw. Zehnjahresvergleich (2006, 2011 und 2016)	216
Diagramm 3.2.8	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Neubildungen nach Geschlecht im Fünf- bzw. Zehnjahresvergleich (2006, 2011 und 2016)	218
Diagramm 3.2.9	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)	221
Diagramm 3.2.10	Stationäre Versorgung – Anteile der Langzeiterkrankungen (Falldauer > 6 Wochen) der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	221
Diagramm 3.2.11	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	223
Diagramm 3.2.12	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	223
Diagramm 3.2.13	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	224
Diagramm 3.2.14	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	225

### 3.3 Stationäre Versorgung in Regionen

Diagramm 3.3.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2016)	227
Diagramm 3.3.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2016)	228
Diagramm 3.3.3	Stationäre Versorgung – Anteile der KH-Tage der BKK Versicherten – nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)	231

### 3.4 Stationäre Versorgung und Arbeitswelt

Diagramm 3.4.1	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	234
Diagramm 3.4.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2016)	235
Diagramm 3.4.3	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)	236
Diagramm 3.4.4	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	237



Diagramm 3.4.5	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2016)	238
Diagramm 3.4.6	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)	239
Diagramm 3.4.7	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	241
Diagramm 3.4.8	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	243
Diagramm 3.4.9	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	244
Diagramm 3.4.10	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsform, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	246
Diagramm 3.4.11	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	247

## 4 Arzneimittelverordnungen

### 4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

Diagramm 4.1.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2016)	271
Diagramm 4.1.2	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2016)	272

### 4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 4.2.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	275
Diagramm 4.2.2	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	275
Diagramm 4.2.3	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung – die zehn häufigsten Verordnungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	276
Diagramm 4.2.4	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der zehn häufigsten Verordnungen der BKK Versicherten nach Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	277
Diagramm 4.2.5	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit einer Verordnung von Mitteln mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	278
Diagramm 4.2.6	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen, höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	282
Diagramm 4.2.7	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen, höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	284

### 4.3 Arzneimittelverordnungen in Regionen

Diagramm 4.3.1	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2016)	287
Diagramm 4.3.2	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) für Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2016)	288
Diagramm 4.3.3	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) für Psychoanaleptika (N06) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2016)	289

#### 4.4 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

Diagramm 4.4.1	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder – Anteile nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	290
Diagramm 4.4.2	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	292
Diagramm 4.4.3	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antidepressiva (N06A) nach BKK Wirtschaftsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	293
Diagramm 4.4.4	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	296
Diagramm 4.4.5	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2016)	297
Diagramm 4.4.6	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufshauptgruppen (Berichtsjahr 2016)	300
Diagramm 4.4.7	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	301
Diagramm 4.4.8	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	302
Diagramm 4.4.9	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsform und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	303
Diagramm 4.4.10	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	304
Diagramm 4.4.11	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2016)	304

# Methodische Hinweise

## Datenbasis

Für die diesjährige Gesundheitsberichterstattung konnten nach Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen die Versicherten- und zugehörigen Leistungsdaten von 79,4% der BKK Versicherten und somit 13,2% aller GKV-Versicherten einbezogen werden.

## Versichertendaten

Die für den Report verwendeten Versichertendaten stammen aus dem sogenannten Versichertenkurzsatz, der quartalsweise von den Kassen übermittelt wird und für die notwendigen Versichertenmerkmale die zugehörigen Versichertenzeiten abbildet.

## Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausdaten

Die für den Report verwendeten Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausdaten basieren hauptsächlich auf den quartalsweisen Datenlieferungen der Kassen im Rahmen der Erstellung der Leistungsstatistiken (KG2, KG8). Im Report werden zusätzlich zu den Ergebnissen des Berichtsjahrs 2016 auch die Entwicklungen des Krankenstands der Monate Januar bis Juni 2017 dargestellt. Diese Daten basieren auf einer Teilerhebung zur Ermittlung der monatsdurchschnittlichen Krankenstände. Für diese Erhebung melden die teilnehmenden Betriebskrankenkassen für ca. vier Millionen erwerbstätige BKK Mitglieder jeweils die im Vormonat angefallenen Arbeitsunfähigkeitszeiten. Diese Daten werden dann zeitnah nach verschiedenen Merkmalen wie Wirtschaftsgruppen, Diagnosehauptgruppen, Berufsgruppen, Regionen sowie Alter und Geschlecht ausgewertet und liefern damit sehr aktuelle Kennzahlen, die schon frühzeitig Trends im Krankheitsgeschehen erkennen lassen.

## Arzneimitteldaten und Daten der ambulanten Versorgung

Die Arzneimitteldaten basieren auf Datenlieferungen der Apothekenrechenzentren gemäß den Vereinbarungen zum Datenaustausch mit den Leistungs-

erbringern (DALE). Analog werden die Daten der ambulanten Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bereitgestellt.

## Weitere Datenquellen

Als weitere Quellen wurden herangezogen:

- Klassifikationen, veröffentlichte Daten und Auswertungen des Statistischen Bundesamtes
- amtliche Statistiken der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
- Daten und Schlüsselverzeichnisse der Bundesagentur für Arbeit (BA)
- Aktuelle Klassifikationsverzeichnisse des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

Die entsprechenden Quellen werden im Folgenden an den einschlägigen Stellen erwähnt und näher erläutert.

## Methodik

### Datenselektion/betrachteter Zeitraum

Für den Gesundheitsreport 2017 werden alle im Jahr 2016 beendeten Leistungsfälle der teilnehmenden Betriebskrankenkassen selektiert und mit den für 2016 ermittelten Versichertendaten ins Verhältnis gesetzt.

- Die Versichertendaten werden aus den im Versichertenkurzsatz angegebenen Versichertenzeiträumen ermittelt und bilden für jeden Versicherten die Versichertenzeiten für das betrachtete Datenjahr, differenziert nach unterschiedlichen Versichertenmerkmalen wie z.B. Versichertengruppen, Alter, Geschlecht, Wohnort, Berufs- oder Wirtschaftsgruppenzugehörigkeit, ab.
- Das Auswahlkriterium bei den Arbeitsunfähigkeits- sowie bei den Krankenhausdaten ist ein Fallabschluss im Jahr 2016, also das Ende der Arbeitsunfähigkeit (AU) bzw. des Krankenhausaufenthaltes (KH) im Untersuchungszeitraum.

Für beide Leistungsfallarten gelten die inhaltlichen Bestimmungen der amtlichen KG2 bzw. KG8 Statistiken in denen die Falldauer über den angegebenen Zeitraum zwischen Fall-Beginn und Fall-Ende (in Kalendertagen) ermittelt wird. Für die Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage im Report gilt zusätzlich zu beachten: Es wird stets die volle Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Kalendertagen berücksichtigt, d.h., die Meldefälle enthalten sowohl den Zeitraum der Entgeltfortzahlung als auch Krankengeldzeiten. Ebenso werden Arbeitsunfälle in dieser Statistik berücksichtigt, obwohl hier die Unfallversicherung leistungspflichtig ist. Zu den AU-Zeiten ist einschränkend zu erwähnen, dass Kurzeiterkrankungen bis zu drei Tagen nur teilweise enthalten sind, da sie nicht immer mit einer ärztlichen Bescheinigung nachgewiesen und somit in den Leistungsdaten dokumentiert werden.

- **Ab dem Berichtsjahr 2016 haben in den Arbeitsunfähigkeitsdaten einige Veränderungen und Modifikationen stattgefunden: Arbeitsunfähigkeitszeiten, die mit einem Arbeitsunfall verbunden sind und deshalb in der Regel nicht unter Kostenträgerschaft der GVK abgerechnet und dokumentiert werden, werden ab dem Berichtsjahr 2016 vollständig (bisher waren diese nur teilweise enthalten) in den AU-Daten der BKK abgebildet. Arbeitsunfähigkeitszeiten, die während eines Heilverfahrens bzw. einer Anschlussheilbehandlung (medizinische Rehabilitation) entstehen, werden ebenfalls erstmals ab dem Berichtsjahr 2016 vollständig (diese waren bisher nicht enthalten) in der AU-Daten der BKK abgebildet. Aus diesen Gründen kann es – insbesondere im Vergleich zu den Fehlzeiten in den Vorjahren – zum Teil zu einem deutlichen Anstieg der AU-Fälle, der AU-Tage sowie auch der Falldauern kommen. Eine längsschnittliche Betrachtung der AU-Kennzahlen ist somit nur eingeschränkt möglich.**
- Für die Krankenhausfälle und -tage im Report gilt zusätzlich zu beachten: Hier werden nur die stationären bzw. teilstationären KH-Fälle berücksichtigt. Fälle von stationären Entbindungen werden erst ab dem 7. Tag als KH-Fall mit den zugehörigen KH-Tagen einbezogen. KH-Tage werden bei den vorliegenden Auswertungen stets inklusive der Aufnahme- und Entlassungstage gezählt. Insofern weichen die hier berichteten Kennwerte von der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes aufgrund der unterschiedlichen Methodik ab und sind nur einge-

schränkt miteinander vergleichbar. Generell sind in den Arbeitsunfähigkeits- bzw. Krankenhausdaten Mutterschaft, Mutter-/Vater-Kind-Kuren oder Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes nicht enthalten.

- Bei den Arzneimitteldaten werden alle Einzelverordnungen von apothekenpflichtigen Arzneimitteln – (ausgenommen Hilfsmittel) – berücksichtigt, deren Verordnungsdatum im Jahr 2016 gelegen hat. Ausgeschlossen werden dabei Zahnarztverordnungen. Die hier berichteten Kennzahlen basieren ausschließlich auf Verordnungen aus dem ambulanten Sektor, da im stationären Bereich aufgrund der Abrechnung über Fallpauschalen in der Regel keine gesonderten Daten für Auswertungen zu den Arzneimittelverordnungen vorliegen.
- Bei den ambulanten Diagnosen fließen alle Einzelfallnachweise aus dem Jahr 2016 mit einer gültigen Diagnose in die Auswertungen ein. Sowohl für die Arzneimitteldaten als auch für die ambulanten Diagnosen gilt zu beachten, dass aufgrund der Einführung eines neuen Versicherten-Pseudonyms im Datenjahr 2012 und einer damit einhergehenden verbesserten Zuordnung der Leistungsdaten zu den entsprechenden Versichertenmerkmalen ein Vergleich der aktuellen Ergebnisse nicht mehr uneingeschränkt mit denen in davor liegenden Berichtsjahren möglich ist.

#### Qualitätssicherung und Datenbereinigung

Bevor die Daten für die Auswertungen und damit zur Erstellung der Tabellen, Diagramme und Zahlen im Gesundheitsreport 2017 eingesetzt werden, erfolgen zahlreiche Vollständigkeits- und Plausibilitätskontrollen, gegebenenfalls eine Datennacherhebung bzw. Datenbereinigung.

- Für alle teilnehmenden Kassen wird geprüft, ob die Leistungs- und die Versichertendaten im erwarteten Umfang (Vergleich zum Vorjahr und Relation der Leistungsfälle zu den entsprechenden Versichertenzeiten) vorliegen. Im Falle unvollständiger oder unplausibler Daten werden Nachlieferungen veranlasst. Sind auch die Nachlieferungen unvollständig oder unplausibel, so werden diese Kassendaten aus allen Datenbeständen komplett oder gegebenenfalls für die entsprechenden Zeiträume ausgeschlossen.
- Die Daten werden auf Doppelsätze geprüft und bereinigt (fusionsbedingte Doppellieferungen werden ausgeschlossen).
- In den Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausdaten werden nur Sätze berücksichtigt, deren

Diagnosen laut dem systematischen Verzeichnis der ICD-10-GM (DIMDI) zur Verschlüsselung zugelassen sind.

- AU-Langzeitfälle mit einer Falldauer von mehr als 600 Kalendertagen und KH-Langzeitfälle mit einer Falldauer von mehr als einem Kalenderjahr werden für die Reporterstellung ausgeschlossen. Hierunter fallen seltene Fälle, die die allgemeine Statistik in ungewöhnlicher Weise verzerren würden. Insbesondere bei den AU-Daten lassen sich darüber Fälle ausschließen, die über den grundsätzlich maximalen Anspruch auf Krankengeld für 78 Wochen hinausgehen.

Darstellungsmerkmale, Kenngrößen und verwendete Datenschlüssel

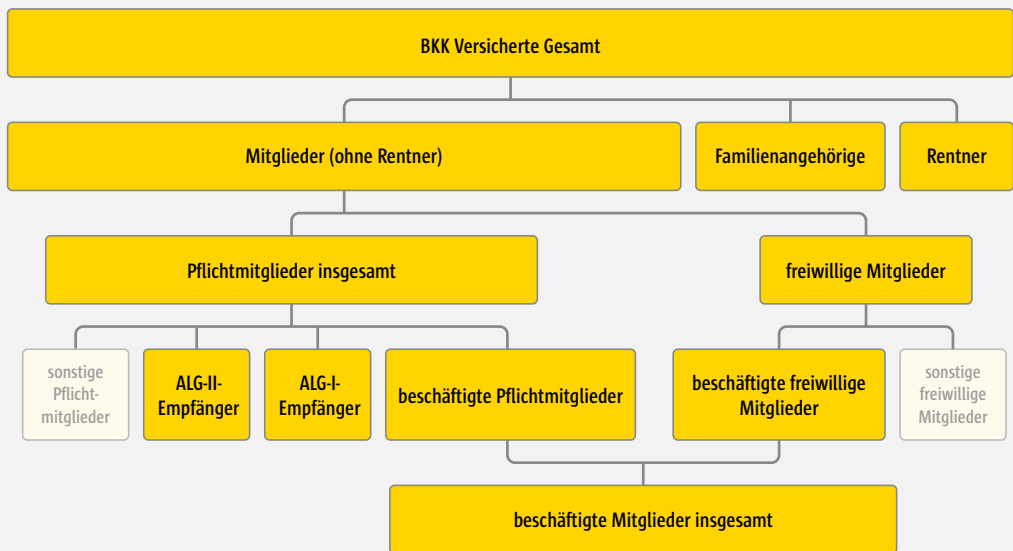
Für den Gesundheitsreport werden die vorliegenden Versicherten- und Leistungsdaten nach verschiedenen Darstellungsmerkmalen wie z.B. Versicherten- und Leistungsgruppen, Diagnosegruppen, Alter, Geschlecht, Wohnort, aber auch nach arbeitsweltbezogenen Merkmalen wie Berufsgruppe, Wirtschaftsgruppe oder Betriebsgröße zusammengefasst. Hierbei sind einige Besonderheiten zu beachten:

- Je nach Leistungsbereich und Betrachtungsweise werden für die Ergebnisdarstellung unterschiedliche Versichertengruppen zugrunde gelegt. Welche Gruppen jeweils betrachtet worden sind, ist in den entsprechenden Abschnitten des

Gesundheitsreports beschrieben. » Abbildung 1 zeigt die betrachteten Versichertengruppen.

- Die Ergebnisdarstellung nach Diagnosehauptgruppen und Diagnosen erfolgt entsprechend der ICD-10 GM 2016 (DIMDI) nach Kapiteln, Gruppen oder Einzeldiagnosen. Die Diagnosen liegen dafür in den entsprechenden Leistungsdaten nach der internationalen Diagnoseklassifikation ICD-10 GM 2016 (» Anhang B.1: Systematische Verzeichnisse) verschlüsselt vor. Bei den AU-Daten wird zu jedem Arbeitsunfähigkeitsfall nur eine Haupt- oder erstgenannte Diagnose der AU-Bescheinigung ausgewertet. Bei den KH-Daten findet entsprechend die jeweils erstgenannte Entlassungsdiagnose Verwendung und für die ambulante Versorgung werden nur gesicherte Diagnosen berücksichtigt.
- Eine Darstellung der Arzneimittelergebnisse erfolgt entsprechend der Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC; DIMDI) nach anatomischen Hauptgruppen sowie nach therapeutischen Untergruppen (» Anhang B.2: Systematische Verzeichnisse).
- Für die regionale Gliederung der Daten wird der aktuelle Kreis-Gemeindeschlüssel (Gemeindeverzeichnis des Statistischen Bundesamtes) genutzt.
- Zur Darstellung der arbeitgeberbezogenen Merkmale wie Wirtschaftsgruppen und Betriebsgrößenklassen wird auf entsprechende Daten des

Abbildung 1 Übersicht über die betrachteten Versichertengruppen



- Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen. Der Einteilung der Wirtschaftsgruppen liegt die in der amtlichen Arbeitsmarktstatistik seit 2008 gebräuchliche Systematik der Wirtschaftszweige (WZ 2008) zugrunde. Die Klassifikation weist im Vergleich zur vorherigen WZ 2003 systematische Veränderungen auf, sodass auf der neuen Systematik basierende Analysen und Berechnungen nicht mehr uneingeschränkt mit denen in älteren Gesundheitsreporten vor 2008 vergleichbar sind. Für die Auswertung im BKK Gesundheitsreport wurde teilweise eine angepasste Kategorisierung der Wirtschaftsgruppen verwendet. Diese orientiert sich an den Branchen, die im BKK-System besonders prominent vertreten sind. Ausgangsbasis sind die zweistelligen Kodierungen der Abteilungen in WZ 2008 (» Anhang B.3: Systematische Verzeichnisse). Die angepasste Kategorisierung kann anhand der entsprechenden WZ 2008-Zweisteller nachvollzogen werden, eine umfangreiche Darstellung befindet sich dazu im » Anhang A in » Tabelle A.6.
- Die berufsbezogenen Informationen ergeben sich aus den im Meldeverfahren nach der Datenerfassungs- und Datenübermittlungsverordnung (DEÜV) an die Krankenkassen weitergeleiteten Tätigkeitsschlüsseln. Bis Dezember 2011 wurde dieser Tätigkeitsschlüssel einheitlich, fünfstellig übermittelt. In 2010 ist von der Bundesagentur für Arbeit eine neue, differenziertere Klassifikation der Berufe eingeführt worden (KldB 2010), die in dem Tätigkeitsschlüssel des DEÜV-Meldeverfahrens seit Dezember 2011 übernommen wurde. Der neue Schlüssel ist damit von fünf auf neun Stellen erweitert worden und weist im Vergleich zur vorherigen KldB von 1988 deutliche, systematische Veränderungen auf, sodass auf der neuen Systematik basierende Analysen und Berechnungen nicht mehr uneingeschränkt mit denen in älteren Gesundheitsreporten vergleichbar sind. Die Zusammenfassung der neuen Berufsgruppen erfolgt entsprechend der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) nach Berufssektoren, -segmenten und -hauptgruppen (» Anhang B.4: Systematische Verzeichnisse). Neben der ausgeübten Tätigkeit des Beschäftigten enthält der KldB-Schlüssel noch weitere relevante Information, z.B. zum höchsten schulischen bzw. beruflichen Abschluss, zum Anforderungsniveau der Tätigkeit, zur Anstellung über eine Arbeitnehmerüberlassung und zur Vertragsform. Weitere Details hierzu sind im entsprechenden Schlüsselverzeichnis zu finden, das die

Bundesagentur für Arbeit auf ihrer Internetseite zur Verfügung stellt. Für insgesamt 1,4% der beschäftigten BKK Mitglieder liegen im Berichtsjahr 2016 keine validen Angaben zum Tätigkeitsschlüssel vor. In den arbeitsweltlichen Analysen wird diese Gruppe deshalb nicht separat betrachtet, geht aber grundsätzlich in die Berechnungen zu den jeweiligen Gesamtwerten für die Beschäftigten ein.

*Bei den ermittelten Kenngrößen ist Folgendes anzumerken:*

- Bei den im Gesundheitsreport berichteten Arbeitsunfähigkeitstagen handelt es sich stets um Kalendertage und nicht um betriebliche Ausfall/Arbeitstage. In einer Annäherung können die betrieblichen Fehlzeiten durch einen Gewichtungsfaktor (bei einer Richtgröße von 220 Arbeitstagen pro Kalenderjahr im aktuellen Berichtsjahr: 220 dividiert durch 366) bestimmt werden.
- Bei dem Krankenstand handelt es sich um eine berechnete Kenngröße aus der Zahl der AU-Tage je BKK Mitglied in Bezug auf den betrachteten Zeitraum. So erhält man den Krankenstand eines Jahres rechnerisch aus der Anzahl der AU-Tage je Mitglied im Jahr 2016 dividiert durch 366 Kalendertage (als Prozentwert:  $\times 100$ ). Die monatlichen Krankenstände werden analog ermittelt.
- Die Kenngrößen AU/KH-Fälle oder AU/KH-Tage je Mitglied werden in Bezug zu den Versichertenzeiten berechnet, bezeichnen also die AU/KH-Häufigkeit und die AU/KH-Dauer pro Versichertenjahr.
- In einzelnen Kapiteln des Gesundheitsreports werden aus Vergleichsgründen auch alters- sowie geschlechtsstandardisierte Kenngrößen berechnet. Die Standardisierung dient dazu, dass Krankheitsgeschehen unabhängig von den jeweils unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsverteilungen 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 2016 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 insgesamt. Die Standardisierung bewirkt die Vergleichbarkeit der BKK Daten mit den Angaben anderer Krankenkassen, sofern sich die Methoden entsprechen.

# Das Wichtigste im Überblick

## 1. Ergebnisse der Umfrage „Digitalisierung, Arbeit und Gesundheit“

### Digitalisierung in der Arbeitswelt

#### Arbeitsbezogenes Nutzungsverhalten

- Mehr als die Hälfte der Beschäftigten nutzt bei der beruflichen Tätigkeit permanent digitale Technik wie Computer, Smartphones etc., darüber hinaus jeder Sechste zumindest oft. Weniger als jeder Zehnte nutzt solche technischen Hilfsmittel hingegen nie.
- Die weite Verbreitung führt hingegen nicht dazu, dass viele auch in Homeoffice oder von unterwegs arbeiten: 6 von 10 Beschäftigten sind nie außerhalb ihres üblichen, festen Arbeitsplatzes tätig – die meisten deshalb, weil die Arbeit nur vor Ort möglich ist (68%) bzw. der Arbeitgeber dies nicht erlaubt (27%).
- Telefonate oder E-Mails in der Freizeit zu beantworten, ist für rund 30% nicht relevant, da diese Kommunikation ohnehin generell nicht zur Tätigkeit gehört. Auch von denen, die Telefonate oder E-Mails dienstlich bekommen, reagieren rund 40% (fast) nie in der Freizeit darauf. Bei 5% findet dagegen fast täglich dienstliche Kommunikation auch in der Freizeit statt.

#### Einschätzungen zu Auswirkungen von Digitalisierung in der Arbeitswelt

- Mehr als 40% aller befragten Beschäftigten geben an, dass sie durch die Digitalisierung Aufgaben schneller sowie auch mehrere Aufgaben gleichzeitig erledigen. Immerhin gibt mehr als jeder Fünfte an, sich aufgrund der Auswirkungen von Digitalisierung überlastet bzw. ausgebrannt zu fühlen.
- 29% der Befragten geben an, dass sie auch in ihrer Freizeit Arbeit erledigen, wobei dies deutlich mehr auf Männer (33%), als auf Frauen (25%) zutrifft.

- Die meisten Beschäftigten schätzen (45%), dass sich durch die Digitalisierung nicht viel auf dem Arbeitsmarkt verändern wird. Allerdings bewerten mehr als doppelt so viele die Digitalisierung als Risiko für den Wegfall von Arbeitsplätzen (38%) im Vergleich zu denen, die diese als Jobmotor sehen (18%).
- Bezogen auf den eigenen Arbeitsplatz geht fast die Hälfte davon aus, dass es sehr unwahrscheinlich ist, dass dieser aufgrund der Digitalisierung wegfällt. Besonders viele Beschäftigte in Berufen mit einem hohen Automatisierungsgrad (z.B. Fertigungsberufe) befürchten hingegen in Zukunft den Wegfall des eigenen Arbeitsplatzes durch die Digitalisierung.
- Die Mehrheit der Befragten sieht sich durch die Auswirkungen der Digitalisierung ihrer Arbeit nicht in ihrer Gesundheit beeinträchtigt. Aber besonders bezüglich der psychischen Gesundheit sieht mit 28% auch ein relativ großer Anteil gegenüber früher eine stärkere Belastung. Etwa nur einer von 10 Befragten fühlt sich dagegen (eher) weniger belastet.
- Bei den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen gibt sogar fast jeder Dritte eine größere psychische Belastung durch die Digitalisierung an.

### Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

#### Präferenzen bei digitalen Service-Angeboten

- Die Nutzungsbereitschaft für digitale Services in der Gesundheitsversorgung bezieht sich besonders auf solche, die Formales vereinfachen: Mit 58% an der Spitze steht das digitale Übermitteln von Meldungen an die Krankenkasse, gefolgt von Erinnerungsfunktionen für Vorsorge und Impfungen (43%) und der Datenverwaltung in einer elektronischen Gesundheitsakte (42%).
- Deutlich weniger Befragte wären hingegen bereit, an Online-Behandlungen (18%) teilzunehmen.

men oder die eigene Gesundheit durch Sensoren in Alltagsgegenständen permanent überwachen zu lassen (16%).

- Frauen geben dabei bei vielen Services einen größeren Nutzungswillen an, besonders bei den digitalen Erinnerungsfunktionen (48% vs. 39%) im Vergleich zu Männern. Auch sind es besonders die Frauen unter 30 Jahren von denen sogar mehr als ein Drittel an Online-Coachings zur Verbesserung der eigenen Gesundheit teilnehmen würde.
- Die Nutzungsbereitschaft ist höher bei Mehrfacherkrankten, dabei sind diese auch eher bereit, nicht nur Formales digital zu erledigen: So ist etwa die Bereitschaft, an Online-Behandlungen teilzunehmen, bei Personen mit mehr als 4 Erkrankungen in den letzten 12 Monaten mehr als doppelt so groß wie bei Nicht-Erkrankten (31% vs. 13%).

### *Vertrauenswürdigkeit der Akteure im Gesundheitswesen und Datenschutz*

- Persönliche Gesundheitsdaten zu verwalten, wird den Haus- bzw. Fachärzten am ehesten zugestimmt. Diese genießen von fast drei Viertel der Befragten das Vertrauen. Mit Abstand am wenigsten Vertrauen hierbei wird hingegen privaten Unternehmen (14%) entgegengebracht, wobei diesen Unternehmen Männer unter 30 noch in deutlich größerem Maße Vertrauenswürdigkeit zuschreiben (29%).
- Ein großer Geschlechtsunterschied bei der Zuschreibung von Vertrauenswürdigkeit besteht bezüglich Forschungseinrichtungen, die von Männern deutlich besser bewertet werden als von Frauen (46% vs. 37%). Sind die Personen mehrfach erkrankt (mehr als 4 Erkrankungen), schätzen diese insbesondere Betriebsärzte, Krankenhäuser und private Unternehmen als weniger vertrauenswürdig ein.
- Datenschutz ist für sehr viele ein hohes Gut, rund 80% stimmen der Aussage zu, dass es für sie wichtig ist, dass ihre Gesundheitsdaten vor Missbrauch geschützt werden. Ein genau so hoher Anteil findet sich bei denen, die über den Zugriff auf diese Daten selber bestimmen wollen. Mit steigender Zahl an Erkrankungen werden diese Themen deutlich relevanter: Rund 90% der Befragten mit mehr als 4 Erkrankungen stimmen der Wichtigkeit von Datenschutz und Datenhoheit zu.
- Bei den jüngeren Befragten – insbesondere bei den Männern jünger als 30 Jahre – sind Datenschutz und Selbstbestimmung über die eigenen Gesundheitsdaten deutlich weniger bedeutsam,

aber immerhin noch jeweils rund 60% geben an, dass dies für sie wichtig ist.

- Mehr Ablehnung als Zustimmung erfährt hingegen die These, dass aktuell schon genug für den Datenschutz getan wird: Rund ein Viertel stimmt dem zu, während rund ein Drittel der Befragten noch Nachholbedarf sieht.

## 2. Allgemein

### *Arbeitsunfähigkeitsgeschehen*

- Die Fehltage sind im Vergleich zum Vorjahr deutlich von 15,4 auf 17,4 AU-Tage je Mitglied gestiegen. Ein Teil dieser Steigerung ist dadurch zu begründen, dass seit dem Jahr 2016 Arbeitsunfälle sowie Rehabilitationsfälle (Reha-Fälle), die mit AU-Zeiten einhergehen, vollständig in den Statistiken abgebildet werden. Vergleicht man die AU-Kennzahlen ohne diese neuen Bestandteile miteinander, so ist nach wie vor eine – aber wesentlich geringere – Steigerung um durchschnittlich 1 AU-Tag je Mitglied erkennbar.
- Aufgrund einer starken Grippewelle sind im I. Quartal 2017, insbesondere im Januar und Februar, deutlich erhöhte krankheitsbedingte Fehlzeiten als im Vorjahresquartal zu verzeichnen.
- Mit mehr als jedem vierten Fehltag (25,2%) sind die Muskel- und Skeletterkrankungen nach wie vor die wichtigste Ursache von Arbeitsunfähigkeit.
- Die psychischen Störungen verdrängen mit 16,3% aller AU-Tage im Jahr 2016 die Atemwegserkrankungen mit einem Anteil von nur 14,4% von Platz 2 auf Platz 3 der Ursachen für Arbeitsunfähigkeit.
- Rückenschmerzen (M54), akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) und depressive Episoden (F32) sind nach wie vor die drei wichtigsten Einzeldiagnosen für das AU-Geschehen.
- 4,2% aller AU-Tage im Jahr 2016 wurden durch einen Arbeitsunfall verursacht.

### *Ambulante Versorgung*

- 90,7% der BKK Versicherten waren im Jahr 2016 mindestens einmal ambulant in Behandlung. Der Anteil der Frauen in ambulanter Behandlung (93,8%) ist dabei größer als der Anteil der Männer (87,6%).
- Seit 2012 sind die Anteile Versicherter in ambulanter Behandlung mit Erkrankungen des Nervensystems (+15%) sowie mit psychischen Störungen (+13%) am stärksten gewachsen.



- Eine bedeutende Rolle in der ambulanten Versorgung spielen aber auch die Vorsorgemaßnahmen: Die dritthäufigste Einzeldiagnose ist die Untersuchung auf Neubildung (Z12), etwa jede(r) Zehnte wurde gegen Viruserkrankungen wie Grippe und Mumps (Z25) geimpft.

### Stationäre Versorgung

- In 2016 sind im Durchschnitt je 1.000 Versicherte 201 stationäre Behandlungen erfolgt, dabei waren die Versicherten im Mittel pro Behandlungsfall 9 Tage im Krankenhaus. Damit ist aktuell die Anzahl der Behandlungsfälle und -tage wieder auf das Niveau von 2014 gestiegen (jeweils +4% gegenüber dem Vorjahr).
- Von allen Versicherten hat mit 13,1% tatsächlich nur ein relativ kleiner Teil eine stationäre Behandlung in Anspruch genommen. Die meisten Fälle sind dabei relativ kurz, rund zwei Drittel aller Fälle sind nach höchstens einer Woche abgeschlossen, nur 3% dauern hingegen länger als 6 Wochen.
- Über einen längeren Zeitraum hat sich damit eine deutliche Steigerung der Behandlungsfälle und -tage aufsummiert, so sind im aktuellen Berichtsjahr gegenüber 2006 28% mehr Fälle sowie fast ein Viertel mehr Behandlungstage erfolgt.
- Die meisten Fälle in der stationären Versorgung werden durch Krankheiten des Kreislaufsystems verursacht, gefolgt von Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems.
- Die weitaus meisten Behandlungstage sind aufgrund psychischer Störungen erfolgt: Mehr als jeder fünfte Behandlungstag geht darauf zurück. Dabei sind psychische Störungen besonders langwierig: Jeder Fall dauerte in 2016 im Durchschnitt fast 27 Tage, gegenüber dem Vorjahr ist damit die Falldauer überdurchschnittlich gestiegen.
- Insbesondere stechen Depressionen (F32, F33) als Einzeldiagnosen heraus. Ohnehin gehen viele Behandlungstage auf diese zurück, außerdem sind für die rezidivierende Form dieser Krankheit die Anzahl an Behandlungsfällen (+9%) und -tagen (+11%) gegenüber dem Vorjahr stark gestiegen.
- Noch stärker sind die Steigerungsraten nur bei Hirninfarkten: +15% mehr Fälle, +12% mehr Behandlungstage gegenüber dem Vorjahr.

### Arzneimittelverordnungen

- Der Trend der letzten 4 Jahre setzt sich auch in 2016 fort: Die Anzahl der Einzelverordnungen und der Anteil der Versicherten mit mindestens

einer Verordnung bleiben nahezu unverändert. Dagegen sind die definierten Tagesdosen je Versicherten zwischen 2012 und 2016 um 12% angestiegen.

- Auf die zehn am häufigsten verordneten Wirkstoffgruppen gehen jeweils mehr als die Hälfte aller Einzelverordnungen (53,8%) bzw. definierten Tagesdosen (57,5%) insgesamt zurück, mehr als jede vierte Einzelverordnung (26,6%) sowie mehr als vier von zehn verordneten Tagesdosen (44,2%) allein auf Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System.

### 3. Soziodemografische Besonderheiten

#### Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

- Ältere Mitglieder sind nicht häufiger krank als die Jüngeren. Wenn aber ältere Mitglieder arbeitsunfähig sind, dann dauert deren Erkrankung durchschnittlich länger als bei den Jüngeren.
- Während bei den Frauen deutlich mehr AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen und Atemwegserkrankungen anfallen als bei den Männern, ist es bei den Muskel- und Skeletterkrankungen und bei den Verletzungen und Vergiftungen genau umgekehrt.
- Die Rückenschmerzen (M54) sind, sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen, nach wie vor die Hauptursache von Fehltagen innerhalb der Gruppe der Muskel- und Skeletterkrankungen. Mehr als jeder vierte AU-Tag innerhalb dieser Diagnosehauptgruppe geht zulasten dieser Einzeldiagnose (Männer: 29,5%; Frauen: 26,4%).
- Bei den psychischen Störungen ist es die depressive Episode (F32), die die meisten Fehltag innerhalb dieser Krankheitsart auf sich vereint. Jeweils fast ein Drittel aller AU-Tage in dieser Krankheitsgruppe gehen auf diese Diagnose zurück (Männer: 32,7%; Frauen: 32,2%).
- Die Fehltag aufgrund von Atemwegserkrankungen erreichen im Jahr 2016 nicht das Niveau des Grippejahres 2015. Nach wie vor die wichtigste Diagnose sind die akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06), die innerhalb dieser Krankheitsgruppe für mehr als vier von zehn AU-Tagen verantwortlich sind (Männer: 44,3%; Frauen: 43,4%).
- Arbeitslose (ALG-I) weisen die meisten Fehltag auf, gefolgt von den beschäftigten Pflichtmitgliedern und den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern. Dabei treten zwar bei den Arbeitslosen

(ALG-I) wesentlich seltener Kurzzeiterkrankungen (z.B. Atemwegserkrankungen) auf, dafür sind sie aber wesentlich häufiger von psychischen Störungen betroffen, die bei diesen auch mit einer längeren Falldauer im Vergleich zu den anderen Versichertengruppen einhergehen.

- Je höher der Schul- bzw. Berufsabschluss eines Beschäftigten, desto weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten treten bei diesem auf. Insbesondere bei den Fehltagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen zeigen Beschäftigte mit niedrigem Schul- bzw. Berufsabschluss deutlich höhere Werte als solche mit höheren Abschlüssen.

### Ambulante Versorgung

- Nicht nur allgemein, sondern auch bezogen auf einzelne Erkrankungsarten sind mehr Frauen als Männer in ambulanter Behandlung. Außerdem werden die meisten Erkrankungen mit zunehmendem Alter häufiger diagnostiziert.
- Gegenbeispiel dazu sind Erkrankungen des Atmungssystems und Infektionen: Die meisten Diagnosen aus dem Spektrum dieser Erkrankungsarten werden bei Kinder- und Jugendlichen gestellt.
- Krebsvorsorge ist vor allem bei Frauen zwischen 20 und 64 Jahren verbreitet: Fast jede Zweite in diesem Alter war in 2016 bei einer solchen Untersuchung. Aber weniger als jeder zehnte Mann dieser Altersgruppe war prophylaktisch auf Neubildungen untersucht worden.
- 7 von 10 Versicherten ab 65 Jahren waren wegen Bluthochdrucks in ambulanter Behandlung.
- Bei den Beschäftigten ist fast jeder Zweite wenigstens einmal aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen beim Arzt gewesen.
- Gegenüber dem Vorjahr sind vor allem mehr Arbeitslose in ambulanter Behandlung gewesen – diese bleiben aber weiterhin diejenigen, die am seltensten ambulante Leistungen in Anspruch nehmen. Insbesondere die ALG-II-Empfänger weisen aber einen überdurchschnittlich hohen Anteil an psychischen Erkrankungen auf: Bei über 40% dieser Versichertengruppe wurde eine solche Diagnose dokumentiert.
- Im Vergleich zu Versicherten mit anderen Schulabschlüssen sind diejenigen ohne einen Schulabschluss am seltensten in ambulanter Behandlung.
- Hochschulabsolventen sind seltener im Vergleich zu anderen Versicherten wegen Herz-Kreislauf-

sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung.

### Stationäre Versorgung

- Männer und Frauen sind etwa gleich häufig in stationärer Behandlung, Frauen dabei im Durchschnitt nur geringfügig länger.
- Herz- und Kreislauf-Erkrankungen sind vor allem „Seniorenkrankheiten“: Ab dem 65. Lebensjahr ist dies der häufigste Grund einer stationären Behandlung und die meisten Behandlungstage gehen darauf zurück. Männer sind häufiger betroffen als Frauen. Anders bei den psychischen Störungen: Die meisten stationären Fälle und daraus resultierende Behandlungstage bei den unter 60-Jährigen gehen auf psychische Störungen zurück.
- Blickt man weiter zurück, so wird der stark gestiegene Anteil der psychischen Störungen am stationären Versorgungsgeschehen deutlich: Seit 2006 sind insgesamt zusätzlich mehr als 50% Krankenhausfälle und 80% Krankentage aufgrund psychischer Störungen hinzugekommen.
- Depressionen (F32 bzw. F33) sind dabei die bei weitem häufigste Diagnose: Bei Frauen sind diese bei der Hälfte, bei Männern immerhin bei einem Drittel der Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen ursächlich.
- Häufigste Einzeldiagnosen des Herz-Kreislaufsystems sind Herzinsuffizienz (I50) und Hirninfarkt (I63), mehr als jeder fünfte Behandlungsfall (und fast jeder dritte Behandlungstag) geht auf diese beiden Diagnosen zurück. Deutliche Geschlechtsunterschiede zeigen sich bei der Zahl der stationären Behandlungen aufgrund der chronisch ischämischen Herzkrankheit (I25): Bei Männern sind diese dreimal so hoch wie bei Frauen. Dagegen sind Frauen doppelt so häufig wie Männer wegen Bluthochdruck (I10) im Krankenhaus.
- Bösartige Neubildungen der Bronchien und Lunge (C34) ist die häufigste Krebs-Diagnose, wegen der BKK Versicherte in stationärer Behandlung sind. Dies ist die häufigste Einzeldiagnose bei Männern sowie bei Frauen nach Brustkrebs (C50) die zweithäufigste.
- Neben den Rentnern sind auch Arbeitslose überdurchschnittlich oft in stationärer Behandlung. Bei Arbeitslosen sind psychische Störungen der häufigste Grund, es gehen mehr als die Hälfte aller Behandlungstage auf diese Krankheitsart zurück. Hierbei sind mit einem Plus von rund 20%

gegenüber dem Vorjahr gerade bei ALG-I-Empfängern deutlich mehr Behandlungstage zu verzeichnen.

- Je höher der Schulabschluss der Beschäftigten, desto weniger wahrscheinlich ist eine stationäre medizinische Behandlung. Besonders deutlich wird dies bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Bei Beschäftigten mit Volks-/Hauptschulabschluss erfolgten 2,5-mal mehr Behandlungsfälle und -tage aufgrund dieser Krankheitsart als bei Beschäftigten mit (Fach-)Abitur.
- Auch bei höheren Berufsabschlüssen sind die Kennwerte geringer. So haben Beschäftigte mit einfachem Ausbildungsabschluss im Schnitt über 60% mehr Krankenhaustage als Hochschulabsolventen.

#### Arzneimittelverordnungen

- Bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislaufsystem sowie auf den Stoffwechsel zeigt sich mit zunehmendem Lebensalter der deutlichste Anstieg bei den Verordnungsmengen. Dieser Anstieg korrespondiert mit den altersabhängigen Prävalenzen chronischer Erkrankungen, wie z.B. Bluthochdruck oder Diabetes.
- Mehr als zwei Drittel aller Beschäftigten (67,7%) haben im Jahr 2016 mindestens einmal ein Arzneimittel verordnet bekommen, wobei in dieser Gruppe ein großer Unterschied zwischen Frauen (73,9%) und Männern (62,8%) auftritt.
- Langzeitarbeitslose (ALG-II) erhalten deutlich häufiger Verordnungen für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem (24,9%) als Beschäftigte (18,2%). Bei den Psychoanaleptika (No6), die v.a. bei psychischen Störungen eingesetzt werden, ist der Unterschied besonders groß (ALG-II: 11,7% vs. Beschäftigte: 5,9%).
- Je höher der Schulabschluss bzw. Ausbildungsabschluss eines Beschäftigten ist, desto seltener bzw. desto weniger Arzneimittel bekommt er verordnet. Dieser Zusammenhang wird besonders bei den definierten Tagesdosen der Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System deutlich.
- Hiervon ausgenommen sind Beschäftigte ohne beruflichen Ausbildungsabschluss bzw. mit Bachelorabschluss, da in diesen beiden Gruppen v.a. das deutlich geringere Durchschnittsalter die niedrigeren Arzneimittelkennzahlen triggert.

#### 4. Regionale Unterschiede

##### Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

- Das Fehlzeitengeschehen ist nach wie vor durch ein deutliches Ost-West-Gefälle geprägt.
- Mitglieder in Baden-Württemberg (14,7 AU-Tage je Mitglied) haben durchschnittlich mehr als eine Kalenderwoche weniger Fehltage als die in Sachsen-Anhalt wohnhaften Mitglieder (23,2 AU-Tage je Mitglied).

##### Ambulante Versorgung

- In Berlin sind die wenigsten Versicherten verglichen mit den anderen Bundesländern in ambulanter Behandlung gewesen. Allerdings sind hier psychische Störungen häufiger als anderswo diagnostiziert worden.
- Im Saarland ist der Anteil Versicherter mit mindestens einer Diagnose am größten. Besonders Verletzungen und Vergiftungen sind dort häufiger als anderswo Konsultationsgrund, aber auch wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen sind die dortigen Versicherten deutlich überdurchschnittlich häufig in Behandlung.
- Sachsen-Anhalt ist mit deutlichem Abstand Spitzenreiter bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Bei 48,2% der dortigen Versicherten wurden diese mindestens einmal diagnostiziert. Zum Vergleich: In Baden-Württemberg waren es knapp unter 30%.

##### Stationäre Versorgung

- Baden-Württemberg weist die pro Kopf wenigsten, Sachsen-Anhalt die meisten Krankenhausfälle und -tage aller Bundesländer auf.
- Rechnet man Alters- und Geschlechtsunterschiede, die zwischen den Bundesländern bestehen, aus den Kennwerten heraus, ist hingegen Thüringen bei den Krankenhausfällen und Bremen bei den Krankenhaustagen je Versicherten auf dem Spitzenplatz.
- Besonders große Differenzen bestehen zwischen den Landkreisen in Bayern: In Schweinfurt sind mehr als doppelt so viele Behandlungstage für die Versicherten zu verzeichnen wie in Memmingen.
- Bei der Gruppe der Arbeitslosen, insbesondere bei den ALG-II-Empfängern, sind Bayern und Baden-Württemberg Spitzenreiter. Dort sind selbst die Rentner kaum länger im Krankenhaus gewesen.
- Deutlich 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 ist die stationäre Behandlung von Neubildungen deutlich häufiger als in irgendeinem anderen Bundesland, fast jeder 4. KH-Tag geht dort darauf zurück. Dies liegt aber wesentlich an anderen Versorgungsstrukturen, eine tatsächliche Erkrankungshäufung liegt nicht vor.

### Arzneimittelverordnungen

- Bezogen auf den Anteil der Versicherten, die im Jahr 2016 mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten haben, ist das Saarland mit 77,9% an der Spitze zu finden.
- Dagegen zeigen sich bei der Betrachtung der Tagesdosen die neuen Bundesländer mit den höchsten Verordnungsmengen, wobei Sachsen-Anhalt mit 708 DDD je Versicherten den höchsten Wert aufweist.
- In den neuen Bundesländern sowie im Süden Bayerns und Baden-Württembergs werden die wenigsten Tagesdosen bezogen auf die Antibiotika (J01) verordnet.
- Von den zehn Landkreisen mit den meisten verordneten Tagesdosen von Psychoanaleptika (N06) liegen allein sieben in Bayern, von den zehn Landkreisen mit den geringsten Werten dagegen allein acht in Baden-Württemberg.

## 5. Arbeitswelt

Grundlage der Analysen ist die Gruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt, wozu rund 4,5 Mio. Versicherte gezählt werden. Die dargestellten Daten stellen den Ist-Zustand dar und sind nicht hinsichtlich Alter und Geschlecht standardisiert (solche standardisierten Daten sind in den jeweiligen Kapiteln zu finden). Entsprechend sind bei der Ergebnisinterpretation diesbezügliche Unterschiede zu berücksichtigen. So sind etwa Führungs- und Aufsichtspersonen wie auch Beschäftigte in unbefristeter Teilzeitarbeit älter als der Durchschnitt aller Beschäftigten. Ein höherer Männeranteil ist beispielsweise bei Vollzeitbeschäftigten, Führungs- und Aufsichtspersonen, aber auch bei Leih- und Zeitarbeit vorzufinden.

### Unternehmensmerkmale

#### Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

- Wie in den vergangenen Jahren sind es die Beschäftigten der Postdienste (30,6 AU-Tage je Mitglied) sowie der Abfallbeseitigung und des Recy-

clings (26,0 AU-Tage je Mitglied), die mit Abstand die meisten Fehltag von allen Wirtschaftsgruppen aufweisen.

- Demgegenüber weniger als halb so viele Fehltag weisen die Beschäftigten im Bereich Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung (10,6 AU-Tage je Mitglied) auf.
- Während AU-Tage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen vermehrt in Wirtschaftsgruppen mit hohem körperlichem Arbeitsanteil (z.B. Produktions- und Baubranche) vorkommen, sind Fehltag aufgrund von psychischen Störungen vor allem dort zu finden, wo ein hohes Maß an zwischenmenschlichem bzw. Kundenkontakt die Arbeitswelt prägt (z.B. Gesundheitswesen bzw. Einzelhandel).
- Auch bei den Arbeitsunfällen sind Wirtschaftsgruppen mit einem deutlich höheren Anteil an körperlicher Arbeit (z.B. Baugewerbe) stärker betroffen, als solche mit geringer körperlicher Belastung bzw. Gefährdung (z.B. Verlage und Medien).
- Mittlere Betriebe weisen die durchschnittlich höchsten krankheitsbedingten Ausfallzeiten auf. Hingegen haben Kleinstbetriebe (maximal 9 Beschäftigte) im Schnitt die wenigsten Fehltag, dort treten aber die mit Abstand längsten Fall-dauern auf.

#### Ambulante Versorgung

- Die höchsten Anteile Beschäftigter in ambulanter Behandlung sind in der Energie- und Wasserwirtschaft zu finden. Die wenigsten Beschäftigten in Behandlung weisen hingegen die Land- und Forstwirtschaft sowie das Gastgewerbe auf.
- Bei den im Postdienst Beschäftigten steigt die Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter sehr stark an: Sind von diesen die unter 25-Jährigen deutlich weniger als andere in ambulanter Behandlung, so sind bei den Älteren überdurchschnittlich viele insbesondere wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen beim Arzt.
- Für die Beschäftigten der Berliner Verwaltung und Sozialversicherung sowie im Bremer Gesundheits- und Sozialwesen sind die Anteile der Erwerbstätigen, die eine psychische Störung diagnostiziert bekommen haben, auffällig hoch.

#### Stationäre Versorgung

- Wie auch im Vorjahr weisen die Postbediensteten – und von denen besonders die Frauen – die weitaus meisten stationären Behandlungstage von allen Wirtschaftsgruppen auf. Mehr als die

Hälfte davon gehen auf psychische Störungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Neubildungen zurück.

- Die meisten Krankenhaustage für männliche Beschäftigte sind bei den im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling Tätigen vorzufinden – rund 45% mehr als bei den dort beschäftigten Frauen. Hier wirkt sich allerdings besonders stark aus, dass Männer und Frauen in dieser Branche sehr unterschiedliche Tätigkeiten ausüben.
- Die wenigsten Tage verbrachten Beschäftigte aus Verlagen und Medien in stationärer Versorgung. Ähnlich gering war der Behandlungsbedarf bei den Beschäftigten der Informationsdienstleistungen bzw. Datenverarbeitung sowie freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen.
- Beschäftigte in Kleinstbetrieben mit weniger als 9 Mitarbeitern sind am seltensten im Krankenhaus. Für diese fallen entsprechend auch die wenigsten Behandlungstage an.

### Arzneimittelverordnungen

- Jede zweite verordnete Tagesdosis (50%) geht bei den beschäftigten Männern auf Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zurück.
- Den weiblichen Beschäftigten der Postdienste und den männlichen Beschäftigten im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling werden im Wirtschaftsgruppenvergleich die meisten Tagesdosen an Arzneimitteln verordnet.
- Überdurchschnittlich hohe Tagesdosen bei verordneten Antidepressiva (No6A) sind bei den Beschäftigten im Sozialwesen, in der öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung sowie bei den Postdiensten zu finden.
- Während Beschäftigte der Postdienste in den neuen Bundesländern deutlich mehr Tagesdosen verordnet bekommen, sind es dagegen in den Alt-bundesländern die Beschäftigten im KFZ-Bau, die überdurchschnittlich hohe Verordnungsmengen aufweisen.
- Neben Bayern und Baden-Württemberg sind auch in Hamburg und in Berlin meist im arbeitsweltlichen Vergleich zum Bundesdurchschnitt deutlich unterdurchschnittliche Mengen an verordneten Tagesdosen zu finden.

### Merkmale der beruflichen Tätigkeit

### Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

- Weisen die Beschäftigten in Berufen der Unternehmensführung und -organisation durch-

schnittlich 13,3 AU-Tage auf, so sind es bei den Beschäftigten in den Reinigungsberufen mehr als doppelt so viele Fehltag (26,8 AU-Tage).

- Auch bei den Berufen zeigt sich, dass Beschäftigte in körperlich belastenden Tätigkeiten besonders hohe Fehlzeiten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen aufweisen (z.B. Fertigungsberufe). Andererseits sind Berufe mit vorwiegend psychisch und emotional belastenden Tätigkeiten besonders häufig von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Störungen betroffen (z.B. Gesundheitsberufe).
- Mit höherem Anforderungsniveau einer Tätigkeit gehen niedrigere Fehlzeiten einher. Besonders deutlich zeigt sich dieser Zusammenhang bei den AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen, die sich zwischen höchstem und niedrigstem Anforderungsniveau um mehr als das 4-Fache unterscheiden.
- Beschäftigte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung weisen insgesamt weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten auf als andere Fachkräfte, was sich auch hier besonders deutlich an den AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen zeigen lässt. Ausnahme sind hingegen die psychischen Störungen, die bei den männlichen Beschäftigten mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung den geringsten Unterschied aufweisen und bei den weiblichen Führungskräften sogar tendenziell höher ausgeprägt sind als bei den weiblichen Fachkräften.
- Im Durchschnitt sind es bei den Männern 1,7 AU-Tage und bei den Frauen 3,1 AU-Tage je Beschäftigten, die Leih- bzw. Zeitarbeiter länger krank sind als regulär Angestellte. Zwischen den Berufen differieren diese Unterschiede stark. Vermutlich ist ein Grund für die berufsspezifischen Differenzen in den Fehlzeiten in der Fachkräftenachfrage der jeweiligen Berufsgruppe zu finden.

### Ambulante Versorgung

- Beschäftigte in Gesundheitsberufen sind am häufigsten in ambulanter Behandlung. Sie sind häufiger als andere Berufsgruppen wegen Krankheiten des Atmungssystems sowie psychischer Störungen in Behandlung, aber auch Vorsorgemaßnahmen werden von diesen stärker wahrgenommen.
- Insgesamt sind Beschäftigte in Reinigungsberufen weniger häufig in ambulanter Behandlung als andere Berufe. Allerdings sind gerade bei den weiblichen Reinigungskräften viele Diagnosen

aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychischen Störungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen gestellt worden.

- Beschäftigte, die Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten ausführen, sind verglichen mit anderen Beschäftigten weniger in ambulanter Behandlung gewesen.
- Männer mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion sind häufiger wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Behandlung, aber seltener wegen psychischen Störungen. Frauen in solcher Position sind seltener wegen Atmungssystem-Erkrankungen in Behandlung.
- Befristet Beschäftigte sind seltener bei Ärzten oder Therapeuten als unbefristet Tätige. Außerdem waren die unbefristet in Teilzeit tätigen Männer ebenfalls nur selten in ambulanter Behandlung – obwohl diese in der stationären Versorgung die meisten Krankenhaustage aufweisen.
- Ein deutlich geringerer Anteil der in Arbeitnehmerüberlassung Beschäftigten hat, verglichen mit anderen Beschäftigten, eine ambulante Diagnose erhalten. Zwar ist diese Beschäftigtengruppe im Durchschnitt jünger, aber auch z.B. bei Atmungssystem-Erkrankungen, die eigentlich bei jüngeren häufiger diagnostiziert werden, ist die Inanspruchnahme ambulanter Behandlung deutlich geringer.

### Stationäre Versorgung

- Mit rund 1,2 Behandlungstagen je Beschäftigten weisen die Sicherheitsberufe die meisten Krankenhaustage auf, gefolgt von Reinigungsberufen und Verkehrs- und Logistikberufen. Die wenigsten Behandlungstage erfolgten für Personen mit IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen. Im Vergleich zu Reinigungsberufen sind dort fast ein Drittel weniger Behandlungstage zu verzeichnen.
- Mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit nimmt die durchschnittliche Zahl der Behandlungstage in stationärer Versorgung bei den Beschäftigten ab. Beschäftigte mit komplexen Tätigkeiten weisen nur rund die Hälfte der Behandlungstage und -fälle der Beschäftigten in Helfer-/Anlernertätigkeiten auf.
- Beschäftigte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung sind seltener und kürzer in stationärer Behandlung als Beschäftigte ohne eine solche Funktion. Dies zeigt sich besonders bei den psychischen Störungen: Frauen weisen mehr als ein Drittel, Männer sogar mehr als die Hälfte mehr

Behandlungstage auf, wenn sie nicht in einer Aufsichts- oder Führungsposition arbeiten.

- Befristet in Vollzeit beschäftigte Männer sind deutlich seltener in stationärer Behandlung als Beschäftigte aller anderen Vertragsformen, was aber auch damit zusammenhängt, dass diese im Durchschnitt deutlich jünger sind. Entsprechend sind bei dieser Vertragsform z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neubildungen im stationären Versorgungsgeschehen seltener. Hingegen sind psychische Störungen – insbesondere bei den befristet in Vollzeit beschäftigten Frauen – umso häufiger Grund für eine stationäre Behandlung.
- Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung sind im Schnitt jünger, entsprechend werden diese weniger aufgrund von Neubildungen stationär behandelt. Bei den in Arbeitnehmerüberlassung Tätigen ist gegenüber dem Vorjahr insbesondere die Anzahl an Behandlungstagen aufgrund psychischer Störungen zurückgegangen.

### Arzneimittelverordnungen

- Wie auch im Vorjahr sind die meisten verordneten Arzneimitteltagesdosen bei den Beschäftigten der Sicherheitsberufe, der Reinigungsberufe und der Verkehrs- und Logistikberufe zu finden. In der Gruppe der Verkehrs- und Logistikberufe finden sich die Beschäftigten mit den meisten verordneten Tagesdosen insgesamt – allein fünf der zehn Berufe mit den höchsten Tagesdosen stammen aus dieser Gruppe.
- Berufe mit einer besonders hohen psychischen Arbeitsbelastung, wie zum Beispiel die Alten- und Krankenpflege, weisen dagegen überdurchschnittlich hohe Verordnungsmengen bei Antidepressiva (No6A) auf.
- Je höher das Anforderungsniveau der Tätigkeit, desto geringer sind die durchschnittlichen Mengen an verordneten Tagesdosen. Dieser Zusammenhang ist bei den weiblichen Beschäftigten besonders stark ausgeprägt.
- Männliche Aufsichts- und Führungskräfte weisen v.a. aufgrund ihres höheren Lebensalters größere Verordnungsmengen bei den Herz-Kreislauf-Medikamenten auf. Bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel-Skelett-System bzw. das Nervensystem bekommen hingegen die Beschäftigten beiden Geschlechts ohne Führungsverantwortung die größeren Mengen verordnet.
- Die wenigsten verordneten Tagesdosen sind bei den befristet Vollzeitbeschäftigten – meist junge Berufsanfänger oder Auszubildende – zu finden. Abgesehen von diesen altersbedingten Differen-

zen unterscheiden sich unbefristet in Vollzeit bzw. in Teilzeit Tätige nicht wesentlich bei den verordneten Arzneimittelmengen.

- Männer, die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, erhalten deutlich weniger Arzneimittel verordnet, als solche in einem regulä-

ren Anstellungsverhältnis. Zwischen den einzelnen Berufssegmenten zeigen sich aber deutliche Variationen – ein Hinweis darauf, dass die jeweiligen Arbeitsbedingungen ebenfalls einen starken Einfluss auf die Arzneimittelverordnungen ausüben.

# Digitalisierung von Arbeit und Gesundheit: ein Überblick

Holger Pfaff und Sabrina Zeike

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft,  
Humanwissenschaftliche Fakultät und Medizinische Fakultät, Universität zu Köln

## Problemstellung und Begriffsbestimmung

Die Digitalisierung der Lebens- und Arbeitswelt schreitet immer weiter voran. Digitalisierung kann hierbei sowohl Chancen als auch Risiken für die Gesundheit der Beschäftigten mit sich bringen, die Rolle der Führung verändern und einen erheblichen Wandel in Unternehmen auslösen [1]. Gegenstand dieser Einleitung ist es, einen Überblick über die Einflüsse digitaler Technologien auf die Arbeit und das Gesundheitswesen herauszuarbeiten.

Im Folgenden werden zwei Gegenstände der Digitalisierung betrachtet: Die Digitalisierung der Arbeitswelt und die Digitalisierung der Gesundheit (Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung).

## Digitalisierung der Arbeitswelt

Die Digitalisierung wirkt auf zwei Bereiche in der Arbeitswelt ein: auf die Technik selbst und auf die Geschäftsmodelle eines Unternehmens.

### Digitalisierung der Technik

Auf der technischen Ebene verändert die Digitalisierung sowohl die physischen Dinge (z.B. Maschinen

und Produktionsabläufe) als auch die virtuellen, immateriellen Sachverhalte (z.B. digitale Plattformen und Software). In beiden Fällen kann die Digitalisierung auf die Struktur, die Prozesse und/oder die Produkte/Dienstleistungen eines Unternehmens einwirken (» vgl. Tabelle 1). Die Digitalisierung beeinflusst dadurch das gesamte Unternehmen. Sie stellt alte Strukturen, Prozesse und Produkte infrage und betrifft alle Mitarbeiterebenen [2].

Die Digitalisierung der physischen Welt spielt sich demnach auf drei Ebenen ab: Strukturen, Prozesse und Produkte bzw. Dienstleistungen. Zu den Strukturen zählen Maschinen. Werden diese digitalisiert, spricht man gern von dem Vorhandensein von smart machines oder smart tools.

Wird der physische Prozess der Produktion digitalisiert, bedeutet dies, dass die Maschinen und Anlagen elektronisch vernetzt werden und eine digitale Kommunikation zwischen den Maschinen stattfindet. Hierbei werden Daten untereinander in Echtzeit ausgetauscht. Diese sogenannten smart factories sind die logische Fortsetzung der Automatisierung der Industrie [3].

Die Digitalisierung der physischen Produkte erzeugt digitale oder semi-digitale Produkte. Solche Produkte werden oft mit dem Hersteller digital vernetzt, sodass der Kunde in direkten Kontakt mit dem

Tabelle 1 Technische Dimensionen der Digitalisierung (modifiziert nach Hüther 2016 [3])

	physisch	virtuell
<b>Struktur</b>	digitalisierte Maschinen & IT/Konnektivitäts-Infrastruktur (smart machines/smart tools & infrastructure)	virtuelle Strukturen (smart structures)
<b>Prozesse</b>	vernetzte Produktion (smart factories)	virtualisierte Steuerungen und Prozesse (smart operations)
<b>Produkte/Dienstleistungen</b>	vernetzte, (semi-)digitale Produkte (smart products)	datenbasierte und vernetzte Dienstleistungen (smart services: Apps & Analysen)



Tabelle 2 Geschäftsmodell-Dimension der Digitalisierung (modifiziert nach Hüther 2016 [3])

	Abnehmer: Business	Abnehmer: Kunde
Lieferant: Business	Business-to-Business (Industrie 4.0; informationstechnisch integrierte Versorgung)	Business-to-Consumer (Smart living; smart home; streaming, wearables etc.)
Lieferant: Kunde	Consumer-to-Business (Big Data Analytics)	Consumer-to-Consumer (z.B. Sharing economy)

Hersteller tritt, ohne dies mitunter zu merken (z.B. Energieoptimierung der Smart Homes durch Energieunternehmen auf Basis des Wetters und der Nutzung) [3].

Die Digitalisierung betrifft jedoch nicht nur die physischen Dinge, sondern auch die virtuelle Welt der Strukturen, Prozesse und Produkte/Dienstleistungen. Bei der Digitalisierung der immateriellen Struktur geht es z.B. um die elektronischen Regelungen von Machtbeziehungen und -strukturen wie z.B. Datenzugangsregelungen und hierarchische Zugriffsrechte (smart structures). Wird der Prozess der Produktion und Dienstleistungserstellung virtuell aufbereitet, können diese über virtuelle Simulationen getestet und optimiert werden. Wir haben es in diesem Fall u.a. mit smart operations zu tun [3]. Entsprechende Simulationsstudien werden zur Optimierung der Prozesse in Krankenhäusern oder im Fernlastverkehr durchgeführt. Bei den rein virtuellen Produkten oder Dienstleistungen handelt es sich meist um datenbasierte Dienstleistungen, bei denen Informationen geliefert oder Transaktionen getätigt werden, die für den Kunden einen Mehrwert darstellen. Diese werden auch als smart services bezeichnet (z.B. Apps, Online-Shops) (III vgl. Tabelle 1).

*Digitalisierung der Geschäftsbeziehungen*

Zur Betrachtung der Auswirkungen der Digitalisierung auf die Geschäftsbeziehungen ist es nützlich, zwischen den Lieferanten und dem Abnehmer einer Leistung zu unterscheiden. Da beide entweder ein Unternehmen (business) oder Konsumenten sein können, ergibt sich eine Vier-Felder-Tafel mit vier Beziehungspaaren: Business-to-Business, Business-to-Consumer; Consumer-to-Business und Consumer-to-Consumer (III vgl. Tabelle 2).

Die Interaktion zwischen Unternehmen (Business-to-Business: B2B) und die damit einhergehende B2B-Schnittstelle gewinnt in einer vernetzten Wirtschaft immer mehr an Bedeutung. Dabei schreitet besonders die Digitalisierung der Interaktion und Kommunikation zwischen Unternehmen entlang

der Wertschöpfungskette sowohl in der Industrie (Industrie 4.0) als auch im Dienstleistungsbereich (z.B. informationstechnisch integrierte Versorgungskette bei Schlaganfall) voran [3].

Die Digitalisierung der Business-to-Consumer-(B2C)-Schnittstelle ist heute schon weit fortgeschritten. In diesem Fall bieten Firmen (z.B. Internetfirmen) den Konsumenten Produkte oder Dienstleistungen über Onlineplattformen oder andere Kanäle an. Diese übermitteln in Echtzeit Informationen an den Konsumenten und ersparen ihm oft Such-, Bewertungs- und Koordinationskosten. Die Digitalisierung der Consumer-to-Consumer-(C2C)-Schnittstelle erleben wir heute in Form der Shared Economy (z.B. Mitfahrgelegenheiten oder Vermietung privater Wohnungen oder Autos über Internet-Plattformen). Dabei werden auf virtuellen Plattformen Konsumenten als Anbieter und Nachfrager zusammengebracht. Dies wird auch oft als Peer-to-Peer-Beziehung (P2P) bezeichnet. Die C2C-Plattformen ermöglichen eine Effizienzsteigerung durch Nutzung bisher ungenutzter Ressourcen (z.B. nicht genutzte Wohnungen oder Autos).

Die Consumer-to-Business-(C2B)-Beziehung wurde erst durch die Digitalisierung möglich. In dieser oft paradox erscheinenden Welt nutzen Kunden wertvolle Güter oder Dienstleistungen (z.B. WhatsApp), ohne dafür konkret Geld zu zahlen. Sie bezahlen dabei häufig indirekt, und zwar mit ihren persönlichen Daten. Diese wiederum werden weiterverkauft oder geben Unternehmen die Möglichkeit, über die Auswertung dieser oft großen Datenmengen (Big Data Analytics) Angebote zu verbessern oder neue Geschäftsfelder zu erschließen.

*Folgen der Digitalisierung in der Arbeitswelt*

Über die Folgen der Digitalisierung wird stark diskutiert. Umstritten ist vor allem die These, dass die Digitalisierung zu mehr Wachstum und Produktivität führt. Dass die Produktivität in letzter Zeit trotz Digitalisierung nicht nennenswert gewachsen ist, wird als Produktivitätsrätsel bezeichnet [4]. Inter-

net, Computer und Roboter haben nach den führenden Vertretern der Wachstumsthese das Potenzial für weitreichende Auswirkungen auf viele Wirtschaftsbereiche und tragen dazu bei, dass die Wirtschaft immer schneller wächst, was sich aber ihrer Meinung nach erst mit der Zeit zeigen wird [5]. Vertreter der Gegenthese glauben hingegen, dass der Produktivitätsschub in früheren Zeiten stattfand und die Digitalisierung im Vergleich dazu nur noch inkrementelle Wachstumsschübe auslöst [6]. Die bessere Ausnutzung bereits vorhandener Ressourcen (z.B. Wohnungen, Autos) führt zwar zu einem Mehrwert, löst aber im besten Fall nur moderates Wachstum aus, da der Bedarf (z.B. nach Wohnungen und Autos) nicht durch Neukäufe abgedeckt werden muss.

Neben den möglichen (schwach bis stark) Auswirkungen auf die Produktivität werden aber auch negative Aspekte der Digitalisierung diskutiert, wie eine Erhöhung der Einkommensungleichheit und Arbeitsplatzverluste sowie negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Beschäftigten. Wenig ist jedoch bisher bekannt in Bezug auf die gesundheitlichen Folgen, die die Digitalisierung für die Menschen, Arbeiter und Angestellten mit sich bringt [1]. Badura (2017) und Coleman (2013) befürchten zum Beispiel, dass durch die Digitalisierung die Fähigkeit des Menschen, sich zu fokussieren und dadurch kreativ Probleme zu lösen, verloren geht [1, 7]. Empirische Belege für diese Thesen sind eher dünn gesät.

Die gesundheitlichen Risiken der Digitalisierung entstehen aus Sicht der Stressforschung z.B. dadurch, dass die Digitalisierung entgrenzte Arbeit, Überforderung und permanente Erreichbarkeit bewirken kann [4]. Die Digitalisierung kann jedoch auch Chancen für die Gesundheit der Beschäftigten bereithalten, bspw. durch Erhöhung der Freiheitsgrade oder durch digitale Gesundheitsangebote im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (»» vgl. Schwerpunkt Praxis in diesem Buch).

Die Anforderungen an die Beschäftigten haben sich im Zuge der Digitalisierung verändert, denn die Anzahl der Tätigkeiten, bei denen kognitive, informatorische und emotionale Faktoren dominieren, steigen. Es findet eine Verschiebung von physischen zu überwiegend psychischen Anforderungen statt. Tätigkeitsübergreifend treten Phänomene wie die Entgrenzung von Arbeit und Freizeit, die Verdichtung der Arbeit, die Flexibilisierung der Arbeit und mobiles Arbeiten vermehrt auf. Manche Autoren machen diese Phänomene dafür verantwortlich, dass psychische Erkrankungen in den letzten Jahren stark zugenommen haben [1, 4, 8].

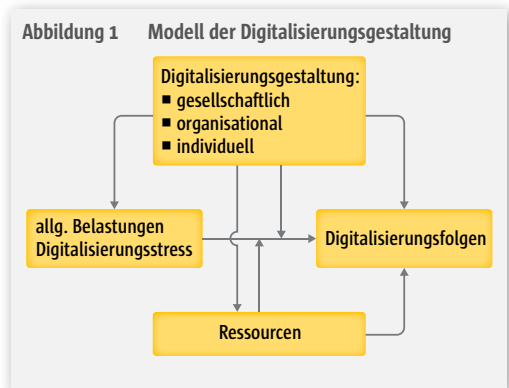
### Digitalisierungsgestaltung

Die Gestaltung der Digitalisierung in der Arbeitswelt ist für viele Wissenschaftler, Praktiker und Politiker das Gebot der Stunde. Ohne eine proaktive Gestaltung der Digitalisierung und ihrer Folgen wären die Menschen der technischen Entwicklung völlig machtlos ausgeliefert. Die Technik kommt nicht einfach über uns. Sie wird von Menschen geschaffen und kann entsprechend auch modifiziert und reguliert werden. Fasst man die verschiedenen Gestaltungsaktivitäten zusammenfassen, so lassen sich drei globale Ebenen der Digitalisierungsgestaltung unterscheiden: gesellschaftliche, organisationale sowie individuelle Strategien zur Gestaltung der Digitalisierung (»» vgl. Abbildung 1).

Das Weißbuch Arbeit 4.0 der Bundesregierung geht sehr umfassend auf die verschiedenen Strategien der Digitalisierungsgestaltung ein: Zu den gesellschaftlichen Strategien der Digitalisierungszustaltung zählen beispielsweise die Schaffung einer Arbeitsversicherung und gesetzliche Arbeitszeitregelungen [4]. Auf der organisationalen Ebene zählen zu den Strategien der Digitalisierungszustaltung beispielsweise Maßnahmen wie die Abschaltung des E-Mail-Servers über das Wochenende, die Vereinbarung von Regeln zur digitalen Kommunikation (Muss man noch nach 20 Uhr dem Chef antworten?) und Digital Health Guides. Auf der individuellen Ebene finden sich im Bereich der Digitalisierungszustaltung bspw. Schulungsmaßnahmen zum Umgang mit neuen Technologien, Trainings zur digitalen Achtsamkeit oder zum Führen 4.0 (z.B. Führen in virtuellen Kontexten) [9].

An der Digitalisierungszustaltung führt kein Weg vorbei. Neben proaktiven Formen müssen auch reaktive Formen berücksichtigt und/oder entwickelt werden.

Abbildung 1 Modell der Digitalisierungszustaltung



## Digitalisierung und Gesundheit

Die Digitalisierung schreitet nicht nur in der Arbeit voran, sondern auch im Gesundheitswesen. Dabei gibt es zwei Trends zu beachten: der Trend zur Digitalisierung der Medizin und der Krankenversorgung und der Trend zur Digitalisierung der Prävention. Da die Darstellung des Trends zur Digitalisierung der Medizin und der Krankenversorgung aufgrund seiner Komplexität dieses Einführungskapitel sprengen würde, konzentrieren wir uns in diesem Kapitel auf den Trend zur Digitalisierung der Prävention und Gesundheitsförderung.

Mit den Begriffen „e-Health“ und „m-Health“ hält der Digitalisierungstrend auch Einzug in den Gesundheitssektor. Unter „e-Health“ (electronic health) wird der breitgefächerte Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (ICT bzw. IKT) im Bereich Gesundheit und Krankheit verstanden [10]. „m-Health“ (mobile health) als Komponente von e-Health beinhaltet die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten und Informationen über mobile Technologien wie Smartphones, Tablet-Computer, Wearables oder andere drahtlose Endgeräte [11].

Gesundheits- und Medizin-Apps können dabei folgende wesentliche Unterstützungsfunktionen bieten:

1. Dokumentieren
2. Informieren
3. Messen
4. Auswerten
5. Erinnern
6. Teilen
7. Motivieren [12, 13]

Das Angebot an Gesundheits- und Medizin-Apps lässt sich darüber hinaus auch nach Gesundheitszielen und Nutzerzielgruppen klassifizieren. Bei den Nutzergruppen unterscheiden wir „gesunde Laien“, „kranke Laien“, „Angehörige im Laienstatus“ und „Experten“. Bei den Gesundheitszielen trennen wir im Rahmen der Prävention zwischen den Zielen Gesundheitsförderung, Primärprävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention (III vgl. Abbildung 2).

Die rasche Weiterentwicklung digitaler Tools im Gesundheitssektor bietet viele neue Anwendungsfelder. Dabei bieten die neuen Technologien auf der einen Seite die Möglichkeit, Präventionsdefizite zu beheben, auf der anderen Seite stehen den neuen Technologien Befürchtungen z.B. in Bezug auf die Einhaltung des Datenschutzes gegenüber [14].

Bei der Digitalisierung der Prävention und Gesundheitsförderung muss zwischen zwei Formen der Digitalisierung unterschieden werden: 1) die Digitalisierung der individuellen Prävention und Gesundheitsförderung sowie 2) die Digitalisierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Bei der Digitalisierung der individuellen Prävention und Gesundheitsförderung muss man wiederum zwei Kategorien unterscheiden: a) digitale Tools zur Verhaltensprävention und b) digitale Tools zur Unterstützung der individualisierten Verhältnisprävention.

Bei digitalen Technologien zur **Unterstützung der Verhaltensprävention** geht es vor allem um die Kontrolle verschiedener Risikofaktoren, beispielsweise Gewicht, Rauchen, Ernährung, körperliche Aktivität und Stressmanagement. Im Folgenden seien einige Beispiele genannt:

- **Digitale Tools zur Gewichtsabnahme** sind weit verbreitet und vor allem in Form von Apps vorhanden, aber auch im Internet und als Computerlösung zu finden. Beispiele hierfür sind digitale Gewichtstracker in elektronischen Waagen (z.B. Withings), die zugleich den Körperfettanteil messen und den Ruhepuls und somit wichtige Körpermesswerte liefern, die auf dem Handy oder andere Datenplattformen gespeichert werden können. Diese können isoliert funktionieren oder mit anderen Apps vernetzt sein. Im letzteren Fall ziehen sie die Gesundheitsdaten aus den einzelnen Apps zu einer Gesamtinformation zusammen.
- **Digitale Tools zur Ernährung** sind ebenfalls weit verbreitet und vor allem in Form von Apps vorhanden. Beispiele hierfür sind Kalorien-Apps. Diese fragen das Essverhalten des Nutzers ab. Diese Tools können separat funktionieren oder ebenfalls mit anderen Apps vernetzt sein.
- **Digitale Tools zu sportlichen Aktivitäten** sind ebenfalls weit verbreitet und vor allem in Form von Apps und Wearables vorhanden. Diese Tools sind zum Teil bereits standardmäßig in die Smartphones eingebaut (z.B. Schrittzähler im iPhone). Beispiele hierfür sind Sport-Apps. Schaltet man diese Apps bewusst ein, werden die sportlichen Aktivitäten getrackt. Die Daten können genutzt werden, um Zeitvergleiche zu ziehen oder sich mit Freunden zu vergleichen. Auf diese Weise erhält man ein Gefühl dafür, ob sich der eigene Trainingszustand verbessert.
- **Digitale Tools zur Zusammenfassung aller präventiven Gesundheitsinformationen** sind weniger weit verbreitet. Viele Anbieter werden versuchen, alle relevanten Präventionsinformationen

Abbildung 2 Systematisierung von Präventions-Apps [12]

Zielgruppen	und (Präventions-)Bereiche	Praxisbeispiele	
Laien/Gesunde	Gesundheitsförderung: Apps zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen & Schutzfaktoren für Gesundheit	Fit & Relax Yoga Poses	Medizin-Apps Gesundheits-Apps
Laien/Gesunde	Primärprävention: Apps für Gesunde ohne gesundheitliche Risikofaktoren	Vorsorge-Uhr, Impf-Uhr, Med-Merker, Alcohol Calculator	
Laien/Gesunde	Sekundärprävention: Apps für Gesunde mit gesundheitlichen Risikofaktoren	Raucherstopp, Drinking Time Machine	
Laien/Betroffene	Tertiärprävention: Apps für bereits (chronisch) Erkrankte	OnTrack Diabetes, Diabetes-Uhr, Asthma-lavista, Rheuma Track	
Laien/Angehörige	Tertiärprävention: Apps für (pflegende) Angehörige	Tweri: Alzheimer Caregiver, Al-Finder	
Experten	Tertiärprävention: Apps für medizinische und pflegerische Experten	Checkme! Klinikstandards, Leitlinien-App Onkologie	

auf einer Plattform zu vereinen. Eine wichtige Frage ist hierbei, ob der Nutzer des digitalen Tools volle Hoheit und Transparenz über diese Daten und ihre Weiterverwendung hat oder nicht. Eine weitere Frage ist, ob der Nutzer die Möglichkeit hat, dem Unternehmen, in dem er tätig ist, die Rechte zur Verwendung seiner anonymisierten Daten im Rahmen des BGM zu geben.

Von diesen digitalen Tools zu unterscheiden, sind Internet-basierte **Informationsplattformen**, die dem Einzelnen gesundheitsförderliche Informationen liefern (z.B. Digital Health Guide). Hierbei wird es unter anderem darum gehen, es dem einzelnen Mitarbeiter zu ermöglichen, seine eigene Präventionsstrategie festzulegen und die entsprechenden Strategien und Ressourcen für eine positive Einflussnahme auf den eigenen Gesundheitszustand über die Informationsplattform in Erfahrung zu bringen.

Unter **digitalen Technologien zur Unterstützung der Verhältnisprävention** sind Tools zu verstehen, die das Unternehmen bei der Minimierung der Risiken, die mit den Strukturen und Prozessen in der Arbeit und der Versorgung verbunden sind, zu unterstützen. Wir unterscheiden hier zwei Typen von digitalen Tools: 1) entlastungsorientierte digitale Tools und 2) ressourcenorientierte digitale Tools. Entlastungsorientierte Tools helfen, die Arbeitsbelastung zu senken, während ressourcenorientierte digitale Tools die Ressourcen des Mitarbeiters stärken. Ein Beispiel für ein Tool, das beide Funktionen erfüllt, ist die Online-Gefährdungsbeurteilung.

Neue digitale Lösungen können **im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements** auf der einen Seite neue Angebote für Mitarbeiter darstel-

len, beispielsweise als digitale Unterstützung bei der Analyse von Gesundheitsproblemen oder der Suche nach zertifizierten Gesundheitsinformationen und Gesundheitsdienstleistungen. Ein wesentliches Tool in diesem Zusammenhang ist eine Intranet-Homepage zu den digitalen Angeboten des BGM in einem Unternehmen. Dies wird auch als „Digital Health Guide“ bezeichnet.

Auf der anderen Seite können neue BGM-Tools hilfreich für Gesundheitsmanager in Unternehmen sein. Hierbei geht es darum, dass durch die Digitalisierung das BGM umfassender, effektiver und effizienter gestaltet werden kann. Digitale Produkte sind in diesem Zusammenhang digitale Dashboards zur Darstellung der wichtigsten Kennzahlen, z.B. im Rahmen einer Balanced Scorecard [15].

### Zusammenfassung

Das Thema Digitalisierung und Gesundheit ist umfassend und komplex. Gerade die Betriebskrankenkassen haben es mit beiden Hauptanwendungsbereichen der Digitalisierung zu tun: a) Unternehmen und Arbeit (Arbeit 4.0) und b) Gesundheits- und Krankenversicherung (Digital Health). Hauptanliegen dieses Eingangskapitels war es, einen Überblick über das Thema zu geben und dabei durch Systematisierung der digitalen Formen Orientierungshilfen zu geben.

Als Lösung des Digitalisierungsdilemmas bietet sich die Digitalisierungsgestaltung an. Dabei geht es darum, die Digitalisierung und ihre Folgen auf gesellschaftlicher, organisationaler und individueller Ebene so zu steuern, dass eine effektive und humane

Nutzung der Digitalisierung entsteht, ohne die Nebenwirkungen zu groß werden zu lassen.

Diesen Spagat zu schaffen, wird das große Ziel der Zukunft sein. Dabei wird es im Gesundheitssektor darum gehen, neue digitale Möglichkeiten einzuführen und gleichzeitig die Herausforderungen im Hinblick auf Datenschutz und Wahrung des Solidaritätsprinzips zu meistern. Bei der Nutzung digitaler Gesundheits-Apps werden ebenfalls Fragen zum Datenschutz zu klären sein. Wer soll Zugang zu den Daten haben? Welche Risiken bestehen, wenn ich als Nutzer meine Daten weitergebe? Hierzu sind übergreifende Datenschutzlösungen mit hoher Transparenz für den Nutzer (z.B. Trustcenter-Lösungen) gefragt.

## Literatur

1. Badura B (2017) Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert: Mitarbeiterbindung durch Kulturentwicklung. Springer Gabler Wiesbaden
2. Samulat P (2017) Die Digitalisierung der Welt. Wie das Industrielle Internet der Dinge aus Produkten Services macht. Springer Gabler Wiesbaden
3. Hüther M (2016) Industrie 4.0 – unterschätzte Herausforderungen oder überbewertete Modeerscheinung? Zeitschrift für Wirtschaftspolitik 65, 48–58
4. BMAS (2016) Weißbuch Arbeiten 4.0. Berlin
5. Brynjolfsson E, McAfee A (2014) Die Welt von morgen. Wie die nächste industrielle Revolution unserer aller Leben verändern wird. Plassen Verlag ein Imprint der Börsenmedien AG Kulmbach
6. Gordon RJ (2016) The rise and fall of American growth. The U.S. standard of living since the Civil War. Princeton University Press Princeton
7. Goleman D (2013) Focus. The hidden driver of excellence. Bloomsbury London
8. Nink M (2015) The german workforce has a burnout problem. URL: <http://www.gallup.com/businessjournal/184106/german-workforce-burnout-problem.aspx> (abgerufen am 10.08.2017)
9. Franken S (2016) Führen in der Arbeitswelt der Zukunft. Instrumente, Techniken und Best-Practice-Beispiele. Gabler Wiesbaden
10. Dockweiler C, Razum O (2016) Digitalisierte Gesundheit: neue Herausforderungen für Public Health. Das Gesundheitswesen 17, 5–7
11. Kay M, Santos J, Takane M (2011) mHealth: New horizons for health through mobile technologies. World Health Organization 64, 66–71
12. Scherenberg V, Kramer U (2013) Schöne neue Welt: Gesünder mit Health-Apps? Hintergründe, Handlungsbedarf und schlummernde Potenziale. Jahrbuch Healthcare Marketing. S. 115–119
13. Lucht M, Boeker M, Kramer U (2015) Gesundheits- und Versorgungs-Apps – Hintergründe zu deren Entwicklung und Einsatz. Universitätsklinikum Freiburg im Auftrag der Techniker Krankenkasse
14. Gigerenzer G, Schlegel-Matthies K, Wagner GG (2016) Digitale Welt und Gesundheit: eHealth und mHealth-Chancen und Risiken der Digitalisierung im Gesundheitsbereich: SVRV, Sachverständigenrat für Verbraucherfragen
15. Horvath P, Gamm N, Möller K, Kastner M, Schmidt B, Iserloh B, Kliesch G, Otte R, Braun M, Matter M, Pennig S, Vogt J, Köper B (2009) Betriebliches Gesundheitsmanagement mit Hilfe der Balanced Scorecard. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Dortmund



Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff

Studium der Sozial- und Verwaltungswissenschaften an den Universitäten Erlangen-Nürnberg, Konstanz und 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 Sprecher bzw. 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 und seit 2013 Kollegiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft. 2011 Visiting Scholar und Executive in Residence an der University of Michigan, Ann Arbor, und Visiting Researcher an der Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio. In 2014 und 2015 Visiting Research Fellow an der University of Aberdeen (European Visiting Research Fellowship der Royal Society of Edinburgh). Im Januar 2016 wurde Prof. Pfaff von Bundesminister Hermann Gröhe zum Vorsitzenden des Expertenbeirats Innovationsfonds berufen. Der Expertenbeirat hat zur Aufgabe, Empfehlungen zum Inhalt der Förderbekanntmachungen zu erarbeiten, Anträge auf Förderung zu begutachten und Empfehlungen zur Förderentscheidung zu erstellen.



Sabrina Zeike, M.A.

Nach einem gesundheitswissenschaftlichen Bachelor in den Niederlanden folgte das Studium der Rehabilitationswissenschaft an der Universität zu Köln (Master of Arts) mit den Studienschwerpunkten Organisations- und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen. Von 2013 bis 2015 Tätigkeit bei der 37 Grad Analyse und Beratung GmbH. Wesentliche Aufgaben lagen dort in der Koordinierung und Betreuung von gesundheitswissenschaftlichen Publikationen und Projekten, unter anderem für die Bertelsmann Stiftung und die BARMER GEK. Seit 2015 persönliche wissenschaftliche Assistentin von Prof. Pfaff am Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitation (IMVR), Universität zu Köln.



# Einleitung

Für den vorliegenden BKK Gesundheitsreport 2017 werden Kennzahlen des Krankheitsgeschehens im Jahr 2016 für die Versicherten der Betriebskrankenkassen (BKK) ausgewertet und dargestellt. Neben dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen werden auch aktuelle und wichtige Kennzahlen zur ambulanten und stationären Versorgung sowie zu den Arzneimittelverordnungen berichtet.

Der BKK Gesundheitsreport 2017 widmet sich dem Schwerpunktthema *Digitale Arbeit – Digitale Gesundheit*. Hierzu wurde im Auftrag des BKK Dachverbandes eine Umfrage unter deutschlandweit 3.000 Beschäftigten durchgeführt, um die Auswirkungen der Digitalisierung auf die Arbeit und Gesundheit sowie auch auf die gesundheitliche Versorgung der Berufstätigen zu erfassen. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Umfrage finden Sie in **III** Ergebnisse der BKK Umfrage „Digitalisierung, Arbeit und Gesundheit“. Wir freuen uns außerdem besonders über die zahlreichen Gastautoren aus Wissenschaft, Politik und Praxis, die auch in diesem Jahr den Report mit ihren Fachbeiträgen und ihrer Expertise bereichern. Deren Beiträge finden Sie jeweils in den Blöcken **III** Schwerpunkt Wissenschaft, **III** Schwerpunkt Politik und **III** Schwerpunkt Praxis.

Darüber hinaus liegt der Fokus insbesondere auf der arbeitsweltlichen Betrachtung der gesundheitlichen Lage der BKK Versicherten. Die Betrachtung der Arbeitswelt erfolgt dabei aus verschiedenen Perspektiven. Neben dem Beruf und der Wirtschaftsgruppenzugehörigkeit, nehmen unter anderem auch das Geschlecht, das Alter, der soziale Status sowie die berufliche Position und der Wohnort Einfluss auf den Gesundheitszustand jedes einzelnen Beschäftigten. Die Auswertungen der Routinedaten finden sich in der gewohnten Kapitelstruktur wieder: Während sich **III** Kapitel 1 dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen widmet, sind in **III** Kapitel 2 die wichtigsten Kennzahlen zur ambulanten Versorgung der BKK Versicherten zu finden. Anschließend daran werden im

**III** Kapitel 3 die stationäre Versorgung sowie in **III** Kapitel 4 die Arzneimittelverordnungen dargestellt. In **III** Kapitel 5 werden wiederum die Erkenntnisse aus den Kennzahlen zusammengefasst und daraus Ableitungen für verschiedene gesundheitspolitisch relevante Bereiche und Akteure generiert.

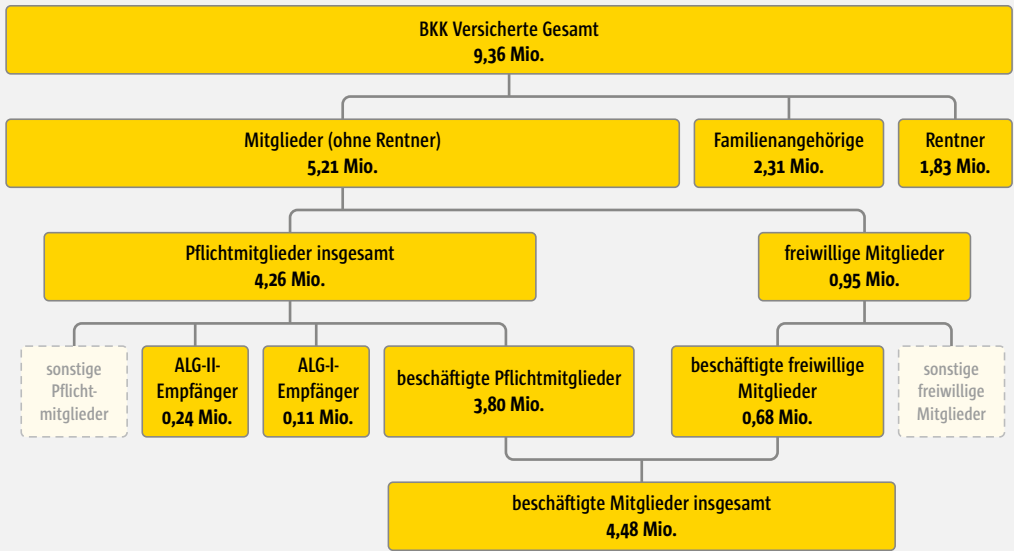
Für den BKK Gesundheitsreport 2017 werden Daten von insgesamt 9,36 Mio. BKK Versicherten ausgewertet. Dies entspricht einem Anteil von 79,4% aller BKK Versicherten. Das Durchschnittsalter aller Versicherten beläuft sich auf 42,5 Jahre, wobei weibliche Versicherte im Durchschnitt etwas älter sind (43,3 Jahre) als die männlichen Versicherten (41,7 Jahre). In der Gesamtheit aller BKK Versicherten sind beide Geschlechter mit Anteilen von jeweils 50% genau gleich häufig vertreten.

Die BKK Versicherten lassen sich in verschiedene Gruppen differenzieren, wie in **III** Diagramm 1.1 veranschaulicht wird. In den einzelnen Kapiteln und Abschnitten wird thematisch auf die jeweils relevanten Gruppen Bezug genommen. Die Auswertungen zum ambulanten und stationären Versorgungsgeschehen sowie auch zu den Arzneimittelverordnungen schließen alle 9,36 Mio. BKK Versicherten ein. Hierbei sind auch Versichertengruppen (z.B. Rentner und Kinder) in die Analysen einbezogen, die i. d. R. keine Krankschreibung erhalten.

Bei der Darstellung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wird von den insgesamt 5,21 Mio. Mitgliedern ohne Rentner nur die Gruppe der krankengeldberechtigten Mitglieder ohne Rentner (4,87 Mio.) berücksichtigt bzw. relevante Teilgruppen betrachtet. Die übrigen 0,34 Mio. Mitglieder ohne Rentner (u.a. ALG-II-Empfänger, Studenten usw.) gehen nicht in die AU-Auswertungen ein, da sie aufgrund des fehlenden Krankengeldanspruchs in der Regel nicht mit Leistungsfällen in den Kassendaten auftauchen. Die mit Abstand größte Gruppe unter den Mitgliedern ohne Rentner sind mit 4,48 Mio. die beschäftigten Mitglieder.



Diagramm 1.1 BKK Versicherte nach Versichertengruppen\* (Berichtsjahr 2016)



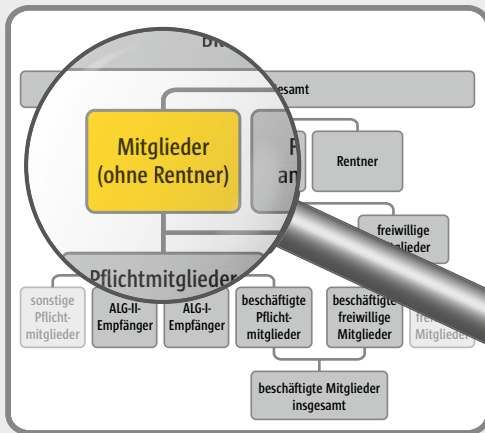
\* Zu den gestrichelt dargestellten sonstigen Mitgliedergruppen zählen z.B. Jugendliche und Behinderte sowie Studenten oder Rehabilitanden, die aufgrund von geringen Mitgliederzahlen und fehlender Arbeitsfähigkeitsrelevanz nicht gesondert betrachtet werden.

# 1

## Arbeitsunfähigkeit

Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter





In diesem Abschnitt werden die Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens (AU-Geschehen) der 4,87 Mio. krankengeldberechtigten BKK Mitglieder ohne Rentner sowie den dazugehörigen Versicherungsgruppen (beschäftigte Pflichtmitglieder, beschäftigte freiwillige Mitglieder und Arbeitslose [ALG-I]) im Jahr 2016 beschrieben. Ergänzend werden aus dem monatlichen Krankenstandverfahren erste Trends für das Jahr 2017 dargestellt.

# 1.1 AU-Geschehen im Überblick

## 1.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2016

- Die Fehltage sind im Vergleich zum Vorjahr deutlich von 15,4 auf 17,4 AU-Tage je Mitglied gestiegen.
- Ein Teil dieser Steigerung ist dadurch zu begründen, dass seit dem Jahr 2016 Arbeitsunfälle sowie Rehabilitationsfälle (Reha-Fälle), die mit AU-Zeiten einhergehen, vollständig in den Statistiken abgebildet werden.
- Vergleicht man die AU-Kennzahlen ohne diese neuen Bestandteile miteinander, so ist nach wie vor eine – aber wesentlich geringere – Steigerung um durchschnittlich 1 AU-Tag je Mitglied erkennbar.

Im Vergleich zu 2015 sind in 2016 die Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) der Mitglieder ohne Rentner (im Folgenden Mitglieder genannt) deutlich gestiegen (2015: 15,4 AU-Tage je Mitglied; 2016: 17,4 AU-Tage je Mitglied). Entsprechend ist im gleichen Zeitraum auch eine Steigerung des Krankenstandes von 4,2% auf 4,8% zu verzeichnen. Dieser Anstieg ist zum Großteil durch Veränderungen in den Arbeitsunfähigkeitsdaten begründet, die den Analysen in diesem Report zugrunde liegen.

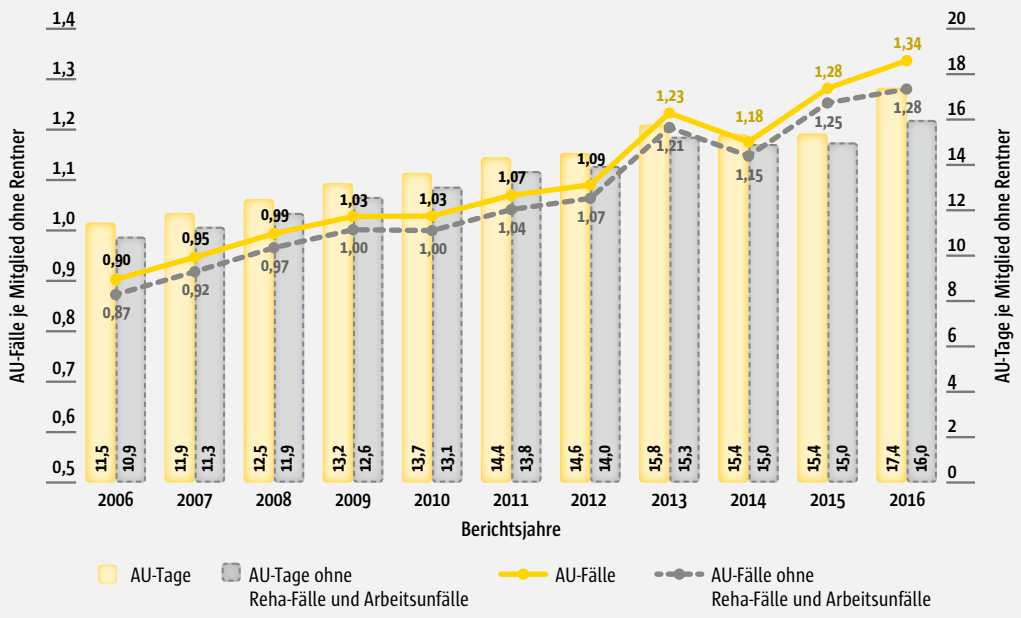
Ab dem Berichtsjahr 2016 gelten für die Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU-Daten) einige Veränderungen und Modifikationen. Zum einen sind Arbeitsunfähigkeitszeiten, die mit einem Arbeitsunfall verbunden sind und deshalb in der Regel nicht unter Kostenträgerschaft der GKV abgerechnet bzw. dokumentiert werden, ab dem Berichtsjahr 2016 vollständig (bisher nur teilweise) enthalten. Zum anderen werden Arbeitsunfähigkeitszeiten, die während eines Heilverfahrens bzw. einer Anschlussheilbehandlung (medizinische Rehabilitation) entstehen, ebenfalls erstmals ab dem Berichtsjahr 2016 vollständig (bisher nicht enthalten) in den AU-Daten abgebildet. Somit kann es – insbesondere im Vergleich zu den AU-Kennzahlen aus den Vorjahren – zum Teil zu einem deutlichen Anstieg der AU-

Fälle, der AU-Tage sowie auch der Falldauern kommen. Eine längsschnittliche Betrachtung der AU-Kennzahlen ist somit nur eingeschränkt möglich. Positiv anzumerken ist, dass sich durch die Hinzunahme weiterer AU-Zeiten aus den beschriebenen Bereichen das Bild im Fehlzeitengeschehen vervollständigt und somit noch passgenauer vor allem für die arbeitsweltlichen Betrachtungen der beschäftigten BKK Mitglieder und die Planung von BGM-/BGF-Maßnahmen geeignet ist.

Um zumindest allgemein abschätzen zu können, inwieweit sich die veränderte Methodik auf die längsschnittliche Entwicklung der AU-Kennzahlen auswirkt, werden in **»»»** Diagramm 1.1.1 für die vergangenen zehn Jahre die AU-Fälle und AU-Tage mit bzw. ohne Reha-Fallanteilen bzw. Arbeitsunfallanteilen dargestellt. Wie zu erkennen ist, unterscheidet sich die Anzahl der AU-Fälle je Mitglied mit und ohne Korrektur für die Arbeitsunfälle und Reha-Fälle für alle Berichtsjahre nur marginal. Deutlicher hingegen sind die Abweichungen bei den AU-Tagen, die bis auf 2016 für alle anderen Jahre im Durchschnitt einen halben AU-Tag Unterschied verursachen. Dass dieser Unterschied mit 1,4 AU-Tagen je Mitglied 2016 besonders hoch ausfällt, ist nicht verwunderlich, werden in diesem Jahr doch erstmalig alle AU-Fälle und AU-Tage, die durch Arbeitsunfälle und Reha-Fälle verursacht werden, mitgezählt. Insbesondere Reha-Fälle waren in den Vorjahren nicht vertreten, da diese vor allem unter der Kostenträgerschaft der Deutschen Rentenversicherung durchgeführt werden. Ähnliches gilt auch für Arbeitsunfälle, die vorrangig unter Kostenträgerschaft der gesetzlichen Unfallversicherung und deren Träger (Berufsgenossenschaften und Unfallkassen) verortet sind und somit bisher nur partiell Eingang in die AU-Statistik gefunden haben.

Während sich für die unadjustierten Werte bei den Fehltagen im Jahr 2016 ein Anstieg im Vorjahresvergleich von 2,0 AU-Tagen je Mitglied zeigt (von 15,4 auf 17,4 AU-Tage), ist bei den AU-Fällen nur ein

Diagramm 1.1.1 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner mit bzw. ohne AU-Fälle und AU-Tage aufgrund von Reha-Fällen und Arbeitsunfällen im Zeitverlauf (2006–2016)



minimaler Anstieg zu verzeichnen. Werden die adjustierten Werte miteinander verglichen, so halbiert sich der Unterschied bezogen auf die Fehltag zwischen 2015 und 2016 auf 1,0 AU-Tage (von 15,0 auf 16,0 AU-Tage). Somit sind allein 50% des diesjährigen Anstiegs auf die neue Datensystematik mit vollständiger Zählung der AU-Fälle und AU-Tage, die mit Arbeitsunfällen sowie mit Reha-Fällen verbunden sind, erklärbar. Bei den restlichen 50% kann davon ausgegangen werden, dass es sich um einen realen Anstieg der Fehltag handelt. Für die unadjustierten Werte bedeutet dies, dass bei dem sehr geringen Anstieg der Fallzahl die Falldauer (Tage je Fall) im Vergleich zum Vorjahr deutlich angestiegen ist und zwar im Durchschnitt um einen Tag je Fall (2016: 13,0; 2015: 12,0 Tage je Fall). Hintergrund ist, dass sowohl Arbeitsunfälle als auch Reha-Fälle im Vergleich zu anderen AU-Ursachen relativ seltene Ereignisse, aber von meistens längerer Dauer sind. Im Weiteren werden die unadjustierten Kennzahlen beschrieben und verwendet. Bei längsschnitlichen Betrachtungen wird an den einschlägigen Stellen noch einmal auf die neue Datensystematik verwiesen.

Entsprechend lässt sich im Vorjahresvergleich auch für die einzelnen Versichertengruppen ein

deutlicher Anstieg der Fehltag konstatieren. Den mit durchschnittlich +9,4 AU-Tagen größten Anstieg bei den Fehlzeiten verzeichnen die Arbeitslosen (ALG-I-Empfänger). Auch wenn man an dieser Stelle die Modifikationen in den AU-Daten dieses Jahres berücksichtigt bzw. herausrechnet, liegt der Anstieg weiterhin bei mehr als einer Kalenderwoche (+7,2 AU-Tage). Bei den anderen Versichertengruppen fällt der Anstieg mit durchschnittlich 2 Kalendertagen und weniger wesentlich geringer aus und ist nach Korrektur noch geringer. Mit +0,7 AU-Tagen ist die Zunahme der Fehltag von 2015 zu 2016 bei den freiwilligen Mitgliedern am geringsten (vgl. **III** Tabelle 1.1.1). Die ALG-II-Empfänger bleiben bei den Fehlzeiten unberücksichtigt, da sie keinen Anspruch auf Krankengeld besitzen und somit kassenseitig in der Regel keine diesbezüglichen Leistungsfälle (AU-Fälle) angelegt werden. Dies gilt auch für die sonstigen Pflichtmitglieder (vgl. **III** Diagramm 1.1). In **III** Tabelle 1.1.1 sind, zusätzlich zu den erwähnten AU-Kennzahlen für das Berichtsjahr 2016, die entsprechend für das AU-Geschehen relevanten Mitgliederjahre dargestellt, die – wie bereits in der **III** Einleitung beschrieben – teilweise von den im **III** Diagramm 1.1 berichteten Kennzahlen abweichen.

Tabelle 1.1.1 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2016)

Versichertengruppen	Mitglieder in Mio.	AU-Tage je Mitglied	Veränderung zum Vorjahr (unkorrigiert) <sup>1</sup>	Veränderung zum Vorjahr (korrigiert) <sup>2</sup>	Krankenstand in Prozent	Anteile ohne AU in Prozent
Pflichtmitglieder insgesamt	3,92	19,7	+2,4	+1,2	5,4	36,4
Arbeitslose (nur ALG-I-Empfänger)	0,11	33,9	+9,5	+7,2	9,3	46,5
beschäftigte Pflichtmitglieder	3,80	19,3	+2,2	+1,1	5,3	36,0
freiwillige Mitglieder	0,95	8,2	+0,7	+0,1	2,2	63,2
beschäftigte freiwillige Mitglieder	0,68	11,3	+0,8	+0,1	3,1	49,2
beschäftigte Mitglieder insgesamt	4,48	18,1	+2,0	+0,9	5,0	38,0
Mitglieder ohne Rentner	4,87	17,4	+2,0	+1,0	4,8	41,7

<sup>1</sup> inklusive AU-Tage aufgrund von Reha-Fällen und Arbeitsunfällen

<sup>2</sup> exklusive AU-Tage aufgrund von Reha-Fällen und Arbeitsunfällen

Betrachtet man zusätzlich noch das Gegenstück der AU-Quote (Prozentanteil der jeweiligen Mitgliedergruppe mit mindestens einem AU-Fall im Berichtsjahr), so lässt sich auch in diesem Jahr feststellen, dass die freiwilligen Mitglieder den mit Abstand höchsten Anteil (63,2%) derjenigen innehaben, die keinen AU-Fall aufweisen. Mit 49,2% folgen dann die beschäftigten freiwilligen Mitglieder. Den geringsten Anteil der Mitglieder ohne einen AU-Fall im Jahr 2016 weisen die beschäftigten Pflichtmitglieder mit 36,0% auf. Bei den Arbeitslosen (ALG-I) lässt sich der im Vergleich hierzu relativ hohe Anteil (46,5%) von Mitgliedern ohne AU-Fall dadurch erklären, dass diese v.a. bei Kurzeiterkrankungen, wie sie unter anderem aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems auftreten, nicht zwingend einen Arzt aufsuchen und entsprechend weniger AU-Fälle entstehen. Dass Arbeitslose (ALG-I) trotzdem eine besondere gesundheitliche Problemlage aufweisen, wird im **III** Kapitel 1.2.2 näher beleuchtet.

Interessant ist auch der Blick auf die jeweiligen Prozentanteile der Mitglieder nach der Anzahl der AU-Fälle, wie in **III** Tabelle 1.1.2 zu sehen ist. Neben den 41,7% der Mitglieder, die im Jahr 2016 keinen AU-Fall aufweisen, haben fast ein Viertel (24,6%) nur einen AU-Fall im Berichtsjahr, 14,8% zwei AU-Fälle und 19,0% der Mitglieder drei und mehr AU-Fälle. Im Vergleich zum Vorjahr hat vor allem der Anteil derjenigen Mitglieder zugenommen, die drei und mehr AU-Fälle im Berichtsjahr aufweisen (+1,3 Prozentpunkte). Dagegen hat es eine Abnahme des Mitgliederanteils gegeben, der genau einen AU-Fall pro Jahr

aufweist (-0,7 Prozentpunkte), vermutlich, weil im Jahr 2016 die Grippe- und Erkältungswelle nicht so stark ausgefallen ist wie im Vorjahr.

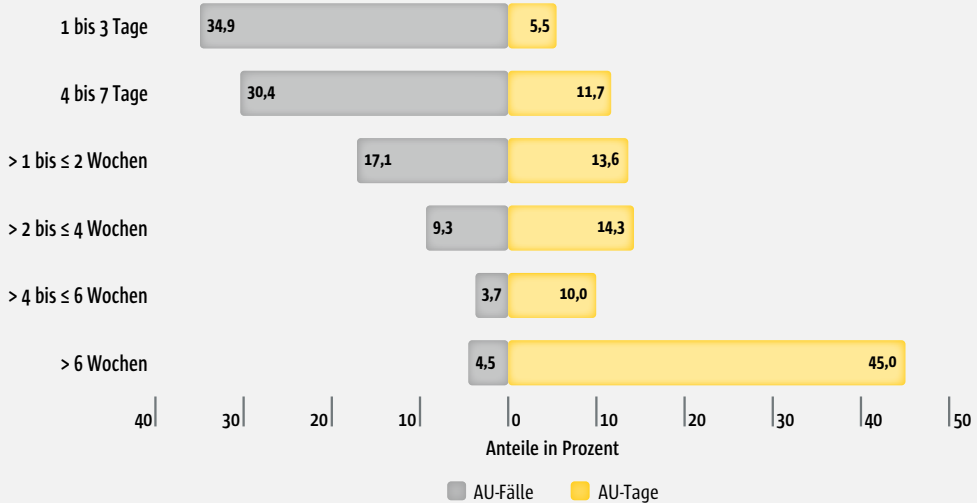
Neben der reinen Betrachtung der AU-Fälle bzw. AU-Tage gibt die Betrachtung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit Aufschluss darüber, wo Schwerpunkte im Bereich der Kurz- und Langzeiterkrankungen liegen. Insbesondere die Langzeiterkrankungen verursachen sowohl für die Betroffenen selbst, als auch für die Sozialsysteme insgesamt eine nicht unerhebliche Belastung. Im **III** Anhang A finden sich in **III** Tabelle A.3 zu den Falldauern weitere detaillierte Auswertungen zum AU-Geschehen der Mitglieder.

Betrachtet man zunächst die AU-Fälle, die mit einer Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeit von maximal sieben Tagen Dauer verbunden sind, so zeigt sich, dass die Mehrheit aller AU-Fälle (65,3%) in diese Kategorie fällt (vgl. **III** Diagramm 1.1.2). Bei den sogenannten

Tabelle 1.1.2 AU-Quoten der Mitglieder ohne Rentner im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2016)

Anzahl der AU-Fälle	Anteile in Prozent	Veränderung zum Vorjahr
kein AU-Fall	41,7	-0,4
1 AU-Fall	24,6	-0,7
2 AU-Fälle	14,8	-0,1
3 und mehr AU-Fälle	19,0	+1,3

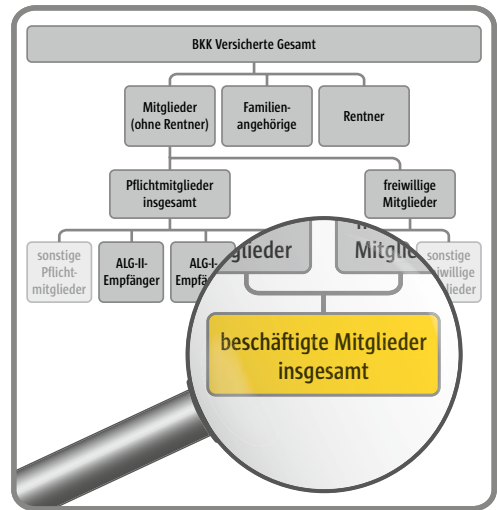
Diagramm 1.1.2 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2016)



Langzeitfällen mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen liegt dieser Anteil gerade mal bei 4,5%. Allerdings wird hier deutlich, dass 45,0% aller AU-Tage auf Langzeitfälle zurückzuführen sind und somit den größten Anteil von allen hier dargestellten Dauerklassen einnehmen. Bezogen auf die vorher genannten Kurzzeitfälle beträgt deren Anteil an den AU-Tagen weit weniger als die Hälfte (17,2%) der Menge der Langzeitfälle. Im Vergleich zum Jahr 2015 ist der Anteil der AU-Fälle für Kurzzeiterkrankungen leicht zurückgegangen. Der Anteil der AU-Fälle mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen ist hingegen deutlich angestiegen (2015: 3,8%), was zum Teil durch die eingangs beschriebene neue Berechnungsgrundlage der AU-Daten begründet sein kann.

Für die AU-Tag ist ebenfalls eine leichte Abnahme der Anteile bei den Kurzzeiterkrankungen insbesondere bei einer Dauer von bis zu einer Woche (jeweils -1,8 Prozentpunkte) und gleichzeitig eine Zunahme der Anteile bei den Langzeiterkrankungen über sechs Wochen (+3,3 Prozentpunkte) zu verzeichnen, was zum Teil auch durch die Modifikationen in den AU-Daten aber auch durch die gering ausgeprägte Grippewelle im Jahr 2016 begründet ist.

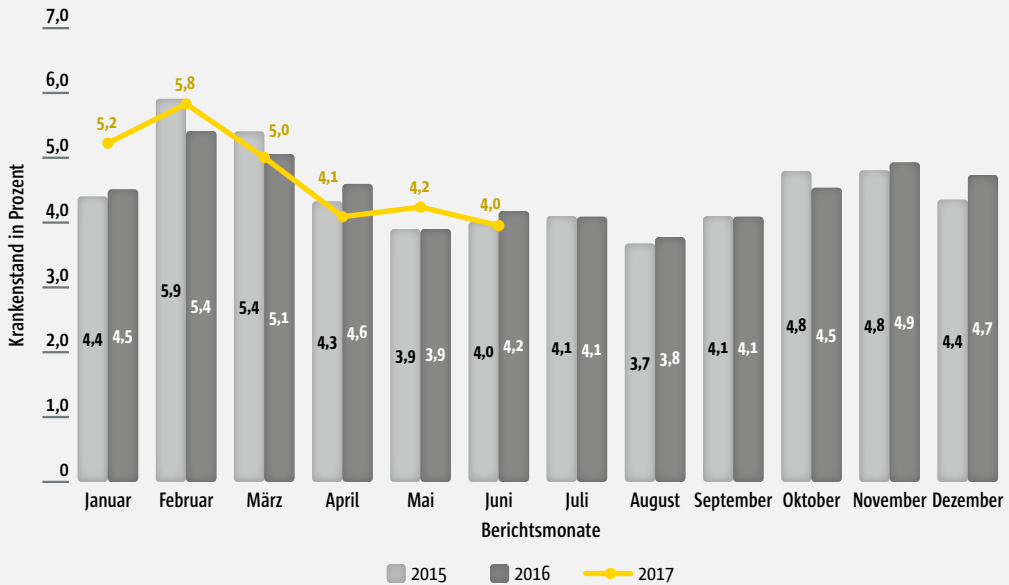
### 1.1.2 Entwicklung im Jahr 2017



- Aufgrund einer starken Grippewelle sind im I. Quartal 2017, insbesondere im Januar und Februar, deutlich höhere krankheitsbedingte Fehlzeiten als im Vorjahresquartal zu verzeichnen.

Neben den jahresbezogenen Statistiken stehen auch die monatlichen Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit der beschäftigten Mitglieder zur Verfügung. Es handelt sich hierbei um eine monatliche Sondererhe-

Diagramm 1.1.3 Monatlicher Krankenstand der beschäftigten Mitglieder im Zeitverlauf (2015–2017)



bung. Berichtet werden die AU-Tage bzw. der Krankenstand insgesamt sowie zusätzlich differenziert nach Altersgruppen, Wirtschaftsgruppen, Berufsgruppen, Diagnosehauptgruppen sowie Bundesländern. Aufgrund der mit dem Erhebungsverfahren verbundenen Besonderheiten weichen die Kennwerte von den Ergebnissen der Jahresstatistiken ab. Allerdings ermöglicht es die monatliche Krankenstandstatistik, schon frühzeitig Trends sowie Entwicklungen im laufenden Jahr abzuschätzen (z. B. Auswirkungen der Grippe- und Erkältungswelle, besonders stark betroffene Wirtschafts- oder Berufsgruppen) und somit erste Ableitungen für das entsprechende Datenjahr und den damit verbundenen und folgenden BKK Gesundheitsreport 2018 zu treffen.

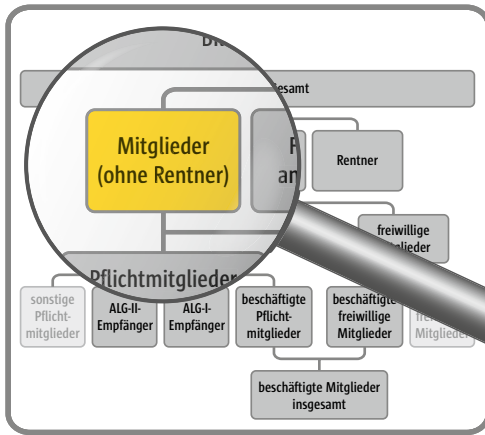
Neben der Monatsstatistik der Betriebskrankenkassen, die das AU-Geschehen des jeweiligen gesamten Kalendermonats betrachtet, wird in der amtlichen Statistik (die sogenannte KM1-Statistik) ein stichtagsbezogener Krankenstand ermittelt. Als Stichtag ist dabei der jeweils Monatserste definiert, was den Nachteil mit sich bringt, dass in allen Bundesländern fünf dieser Stichtage in 2017 auf einen gesetzlichen Feiertag bzw. ein Wochenende fallen, an denen sich erfahrungsgemäß sehr wenige Betroffene bei einer Erkrankung eine Arbeitsunfähigkeit attestieren lassen, sondern dies meist am kommenden Werktag nachholen. Die Stichtagsstatistik unterschätzt insbesondere in den oben be-

schriebenen Fällen das wahre Ausmaß des AU-Geschehens. Nicht unerwähnt soll an dieser Stelle bleiben, dass auch die BKK Statistik eine gewisse Unschärfe hat. So können nur die AU-Fälle und AU-Tage erfasst werden, für die auch eine entsprechende AU-Bescheinigung vorliegt. Dies ist zum Beispiel bei den beschäftigten Mitgliedern nicht der Fall, wenn diese aufgrund der vom Arbeitgeber gewährten 3 Karentage ohne Krankenschein zu Hause bleiben.

Blicken wir nun auf die aktuelle Entwicklung in den ersten beiden Quartalen des Jahres 2017. Wie in **»»»** Diagramm 1.1.3 deutlich wird, ist insbesondere im Januar (5,2%) und Februar (5,8%) 2017 ein hoher Krankenstand verursacht durch die Grippe- und Erkältungswelle zu erkennen. Die entsprechenden Werte für die Monate März und April liegen dagegen leicht unter denen des Jahres 2016, der Wert für Mai 2017 ist wiederum größer als der Vorjahreswert. Im I. Quartal 2017 ist wieder ein deutliches Grippe- und Erkältungsmuster erkennbar, was sich auch mit den Statistiken der Arbeitsgemeinschaft Influenza des Robert-Koch-Institutes deckt. Deren Ausprägung ist aber tendenziell niedriger als bei den Monatswerten für das Jahr 2015, wo eine besonders ausgeprägte Grippe- und Erkältungswelle zu beobachten war.



### 1.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen

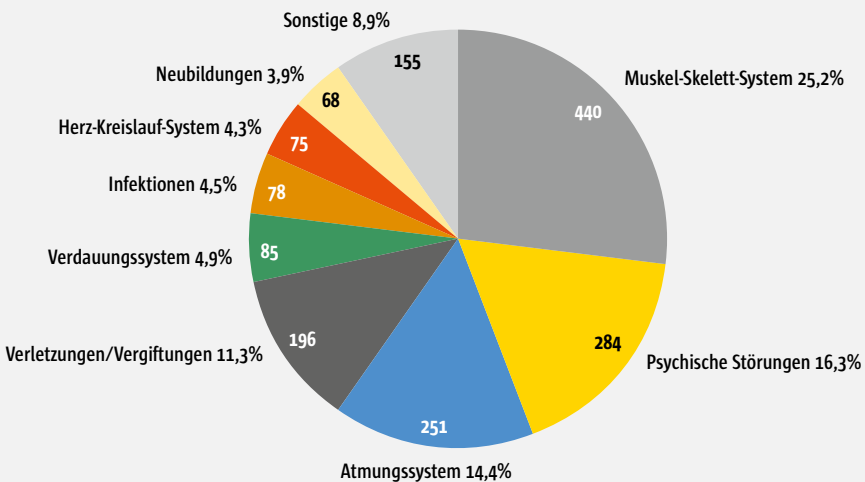


- Mit mehr als jedem vierten Fehltag (25,2%) sind die Muskel- und Skeletterkrankungen nach wie vor die wichtigste Ursache von Arbeitsunfähigkeit.
- Die psychischen Störungen verdrängen mit 16,3% aller AU-Tage im Jahr 2016 die Atemwegserkrankungen mit einem Anteil von nur 14,4% von Platz 2 auf Platz 3 der Ursachen für Arbeitsunfähigkeit.

Unverändert an der Spitze der Krankheitsursachen für Arbeitsunfähigkeit liegen mit 25,2% aller Fehltag die Muskel- und Skeletterkrankungen, gefolgt von den psychischen Störungen mit 16,3% aller AU-Tage, die die Atemwegserkrankungen mit 14,4% aller AU-Tage auf den dritten Platz der Krankheitsursachen für Arbeitsunfähigkeit in diesem Jahr verdrängen. Allein diese drei Diagnosehauptgruppen sind für mehr als die Hälfte (55,9%) aller AU-Tage bei den Mitgliedern verantwortlich. Mit 11,3% der AU-Tage sind die Verletzungen und Vergiftungen als Ursache von Fehltagen an vierter Stelle zu finden. Alle weiteren betrachteten Diagnosehauptgruppen sind für einen wesentlich geringeren Anteil der krankheitsbedingten Fehltag der Mitglieder verantwortlich, der im einstelligen Prozentbereich liegt (vgl. Diagramm 1.1.4).

In Tabelle 1.1.3 ist die Entwicklung der AU-Tage für das Jahr 2016 im Vergleich zum Vorjahr abgebildet. Die zu erkennenden teils deutlichen Anstiege der AU-Tage innerhalb der einzelnen Diagnosehauptgruppen sind auch hier teilweise durch die bereits erwähnte, neue Datensystematik begründet. Dabei sind insbesondere solche Diagnosehauptgruppen betroffen, die vor allem durch ein chronisches bzw. langwieriges Krankheitsgeschehen (Muskel- und Skeletterkrankungen, psychische Störungen, Neubildungen) gekennzeichnet sind oder die insbeson-

Diagramm 1.1.4 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)



AU-Tage je 100 Mitglieder ohne Rentner bzw. Anteile in Prozent

Tabelle 1.1.3 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2016)

Diagnosehauptgruppen	Berichtsjahr 2015	Berichtsjahr 2016	Veränderungen 2015 zu 2016	
	AU-Tage je 100 Mitglieder ohne Rentner		Anteile in Prozent	
Muskel-Skelett-System	380	440	+60	+16
Psychische Störungen	233	284	+51	+22
Atmungssystem	257	251	-6	-2
Verletzungen/Vergiftungen	159	196	+37	+23
Verdauungssystem	81	85	+4	+5
Herz-Kreislauf-System	63	75	+12	+19
Infektionen	72	78	+6	+8
Neubildungen	55	68	+14	+25
Sonstige	242	268	+26	+11
Gesamt	1.542	1.745	+203	+13

dere im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen (Verletzungen und Vergiftungen) stehen. Dagegen zeigen sich bei Krankheitsarten mit vorwiegend akutem und kurzzeitigem Verlauf (z.B. Atemwegserkrankungen, Infektionen oder Erkrankungen des Verdauungssystems) trotz der neuen Datensystematik kaum Veränderungen zum Vorjahr, da diese nur selten als Ursache bzw. Folge eines Arbeitsunfalls oder eines Reha-Falls auftreten.

Die gerade beschriebene Entwicklung im Vorjahresvergleich ist in **»»»** Diagramm 1.1.5 noch einmal für den Zeitraum von 2006 bis 2016 dargestellt. Neben den nahezu unveränderten Fehltagen für die Erkrankungen des Atmungs- und des Verdauungssystems sowie auch bei den Infektionen zeigen sich die bereits beschriebenen deutlichen Anstiege der AU-Tage bei den Muskel- und Skeletterkrankungen, den psychischen Störungen sowie den Verletzungen und Vergiftungen. In der langfristigen Betrachtung zeigt sich, dass die Mitglieder im Jahr 2006 noch im Mittel circa 6 Kalendertage weniger krankheitsbedingt arbeitsunfähig waren als im Jahr 2016. Den größten Anstieg verzeichnen nach wie vor die AU-Tage aufgrund psychischer Störungen, die zwischen 2006 und 2016 um mehr als das 2,5-Fache angestiegen sind (2006: 1,1 AU-Tage; 2016: 2,8 AU-Tage). Dies hängt aber nicht mit einer generellen Zunahme der psychischen und Verhaltensstörungen in der bundesdeutschen Bevölkerung zusammen, sondern, wie im **»»»** BKK Gesundheitsatlas 2015 gezeigt werden konnte, u. a. damit, dass insbesondere bei dieser Krank-

heitsart eine bessere Diagnostik als noch vor einigen Jahren praktiziert wird und zudem durch die öffentliche Debatte zur Thematik eine Entstigmatisierung des Krankheitsbildes stattgefunden hat und sowohl Patienten als auch Ärzte eine höhere Sensibilität und Offenheit zeigen.

In **»»»** Tabelle 1.1.4 sind die AU-Quoten (d.h. die prozentuale Häufigkeit von AU-Fällen der Mitglieder) für die drei im AU-Geschehen wichtigsten Krankheitsarten aufgeführt. Die geringsten Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr zeigen sich bei den AU-Fällen aufgrund von psychischen Störungen. Weiterhin weist die überwiegende Mehrheit keinen AU-Fall aufgrund dieser Krankheitsart auf (2016: 94,2%; 2015: 94,7% ohne AU-Fall). Gleiches gilt auch für die Muskel- und Skeletterkrankungen (2016: 84,4% ohne AU-Fall), wobei hier der Anteil derer ohne AU-Fall um -0,7 Prozentpunkte leicht abgenommen hat (2015: 85,1% ohne AU-Fall). Die deutlichsten Änderungen zeigen sich jedoch für die Atemwegserkrankungen. Waren 2015 lediglich 71,6% ohne AU-Fall aufgrund dieser Krankheitsart, so sind es 2016 72,7%, was ebenfalls ein Indiz dafür ist, dass die Grippe- und Erkältungswelle im Jahr 2016 nicht so ausgeprägt war wie im Jahr zuvor.

Schaut man sich die Falldauern nach den für das AU-Geschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen an, so fällt auch hier auf, dass die Kennzahlen bei den psychischen Störungen, den Neubildungen, den Herz- und Kreislauferkrankungen, den Muskel- und Skeletterkrankungen sowie den Verletzungen und

Diagramm 1.1.5 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2006–2016)

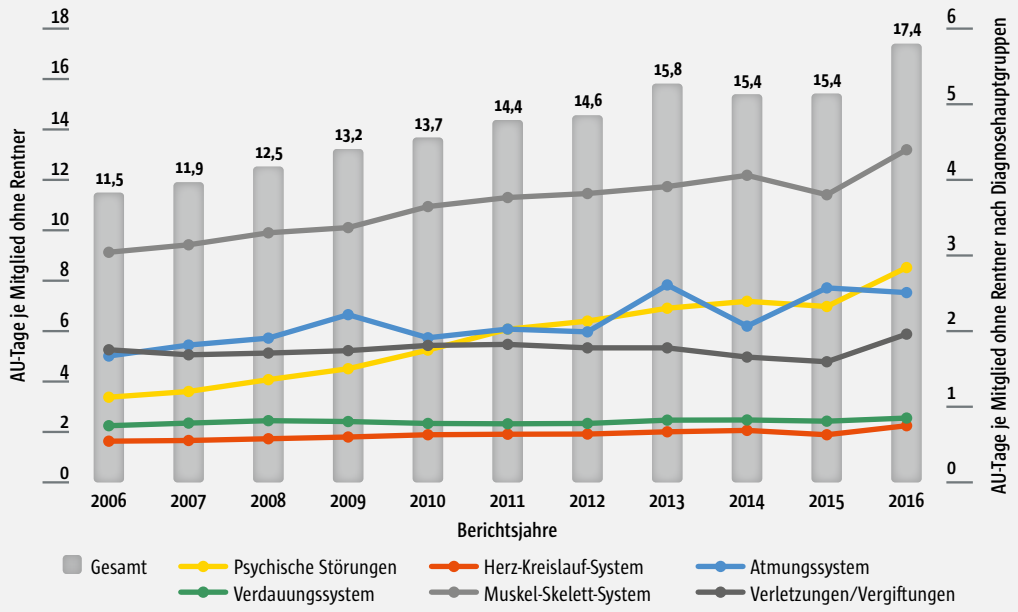


Tabelle 1.1.4 AU-Quoten der Mitglieder ohne Rentner nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)

Anzahl der AU-Fälle	Muskel-Skelett-System	Atmungssystem	Psychische Störungen
	Anteile in Prozent		
kein AU-Fall	84,4	72,7	94,2
1 AU-Fall	11,2	19,4	4,7
2 AU-Fälle	3,0	5,7	0,8
3 und mehr AU-Fälle	1,4	2,2	0,3

Vergiftungen zwischen +1,3 bis zu +2,8 Tagen je Fall im Vergleich zum Vorjahr angestiegen sind (»»» Diagramm 1.1.6). Hintergrund ist hier ebenfalls die modifizierte Datensystematik, was auch daran zu erkennen ist, dass sich die Falldauern der primär nicht mit Arbeitsunfällen bzw. Reha-Fällen assoziierten Krankheitsarten (Erkrankungen des Atmungssystems, des Verdauungssystems bzw. Infektionen) nahezu nicht verändert haben. Insgesamt wird diagnoseübergreifend eine Zunahme der Falldauer von im Durchschnitt einem Tag je Fall im Vorjahresvergleich erkennbar. Mit einer durchschnittlichen Falldauer von mehr als 5 Kalenderwochen stehen nach wie vor die psychischen Störungen an der Spitze der Krankheitsursachen für Arbeitsunfähigkeit nach Falldauer.

Betrachtet man zusätzlich die Krankengeldtage differenziert nach den wichtigsten Diagnosehauptgruppen in »»» Diagramm 1.1.7, so zeigt sich, dass die Muskel- und Skeletterkrankungen mit 29,8% den größten Anteil verursachen. Mit 27,7% knapp dahinter folgen die psychischen Störungen. Allein diese beiden Krankheitsarten sind somit für mehr als die Hälfte (57,5%) aller Krankengeldtage der Mitglieder verantwortlich.

Bezogen auf alle AU-Tage zeigt sich, dass innerhalb der Gruppe der psychischen Störungen mehr als jeder zweite AU-Tag (52,2%) mit Krankengeldbezug verbunden ist, bei den Muskel- und Skeletterkrankungen ist es etwas mehr als jeder dritte AU-Tag (36,3%). Dagegen nehmen AU-Tage mit einem Kran-

Diagramm 1.1.6 AU-Tage je Fall der Mitglieder ohne Rentner – durchschnittliche Falldauer nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)

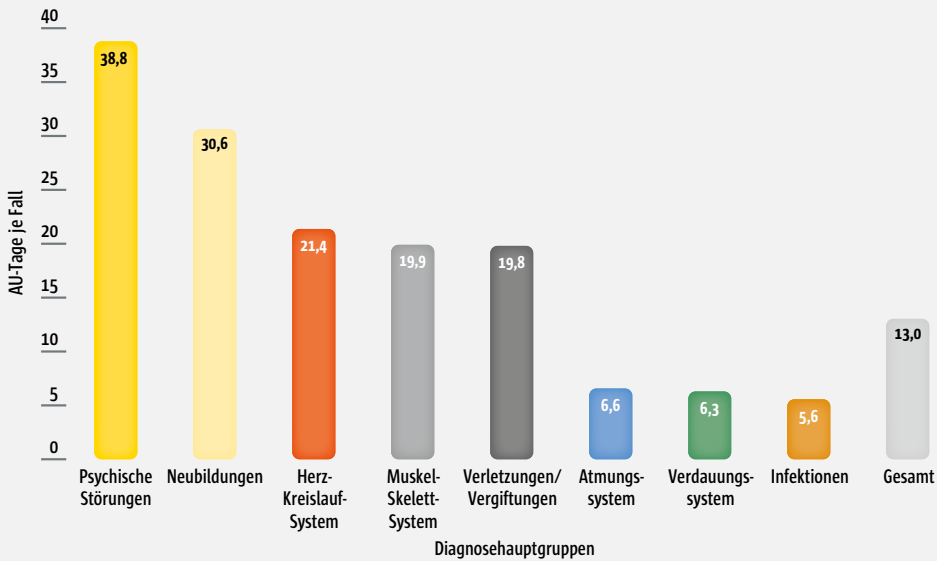
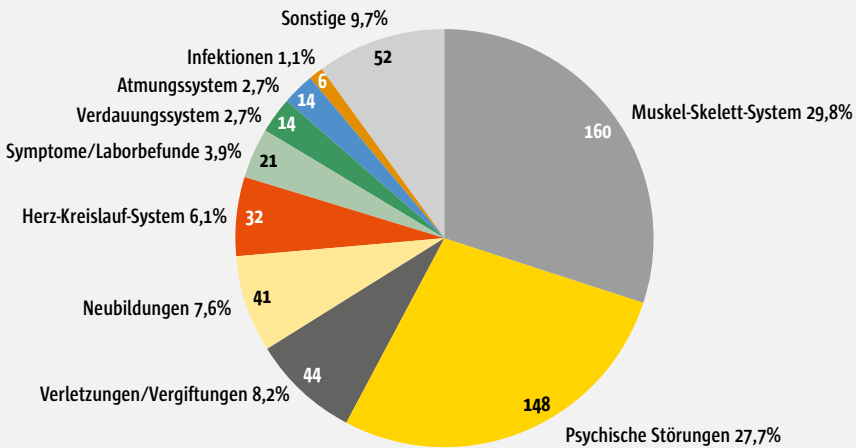


Diagramm 1.1.7 Krankengeldtage der Mitglieder ohne Rentner – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)



Krankengeldtage je 100 Mitglieder ohne Rentner bzw. Anteile in Prozent

kengeldbezug bei den Atemwegserkrankungen nur einen sehr geringen Anteil ein (5,7%). Neubildungen haben zwar im Krankengeldgeschehen der Mitglieder mit einem Anteil von 7,6% nur eine geringe Be-

deutung, allerdings sind innerhalb dieser Diagnosehauptgruppe die meisten AU-Tage (59,9%) mit einem Krankengeldbezug verbunden, da sie häufig eine langwierige Therapie- und Genesungsphase mit sich

bringen. Weitere Kennzahlen nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht bezogen auf die Krankengeldleistungen finden sich auch im **»»»** Anhang A in der **»»»** Tabelle A.2.

■ Rückenschmerzen (M54), akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) und depressive Episoden (F32) sind nach wie vor die drei wichtigsten Einzeldiagnosen für das AU-Geschehen.

Wurden in den bisherigen Analysen die wichtigsten Kennzahlen des AU-Geschehens auf Ebene der BKK Mitglieder insgesamt sowie nach Diagnosehauptgruppen dargestellt, so widmet sich der folgende Teil den Einzeldiagnosen (im Folgenden Diagnosen genannt) die zu einer Arbeitsunfähigkeit führen. Dabei liegt der Fokus vor allem innerhalb der drei Diagnosehauptgruppen, die den größten Anteil der AU-Tage der Mitglieder auf sich vereinen (vgl. **»»»** Diagramm 1.1.4). Da AU-Fälle und -Tage bei einzelnen Diagnosen zum Teil mit sehr geringer Häufigkeit vorkommen, werden die Kennzahlen in diesem Abschnitt jeweils je 1.000 Mitglieder dargestellt. Weitere geschlechtsspezifische Auswertungen für die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen finden sich zudem auch im **»»»** Kapitel 1.2.

Einleitend sind in **»»»** Tabelle 1.1.5 noch einmal die AU-Kennzahlen der nach Fehltagen wichtigsten drei Diagnosehauptgruppen für die Arbeitsunfähigkeit dargestellt. Neben den AU-Tagen, die bereits in **»»»** Tabelle 1.1.3 zu sehen waren, soll an dieser Stelle auch ein Blick auf die weiteren relevanten AU-Kenngrößen geworfen werden. Die mit Abstand höchste Fallzahl (383 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder) bei der gleichzeitig niedrigsten Falldauer (6,6 Tage je Fall) weisen die Atemwegserkrankungen auf. Dies ist vor allem durch Erkältungserkrankungen verursacht, die in der Regel zwar häufig auftreten, aber meist nur zu einer kurzen Arbeitsunfähigkeit führen. Die Anzahl der Fälle bei den Muskel- und Skeletterkrankungen ist zwar dagegen fast nur halb so groß

(221 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder), allerdings tritt hier eine dreimal so lange Falldauer (19,9 Tage je Fall) auf. Diese Diagnosehauptgruppe ist im Gegensatz zur erstgenannten häufiger mit langwierigeren und auch chronischen Erkrankungen verbunden. Weniger als ein Fünftel (73 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder) der Fallzahlen bei den Atemwegserkrankungen weisen die psychischen Störungen auf. Dass hier der Anteil der langfristigen und chronischen Erkrankungen im Vergleich zu den anderen beiden Diagnosehauptgruppen am höchsten ist, zeigt sich in der Falldauer von durchschnittlich mehr als 5 Kalenderwochen (38,8 Tage je Fall).

Im Folgenden werden diese drei Diagnosehauptgruppen im Detail nach ihrer Bedeutung für das AU-Geschehen betrachtet. Einleitend werden zunächst die nach den AU-Tagen wichtigsten Einzeldiagnosen insgesamt dargestellt (**»»»** Tabelle 1.1.6).

Wenig überraschend ist, dass von den zehn häufigsten Diagnosen neun aus den drei oben beschriebenen, für das AU-Geschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen stammen. Rückenschmerzen (M54) stehen dabei mit 1.242 AU-Tagen je 1.000 Mitglieder an der Spitze der Ursachen für Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der nur gering ausgeprägten Erkältungswelle in 2016 sind entsprechend die akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06) diesmal nur auf Platz 2 nach AU-Tagen zu finden. Die dritthäufigste Ursache für AU-Tage ist, wie auch im Jahr 2015, die depressive Episode (F32). Insgesamt sind unter den zehn Einzeldiagnosen, die die meisten AU-Tage auf sich vereinen, jeweils vier aus der Gruppe der Muskel- und Skeletterkrankungen und aus der Gruppe der psychischen Störungen zu finden, was die Bedeutung dieser beiden Krankheitsarten für das Fehlzeitengeschehen noch einmal unterstreicht.

Da das Geschlecht und auch das Alter der Mitglieder einen wesentlichen Einfluss auf das Krankheitsgeschehen ausüben, werden im folgenden Ab-

**Tabelle 1.1.5 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für die drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)**

Rang	ICD-10-Code	Diagnosehauptgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
			je 1.000 Mitglieder ohne Rentner		
1.	M00-M99	Muskel-Skelett-System	221	4.400	19,9
2.	F00-F99	Psychische Störungen	73	2.840	38,8
3.	J00-J99	Atmungssystem	383	2.513	6,6

Tabelle 1.1.6 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2016)

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	Tage je Fall	Rang im Jahr 2015 nach AU-Tagen
M54	Rückenschmerzen	1.242	14,3	2
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	1.102	5,9	1
F32	Depressive Episode	920	54,2	3
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	569	26,9	4
M75	Schulterläsionen	360	32,6	5
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	345	34,4	7
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	326	4,5	6
F33	Rezidivierende depressive Störung	313	66,9	11
F48	Andere neurotische Störungen	297	26,7	10
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	273	31,5	9

schnitt unter anderem auch weitere Betrachtungen nach Diagnosehauptgruppen sowie Diagnosen vorgenommen, die die vorhergehenden Ausführungen fortsetzen und erweitern. Im **»»** Anhang A sind in

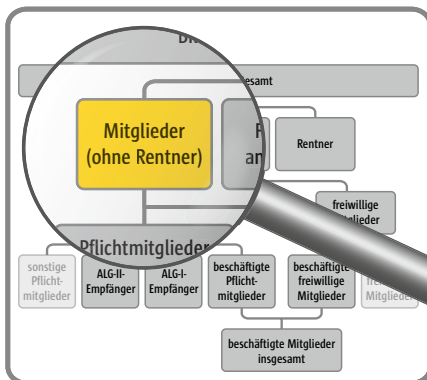
**»»** Tabelle A. 4 hierzu weitere differenzierte Auswertungen nach Geschlecht und den wichtigsten Diagnosen bezogen auf die AU-Tage und AU-Fälle der Mitglieder zu finden.

## 1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

In dem nun folgenden Abschnitt wird das AU-Geschehen der BKK Mitglieder nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen dargestellt. Die Auswahl der entsprechenden Merkmale erfolgt insbesondere nach ihrem Einfluss auf die AU-Kennzahlen. Neben dem Alter und dem Geschlecht stellt auch der Versicherungsstatus, als ein mittelbarer Indikator der sozialen Lage, einen wichtigen Einflussfaktor für das AU-Geschehen dar. Weitere relevante Einflussgrößen, wie der höchste Berufs- bzw. Schulabschluss, finden ebenfalls Eingang in die Betrachtung. Die berufliche Tätigkeit sowie die damit verbundenen Merkmale, die im weiteren Sinne auch zur Soziodemografie gehören, werden separat in **III** Kapitel 1.4 dargestellt.

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

### 1.2.1 AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht



- Ältere Mitglieder sind nicht häufiger krank als die jüngeren. Wenn aber ältere Mitglieder arbeitsfähig sind, dann dauert deren Erkrankung durchschnittlich länger als bei den Jüngeren.

In **III** Diagramm 1.2.1 sind die AU-Tage und AU-Fälle der Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht dargestellt. Über alle Altersgruppen hinweg weisen die Frauen durchschnittlich mehr AU-Fälle sowie mehr AU-Tage auf. Der größte Geschlechtsunterschied – und zwar jeweils zu Ungunsten der Frauen – tritt bei den AU-Fällen mit 18,9 % in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen und bei den AU-Tagen mit 16,3 % bei den 30- bis 34-Jährigen auf.

Bezogen auf das Alter zeigt sich bei den Fehltagen ein nahezu kontinuierlicher Anstieg bis einschließlich zur Gruppe der 60- bis 64-Jährigen. Die Gruppe der – in der Regel noch beschäftigten – über 65-Jährigen hat dagegen, im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen, die wenigsten AU-Tage zu verzeichnen. Vermutlich handelt es sich hier um den sogenannten *healthy worker effect*: Erwerbstätige, die kurz vor dem Renteneintrittsalter stehen, sind meist gesünder als jüngere Beschäftigte, weil die von (chronischen) Erkrankungen Betroffenen in dieser Altersgruppe häufig schon vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden und somit nicht mehr in der AU-Statistik präsent sind. Erweiterte Analysen und Kennzahlen zum AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht sind auch im **III** Anhang A in der **III** Tabelle A.5 zu finden.

Bezüglich der AU-Quote zeigen sich innerhalb der Geschlechter kaum Unterschiede zwischen den einzelnen Altersgruppen (vgl. **III** Tabelle 1.2.1). Lediglich bei den Frauen im Alter zwischen 35 bis 49 Jahren ist der Anteil derjenigen ohne einen AU-Fall im Berichtsjahr (42,0 %) etwas höher als in den anderen Altersgruppen (37,5 % bis 38,1 %) ausgeprägt.

Altersunabhängig zeigt sich zwischen den Geschlechtern, dass Frauen insgesamt häufiger min-

1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 1.2.1 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

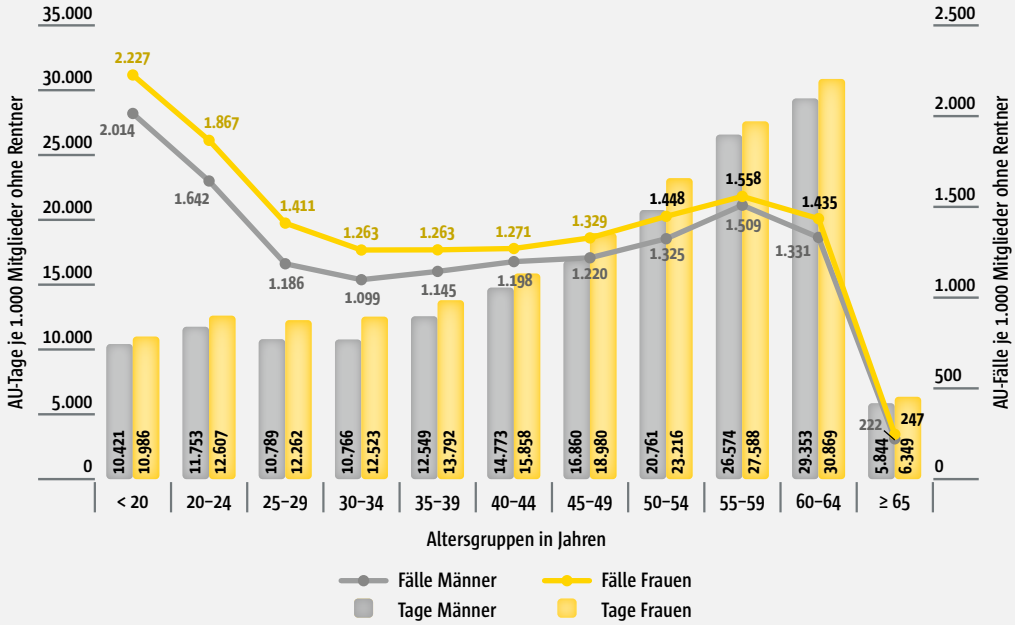


Tabelle 1.2.1 AU-Quoten der Mitglieder ohne Rentner nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

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	43,1	37,5	45,1	42,0	42,2	38,1	43,5	39,4
1 AU-Fall	24,5	25,5	24,5	25,0	23,5	24,8	24,1	25,1
2 AU-Fälle	14,0	15,4	14,2	14,9	14,8	16,0	14,4	15,4
3 und mehr AU-Fälle	18,4	21,7	16,3	18,1	19,5	21,2	18,0	20,2

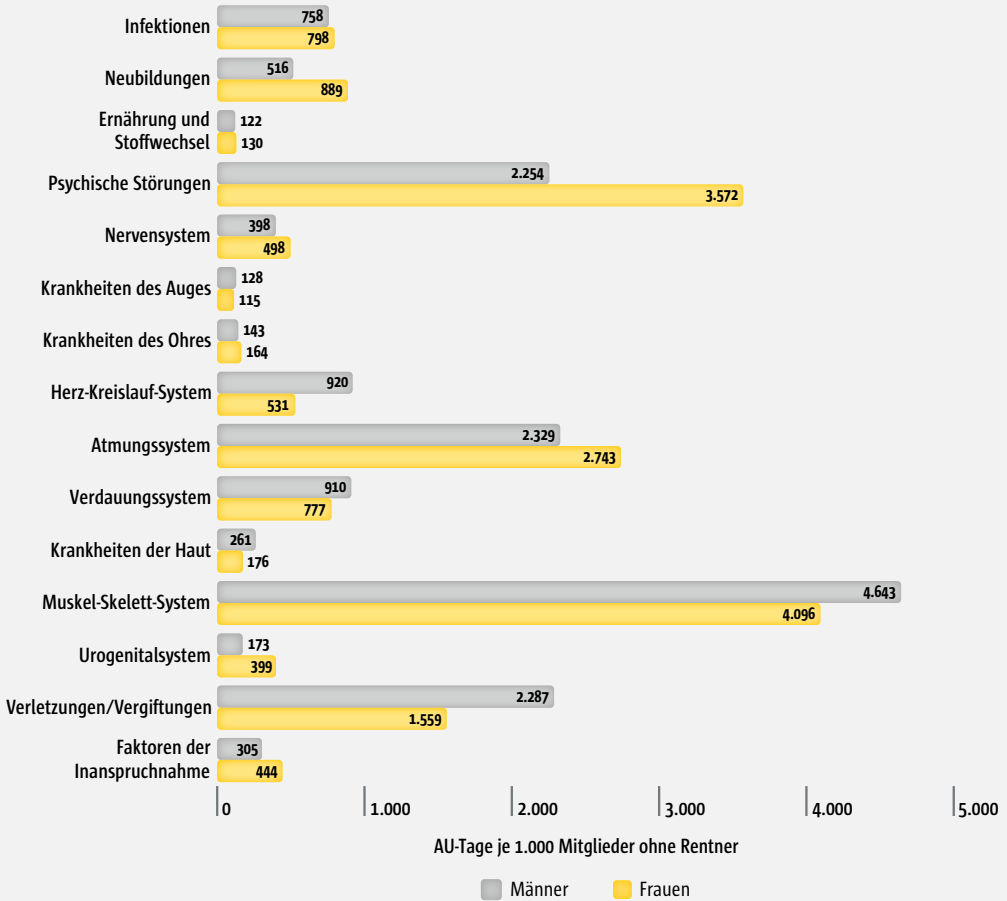
destens einen AU-Fall (60,6%) aufweisen als Männer (56,5%). Dieser Geschlechtsunterschied besteht auch innerhalb der einzelnen Altersgruppen in ähnlichem Maße. Der geringste Unterschied zwischen Männern und Frauen lässt sich für die Gruppe der 35- bis 49-Jährigen feststellen.

- Während bei den Frauen deutlich mehr AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen und Atemwegserkrankungen anfallen als bei den Männern, ist es bei den Muskel- und Skeletterkrankungen und bei den Verletzungen und Vergiftungen genau umgekehrt.

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



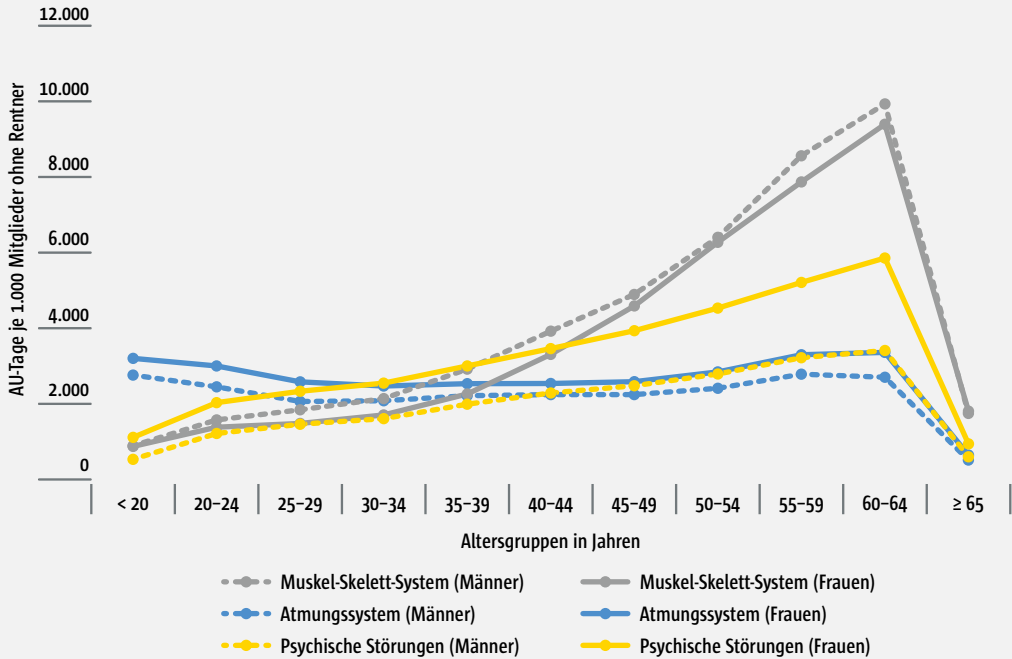
Diagramm 1.2.2 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



Wie bereits in den Vorjahren weisen die Männer vor allem bei den Verletzungen und Vergiftungen, den Muskel- und Skeletterkrankungen sowie auch bei den Herz- und Kreislauferkrankungen durchschnittlich deutlich mehr AU-Tage als die weiblichen Mitglieder auf. Dagegen sind Frauen wesentlich häufiger aufgrund von psychischen Störungen, Atemwegserkrankungen und Neubildungen arbeitsunfähig. Bei den psychischen Störungen ist es im Mittel mehr als ein AU-Tag je Mitglied, den die Frauen mehr aufweisen. Für alle anderen betrachteten Diagnosehauptgruppen fallen nicht nur die Geschlechtsunterschiede gering aus, die Bedeutung dieser für das AU-Geschehen insgesamt ist wesentlich geringer als bei den vorher genannten Krankheitsarten.

In **»»** Diagramm 1.2.3 sind die AU-Tage der drei für das AU-Geschehen wichtigsten Krankheitsarten getrennt nach Altersgruppen und Geschlecht dargestellt. Es zeigt sich, dass Frauen altersunabhängig im Mittel mehr AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen bzw. von psychischen Störungen aufweisen als Männer. Insbesondere bei letztgenannter Krankheitsart beträgt dieser Unterschied im Durchschnitt 1,3 AU-Tage je Mitglied. Für die AU-Tage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen tritt der Geschlechtsunterschied (zu Ungunsten der Männer) nicht so deutlich zu Tage. Dagegen steigen bei dieser Krankheitsart zwischen den unter 20-Jährigen und den 60- bis 64-Jährigen die AU-Tage insgesamt um fast das 11-Fache an, bei den psychischen Erkrankungen ist es mehr als das 5-Fache. Für die Atem-

Diagramm 1.2.3 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



wegserkrankungen tritt hingegen nahezu keine Veränderung mit zunehmendem Alter auf. Auch hier wird für alle Krankheitsarten der bereits beschriebene Knick bei den über 65-Jährigen deutlich.

Betrachtet man zusätzlich noch die durchschnittliche Falldauer für die beschriebenen Diagnosehauptgruppen, so zeigt sich dabei, dass sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen jeweils bei den über 65-Jährigen die durchschnittlich meisten Tage je Fall auftreten. Wird also eine Person aus dieser Gruppe arbeitsunfähig, was wesentlich seltener auftritt als in allen anderen Altersgruppen, so ist dies aber in der Regel mit einer langen Ausfallzeit verbunden. Die höchste durchschnittliche Falldauer ist dann entsprechend auch in der Altersgruppe der über 65-Jährigen sowohl bei den Frauen (57,1 Tage je Fall) als auch bei den Männern (57,0 Tage je Fall) für die psychischen Störungen zu finden. Dagegen sind diesbezüglich die Falldauern bei der Gruppe der unter 20-Jährigen um ein Vielfaches geringer (Männer: 16,5 Tage je Fall; Frauen: 14,3 Tage je Fall).

Nach der Betrachtung der Diagnosehauptgruppen soll nachfolgend noch einmal ein vertiefender Blick auf die wichtigsten Diagnosen geworfen werden.

### Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

- Die Rückenschmerzen (M54) sind, sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen, nach wie vor die Hauptursache von Fehltagen innerhalb der Gruppe der Muskel- und Skeletterkrankungen.
- Mehr als jeder vierte AU-Tag innerhalb dieser Diagnosehauptgruppe geht zulasten dieser Einzeldiagnose (Männer: 29,5%; Frauen: 26,4%).

Wie in **III** Diagramm 1.2.4 zu erkennen ist, zeigt sich für beide Geschlechter in 2016 im Vergleich zum Vorjahr ein deutlicher Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen. Teilweise ist dieser Anstieg auf die bereits mehrfach erwähnte neue Datensystematik zurückzuführen, kann ihn aber nicht vollständig erklären, sodass im Vergleich zu den Vorjahren von einem realen, aber etwas moderateren Anstieg der AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart auszugehen ist. Unverändert ist dabei nach wie vor, dass die Männer durchschnittlich deutlich mehr AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart aufweisen als die Frauen – im Schnitt beträgt die Differenz etwas mehr als einen halben AU-

Tag je Mitglied. Im Vergleich zum Jahr 2006 haben die AU-Tage zwar um circa 45% zugenommen, schaut man jedoch weitere zehn Jahre (1996) zurück, so zeigt sich sogar eine leichte Abnahme um circa 13%.

Die **»** Tabelle 1.2.2 zeigt, dass die Diagnose Rückenschmerzen (M54) nach wie vor die in dieser Krankheitsgruppe für das Fehlzeitengeschehen wichtigste Erkrankung sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen ist. 29,5% aller AU-Tage bei den Männern und 26,4% der AU-Tage bei den Frauen auf-

grund von Muskel- und Skeletterkrankungen werden allein durch diese Diagnose verursacht. Insgesamt hat sich an der Zusammensetzung der zehn wichtigsten Diagnosen aus dem Spektrum der Muskel- und Skeletterkrankungen als Ursache für Arbeitsunfähigkeit sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen nichts geändert, lediglich haben einzelne Diagnosen im Vergleich zum Vorjahr die Platzierungen getauscht. Insgesamt 75,1% der AU-Tage bei den Männern und 70,3% der AU-Tage bei den Frauen innerhalb

**Tabelle 1.2.2 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für die zehn wichtigsten Diagnosen für das Muskel-Skelett-System nach Geschlecht (Berichtsjahr 2016)**

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage
		je 1.000 Mitglieder ohne Rentner		je Fall
<b>Männer</b>				
M54	Rückenschmerzen	97,9	1.371	14,0
M75	Schulterläsionen	12,2	389	31,8
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	11,3	375	33,1
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	10,5	321	30,5
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	13,8	241	17,4
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	5,7	217	37,9
M77	Sonstige Enthesopathien	11,6	198	17,1
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	8,2	132	16,1
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	2,8	126	44,6
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	11,4	117	10,2
<b>Frauen</b>				
M54	Rückenschmerzen	72,6	1.081	14,9
M75	Schulterläsionen	9,6	324	33,7
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	8,4	308	36,8
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	6,3	212	33,7
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	4,0	181	45,0
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	9,0	177	19,6
M77	Sonstige Enthesopathien	8,6	169	19,7
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	9,4	149	15,9
M65	Synovitis und Tenosynovitis	6,9	142	20,6
M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	2,6	137	52,8

Diagramm 1.2.4 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2006–2016)

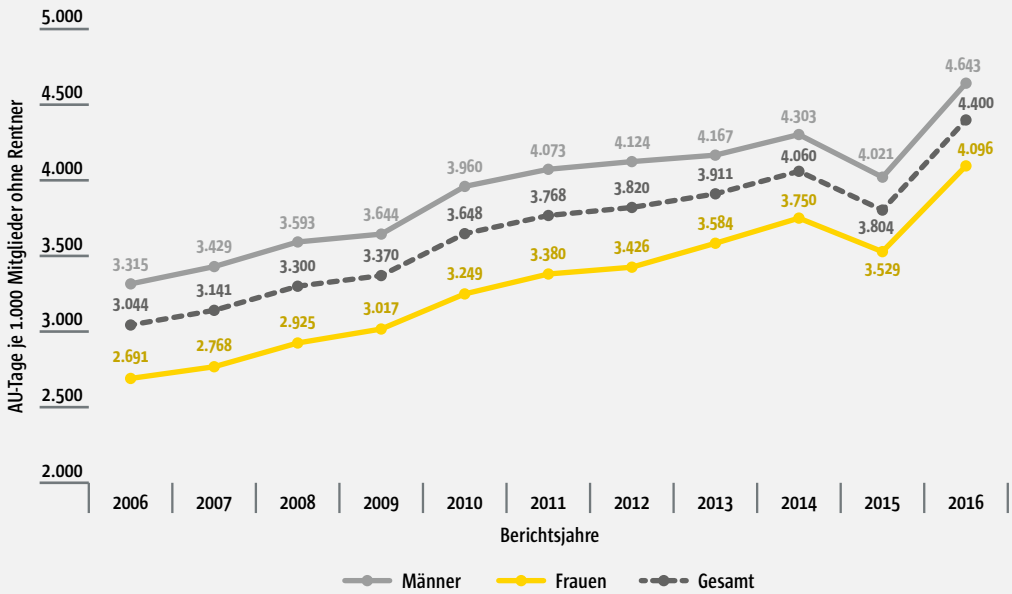
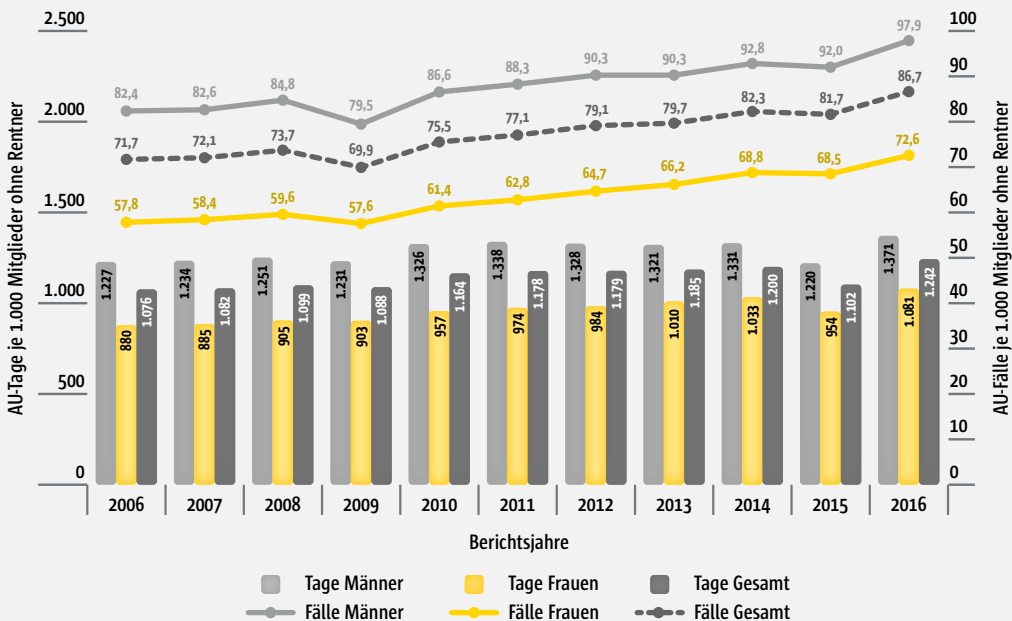


Diagramm 1.2.5 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Rückenschmerzen (M54) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2006–2016)



dieser Krankheitsgruppe sind auf diese zehn Diagnosen zurückzuführen. Für nahezu alle hier dargestellten Diagnosen zeigt sich zudem durch die neue Datensystematik ein nomineller, sowie unter Abzug eines Korrekturfaktors auch realer Anstieg der AU-Fälle und AU-Tage, da die hier dargestellten Diagnosen auch häufig im Kontext von Arbeitsunfällen bzw. in der medizinischen Rehabilitation vorkommen.

In **»»** Diagramm 1.2.5 werden noch einmal die AU-Kennzahlen für die wichtigste Diagnose aus dieser Krankheitsgruppe – die Rückenschmerzen (M54) – dargestellt. Wie bereits im vorhergehenden Abschnitt angemerkt wurde, sind die AU-Kennzahlen für diese Diagnose im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. In welchem Maße dieser Anstieg auf die neue Methodik der Datenerhebung zurückzuführen ist, wird sich reell erst in der Auswertung der Daten für das Jahr 2017 zeigen. Eine weitere Auffälligkeit betrifft die Jahre 2009 und 2015, in denen eine besonders starke Grippe- und Erkältungswelle aufgetreten ist. Insbesondere im Jahr 2009 ist ein Einbruch der AU-Kennzahlen bei den Rückenschmerzen (M54) erkennbar, im Jahr 2015 war dieser wesentlich geringer ausgeprägt. Für diese zwei Jahre kann vermutet werden, dass die Grippewelle und die damit verbundenen AU-Fälle und AU-Tage das wahre Ausmaß der Rückenschmerzen (M54) maskiert haben. Tendenziell treffen diese Aussagen auch für das Jahr 2013 zu, in dem auch eine Grippewelle zu verzeichnen war.

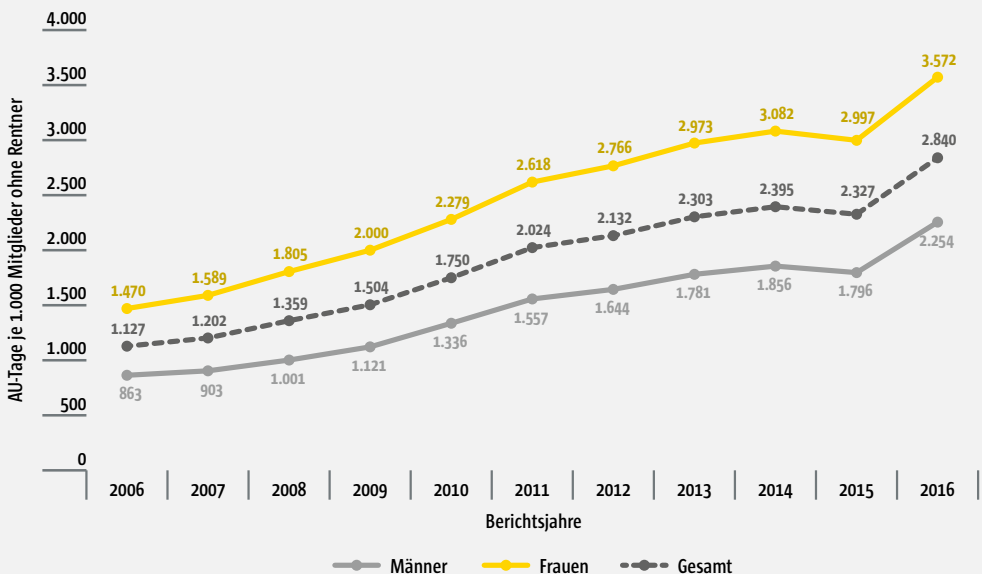
### Psychische Störungen

- Bei den psychischen Störungen ist es die depressive Episode (F32), die die meisten Fehltag innerhalb dieser Krankheitsart auf sich vereint.
- Jeweils fast ein Drittel aller AU-Tage in dieser Krankheitsgruppe gehen auf diese Diagnose zurück (Männer: 32,7%; Frauen: 32,2%).

Die psychischen Störungen nehmen mit einem Anteil von 16,3% an allen AU-Tagen der Mitglieder in diesem Jahr den zweiten Platz der wichtigsten Ursachen für Fehltag ein. In **»»** Diagramm 1.2.6 sind die entsprechenden AU-Tage der Mitglieder im Zeitverlauf zwischen 2006 und 2016 nach Geschlecht dargestellt.

Wie auch schon bei den Muskel- und Skeletterkrankungen wird auch hier im Vergleich zum Vorjahr ein Anstieg der Fehltag aufgrund dieser Krankheitsart erkennbar. Bei den Männern (+0,6 AU-Tage je Mitglied) fällt dieser Anstieg nur marginal größer aus als bei den Frauen (+0,5 AU-Tage je Mitglied). Auch hier ist vermutlich eine der Hauptursachen für den Anstieg in der neuen Datensystematik begründet und es bleibt ebenfalls offen, wie sich mit dieser Umstellung die AU-Kennzahlen in den kommenden Jahren entwickeln werden. Die durchschnittliche Falldauer ist insgesamt auch im Jahr 2016 bei den

Diagramm 1.2.6 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Psychische Störungen nach Geschlecht im Zeitverlauf (2006–2016)



psychischen Störungen mit 38,8 Tagen je Fall im Vergleich zu allen anderen Krankheitsarten sehr hoch. In Relation zum Jahr 2006 (33,5 Tage je Fall) ist diese sogar im Durchschnitt noch um mehr als 5 Kalendertage angestiegen. Seit dem Jahr 2010 sind die mittleren Falldauern hingegen relativ stabil und schwanken zwischen 37,9 und zu 39,9 Tagen je Fall, wobei 2015 mit 36,0 Tagen je Fall eine Ausnahme bildet.

Unverändert steht die depressive Episode (F32) nach AU-Tagen mit Abstand an der Spitze der Ursachen für Fehltag innerhalb der Gruppe der psychischen Störungen (vgl. **»** Tabelle 1.2.3). Bezogen auf

alle AU-Tage aus dieser Krankheitsgruppe ist die depressive Episode (F32) für jeweils ein knappes Drittel der Fehltag bei den Männern (32,7%) und auch bei den Frauen (32,2%) verantwortlich. Die nach den Fällen mit Abstand häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit sowohl bei den Männern (15,2 AU-Fälle) als auch bei den Frauen (bei diesen allerdings mit 28,6 AU-Fällen in nahezu doppelter Höhe) ist hingegen die Diagnose Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43). Diese Diagnose verursacht durchschnittlich wesentlich weniger AU-Tage als die depressive Episode (F32) und weist

**Tabelle 1.2.3 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2016)**

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage
		je 1.000 Mitglieder ohne Rentner		je Fall
<b>Männer</b>				
F32	Depressive Episode	13,5	736	54,5
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	15,2	408	26,8
F33	Rezidivierende depressive Störung	3,7	237	64,8
F48	Andere neurotische Störungen	8,1	214	26,3
F45	Somatoforme Störungen	5,9	158	26,7
F41	Andere Angststörungen	3,0	150	49,2
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3,4	120	36,0
F20	Schizophrenie	0,5	30	61,3
F31	Bipolare affektive Störung	0,3	22	67,2
F34	Anhaltende affektive Störungen	0,5	21	44,1
<b>Frauen</b>				
F32	Depressive Episode	21,3	1.150	53,9
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	28,6	771	27,0
F33	Rezidivierende depressive Störung	6,0	409	68,5
F48	Andere neurotische Störungen	14,8	400	27,0
F45	Somatoforme Störungen	9,9	281	28,4
F41	Andere Angststörungen	4,8	250	52,3
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,4	47	34,8
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	0,5	33	72,4
F34	Anhaltende affektive Störungen	0,7	31	43,0
F31	Bipolare affektive Störung	0,4	25	69,2

entsprechend auch eine deutliche geringere durchschnittliche Falldauer bei beiden Geschlechtern auf. Interessant an den Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) sowie auch den jeweils auf Platz 4 nach AU-Tagen befindlichen anderen neurotischen Störungen (F48) ist die Tatsache, dass diese auch häufig als alternative ICD-10-Codierung für das sogenannte Burn-out-Syndrom verwendet werden. Die nach Fehltagen jeweils auf Platz 3 befindliche rezidivierende depressive Störung (F33) weist zwar nur relativ wenig AU-Fälle auf, hat aber im Gegensatz dazu mit 64,8 (Männer) bzw. 68,5 (Frauen) Tagen je Fall mit die höchste durchschnittliche Falldauer neben der bipolaren affektiven Störung (F31) und den spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60). Der Anteil der AU-Tage, die durch die zehn hier genannten Diagnosen an allen durch psychische Störungen verursachten Fehltagen entstehen, ist mit 93,0% für die Männer und 95,1% für die Frauen wesentlich höher als bei den Muskel- und Skeletterkrankungen.

Das **III** Diagramm 1.2.7 zeigt wiederum im Detail die Entwicklung der AU-Kennzahlen für die für beide Geschlechter wichtigste Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen – die depressive Episode (F32) – im Zeitverlauf zwischen 2006 bis 2016 auf.

Auch bei der depressiven Episode (F32) zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr ein deutlicher Anstieg der AU-Fälle und AU-Tage. In Relation zum dargestellten Maßstab bedeutet dies, dass je 1.000 Mitglieder im Jahr 2016 im Mittel 2,2 AU-Fälle mehr auftraten als im Jahr 2015. Bezogen auf die entsprechenden Fehltagetage beträgt der Anstieg im gleichen Zeitraum ungefähr 0,2 AU-Tage je Mitglied. Dabei ist der Anstieg der AU-Fälle und AU-Tage bei den Frauen geringfügig stärker ausgeprägt (+2,5 AU-Fälle bzw. +180,2 AU-Tage je 1.000 Mitglieder) als bei den Männern (+1,8 AU-Fälle bzw. +142,4 AU-Tage je 1.000 Mitglieder). Die Frauen weisen über alle Berichtsjahre hinweg im Durchschnitt 73% mehr AU-Fälle und knapp 80% mehr AU-Tage als die Männer auf. Auch hier ist bei den AU-Fällen und AU-Tagen ein deutlicher Knick im Grippejahr 2009 erkennbar. Anders als bei den Rückenschmerzen (M54) fällt dieser Maskierungseffekt hier nicht so stark aus.

### Exkurs Burn-out-Syndrom

Obwohl es im ICD-10 GM 2016 mit der Zusatzdiagnose Z73 (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung) kodiert wird und somit nicht ori-

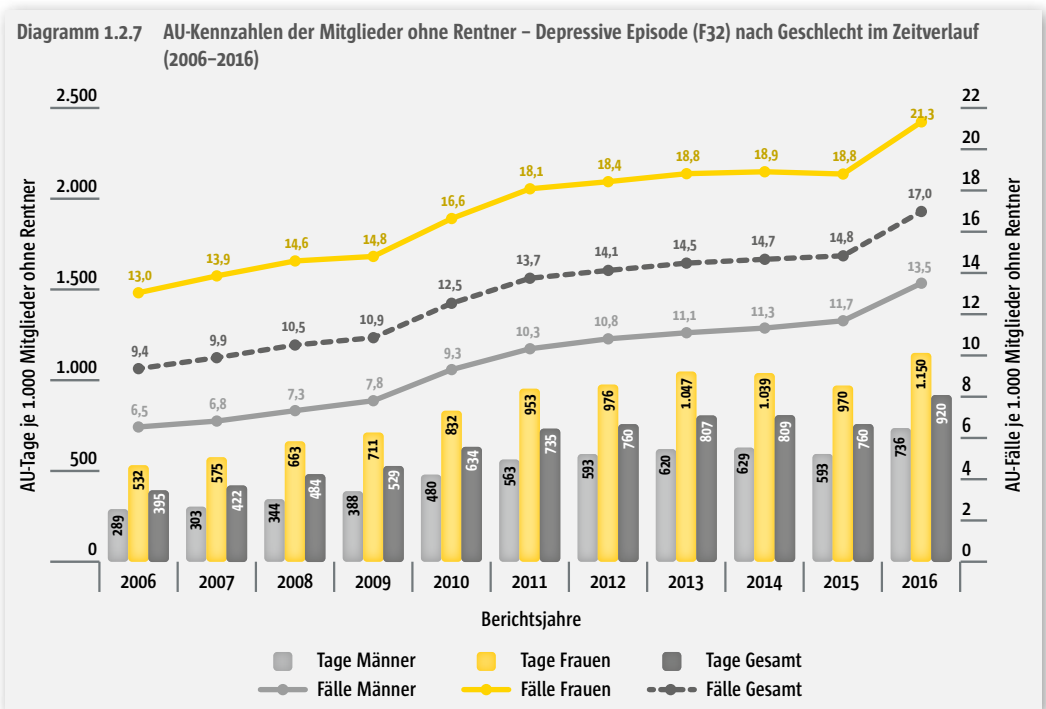
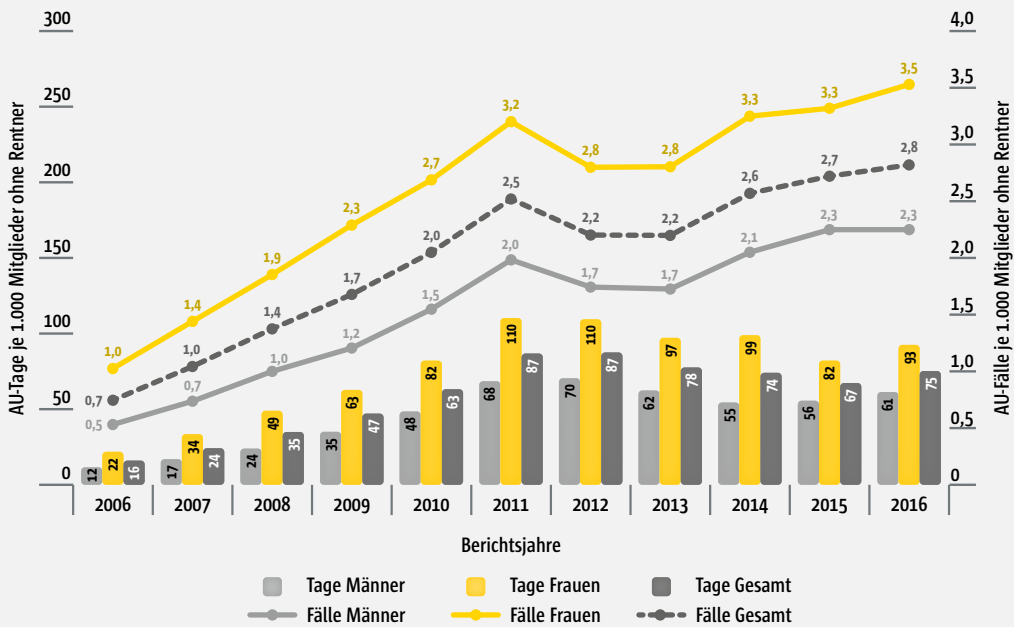


Diagramm 1.2.8 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Burn-out-Syndrom (Z73) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2006–2016)



ginär zu den psychischen Störungen zählt, wird es diesen im öffentlichen Sprachgebrauch häufig zugeordnet. Im Diagramm 1.2.8 sind die entsprechenden AU-Kennzahlen für das Burn-out-Syndrom (Z73) im Zeitraum zwischen 2006–2016 dargestellt.

Wie zu erkennen ist, sind die Werte für die AU-Fälle und auch für die AU-Tage seit den letzten 6 Jahren nahezu unverändert. Grundsätzlich ist beim Burn-out-Syndrom (Z73) die Frage weiter strittig, ob es sich hierbei um eine eigenständige Erkrankung handelt. Im ICD-10 GM stellt die Codierung Z73 eine Zusatzdiagnose dar, die Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung kennzeichnet, aber eigentlich mit mindestens einer weiteren (Haupt-)Diagnose einhergehen sollte. Vermutlich ist ein Teil der Z73-Kodierungen eigentlich einer leichten bis mittelschweren depressiven Episode (F32) zuzuordnen – unterschiedliche Studien konnten einen hohen Deckungsgrad zwischen Depression und Burn-out-Syndrom von bis zu 50% nachweisen. In der heutigen Leistungsgesellschaft wird aber ein Burn-out-Syndrom aufgrund von Überarbeitung leichter akzeptiert als eine immer noch stärker stigmatisierte depressive Störung. Dagegen weist das Burn-out-Syndrom neben einer fehlenden Differenzialdiagnostik aber auch keine evidenzbasierte The-

rapie auf. Zudem existieren neben der ICD-10-Codierung Z73 noch weitere einschlägige Diagnosen, die in der Praxis ebenfalls häufig – aber nicht ausschließlich – bei einem Burn-out-Syndrom verwendet werden. Hierzu zählen unter anderem die bereits erwähnten Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) sowie die anderen neurotischen Störungen (F48) aber auch aus der Gruppe der Symptome die Codierung R53 (Unwohlsein und Ermüdung).

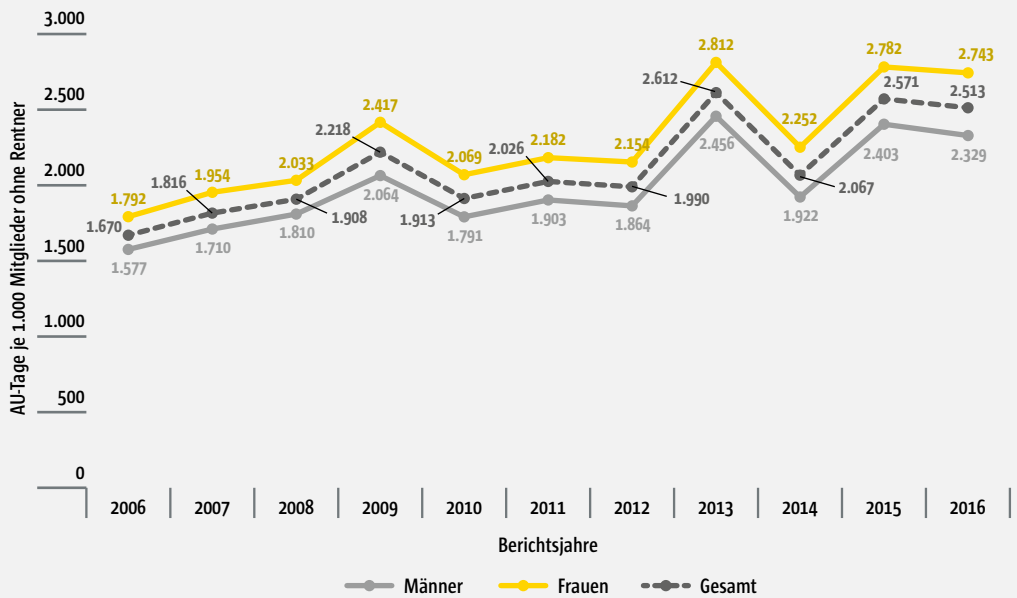
### Krankheiten des Atmungssystems

- Die Fehltage aufgrund von Atemwegserkrankungen erreichen im Jahr 2016 nicht das Niveau des Grippejahres 2015.
- Nach wie vor die wichtigste Diagnose sind die akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06), die innerhalb dieser Krankheitsgruppe für mehr als vier von zehn AU-Tagen verantwortlich sind (Männer: 44,3%; Frauen: 43,4%).

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bei den Atemwegserkrankungen wird ganz wesentlich durch die



Diagramm 1.2.9 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Atmungssystems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2006–2016)



meist im I. bzw. IV. Quartal eines Jahres auftretenden Grippewellen bestimmt. Im Jahr 2016 sind die AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen in den oben genannten Zeiträumen nicht so stark ausgeprägt wie im Vorjahr, allerdings wird dieser vermeintliche Rückgang durch die Effekte der neuen Datensystematik maskiert, sodass der Unterschied zwischen 2015 und 2016 nicht so groß ausfällt wie erwartet. Im Folgenden wird ein etwas detaillierter Blick auf die AU-Kennzahlen für diese Krankheitsgruppe geworfen.

Der in [III](#) Diagramm 1.2.9 dargestellte Zeitverlauf für die Atemwegserkrankungen zeigt deutlich die Jahre mit einer erhöhten Erkältungs- und Grippeaktivität an, wobei Frauen durchgängig mehr Fehltag als Männer aufweisen. Die Differenz zwischen den beiden Geschlechtern hat sich aber seit 2005 nahezu nicht verändert. Auffällig ist, dass vor allem in ungeraden Jahren eine erhöhte Grippeaktivität und damit einhergehende Fehltag zu beobachten sind. Besonders deutlich ist das an den Jahren 2009, 2013 und 2015 erkennbar. Hierbei handelt es sich aber wahrscheinlich um ein statistisches Artefakt. Die Ursache dahinter ist vermutlich, dass nach einer ausgeprägten Grippezeit die vormals Erkrankten für einen begrenzten Zeitraum gegen die Erkrankung eine gewisse Immunität aufweisen. Ist im Folgejahr einer Grippezeit allerdings ein anderer viraler Er-

reger aktiv, so wird dieser 2-Jahres-Rhythmus unterbrochen. Dies zeigt sich zumindest partiell für das I. bzw. IV. Quartal 2016, was zum Teil die hohen Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart erklärt.

Wie auch in den vergangenen Jahren sind es die akuten Infektionen der oberen Atemwege (Jo6), die bei beiden Geschlechtern die mit Abstand meisten AU-Tage innerhalb der Gruppe der Atemwegserkrankungen verursachen (vgl. [III](#) Tabelle 1.2.4). Sowohl bei den Männern (44,3%) als auch bei den Frauen (43,4%) ist diese Diagnose diejenige, die das AU-Geschehen bezogen auf die AU-Tage in dieser Krankheitsgruppe primär bestimmt. Auch bei den weiteren für die Fehltag verantwortlichen Einzeldiagnosen handelt es sich deutlich häufiger um akute als um chronische Atemwegserkrankungen, was auch an der durchschnittlich niedrigen Falldauer von 5 bis 7 Tagen je Fall erkennbar wird. Die zehn hier jeweils für das AU-Geschehen wichtigsten Diagnosen sind für den Hauptteil der Fehltag (Männer: 85,6%; Frauen: 84,5%) aus dem Spektrum der Atemwegserkrankungen verantwortlich.

Blicken wir nun im Detail auf die akute Infektion der oberen Atemwege (Jo6) im Zeitverlauf, die im [III](#) Diagramm 1.2.10 dargestellt ist. Deutlich wird im Vergleich zu [III](#) Diagramm 1.2.9, dass die hier dargestellte Diagnose im Zeitverlauf nahezu das gleiche

Tabelle 1.2.4 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für die zehn wichtigsten Diagnosen für das Atmungssystem nach Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

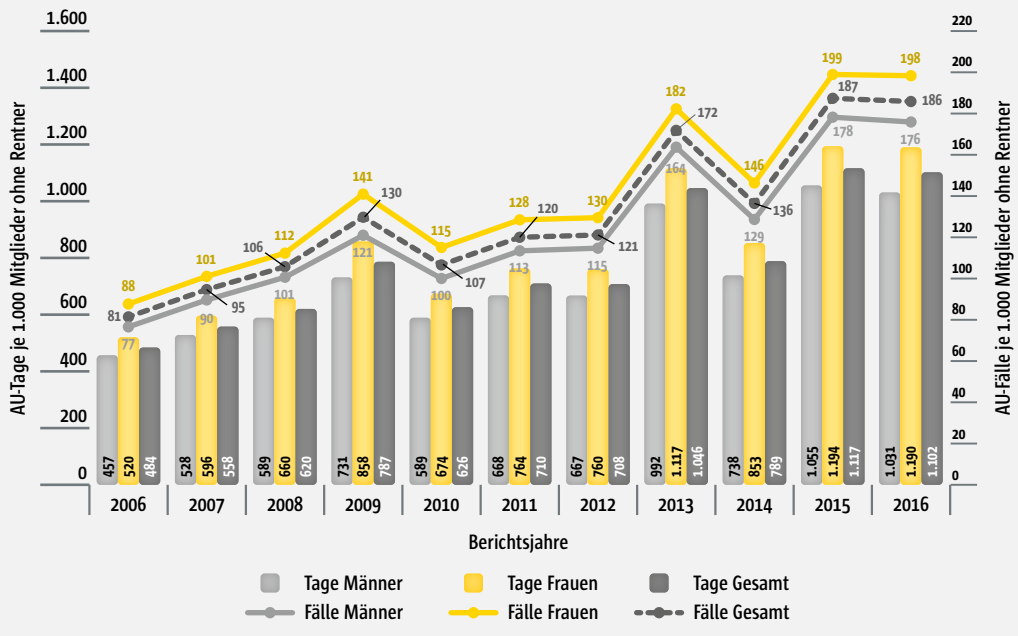
ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage
		je 1.000 Mitglieder ohne Rentner		je Fall
<b>Männer</b>				
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	176	1.031	5,9
J20	Akute Bronchitis	31	230	7,4
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	25	181	7,3
J32	Chronische Sinusitis	14	93	6,8
J03	Akute Tonsillitis	15	87	6,0
J01	Akute Sinusitis	14	83	6,0
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	14	78	5,5
J02	Akute Pharyngitis	14	76	5,6
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	11	72	6,3
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	9	62	6,6
<b>Frauen</b>				
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	198	1.190	6,0
J20	Akute Bronchitis	33	252	7,6
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	28	209	7,6
J32	Chronische Sinusitis	21	136	6,4
J01	Akute Sinusitis	22	134	6,1
J03	Akute Tonsillitis	20	117	6,0
J02	Akute Pharyngitis	19	104	5,5
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	16	90	5,5
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	13	85	6,3
J04	Akute Laryngitis und Tracheitis	11	73	6,5

Muster abbildet wie die AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen insgesamt. Gleichwohl zeigt sich aber, dass sowohl die Zahl der AU-Fälle als auch die Zahl der AU-Tage im Zeitverlauf einen deutlichen Zuwachs zu verzeichnen hat.

Fraglich ist allerdings, ob es bei einer normalen Erkältung immer sinnvoll ist, einen Arzt zu konsultieren, da hier die evidenzbasierten Therapiemöglichkeiten in der Regel begrenzt sind und sich das Risiko der Ansteckung anderer Personen (auf dem

Hin- und Rückweg bzw. in der Arztpraxis) dadurch noch erhöht. Zielführender wäre an dieser Stelle, andere Behandlungs- und Therapiewege anzuwenden, die sich zum Beispiel auch durch die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen eröffnen. Inwieweit und in welchem Ausmaß Beschäftigte solche Möglichkeiten – so sie vorhanden wären – nutzen würden, zeigt sich im Kapitel **III** Ergebnisse der BKK Umfrage „Digitalisierung, Arbeit und Gesundheit“.

Diagramm 1.2.10 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2006–2016)



1.2.2 AU-Geschehen nach Versichertenstatus

- Arbeitslose (ALG-I) weisen auch mit der neuen Datensystematik die meisten Fehltag auf, gefolgt von den beschäftigten Pflichtmitgliedern und den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern.
- Bei den Arbeitslosen (ALG-I) treten zwar wesentlich seltener Kurzeiterkrankungen, wie zum Beispiel Atemwegserkrankungen auf, dafür sind sie wesentlich häufiger von psychischen Störungen betroffen, die bei diesen auch mit einer längeren Falldauer im Vergleich zu den anderen Versichertengruppen einhergehen.

Neben dem Alter und dem Geschlecht der Mitglieder nimmt auch die soziale Lage wesentlichen Einfluss auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Da die soziale Lage über die vorliegenden Routinedaten nur eingeschränkt abbildbar ist, wird an dieser Stelle die Zugehörigkeit zu einer Versichertengruppe als alternativer Indikator herangezogen. Insofern werden im Folgenden insbesondere die Gruppen der Arbeitslosen (ALG-I), der beschäftigten Pflichtmitglieder (inklusive der Teilzeitbeschäftigten) sowie der beschäftigten freiwilligen Mitglieder als die wichtigsten

Teilgruppen der Mitglieder ohne Rentner betrachtet. Ausgehend vom durchschnittlichen Monatseinkommen als einem der wichtigsten Faktoren des sozialen Status – neben Bildungsgrad und beruflicher Stellung – kann angenommen werden, dass im Vergleich zwischen den drei genannten Versichertengruppen die Arbeitslosen den niedrigsten, die beschäftigten Pflichtmitglieder einen mittleren und die beschäftigten freiwilligen Mitglieder einen hohen Sozialstatus innehaben. Die hier vorgenommene Einteilung stellt allerdings keine wie auch immer geartete Ab- oder Aufwertung der einzelnen Versichertengruppen dar, sondern dient lediglich zur besseren Interpretation der im Folgenden dargestellten Ergebnisse. Im **»»»** Anhang A dieses Buches sind in **»»»** Tabelle A.1 zusätzlich die wichtigsten AU-Kennzahlen der verschiedenen Versichertengruppen nach Geschlecht und Diagnosehauptgruppen dargestellt.

In **»»»** Tabelle 1.2.5 sind die wichtigsten AU-Kennzahlen der Mitglieder differenziert nach ihrem Versichertenstatus dargestellt. Wie auch in den Vorjahren weisen die Arbeitslosen (ALG-I) im Vergleich zu allen anderen dargestellten Versichertengruppen die mit Abstand meisten AU-Tage und gleichzeitig die wenigsten AU-Fälle auf. Dementsprechend treten hier mehr als dreimal so lange durchschnittliche Fall-

Tabelle 1.2.5 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

Versichertengruppen	Geschlecht	Mitglieder in Tsd.	Arbeitsunfähigkeit			davon Arbeitsunfälle	
			AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall	AU-Fälle	AU-Tage
			je 100 Mitglieder ohne Rentner			je 100 Mitglieder ohne Rentner	
beschäftigte Pflichtmitglieder	Männer	1.935	148,5	1.946,3	13,1	5,4	116,6
	Frauen	1.861	152,7	1.918,1	12,6	2,8	53,6
	<b>Gesamt</b>	<b>3.796</b>	<b>150,6</b>	<b>1.932,5</b>	<b>12,8</b>	<b>4,1</b>	<b>85,7</b>
<i>davon: Teilzeitbeschäftigte</i>	Männer	167	109,7	1.620,4	14,8	3,5	84,4
	Frauen	898	140,3	1.945,2	13,9	2,4	48,9
	<b>Gesamt</b>	<b>1.065</b>	<b>135,5</b>	<b>1.894,3</b>	<b>14,0</b>	<b>2,6</b>	<b>54,5</b>
beschäftigte freiwillige Mitglieder	Männer	554	98,3	1.096,0	11,2	1,3	28,0
	Frauen	129	113,3	1.272,9	11,2	1,3	21,7
	<b>Gesamt</b>	<b>683</b>	<b>101,2</b>	<b>1.129,4</b>	<b>11,2</b>	<b>1,3</b>	<b>26,8</b>
Arbeitslose (nur ALG-I-Empfänger)	Männer	56	84,0	3.312,1	39,4	-	-
	Frauen	51	93,8	3.485,9	37,2	-	-
	<b>Gesamt</b>	<b>107</b>	<b>88,6</b>	<b>3.394,7</b>	<b>38,3</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

dauern im Vergleich zu den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern auf. Dass die Arbeitslosen (ALG-I) wesentlich weniger AU-Fälle als die anderen Versichertengruppen aufweisen, hängt vor allem damit zusammen, dass diese Versichertengruppe bei Kurzeiterkrankungen oftmals nicht den Arzt konsultiert, im Gegenzug aber wesentlich häufiger von Langzeiterkrankungen betroffen ist und deshalb deutlich mehr AU-Tage aufweist als alle anderen betrachteten Gruppen. Nach Fehltagen auf dem zweiten Platz folgen dann die beschäftigten Pflichtmitglieder mit durchschnittlich 19,3 AU-Tagen je Mitglied. Diese Gruppe weist gleichzeitig die meisten AU-Fälle und auch die meisten AU-Tage aufgrund von Arbeitsunfällen auf. In dieser Gruppe sind Beschäftigte mit einem Einkommen zu finden, das unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt. Deshalb ordnet sich diese Versichertengruppe entsprechend ihres abgeleiteten sozialen Status auch in die Mitte nach den AU-Tagen ein und zwar vor den Arbeitslosen (ALG-I) und nach den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern. Letztere Gruppe weist unter allen Beschäftigten für alle AU-Kennzahlen die niedrigsten Werte auf.

Aufschlussreich ist auch der Blick auf die AU-Quoten, die in ►► Tabelle 1.2.6 dargestellt sind. Auch hier wird erkennbar, dass sich die betrachteten Ver-

sichertengruppen bezüglich der dargestellten AU-Kennzahlen teils deutlich voneinander unterscheiden. So weisen bei den Arbeitslosen (ALG-I) zwar etwas weniger als die Hälfte (46,5%) der Personen im Jahr 2016 keinen AU-Fall auf, gleichzeitig ist der Anteil der Fälle mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen hier deutlich höher (17,2%) als bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern (10,7%) oder den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern (5,8%). Arbeitslose (ALG-I) weisen somit zwar im Mittel wesentlich weniger AU-Fälle auf als die Beschäftigten, sind dann aber im Krankheitsfall deutlich häufiger langzeiterkrankt.

In ►► Tabelle 1.2.7 sind die fünf für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen nach Versichertengruppen dargestellt. Allein auf die ersten drei Diagnosehauptgruppen gehen zwischen 53,0% (beschäftigte freiwillige Mitglieder) und 67,0% (Arbeitslose ALG-I) aller AU-Tage im Jahr 2016 zurück. Nach wie vor Spitzenreiter bei den Fehltagen aufgrund von psychischen Störungen sind die Arbeitslosen (ALG-I). Diese weisen aufgrund dieser Erkrankung im Mittel mehr als siebenmal so viele AU-Tage auf wie die beschäftigten freiwilligen Mitglieder. Ähnlich stellt sich das Bild auch bei den Muskel- und Skeletterkrankungen dar: Fallen bei den Arbeitslosen im Durchschnitt 884 AU-Tage je 100 Mit-

Tabelle 1.2.6 AU-Quoten der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

Versichertengruppen	Geschlecht	Anteile in Prozent				
		kein AU-Fall	1 AU-Fall	2 AU-Fälle	3 und mehr AU-Fälle	AU-Dauer > 6 Wochen
beschäftigte Pflichtmitglieder	Männer	37,0	25,5	16,1	21,4	11,0
	Frauen	35,0	26,3	16,6	22,1	10,3
	Gesamt	36,0	25,9	16,3	21,8	10,7
beschäftigte freiwillige Mitglieder	Männer	49,9	25,1	12,8	12,2	5,7
	Frauen	46,1	25,0	13,8	15,0	6,2
	Gesamt	49,2	25,1	13,0	12,7	5,8
Arbeitslose (nur ALG-I-Empfänger)	Männer	49,5	32,9	9,8	7,8	17,0
	Frauen	43,2	36,7	11,6	8,5	17,5
	Gesamt	46,5	34,7	10,7	8,1	17,2

Tabelle 1.2.7 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)

Diagnosehauptgruppen	beschäftigte Pflichtmitglieder	davon Teilzeitbeschäftigte	beschäftigte freiwillige Mitglieder	Arbeitslose (ALG-I-Empfänger)
	AU-Tage je 100 Mitglieder ohne Rentner			
Muskel-Skelett-System	496	464	235	884
Psychische Störungen	297	346	169	1.248
Atmungssystem	283	271	194	144
Verletzungen/Vergiftungen	224	178	115	216
Verdauungssystem	95	81	63	104
Sonstige	538	555	353	798
<b>Gesamt</b>	<b>1.933</b>	<b>1.894</b>	<b>1.129</b>	<b>3.395</b>
Anteile an allen AU-Tagen in Prozent				
Muskel-Skelett-System	25,7	24,5	20,8	26,0
Psychische Störungen	15,4	18,3	15,0	36,8
Atmungssystem	14,6	14,3	17,2	4,3
Verletzungen/Vergiftungen	11,6	9,4	10,2	6,4
Verdauungssystem	4,9	4,3	5,6	3,1
Sonstige	27,9	29,3	31,3	23,5
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

glieder wegen dieser Krankheitsart an, so sind es bei den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern weniger als ein Drittel der Fehltag (235 AU-Tage je 100 Mitglieder). Lediglich bei den Atemwegserkrankungen liegen die Fehltag der Arbeitslosen (144 AU-Tage je 100 Mitglieder) deutlich unter denen der anderen Versichertengruppen – im Vergleich zu den beschäftigten Pflichtmitgliedern sind es beispielsweise etwa die Hälfte (283 AU-Tage je 100 Mitglieder).

Werfen wir nun einen Blick auf das AU-Geschehen bei den Versichertengruppen differenziert nach Alter. Hierzu werden exemplarisch die Muskel- und Skeletterkrankungen sowie die psychischen und Verhaltensstörungen dargestellt.

Wie auch schon in **III** Diagramm 1.2.3 deutlich wurde, sind bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern, die den größten Anteil an allen Mitgliedern stellen, die meisten AU-Fälle in der Gruppe der 55- bis 59-jährigen und die meisten AU-Tage bei den 60- bis 64-jährigen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen zu finden (**III** Diagramm 1.2.11). Auch hier zeigt sich in den Altersgruppen jenseits der 65 Jahre deutlich der *healthy worker effect*. Für die AU-Fälle und die AU-Tage der Arbeitslosen (ALG-I) tritt das Maximum in der Altersgruppe der 55- bis 59-jährigen auf. Hier dürfte für den Rückgang in den höheren Alters-

gruppen ebenfalls ein Selektionseffekt dergestalt wirksam werden, dass ein großer Teil aus dieser Gruppe vorzeitig in die Alters- bzw. Erwerbsminderungsrente eintritt. Ein etwas anderes Bild stellt sich für die beschäftigten freiwilligen Mitglieder dar: Auch hier ist das Maximum der AU-Fälle (und AU-Tage) in der Gruppe der 55- bis 59-jährigen erreicht, nimmt aber erst in der Gruppe der über 65-jährigen wieder ab. Insgesamt zeigt sich aber auch hier, dass der hinter dem Versichertenstatus stehende anfangs postulierte soziale Status sich eindrucksvoll in der Reihung der AU-Kennzahlen finden lässt.

Nicht ganz identisch stellt sich dieses Bild bei den AU-Kennzahlen aufgrund von psychischen Störungen dar (vgl. **III** Diagramm 1.2.12). Während für die Arbeitslosen zwischen dem 30. und dem 59. Lebensjahr ein rasanter Anstieg der AU-Fälle und AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart erkennbar wird, fällt dieser Anstieg für die anderen beiden Versichertengruppen wesentlich moderater aus. Darüber hinaus zeigt sich im Vergleich zu den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern, dass je nach Altersgruppe zwischen dem 2,4-Fachen (über 65 Jahre) und dem 16,4-Fachen (25–29 Jahre) der AU-Tage bei den Arbeitslosen aufgrund dieser Krankheitsart auftreten. Auch hier ist insbesondere bei den Beschäftigten in den

Diagramm 1.2.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2016)

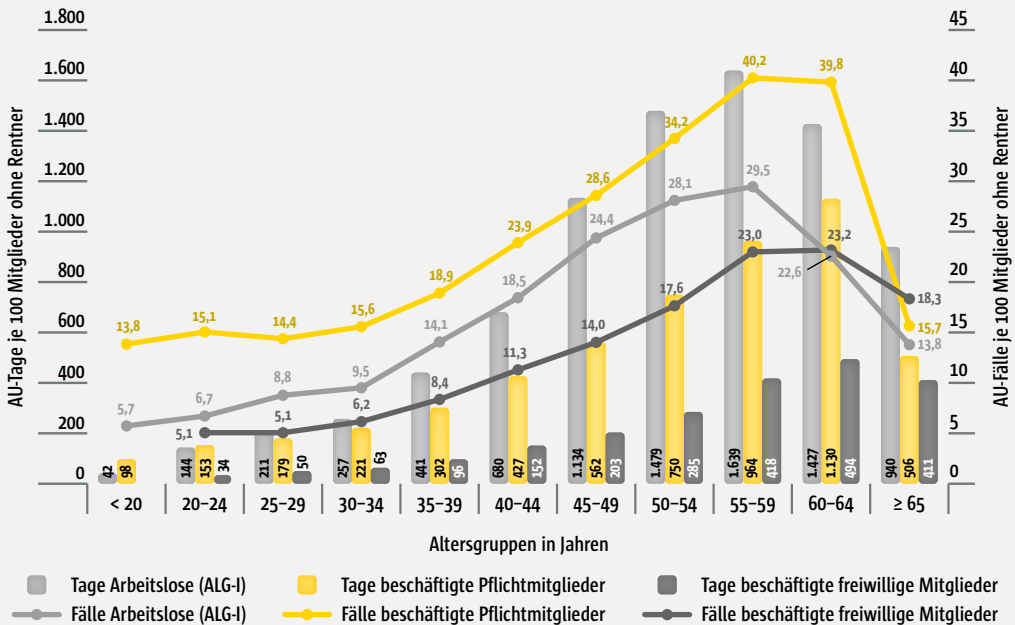
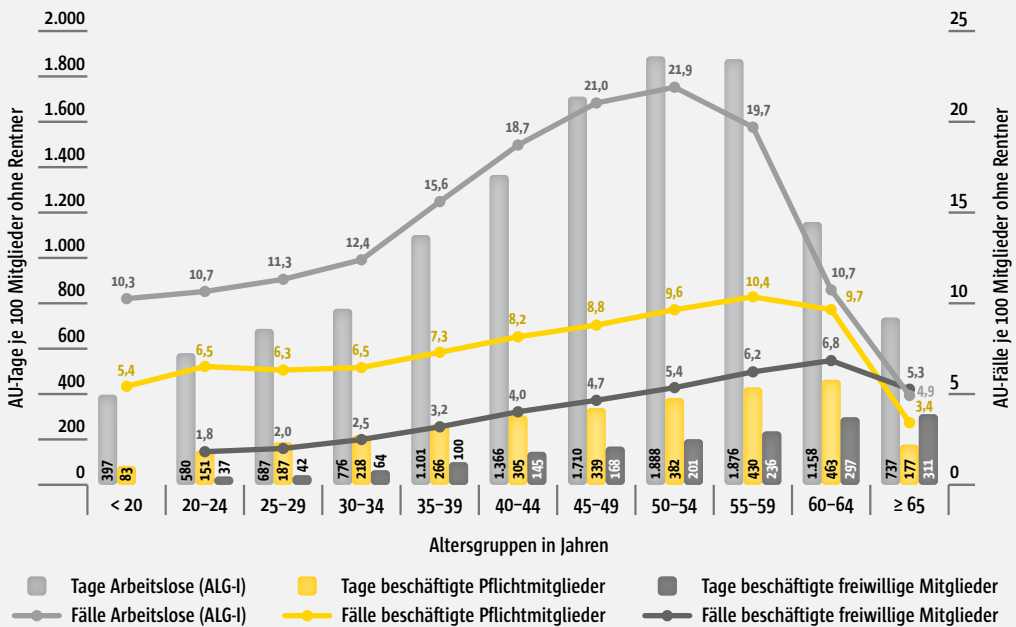
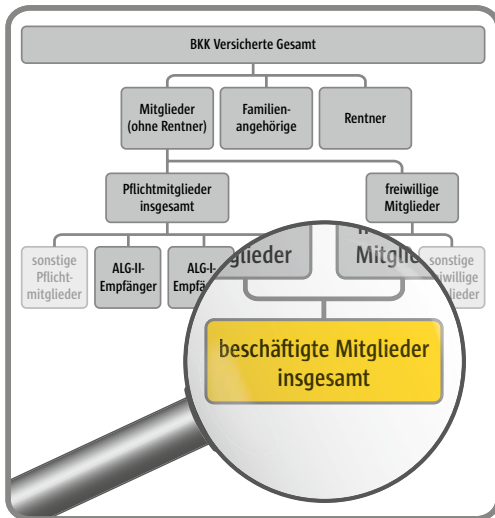


Diagramm 1.2.12 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für Psychische Störungen nach Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2016)



höheren Altersgruppen von einem *healthy worker effect* auszugehen.

### 1.2.3 AU-Geschehen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen



- Je höher der Schul- bzw. Berufsabschluss eines Beschäftigten, desto weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten treten bei diesem auf.
- Insbesondere bei den Fehltagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen zeigen Beschäftigte mit niedrigem Schul- bzw. Berufsabschluss deutlich höhere Werte als solche mit höheren Abschlüssen.

#### Höchster Schulabschluss

Eine weitere wichtige Einflussgröße für das AU-Geschehen stellt der höchste allgemeinbildende Schulabschluss von Beschäftigten dar. In **»»** Diagramm 1.2.13 wird ein relativ deutlicher Zusammenhang zwischen den dargestellten AU-Kennzahlen und dem höchsten Schulabschluss der beschäftigten Mitglieder dergestalt erkennbar, dass mit zunehmend höherem Bildungsgrad einer Person die durchschnittliche Zahl der AU-Fälle und AU-Tage sinkt. Gleichzeitig wird hier auch über alle Gruppen hinweg sichtbar, dass die Frauen im Vergleich zu den Männern tendenziell mehr AU-Fälle und insbesondere AU-Tage aufweisen, wobei dieser Geschlechts-

Diagramm 1.2.13 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

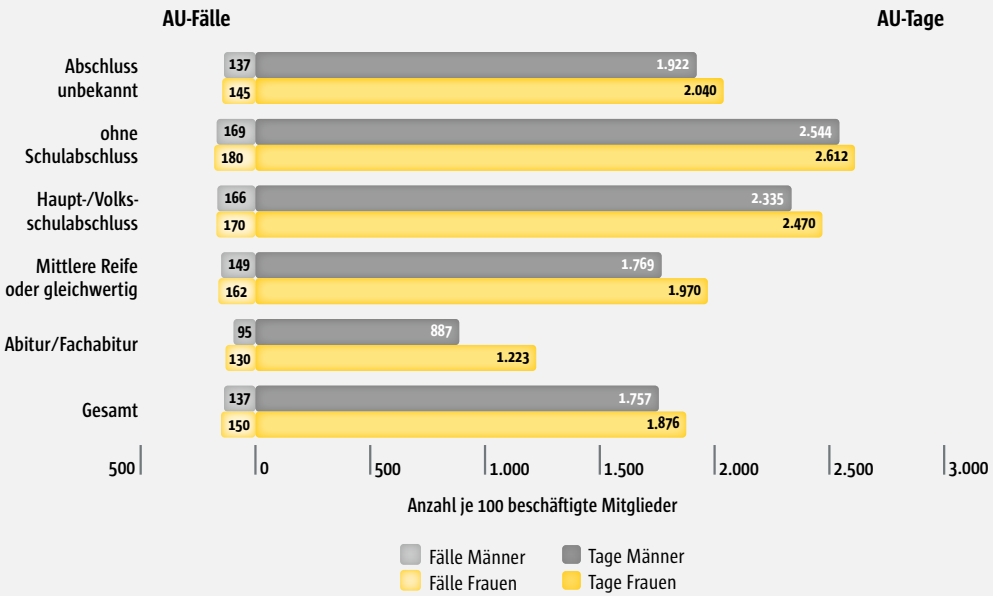
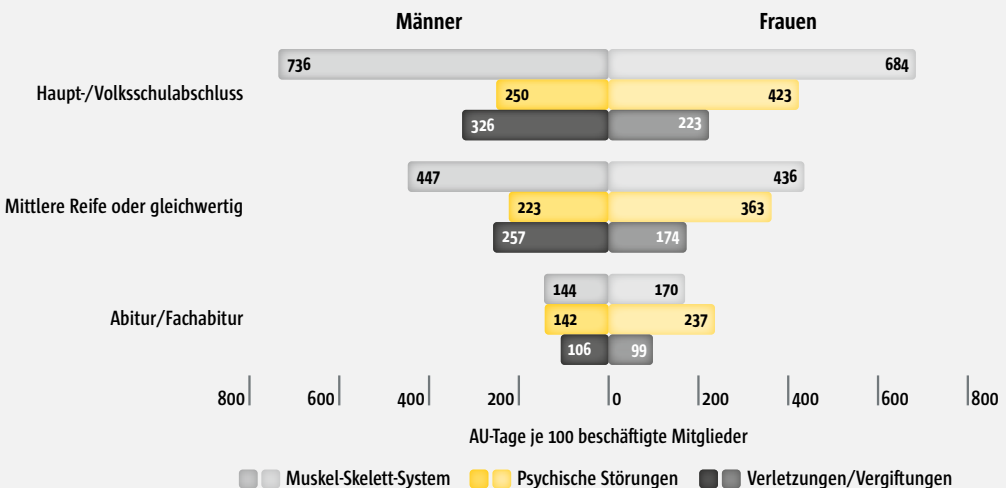


Diagramm 1.2.14 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



unterschied bei Personen mit (Fach-)Abitur am größten ist. Besonders deutlich wird der Unterschied im Bildungsstatus bezogen auf die Fehlzeiten in Gegenüberstellung zwischen Erwerbstätigen ohne Schulabschluss und solchen mit (Fach-)Abitur – letztere

weisen im Vergleich deutlich weniger als die Hälfte der AU-Tage der anderen Gruppe auf.

An dieser Stelle werden exemplarisch für die Beschäftigten mit Haupt-/Volksschulabschluss, mit mittlerer Reife und (Fach-)Abitur die AU-Kennzah-



len für drei für das AU-Geschehen wichtigen Krankheitsarten gegenübergestellt (»»» Diagramm 1.2.14). Wie auch schon bei den Fehltagen insgesamt zeichnet sich – bezogen auf den höchsten Schulabschluss, als ein wichtiger Bestimmungsfaktor der Schichtzugehörigkeit – ein relativ eindeutiger Zusammenhang mit den drei ausgewählten Diagnosehauptgruppen für beide Geschlechter ab: Je höher der Schulabschluss eines Beschäftigten ist, desto weniger Fehltagetage treten auf. Besonders deutlich wird dies am Beispiel der Muskel- und Skeletterkrankungen: So weisen die männlichen Beschäftigten mit einem Haupt- bzw. Volksschulabschluss mehr als fünfmal so viele AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart auf wie männliche Beschäftigte mit einem (Fach-)Abitur (736 vs. 144 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Bei den Frauen beträgt dieser Unterschied mehr als das Vierfache (684 vs. 170 AU-Tage je 100 Beschäftigte). In der Richtung gleich, wenn auch mit niedrigerer Ausprägung, zeigt sich dieses Bild auch für die psychischen Störungen sowie auch für die Verletzungen und Vergiftungen. Zusätzlich spielt, wie im nächs-

ten Abschnitt noch näher erläutert wird, neben dem Alter und den unterschiedlichen Arbeitsbedingungen auch das Gesundheitsverhalten der Beschäftigten mit unterschiedlichen beruflichen Bildungsabschlüssen beim Fehlzeitengeschehen eine wesentliche Rolle.

### Höchster Berufsabschluss

Auch der höchste berufliche Ausbildungsabschluss stellt einen guten Indikator für die soziale Lage eines Beschäftigten dar. In der Betrachtung der AU-Kennzahlen wird auch hier ein deutlicher Zusammenhang sichtbar. Je höher der Berufsabschluss ist, desto weniger AU-Fälle und AU-Tage treten bei den Beschäftigten auf (vgl. »»» Diagramm 1.2.15).

Nachfolgend werfen wir einen Blick auf den Zusammenhang zwischen dem AU-Geschehen für drei der wichtigsten Diagnosehauptgruppen für die Beschäftigten mit einer anerkannten Berufsausbildung, mit einem Abschluss als Meister oder Techni-

Diagramm 1.2.15 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

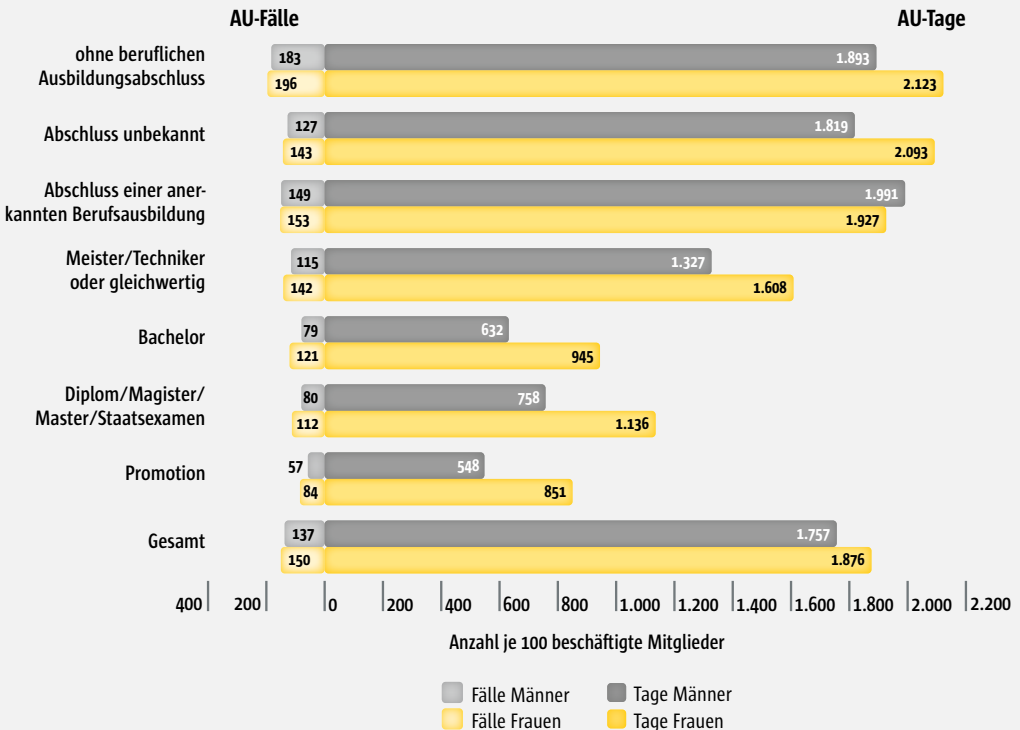
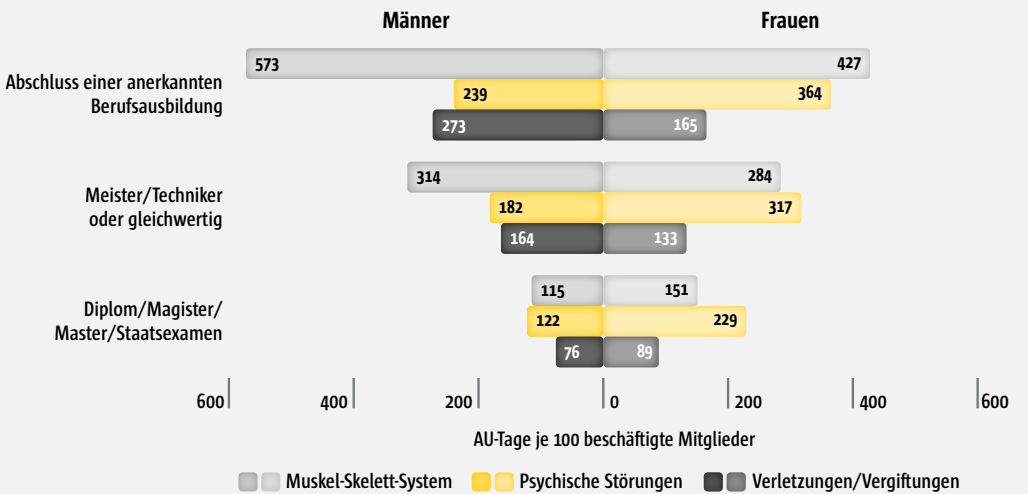


Diagramm 1.2.16 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



ker und mit Diplom/Magister/Magister bzw. Staatsexamen (»» Diagramm 1.2.16). Auch hierbei wird deutlich, dass die Beschäftigten mit einem höheren Ausbildungsgrad die für die drei betrachteten Krankheitsgruppen niedrigsten Werte bei den AU-Tagen aufweisen. Dies trifft, wie schon beim höchsten Schulabschluss, wiederum insbesondere auf die Muskel- und Skeletterkrankungen zu. So haben die männlichen Beschäftigten mit Berufsabschluss fast fünfmal so viele Fehltage aufgrund dieser Krankheitsart wie Beschäftigte mit einem Hochschulabschluss. Ein ähnliches Bild, wenn auch mit geringem Abstand (der Unterschied beträgt hier etwas weniger als das Dreifache), zeigt sich auch bei den weiblichen Beschäftigten für diese Krankheitsart. Unterschiede in gleicher Richtung sind auch für die Verletzungen und Vergiftungen sowie die psychischen Störungen zu beobachten, wobei diese Differenzen durchgehend bei den männlichen Beschäftigten größer ausfallen.

Es wird deutlich, dass sowohl der schulische als auch der berufliche Ausbildungsgrad als ein Gradient des sozialen Status der Erwerbstätigen einen erheblichen Einfluss auf deren Gesundheit bzw. Arbeitsfähigkeit ausübt. Dahinter verbergen sich verschiedene Mechanismen. So weisen Berufstätige mit einem akademischen Abschluss in der Regel ein

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

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

## 1.3 AU-Geschehen in Regionen

Der Wohnort eines Versicherten selbst bedingt weniger dessen Gesundheit als vielmehr die regionalen Lebens- und Arbeitsbedingungen, wie zum Beispiel die Wirtschaftskraft, die Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote sowie die soziokulturellen Bedingungen. Des Weiteren beeinflusst aber auch die medizinische Versorgung vor Ort, wie zum Beispiel die Arzt-, Krankenhaus- und Apothekendichte, die Gesundheit der BKK Versicherten.

Schaut man sich die Verteilung der BKK Versicherten nach Bundesländern an (vgl. **»** Tabelle 1.3.1) so zeigt sich, dass traditionell der höchste Anteil von BKK Versicherten an der Bevölkerung in den Altbundesländern wie Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und Hessen zu finden ist. Aber auch die Stadtstaaten Berlin und Bremen weisen einen relativ hohen Anteil von BKK Versicherten auf. Bei den

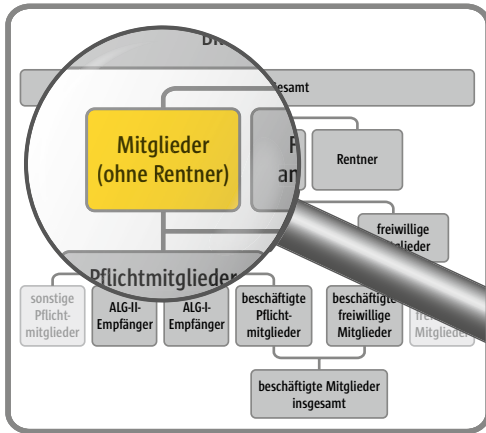
Tabelle 1.3.1 Anzahl der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

Bundesländer	BKK Versicherte			Bevölkerungsanteile in Prozent*		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	706.522	709.310	1.415.832	13,1	12,9	13,0
Bayern	1.032.694	1.033.523	2.066.217	16,3	15,9	16,1
Berlin	231.622	230.714	462.336	13,4	12,9	13,1
Brandenburg	144.195	134.532	278.727	11,7	10,7	11,2
Bremen	40.976	38.409	79.385	12,4	11,3	11,8
Hamburg	60.736	62.257	122.994	7,0	6,8	6,9
Hessen	345.305	355.847	701.153	11,3	11,4	11,4
Mecklenburg-Vorpommern	70.633	71.464	142.097	8,9	8,8	8,8
Niedersachsen	466.064	453.853	919.917	11,9	11,3	11,6
Nordrhein-Westfalen	955.835	976.807	1.932.642	10,9	10,7	10,8
Rheinland-Pfalz	215.787	218.560	434.346	10,8	10,6	10,7
Saarland	33.638	30.764	64.402	6,9	6,1	6,5
Sachsen	98.817	91.499	190.315	4,9	4,4	4,7
Sachsen-Anhalt	77.184	74.990	152.175	7,0	6,6	6,8
Schleswig-Holstein	100.223	106.431	206.654	7,2	7,3	7,2
Thüringen	76.076	72.491	148.567	7,1	6,6	6,8
<b>Bund Gesamt</b>	<b>4.678.042</b>	<b>4.684.113</b>	<b>9.362.155</b>	<b>11,5</b>	<b>11,2</b>	<b>11,4</b>

\* Anteile beziehen sich auf die Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes: Bevölkerungsfortschreibung

neuen Bundesländern ist Brandenburg mit einem zweistelligen Prozentanteil der BKK Versicherten an der dort wohnhaften Gesamtbevölkerung mit dem höchsten Anteil vertreten.

### 1.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise



- Das Fehlzeitengeschehen ist nach wie vor durch ein deutliches Ost-West-Gefälle geprägt.
- Mitglieder in Baden-Württemberg (14,7 AU-Tage je Mitglied) haben durchschnittlich mehr als eine Kalenderwoche weniger Fehltage als die in Sachsen-Anhalt wohnhaften Mitglieder (23,2 AU-Tage je Mitglied).

Wie bereits im Methodenteil beschrieben basieren alle regionalen Zuordnungen der Mitglieder auf deren Wohnort. Ergänzend hierzu finden sich im **III** Anhang A in den **III** Tabellen A.11 und A.12 weitere Detailauswertungen zu den AU-Kennzahlen auf Ebene der Bundesländer bzw. der Landkreise und kreisfreien Städte.

In **III** Tabelle 1.3.2 sind zunächst die AU-Tage sowie die Falldauern nach Bundesländern für das Jahr 2016 sowie im Vergleich zum Jahr 2006 dargestellt. Auch in diesem Jahr zeigt sich, dass bei den AU-Tagen in den neuen Bundesländern nicht nur der höchste Wert (Sachsen-Anhalt mit 23,2 AU-Tagen je Mitglied), sondern auch die größte Steigerung im Zehnjahresvergleich (wiederum Sachsen-Anhalt mit +9,8 AU-Tagen je Mitglied) zu verzeichnen ist. Baden-Württemberg weist dagegen mit durchschnittlich 14,7 AU-Tagen je Mitglied mehr als eine Kalenderwoche weniger Fehltage auf. Bei den Differenzen

im Vergleich zu 2006 fällt auf, dass insbesondere die Stadtstaaten Berlin (+3,6 AU-Tage je Mitglied) und Hamburg (+2,7 AU-Tage je Mitglied) die geringsten Zuwächse zu verzeichnen haben und gleichzeitig auch die deutlichsten Rückgänge bei den Falldauern aufweisen (Berlin: -1,1 Tage je Fall; Hamburg: -1,0 Tage je Fall).

Wesentliche Ursachen des weiterhin bestehenden Ost-West-Unterschiedes (ausgenommen Berlin) sind aber nach wie vor in sozioökonomischen und soziodemografischen Faktoren zu sehen. Eine ungünstige Arbeitsmarktlage, höhere Arbeitslosigkeit, mehr prekäre Beschäftigung sowie eine nach wie vor ungebrochene Abwanderung v. a. junger Fachkräfte in die Altbundesländer und das damit einhergehende höhere Durchschnittsalter der Beschäftigten in den neuen Bundesländern sind hier beispielhaft zu nennen.

Welchen Einfluss insbesondere Alter und Geschlecht auf die Fehlzeiten ausüben, wird im Folgenden näher betrachtet. Um die regionalen Unterschiede unabhängig von der vorhandenen Alters- und Geschlechtsstruktur der Mitglieder betrachten zu können, werden die AU-Daten anhand der Gesamtheit aller GKV-Versicherten standardisiert (vgl. **III** Methodische Hinweise). Bei der hier angewendeten direkten Standardisierung werden die entsprechenden AU-Kennzahlen so berechnet, als würde die Alters- und Geschlechtsstruktur der BKK Mitglieder in den Regionen denen aller GKV-Mitgliedern entsprechen. Adäquat gilt dieses Vorgehen auch an den einschlägigen Stellen in den anderen Kapiteln zu den weiteren Leistungsbereichen in diesem Buch. Somit lassen sich von der Verteilung des Alters und des Geschlechts unabhängige Vergleiche sowohl innerhalb der BKK Versicherten als auch – bei Anwendung der identischen Methoden – mit den Berichten anderer Kassenarten im GKV-System durchführen.

In **III** Diagramm 1.3.1 zeigt sich der Einfluss der Alters- und Geschlechtsstruktur bei den AU-Tagen auf Ebene der Bundesländer. Dargestellt sind hier die prozentualen Abweichungen der standardisierten bzw. unstandardisierten Fehltage je Mitglied vom Bundesdurchschnitt. Zunächst zeigt sich, wie auch schon im Vorjahr, bei der Mehrzahl der Bundesländer eine höhere Abweichung vom Bundesdurchschnitt bezogen auf die unstandardisierten im Vergleich zu den standardisierten Kennwerten. Würde also die Alters- und Geschlechtsverteilung in diesen Bundesländern der aller GKV-Mitglieder entsprechen, wären hier im Durchschnitt weniger AU-Tage zu erwarten. In diesen Bundesländern ist also davon auszugehen, dass die BKK Mitglieder bezogen auf

Tabelle 1.3.2 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Bundesländern (Wohnort) im Zehnjahresvergleich (2006 und 2016)

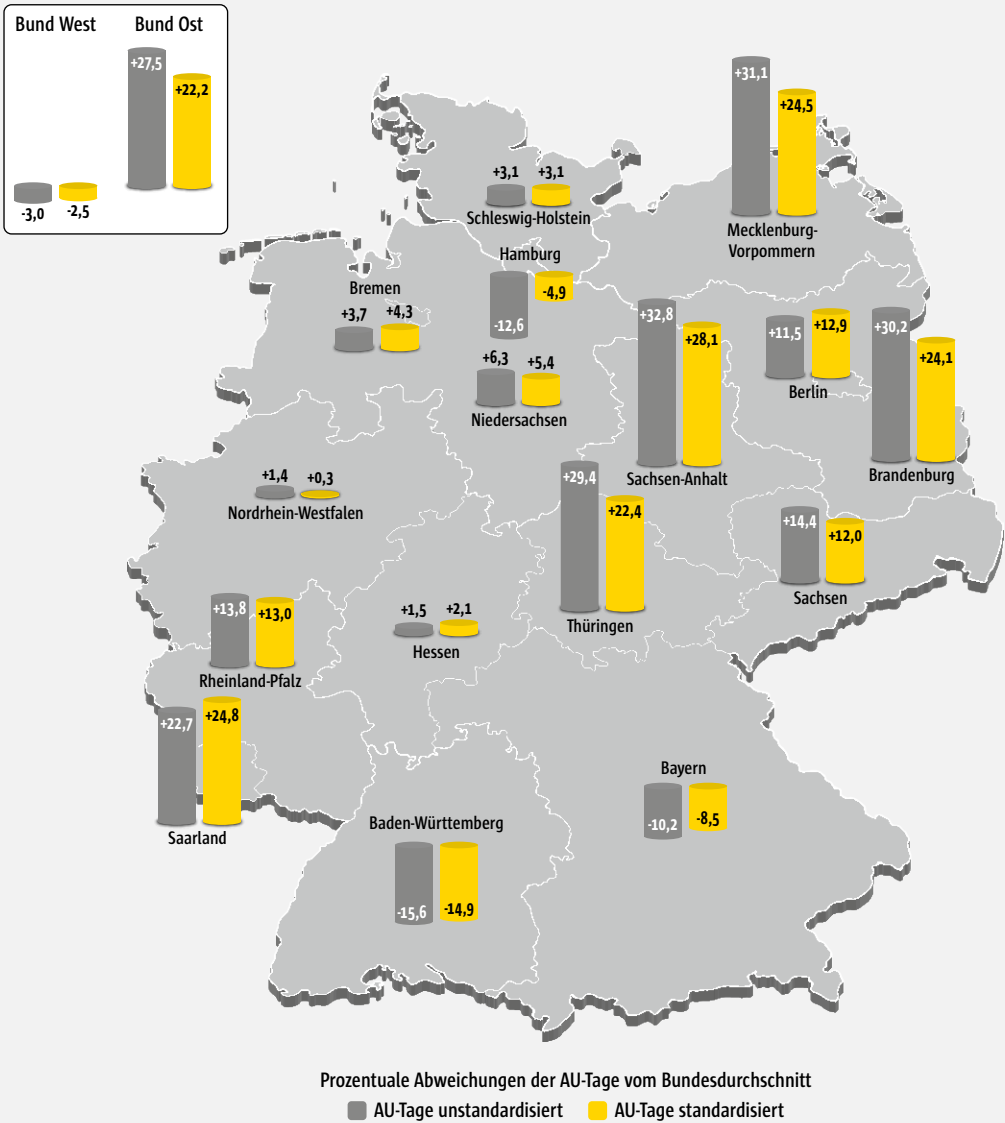
Bundesländer	AU-Tage	Differenz zu 2006	Tage je Fall	Differenz zu 2006
Baden-Württemberg	14,7	+5,1	11,8	+0,5
Bayern	15,7	+5,5	12,4	+0,5
Berlin	19,5	+3,6	15,1	-1,1
Brandenburg	22,7	+8,9	15,4	+0,8
Bremen	18,1	+5,5	13,1	+0,8
Hamburg	15,3	+2,7	13,0	-1,0
Hessen	17,7	+6,3	12,7	+0,4
Mecklenburg-Vorpommern	22,9	+9,2	15,1	+2,0
Niedersachsen	18,5	+7,2	13,0	+0,7
Nordrhein-Westfalen	17,7	+6,2	13,5	+0,5
Rheinland-Pfalz	19,9	+7,2	11,9	+0,1
Saarland	21,4	+6,8	15,4	-0,6
Sachsen	20,0	+7,0	13,8	-0,6
Sachsen-Anhalt	23,2	+9,8	15,1	+1,2
Schleswig-Holstein	18,0	+7,1	13,8	+1,2
Thüringen	22,6	+9,3	14,7	+0,9
<b>Bund West</b>	<b>16,9</b>	<b>+5,7</b>	<b>12,8</b>	<b>+0,3</b>
<b>Bund Ost</b>	<b>22,2</b>	<b>+8,8</b>	<b>14,9</b>	<b>+0,9</b>
<b>Bund Gesamt</b>	<b>17,4</b>	<b>+6,0</b>	<b>13,0</b>	<b>+0,3</b>

ihre Morbidität eine ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur aufweisen als die GKV-Mitglieder insgesamt. Auch hier sind insbesondere die neuen Bundesländer diejenigen, die die deutlichsten Unterschiede aufweisen. Ein gegenläufiges Bild zeigt sich in den meisten Altbundesländern. Hier ist – gemessen an den prozentualen Abweichungen der AU-Tage zum Bundesdurchschnitt – die Alters- und Geschlechtsstruktur im Vergleich zu allen GKV-Mitglieder etwas günstiger. Besonders deutlich wird dies im Stadtstaat Hamburg: Würden das Alter und das Geschlecht der BKK Mitglieder denen aller GKV Versicherten entsprechen, so wäre die Anzahl an Fehltagen immer noch um -4,9% geringer als der Bundesdurchschnittswert ausgeprägt. Da die in Hamburg wohnhaften BKK Mitglieder aber eine wesentlich günstigere Soziodemografie aufweisen, be-

trägt der unstandardisierte Unterschied -12,6%. Insgesamt gleichen sich diese regionalen Unterschiede auf Bundesebene nahezu aus (unstandardisiert: 17,4 AU-Tage je Mitglied; standardisiert: 17,3 AU-Tage je Mitglied). Trotzdem zeigt sich hier deutlich, welchen Einfluss die mit der Regionalität verbundene Mitgliederstruktur auf das AU-Geschehen und somit auch auf das Krankheitsgeschehen der Mitglieder ausübt.

Neben der Betrachtung des AU-Geschehens auf Ebene der Bundesländer werden durch den Blick auf die Landkreise weitere Details deutlich. So zeigt sich, dass die Spannbreite der AU-Tage auf Kreisebene innerhalb eines Bundeslandes genau so breit gefächert sein kann, wie zwischen den Bundesländern selbst. So lässt das »» Diagramm 1.3.2 erkennen, dass – auch nach Standardisierung für Alter und

Diagramm 1.3.1 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Bundesländern (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2016)

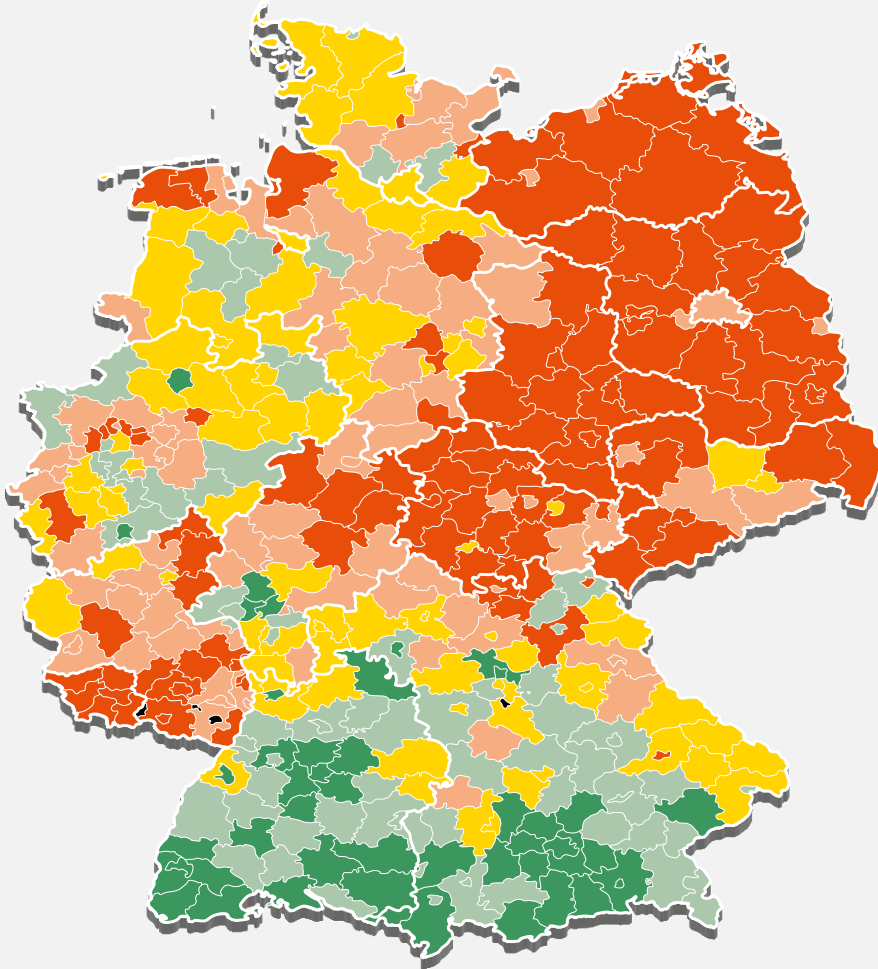


Bund Gesamt: unstandardisiert: 17,4 AU-Tage je Mitglied ohne Rentner; standardisiert: 17,3 AU-Tage je Mitglied ohne Rentner

Geschlecht – die durchschnittlichen Fehltag der Mitglieder in den neuen Bundesländern fast durchweg über dem standardisierten Bundesdurchschnittswert (17,3 AU-Tage je Mitglied) liegen. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass von den zehn Kreisen mit den meisten AU-Tagen je Mitglied allein

neun in den neuen Bundesländern liegen. Spitzenreiter ist hierbei der Landkreis Mansfeld-Südharz in Sachsen-Anhalt mit durchschnittlich 24,4 AU-Tagen je Mitglied – das ist im Mittel eine Kalenderwoche mehr (+7,1 AU-Tage) als der Bundesdurchschnitt. Eine Ausnahme unter den alten Bundesländern

Diagramm 1.3.2 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2016)



Abweichungen der AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner vom Bundesdurchschnitt

- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
  - 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt
  - zwischen ± 5% über bzw. unter dem Bundesdurchschnitt (17,3)
- 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt
  - mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
  - keine Angaben\*

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

bildet das Saarland, welches ebenfalls durchweg überdurchschnittlich viele AU-Tage aufweist. Der nach AU-Tagen gesündeste Landkreis ist Starnberg in Bayern mit durchschnittlich 11,1 AU-Tagen je Mitglied und somit mehr als sechs Tage weniger als der

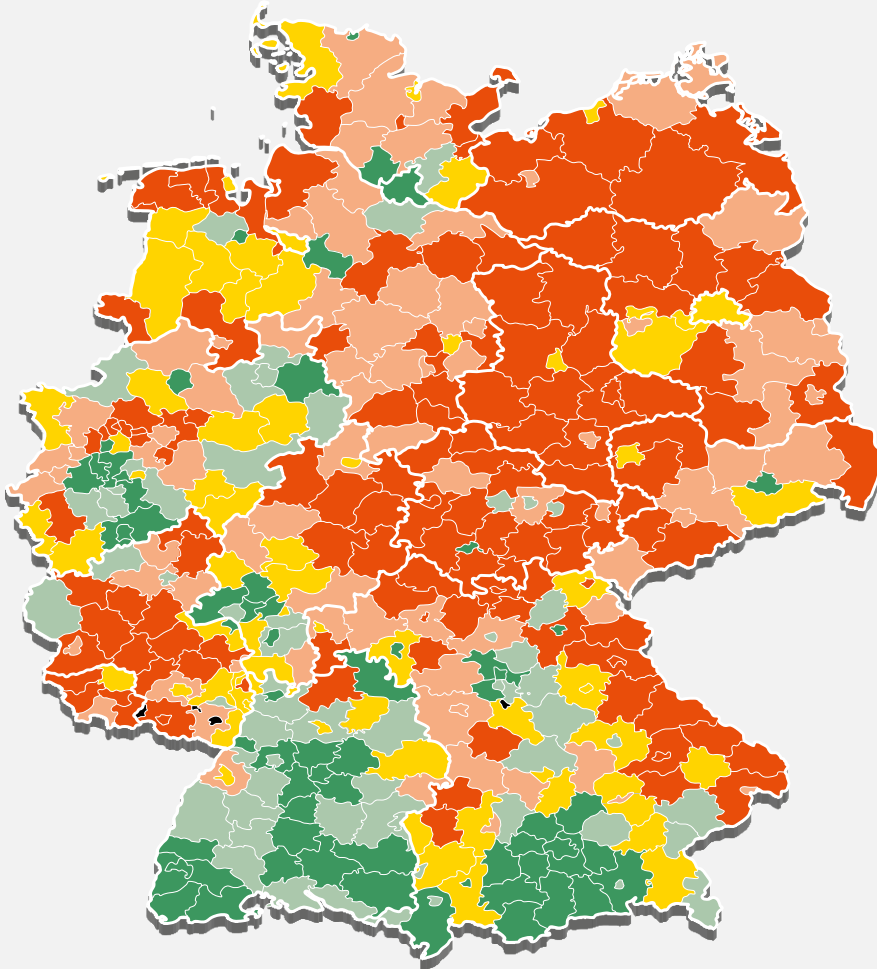
Bundesdurchschnitt. Auch insgesamt sind auf Kreisebene in Bayern und Baden-Württemberg die im Durchschnitt wenigsten AU-Tage bei den Mitgliedern zu verzeichnen.

### 1.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen

Neben dem Fehlzeitengeschehen im Allgemeinen werden im Folgenden die AU-Tage der Mitglieder aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen so-

wie aufgrund von psychischen Störungen auf Ebene der Landkreise betrachtet. Die entsprechenden Kennzahlen wurden ebenfalls für Alter und Geschlecht standardisiert, um einen davon unabhängigen Vergleich zwischen den Regionen zu ermöglichen.

Diagramm 1.3.3 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2016)



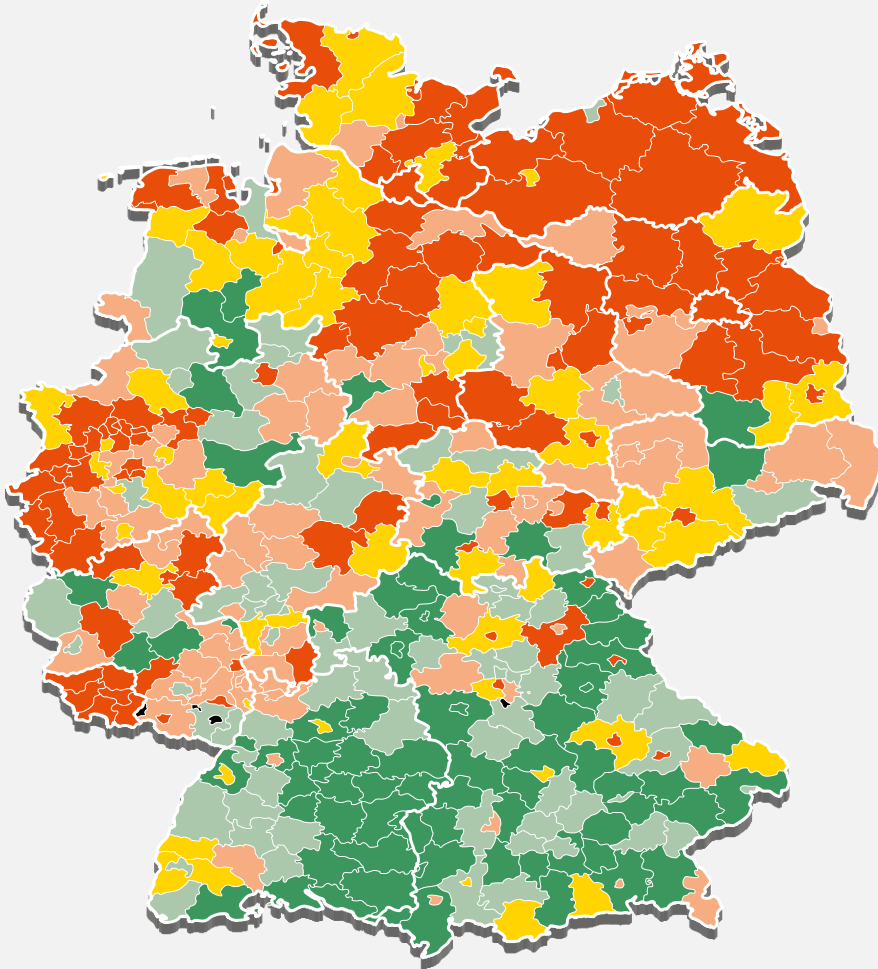
#### Abweichungen der AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner vom Bundesdurchschnitt

- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
- 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt
- zwischen ± 5% über bzw. unter dem Bundesdurchschnitt (4,3)
- 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt
- mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
- keine Angaben\*

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



Diagramm 1.3.4 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Psychische Störungen – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2016)



Abweichungen der AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner vom Bundesdurchschnitt

- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
  - 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt
  - zwischen ± 5% über bzw. unter dem Bundesdurchschnitt (2,8)
- 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt
  - mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
  - keine Angaben\*

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

Betrachtet man die standardisierten AU-Tage der Mitglieder, die auf Muskel- und Skeletterkrankungen zurückzuführen sind (» Diagramm 1.3.3), so zeigen sich zum einen auch hier mehrheitlich die Regionen mit besonders hohen Fehlzeiten, die be-

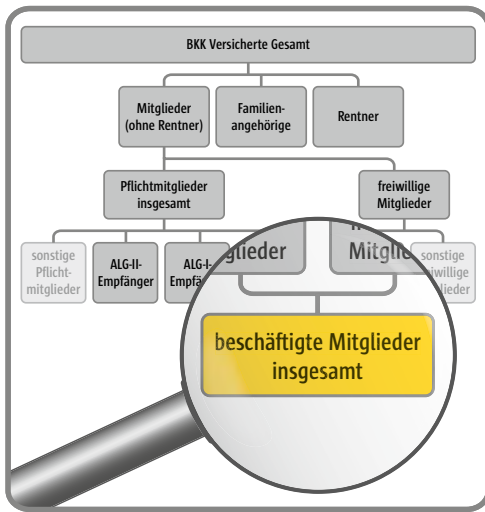
reits bei den gesamten AU-Tagen auffällig waren. Neben dem Schwerpunkt in den neuen Bundesländern sind aber auch zahlreiche Kreise in den Altbundesländern mit auffällig hohen Werten zu finden. Insbesondere in Ostbayern, im Saarland, in Rhein-

land-Pfalz, in Teilen Hessens sowie in Niedersachsen sind überdurchschnittliche Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart zu erkennen. Unter den zehn Landkreisen mit den meisten AU-Tagen je Mitglied sind somit auch vier aus den Altbundesländern vertreten. So hat zum Beispiel Pirmasens (Rheinland-Pfalz) mit durchschnittlich 8,5 AU-Tagen je Mitglied fast doppelt so viele Fehltagetage wie der Bundesdurchschnitt (4,3 AU-Tagen je Mitglied). Die zehn Landkreise mit den wenigsten AU-Tagen bei dieser Diagnosehauptgruppe liegen aber wiederum ausschließlich in den Altbundesländern. Interessanterweise steht hier auch der Landkreis in Bayern (Starnberg) mit durchschnittlich 2,0 AU-Tagen je Mitglied an der Spitze, der bereits bei den Gesamt-AU-Tagen den geringsten Wert zeigt. Die starke Spreizung innerhalb der einzelnen Bundesländer zeigt zudem, dass eine Analyse auf Ebene der Landkreise einen erheblichen zusätzlichen Erkenntnisgewinn mit sich bringt und

für regionale Planungen von Versorgungsstrukturen sowie auch von Prävention und Gesundheitsförderung von wesentlicher Bedeutung sein kann.

Auch die AU-Tagen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen zeigen auf Kreisebene ein regional sehr unterschiedliches Bild (»» Diagramm 1.3.4). Hier ist eher ein Nord-Süd-Gefälle zu beobachten, wobei auch in Bayern und Baden-Württemberg punktuell Kreise mit überdurchschnittlichen Fehltagetagen aufgrund dieser Krankheitsart zu finden sind. Unter den zehn Landkreisen mit den meisten AU-Tagen sind überraschenderweise neun aus den Altbundesländern zu finden. Der Spitzenreiter – Hof in Bayern – weist mit durchschnittlich 5,2 AU-Tagen je Mitglied fast doppelt so viele Fehltagetage wie der Bundesdurchschnitt (2,8 AU-Tagen je Mitglied) auf. Dagegen weist der Landkreis Vechta in Niedersachsen nicht einmal ein Drittel (1,6 AU-Tagen je Mitglied) der Fehltagetage im Vergleich zu Hof auf.

## 1.4 AU-Geschehen in der Arbeitswelt



Der folgende Abschnitt widmet sich dem Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit. Im Fokus der Betrachtungen stehen dabei die beschäftigten BKK Mitglieder insgesamt. Zahlreiche arbeitsweltliche Indikatoren stehen über die BKK Routinedaten zur Verfügung. Unter anderem lassen sich Analysen nach der Betriebsgröße, der Wirtschaftsgruppe, der Berufsgruppe sowie zusätzlichen Merkmalen der beruflichen Tätigkeit darstellen.

### 1.4.1 Arbeitsumfeld- und Tätigkeitsmerkmale der beschäftigten Mitglieder

Aufgrund der vorliegenden Daten und entsprechend zugehöriger Klassifikationssysteme können eine Reihe von Aussagen mit arbeitsweltlichem Bezug für die beschäftigten BKK Mitglieder getroffen werden.

Die Zuordnung von Unternehmen zu bestimmten Wirtschaftsgruppen basiert auf der amtlichen Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008) des Statistischen Bundesamtes. Die Zuordnung erfolgt auf

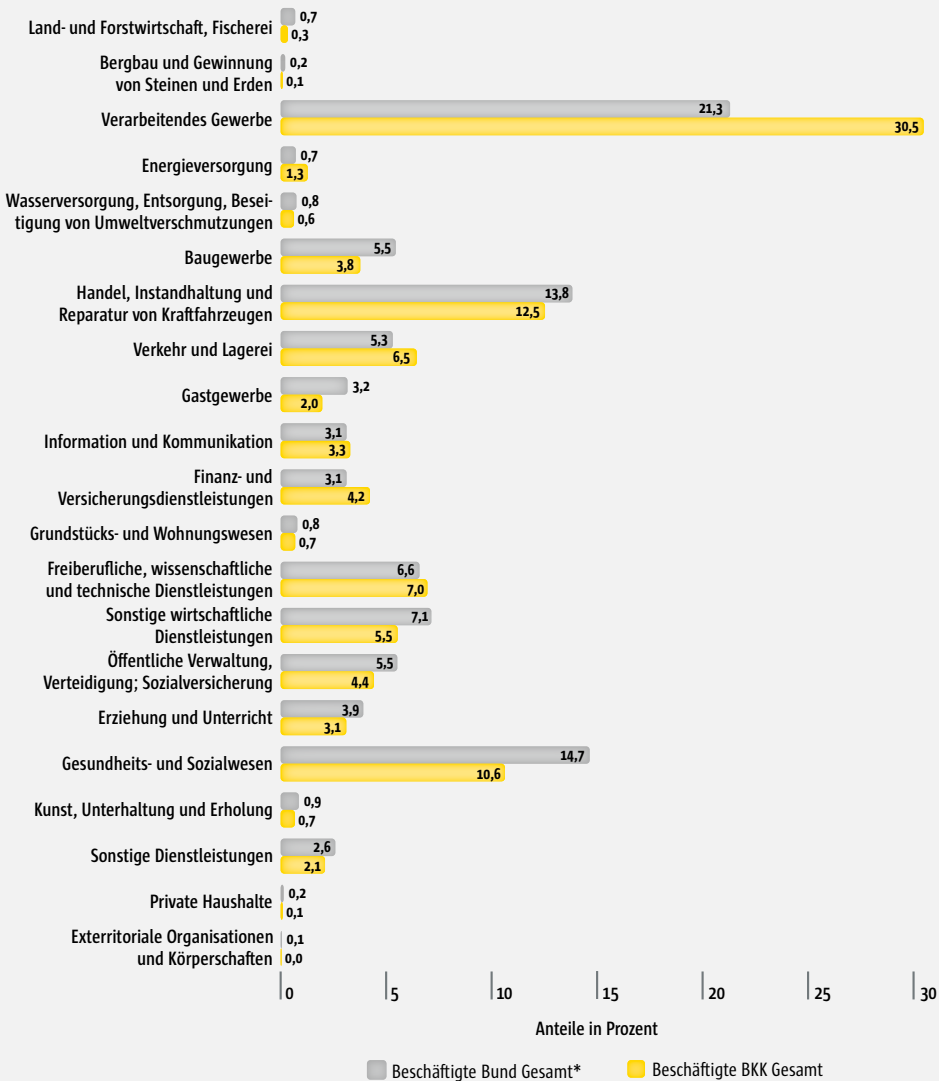
Basis detaillierter Angaben des Unternehmens nach einem bestimmten Algorithmus. Verkürzt lässt sich sagen, dass ein Unternehmen entsprechend seiner Haupttätigkeit einer bestimmten Wirtschaftsgruppe angehört. Die Zuordnung eines Unternehmens zu einer bestimmten Wirtschaftsgruppe korrespondiert dabei nicht zwingend mit der beruflichen Tätigkeit aller dort Beschäftigten entsprechend der Klassifikation der Berufe (KldB 2010). In letztgenannter Klassifikation sind neben der Tätigkeitsangabe selbst noch weitere Informationen, z.B. zum höchsten Schul- bzw. Berufsabschluss, zum Anforderungsniveau der Tätigkeit, der Stellung im Beruf sowie zum Beschäftigungsverhältnis und zur Vertragsform zu finden. Im **III** Anhang A sind zahlreiche weitere Kennzahlen mit einem arbeitsweltlichen Bezug enthalten, so sind in den **III** Tabellen A.6 bis A.9 die Anzahl der beschäftigten Mitglieder je Wirtschaftsgruppe inklusive AU-Kennzahlen nach Geschlecht und Diagnosehauptgruppen sowie in **III** Tabelle A.10 die Fehltagen nach Berufshauptgruppen dargestellt.

Einleitend werden zunächst in **III** Diagramm 1.4.1 die beschäftigten BKK Mitglieder bezüglich ihrer Zugehörigkeit zu einer Wirtschaftsgruppe den Angaben aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland gegenübergestellt.

Erkennbar wird, dass bei einer BKK versicherte Beschäftigte überproportional häufig in einem Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes tätig sind (30,5% vs. 21,3%). Dagegen sind die beschäftigten BKK Mitglieder anteilig unterproportional in Unternehmen des Gesundheits- und Sozialwesens vertreten (10,6% vs. 14,7%). Für alle anderen Wirtschaftsabschnitte sind die Abweichungen geringer ausgeprägt.

Zunächst lässt sich feststellen, dass sich die beschäftigten BKK Mitglieder entsprechend der Berufssektoren in ihrer Reihung nach Prozentanteilen nicht von denen aller Beschäftigten in Deutschland unterscheiden (vgl. **III** Diagramm 1.4.2). Allerdings zeigt sich, dass im Vergleich zu allen Erwerbstätigen die bei einer BKK versicherten Berufstätigen häufi-

Diagramm 1.4.1 Anteile der Beschäftigten nach Wirtschaftsgruppen – Vergleich zwischen beschäftigten BKK Mitgliedern und Beschäftigten Bund Gesamt\* (Berichtsjahr 2016)



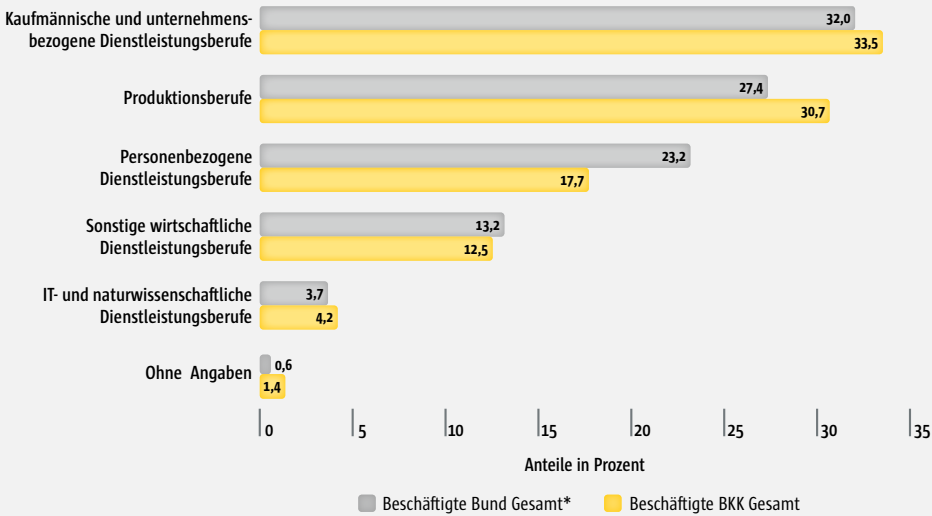
\* Quelle: Bundesagentur für Arbeit – Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Wirtschaftsgruppen am 31. Dezember 2016.

ger in den Bereichen Produktionsberufe (30,7% vs. 27,4%) dafür seltener bei den personenbezogenen Dienstleistungsberufen (17,7% vs. 23,2%) zu finden sind. Dies überrascht insofern nicht, als dass die Mehrzahl der Betriebskrankenkassen ihren Ursprung in produzierenden Unternehmen hat (vgl. auch ►► Diagramm 1.4.1) und diese Wirtschafts- bzw. Berufsbranche somit auch heute noch einen we-

sentlichen Schwerpunkt bei den beschäftigten BKK Mitgliedern bilden.

Nach der Beschreibung und dem Vergleich der beschäftigten BKK Mitglieder mit allen bundesweit Beschäftigten insgesamt wird nun nachfolgend der Zusammenhang dieser Merkmale mit ausgewählten AU-Kennzahlen dargestellt. Zunächst wird dabei das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen anhand des Struktur-

Diagramm 1.4.2 Anteile der Beschäftigten nach Berufssectoren – Vergleich zwischen beschäftigten BKK Mitgliedern und Beschäftigten Bund Gesamt\* (Berichtsjahr 2016)



\* Quelle: Bundesagentur für Arbeit: Berichterstattung nach Berufssectoren (KIdB 2010) Quartalsstichtag März 2016.

merkmals des Unternehmens – der Wirtschaftsgruppenzugehörigkeit – betrachtet. Anschließend widmet sich der Abschnitt der konkreten Tätigkeit eines Beschäftigten in einem Unternehmen auf Basis des vorliegenden Tätigkeitsschlüssels und dem entsprechend zugeordneten Beruf. Weitere arbeitsweltliche Indikatoren, die aufgrund des Tätigkeitsschlüssels bzw. seitens des Arbeitgebers vorliegen, werden im abschließenden dritten Abschnitt betrachtet. Aufgrund der Vielzahl von Indikatoren und Daten zur Arbeitsunfähigkeit, werden in den folgenden Abschnitten nur die wichtigsten und aus der Sicht der Verfasser interessantesten Zusammenhänge und Kennwerte dargestellt. Für weitere Details sei auf den [Anhang A](#), insbesondere die [Tabellen A.6 bis A.10](#), verwiesen.

### 1.4.2 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

Die folgenden Auswertungen basieren zum Teil auf einer eigenen, betriebskrankenkassenspezifischen Wirtschaftsgruppengliederung („BKK Wirtschaftsgruppen“). Basis dieser Systematik bildet wiederum die Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008 (WZ 2008). Aufgrund der Struktur der beschäftigten BKK Mitglieder sind in einigen der Wirtschaftsabteilungen nur wenige Beschäftigte zu finden. Um hier möglichst valide Aussagen mit Rückschluss auf die Grund-

gesamtheit der Beschäftigten in einer Wirtschaftsabteilung treffen zu können, wurden solche schwach besetzten Gruppen zum Teil zusammengefasst. Diese aggregierten Gruppen sind in [Tabelle A.6](#) mit den zugehörigen WZ 2008-Codierungen dargestellt. Zusätzlich finden sich in [Tabelle A.9](#) auch die wichtigsten AU-Kennzahlen nach Wirtschaftsabschnitten und -abteilungen entsprechend der WZ 2008.

- Wie in den vergangenen Jahren sind es die Beschäftigten der Postdienste (30,6 AU-Tage je Mitglied) sowie der Abfallbeseitigung und des Recyclings (26,0 AU-Tage je Mitglied), die mit Abstand die meisten Fehltage von allen Wirtschaftsgruppen aufweisen.
- Demgegenüber weniger als halb so viele Fehltage weisen die Beschäftigten im Bereich Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung (10,6 AU-Tage je Mitglied) auf.
- Während AU-Tage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen vermehrt in Wirtschaftsgruppen mit hohem körperlichem Arbeitsanteil (z.B. Produktions- und Bauberufe) vorkommen, sind Fehltage aufgrund von psychischen Störungen vor allem dort zu finden, wo ein hohes Maß an zwischenmenschlichem bzw. Kundenkontakt die Arbeitswelt prägt (z.B. Gesundheitswesen bzw. Einzelhandel).

In **»»** Diagramm 1.4.3 sind die AU-Tage je beschäftigtes Mitglied nach Wirtschaftsgruppen und Geschlecht dargestellt. Die Beschäftigten bei den Postdiensten weisen mit insgesamt 30,6 AU-Tagen je be-

schäftigtes Mitglied die meisten krankheitsbedingten Fehlzeiten auf, wobei die Frauen (35,6 AU-Tage) mit deutlichem Abstand vor den Männern (25,0 AU-Tage) liegen. Die Wirtschaftsgruppe Abfallbeseiti-

Diagramm 1.4.3 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

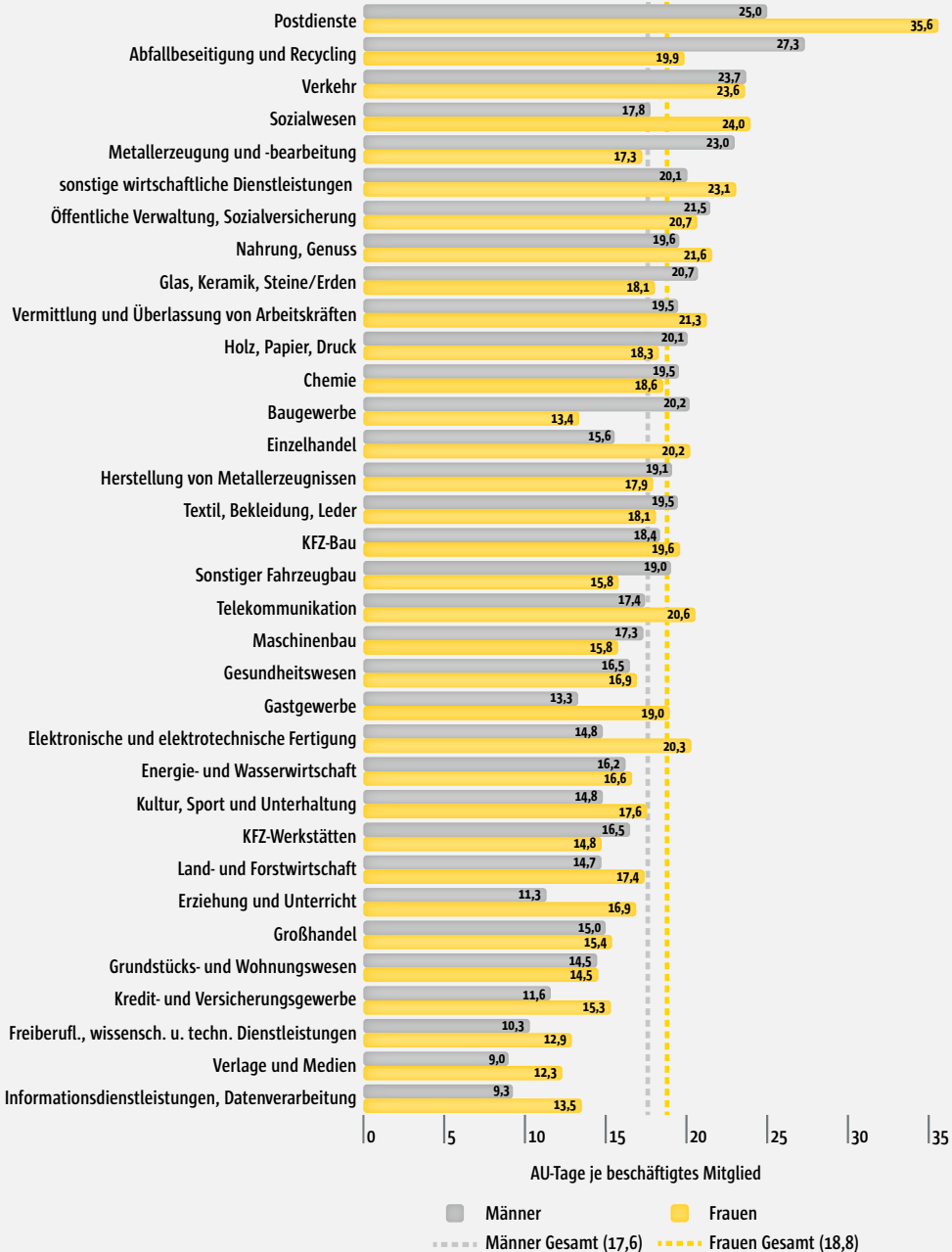
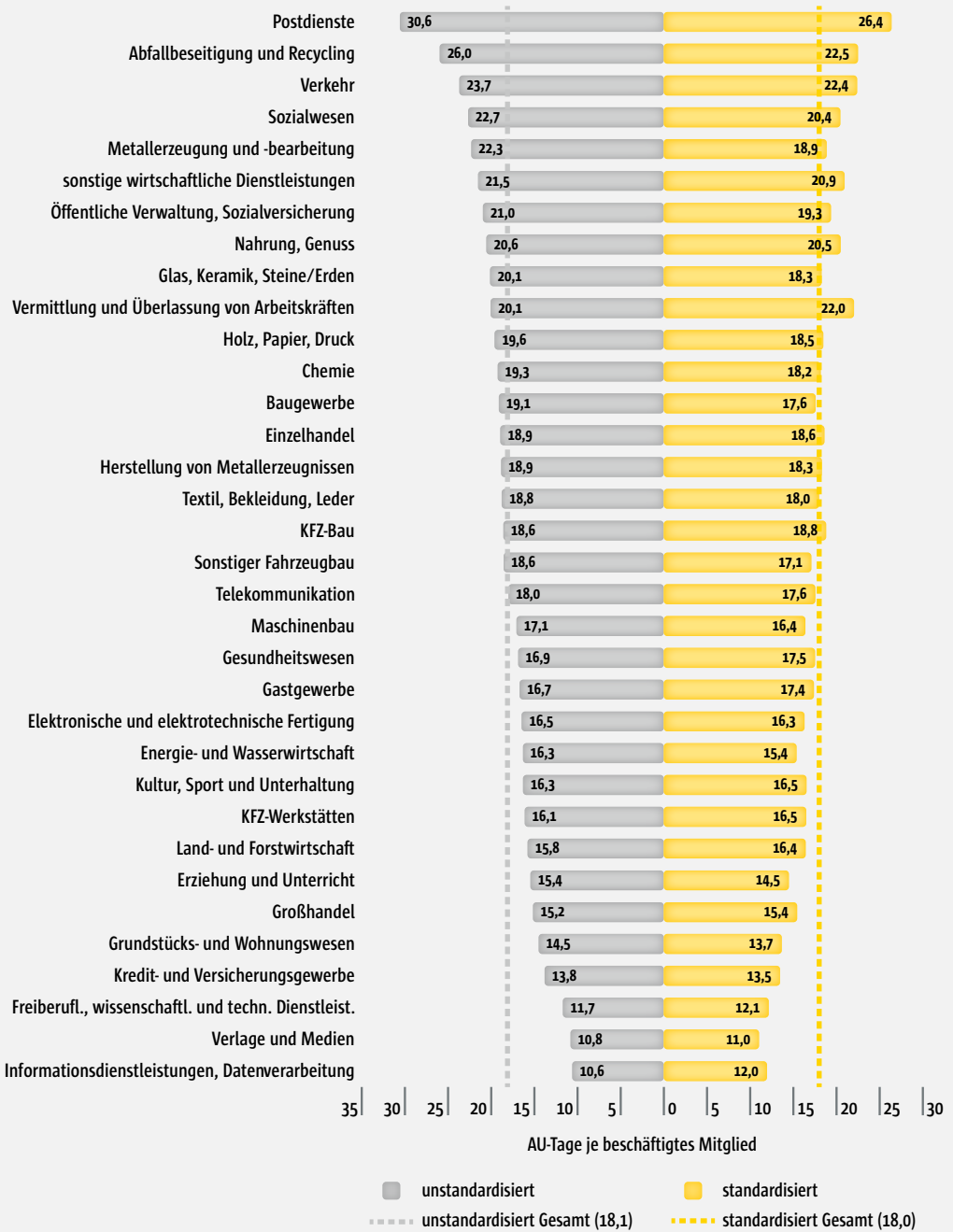


Diagramm 1.4.4 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen – Alter und Geschlecht standardisiert/ unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2016)



gung und Recycling ist ebenfalls, wie im Vorjahr wiederum auf Platz 2 mit 26,0 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied zu finden, wobei hier die Männer (27,3 AU-Tag) im Mittel über eine Kalenderwoche mehr AU-Tag aufweisen als die Frauen (19,9 AU-Tag). Auch die Wirtschaftsgruppe Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung mit den wenigsten Fehltagen je beschäftigtes Mitglied (10,6 AU-Tag) im Jahr 2016 zeigt im Vergleich zwischen Männern (9,3 AU-Tag) und Frauen (13,5 AU-Tag) noch essenzielle Geschlechtsunterschiede. Wesentlich mehr AU-Tag bei den beschäftigten Frauen sind außerdem zum Beispiel im Sozialwesen, im Gastgewerbe sowie im Bereich Erziehung und Unterricht zu finden. Dagegen weisen Männer in den Wirtschaftsgruppen Abfallbeseitigung und Recycling, Metallherzeugung und -bearbeitung und Baugewerbe bedeutend mehr AU-Tag je Beschäftigten auf. Diese Unterschiede liegen aber vermutlich zum Großteil darin begründet, dass Männer und Frauen innerhalb der benannten Wirtschaftsgruppen teils völlig unterschiedliche Berufe ausüben, die mit einer unterschiedlichen gesundheitlichen Belastung und entsprechend abweichenden krankheitsbedingten Fehltagen einhergehen. So werden zum Beispiel 87,3% aller beschäftigten Männer im Baugewerbe den Produktionsberufen zugeordnet, während der überwiegende Teil der im Baugewerbe beschäftigten Frauen (82,7%) im Bereich der kaufmännischen und unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufe tätig ist.

Insgesamt weichen die standardisierten AU-Tag (18,0) nur unwesentlich von den unstandardisierten AU-Tagen (18,1) je Mitglied ab. Die BKK Beschäftigten unterscheiden sich also – bezogen auf das Fehlzeitengeschehen allgemein – nicht bedeutsam von allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland. Betrachtet man dagegen die jeweiligen Werte bezogen auf die einzelnen Wirtschaftsgruppen, so zeigen sich zum Teil deutliche Differenzen (» Diagramm 1.4.4). So reduzieren sich die Fehltag bei den Postdiensten von 30,6 AU-Tagen (unstandardisiert) auf 26,4 AU-Tag (standardisiert). Das bedeutet, dass die BKK Beschäftigten in dieser Wirtschaftsgruppe eine ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur aufweisen als alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt. Gleiches gilt zum Beispiel auch für Beschäftigte in den Bereichen Abfallbeseitigung und Recycling sowie Metallherzeugung und -bearbeitung und Sozialwesen. Umgekehrt gibt es aber auch Wirtschaftsgruppen, bei denen die BKK Beschäftigten in der jeweiligen Wirtschaftsgruppe eine günstigere Alters- und Geschlechtsstruktur als alle sozialversicherungspflichtig

beschäftigten aufweisen. Dies ist zum Beispiel der Fall in den Bereichen Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung sowie bei der Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften. Hier liegen die standardisierten AU-Tag über den unstandardisierten Werten.

In » Diagramm 1.4.5 sind die AU-Tag der verschiedenen Wirtschaftsgruppen noch einmal differenziert für die wichtigsten Krankheitsarten dargestellt. Die meisten Fehltag aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen (1.032 AU-Tag je 100 beschäftigte Mitglieder) sind wiederum bei den Postdiensten zu finden – mehr als ein Drittel (33,7%) aller AU-Tag in diesem Wirtschaftszweig gehen auf diese Krankheitsart zurück. Im Vergleich hierzu weisen Beschäftigte der Wirtschaftsgruppe Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung nicht einmal ein Sechstel der Fehltag auf (167 AU-Tag je 100 beschäftigte Mitglieder). Auch ist deren Anteil an allen Krankheitsarten mit 15,8% in letztgenannter Wirtschaftsgruppe deutlich geringer. Dies ist natürlich nicht zuletzt auch durch die unterschiedlichen arbeitsbedingten Beanspruchungen und Belastungen begründet: Insgesamt haben bei dieser Diagnosehauptgruppe vor allem Wirtschaftsgruppen des produzierenden Gewerbes bzw. Handwerks (z. B. Baugewerbe) oder Dienstleister mit besonders hoher körperlicher Belastung (Postdienste, Abfallbeseitigung und Recycling) auffällig viele Fehltag, während diese bei Bürotätigkeiten eher weniger häufig auftreten.

Ein anderes Bild zeigt sich bei den psychischen Störungen. Sowohl absolut (471 AU-Tag je 100 Beschäftigte) als auch in Anteilen (20,8%) weisen hier die Beschäftigten im Sozialwesen die meisten Fehltag auf. Dagegen haben Beschäftigte in der Land- und Forstwirtschaft nicht einmal halb so viele Fehltag (164 AU-Tag je 100 Beschäftigte; 10,4% der AU-Tag) aufgrund dieser Krankheitsart.

Erwartungsgemäß sind von Verletzungen und Vergiftungen vor allem diejenigen Wirtschaftsgruppen (Postdienste, Baugewerbe, Abfallbeseitigung und Recycling) stärker betroffen, die bei ihrer Tätigkeit vor allem körperlichen Belastungen ausgesetzt sind bzw. deren Tätigkeit ein generell höheres Unfallrisiko (z. B. durch Tätigkeitsschwerpunkt im Straßenverkehr bzw. mit Maschinen) mit sich bringt. An der Spitze stehen auch hier die Postdienste mit 434 AU-Tagen je 100 Beschäftigten – das sind mehr als viermal so viele Fehltag im Vergleich zu den Beschäftigten im Bereich Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung (90 AU-Tag je 100 Beschäftigte).



Diagramm 1.4.5 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)

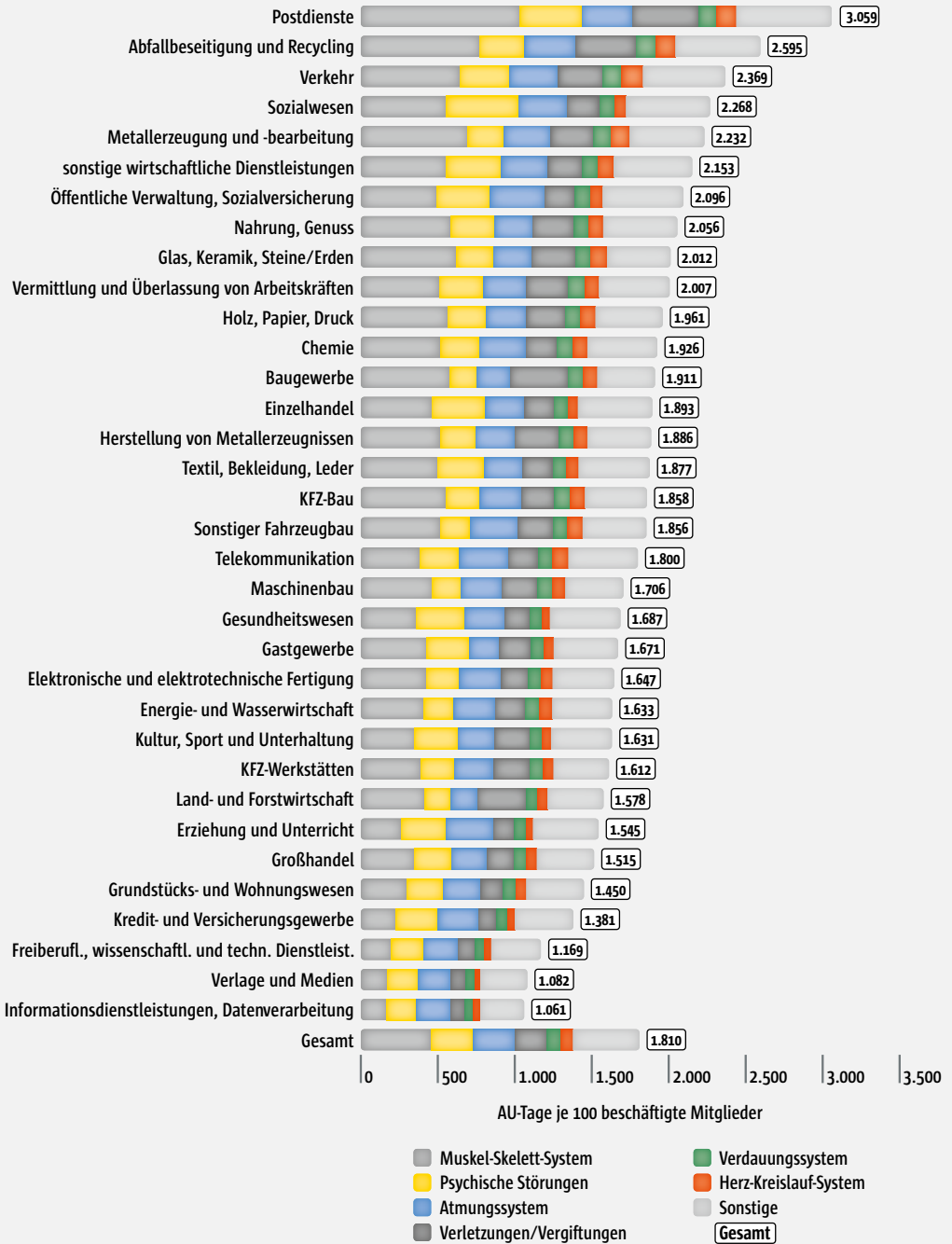
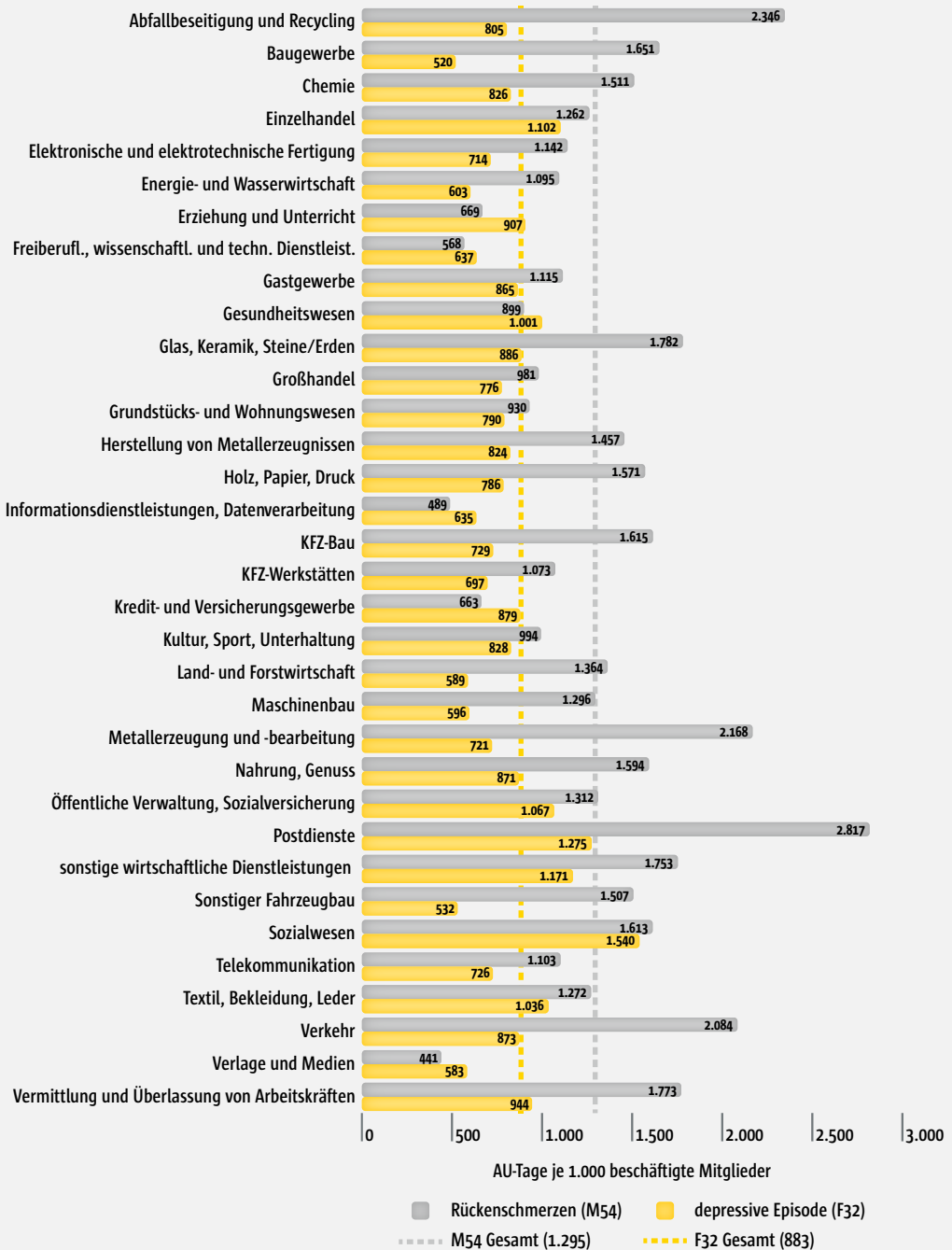


Diagramm 1.4.6 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen aufgrund von Rückenschmerzen (M54) bzw. depressiver Episode (F32) (Berichtsjahr 2016)



Stellvertretend für zwei der für das AU-Geschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen – die Muskel- und Skeletterkrankungen sowie die psychischen Störungen – werden in **III** Diagramm 1.4.6 für jede dieser Krankheitsarten die AU-Tage der jeweils wichtigsten Diagnose nach Wirtschaftsgruppen betrachtet. Dabei handelt es sich sowohl bei den Rückenschmerzen (M54), als auch bei der depressiven Episode (F32) um die Einzeldiagnose, die den jeweils größten Anteil der AU-Tage in der entsprechenden Krankheitsgruppe auf sich vereint. Wenig überraschend sind auch hier die Beschäftigten der Postdienste (2.817 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) und der Gruppe Abfallbeseitigung und Recycling (2.346 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) mit den meisten krankheitsbedingten Fehltagen aufgrund von Rückenschmerzen (M54) an der Spitze aller Wirtschaftsgruppen zu finden. Im Vergleich zu den am wenigsten betroffenen Wirtschaftsgruppen Verlage und Medien (441 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) sowie Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung (489 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte), weisen die Postdienste mehr als sechsmal höhere Fehlzeiten aufgrund dieser Erkrankungsart auf. Insgesamt zeigt sich auch hier, dass Wirtschaftsgruppen mit Tätigkeiten, die vor allem mit einer körperlichen Belastung einhergehen, aufgrund dieser Krankheitsart stärker von Fehltagen betroffen sind, als solche, die vor allem eine geistig beanspruchende Tätigkeit beinhalten.

Somit lässt sich auch die Reihung bei den Fehltagen aufgrund einer depressiven Episode (F32) erklären: Berufe mit einem hohen Anteil an psychischen Belastungen (z.B. Sozialwesen, öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung) weisen deutlich mehr AU-Tage auf, als zum Beispiel das Baugewerbe. Zwischen der Gruppe mit den meisten (Sozialwesen: 1.540 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) und mit den wenigsten Fehltagen aufgrund einer depressiven Episode (F32) (Baugewerbe: 520 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) differieren die durchschnittlichen Fehlzeiten immerhin um fast das 3-Fache.

- 4,2% aller AU-Tage im Jahr 2016 werden durch einen Arbeitsunfall verursacht.
- Auch hier sind Wirtschaftsgruppen mit einem deutlich höheren Anteil an körperlicher Arbeit (z.B. Baugewerbe) stärker betroffen als solche mit geringer körperlicher Belastung bzw. Gefährdung (z.B. Verlage und Medien).

Neben den bisher dargestellten krankheitsbedingten Ursachen der Arbeitsunfähigkeit spielen auch Arbeitsunfälle und die damit verbundenen Fehlzeiten bei den Beschäftigten eine wichtige Rolle. Circa 4,2% der Fehltag der Beschäftigten werden im Jahr 2016 allein durch Arbeitsunfälle verursacht. Insbesondere wird in **III** Diagramm 1.4.7 die Problematik der Arbeitsunfälle im Zusammenhang mit der Wirtschaftsgruppenzugehörigkeit sichtbar: Zwischen den Beschäftigten der Postdienste (2.251 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) und denen der Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung (191 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) zeigt sich im Verhältnis eindrucksvoll, wie gravierend das Arbeitsunfallgeschehen von arbeitsweltlichen Faktoren abhängig ist. Auch hier sind Beschäftigte in Tätigkeitsfeldern mit hoher körperlicher Belastung (z.B. Baugewerbe) bzw. mit einer potenziell weitaus höheren Unfallgefahr zum Beispiel im Straßenverkehr (Postdienste, Abfallbeseitigung- und Recycling) deutlich stärker von Fehltagen aufgrund von Arbeitsunfällen betroffen als Beschäftigte in Wirtschaftsgruppen mit geringer körperlicher Belastung und/oder vorwiegender Bürotätigkeit.

Einen Einblick in die regionale Verteilung wirtschaftsgruppenspezifischer Fehlzeiten gibt **III** Diagramm 1.4.8. Dabei werden zum Teil gravierende Unterschiede erkennbar. So beträgt bei den Beschäftigten im Kredit- und Versicherungsgewerbe der Unterschied zwischen den Beschäftigten mit Wohnort in Sachsen-Anhalt (2.244 AU-Tage je 100 Beschäftigte) und in Bremen (1.149 AU-Tage je 100 Beschäftigte) fast elf Kalendertage je Beschäftigten. Zum Teil sind diese Abweichungen zwar durch eine unterschiedliche soziodemografische Struktur der Beschäftigten (z.B. bei Alter und Geschlecht) zu erklären, größtenteils aber auch durch unterschiedliche (un-)günstige Arbeits- und Lebensbedingungen vor Ort. Nicht allein die Tätigkeit in einer bestimmten Wirtschaftsgruppe übt einen Einfluss auf die Gesundheit aus, sondern wo bzw. vielmehr unter welchen Bedingungen sie erbracht wird. Hierzu zählt unter anderem auch die wirtschaftliche und sozioökonomische Lage einer Region.

Auch für die anderen betrachteten Wirtschaftsgruppen sind regionale Unterschiede bei den Fehltagen von über einer Kalenderwoche zu beobachten. Insgesamt zeigt sich auch hier recht deutlich, dass in den neuen Bundesländern die Fehlzeiten im Mittel höher sind als in den Altbundesländern. Ausnahmen bilden das Saarland und Rheinland-Pfalz, die im Altbundeslandvergleich ebenfalls hohe Fehlzeiten aufweisen.

Diagramm 1.4.7 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen aufgrund von Arbeitsunfällen (Berichtsjahr 2016)

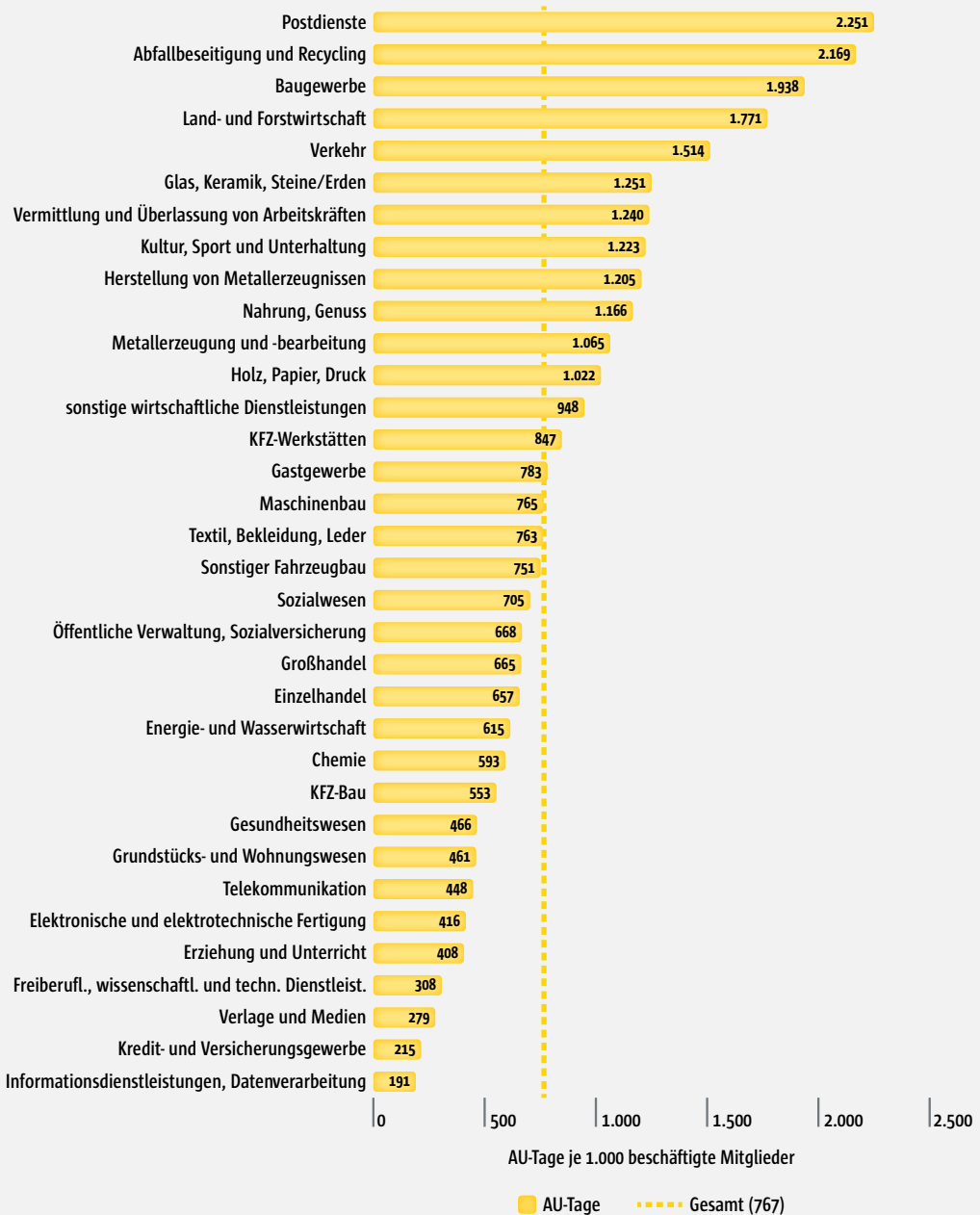
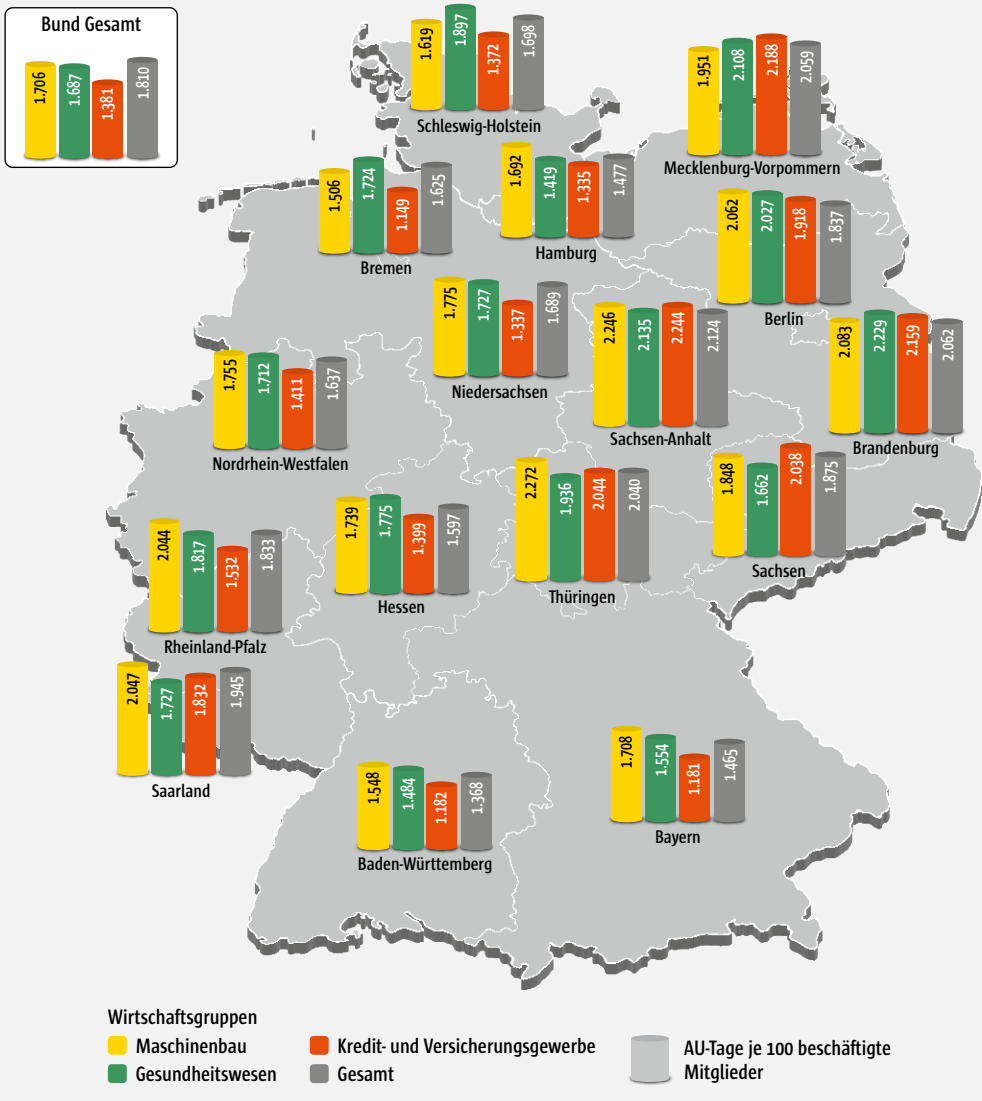


Diagramm 1.4.8 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2016)



### 1.4.3 Auswertungen nach Berufen

Neben der Betrachtung des Fehlzeitengeschehens über die Zugehörigkeit eines Unternehmens und somit auch des Beschäftigten zu einer bestimmten Wirtschaftsgruppe gibt die vom Beschäftigten ausgeübte Tätigkeit weiteren Aufschluss über den Einfluss arbeitsweltlicher Faktoren auf die Gesundheit.

Basis bildet hierbei der Tätigkeitsschlüssel nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) eines jeden Beschäftigten. Dieser zeigt nicht nur die aktuell ausgeübte Tätigkeit auf, sondern beinhaltet auch noch weitere Merkmale. In diesem Abschnitt soll der Fokus zunächst auf dem ausgeübten Beruf der BKK Beschäftigten liegen. Das sich anschließende **»»»** Kapitel 1.4.4 widmet sich weiteren, für den Zusammen-

hang zwischen Arbeitswelt und Gesundheit relevanten, Indikatoren. In **»»»** Anhang A in der **»»»** Tabelle A.10 finden sich die wichtigsten AU-Kennzahlen der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssektoren, -segmenten und -hauptgruppen im Überblick.

- Weisen die Beschäftigten in Berufen der Unternehmensführung und -organisation durchschnittlich 13,3 AU-Tage auf, so sind es bei den Beschäftigten in den Reinigungsberufen mehr als doppelt so viele Fehltage (26,8 AU-Tage).

In **»»»** Diagramm 1.4.9 sind die AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht dargestellt. Wie schon bei den Wirtschaftsgruppen wird auch hier erkennbar, dass es deutliche

Unterschiede bei den Fehltagen bezogen auf die berufliche Tätigkeit gibt. Mit insgesamt durchschnittlich 26,8 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied stehen die Reinigungsberufe hier an der Spitze, gefolgt von den Verkehrs- und Logistikberufen (von denen viele in der Wirtschaftsgruppe der Postdienste beschäftigt sind) mit 25,9 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied. Die geringsten durchschnittlichen krankheitsbedingten Ausfallzeiten sind bei den Berufen in der Unternehmensführung und -organisation (13,3 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied) zu finden. Beim Blick auf die Geschlechtsunterschiede wird weiterhin ersichtlich, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Werte der Frauen nachteilig über denen der Männer liegen – die größten Differenzen finden sich im Bereich der Handelsberufe (+7,1 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied Abweichung) sowie

Diagramm 1.4.9 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

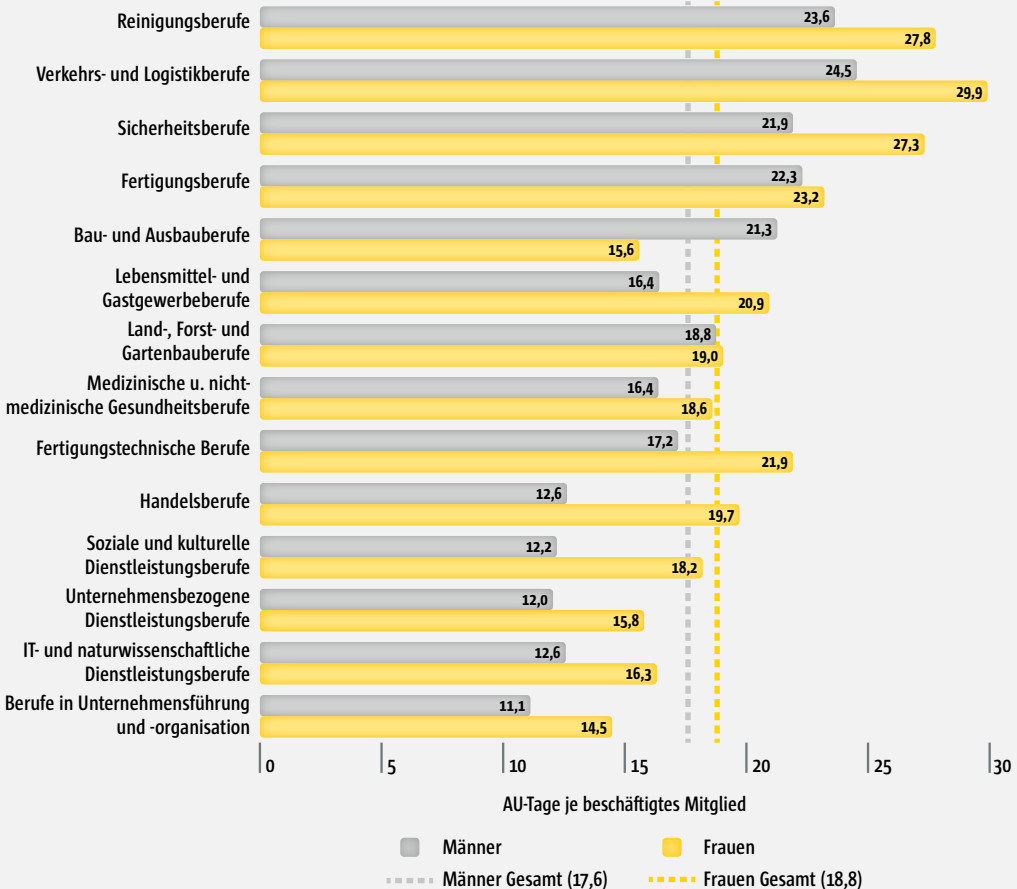
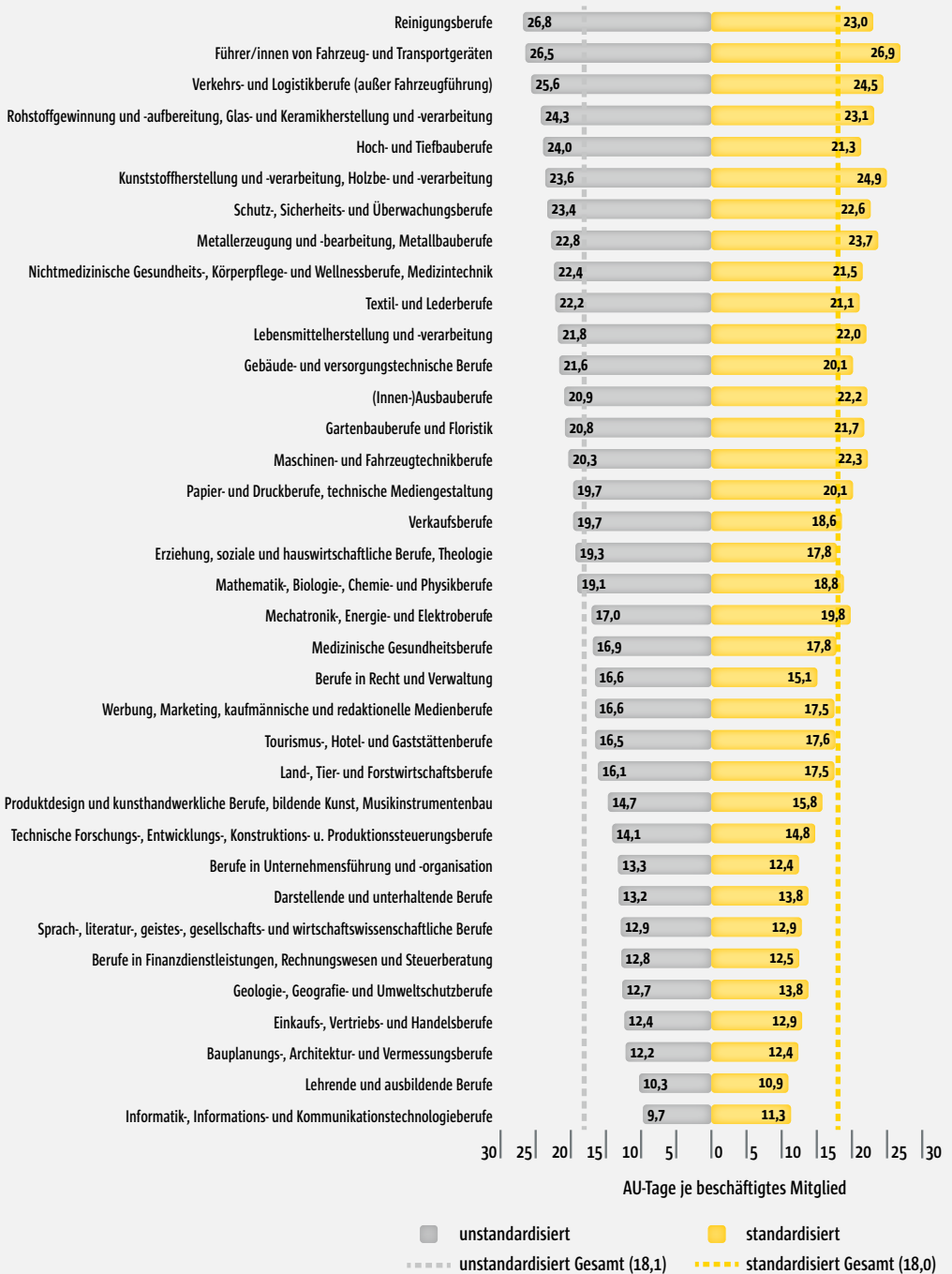


Diagramm 1.4.10 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufshauptgruppen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2016)



bei den sozialen und kulturellen Dienstleistungsbereufen (+6,0 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied Abweichung). Hier spielen mindestens zwei weitere Faktoren eine Rolle und zwar das Alter der Beschäftigten in Kombination mit dem Anforderungsniveau der Tätigkeit. So sind Frauen in Handelsberufen am häufigsten im Bereich der fachlich ausgerichteten Tätigkeiten beschäftigt, wobei deren Durchschnittsalter circa drei Jahre über dem der Männer liegt. Männliche Beschäftigte in diesem Berufssegment sind hingegen häufiger bei komplexen bzw. hochkomplexen Tätigkeiten zu finden, was auf eine gehobene Position (Führung/Aufsicht) und einen höheren schulischen bzw. beruflichen Bildungsgrad schließen lässt. Dass die hier benannten Merkmale der Tätigkeit Einfluss auf das AU-Geschehen nehmen, wird im **III** Kapitel 1.4.4 noch näher betrachtet.

Da, wie schon mehrfach angemerkt, unter anderem auch das Alter und das Geschlecht eines Beschäftigten Einfluss auf das Fehlzeitengeschehen nehmen, bietet sich auf Basis einer Standardisierung für diese Merkmale die Möglichkeit eines davon unabhängigen Vergleichs, bezogen auf alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland an. In **III** Diagramm 1.4.10 sind die entsprechenden Kennzahlen einander gegenübergestellt. Liegen die standardisierten Fehltagelagen unter den unstandardisierten Angaben, so ist dies ein Indiz, dass die BKK Beschäftigten eine ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur aufweisen als alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland. Wie bereits angemerkt, sind die AU-Tage für alle beschäftigten BKK Mitglieder sowohl standardisiert (18,0) als auch unstandardisiert (18,1) annähernd gleich. Auf Ebene der einzelnen Berufshauptgruppen gibt es jedoch teilweise deutliche Abweichungen. So zeigt sich bei den Reinigungsberufen mit einer Abweichung von 3,8 AU-Tagen, dass die beschäftigten BKK Mitglieder dieser Berufsgruppe eine deutlich ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aufweisen. Gleiches gilt auch für die Hoch- und Tiefbauberufe (Abweichung 2,6 AU-Tage) und Berufe in Recht und Verwaltung sowie Gebäude- und Versorgungstechnische Berufe (Abweichung jeweils 1,5 AU-Tage). Auf der anderen Seite gibt es aber auch Tätigkeitsfelder, bei denen die beschäftigten BKK Mitglieder eine im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten günstigere Alters- und Geschlechtsstruktur und somit geringere Werte bei den unstandardisierten im Vergleich zu den standardisierten AU-Tagen aufweisen. Hierzu zählen z.B. die Mechatronik-, Energie- und Elektroberufe (Abweichung 2,8 AU-Tage).

Trotz allem besteht auch nach Standardisierung ein deutlicher Unterschied bezüglich der Fehlzeiten zwischen den einzelnen Berufshauptgruppen. So weisen die Führer/-innen von Fahrzeug- und Transportgeräten mit 26,9 AU-Tage je Beschäftigten mehr als doppelt so viele Fehltagelagen auf wie die in lehrenden und ausbildenden Berufen Tätigen (10,9 AU-Tage je Beschäftigten).

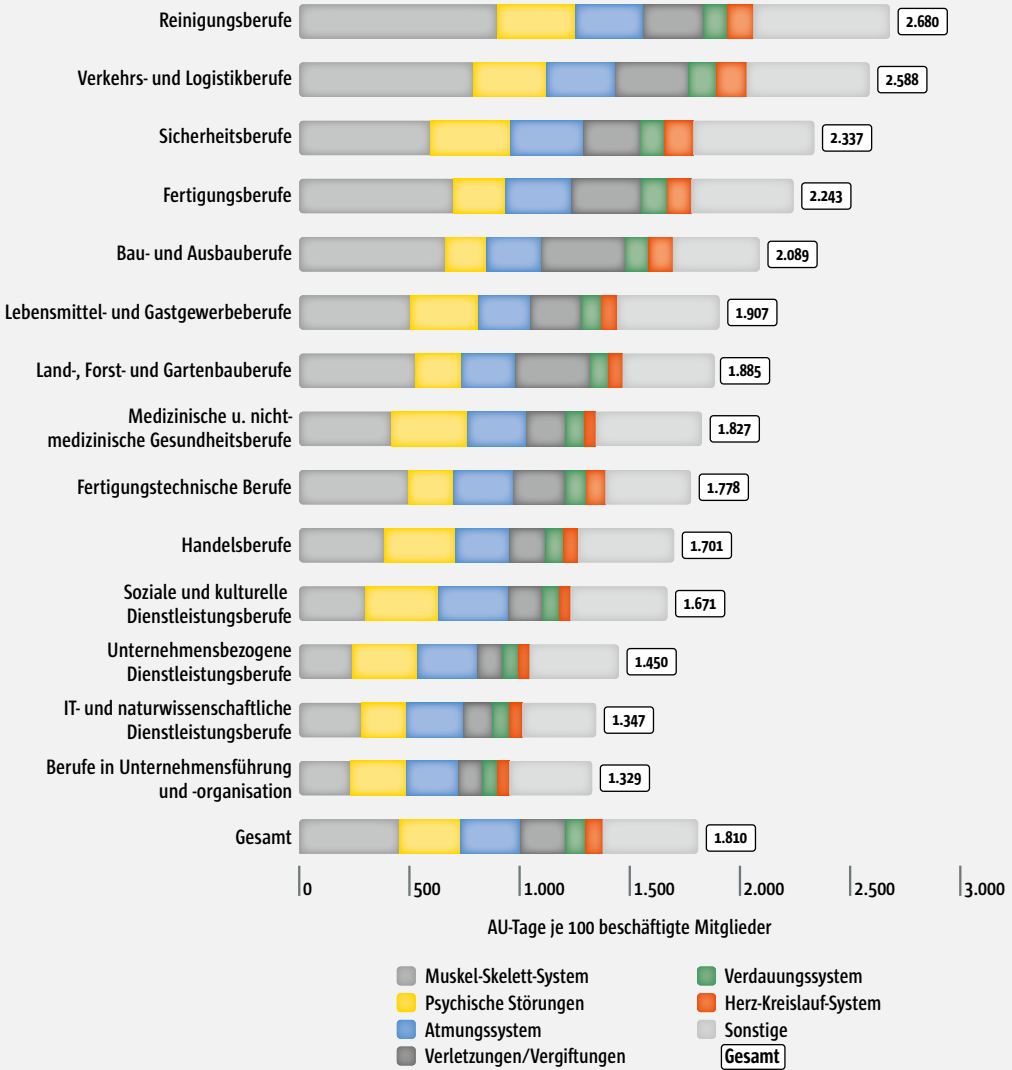
- Auch bei den Berufen zeigt sich, dass Beschäftigte in körperlich belastenden Tätigkeiten besonders hohe Fehlzeiten aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen aufweisen (z.B. Fertigungsberufe).
- Andererseits sind Berufe mit vorwiegend psychisch und emotional belastenden Tätigkeiten besonders häufig von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Störungen betroffen (z.B. Gesundheitsberufe).
- Für die hier betrachteten Diagnosen betragen die Unterschiede das 12- bis 26-Fache zwischen der Berufsgruppe mit den meisten und der mit den wenigsten AU-Tagen.

Äquivalent zu den Wirtschaftsgruppen sind in **III** Diagramm 1.4.11 die AU-Tage noch einmal nach den wichtigsten Diagnosehauptgruppen für die einzelnen Berufssegmente differenziert. Nicht nur insgesamt, sondern auch bei den AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen, liegen die Reinigungsberufe mit durchschnittlich 898 AU-Tagen je 100 Beschäftigten an der Spitze. Dagegen weisen Beschäftigte mit einem Beruf in der Unternehmensführung und -organisation nicht einmal ein Drittel dieser Fehltagelagen auf (231 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Auch hier wird, wie schon bei den Wirtschaftsgruppen, deutlich, dass von Fehltagelagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen vor allem solche Berufe mit einer relativ hohen körperlichen Beanspruchung bzw. physischen Belastung (Fertigungsberufe, Bau- und Ausbauberufe etc.) betroffen sind.

Ein anderes Bild zeigt sich bei den psychischen Störungen – hier sind die Beschäftigten der Sicherheitsberufe mit 365 AU-Tagen je 100 Beschäftigten am stärksten betroffen. Dicht dahinter folgen die Reinigungsberufe (357 AU-Tage je 100 Beschäftigte) und die medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe (346 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Am wenigsten betroffen sind hingegen die Bau- und Ausbauberufe (189 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Hier lässt sich feststellen, dass insbesondere in Tätigkeitsbereichen, die oft und häufig mit anderen Men-



Diagramm 1.4.11 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)



schen interagieren und somit auch potenziell häufiger (zwischenmenschlichen) Stresssituationen ausgesetzt sind, die Fehltage aufgrund dieser Krankheitsart höher sind als z. B. im handwerklichen Bereich. Des Weiteren spielt hier auch der wesentlich höhere Anteil beschäftigter Frauen in den besonders stark betroffenen Berufssegmenten eine Rolle.

Erwartungsgemäß sind auch bei den Verletzungen und Vergiftungen Berufe mit einer besonders

hohen körperlichen Beanspruchung und Unfallgefahr wie zum Beispiel Bau- und Ausbauberufe (380 AU-Tage je 100 Beschäftigte) oder Fertigungsberufe (317 AU-Tage je 100 Beschäftigte) an der Spitze zu finden. Dagegen weisen auch hier Berufe mit einer geringen physischen Belastung bzw. Unfallgefahr die niedrigsten Werte auf (z. B. Berufe in der Unternehmensführung und -organisation: 109 AU-Tage je 100 Beschäftigte).

Eine differenziertere Darstellung auf Ebene der Berufsgruppen (KldB 3-Steller) beinhaltet die **III** Tabelle 1.4.1.1. Darin aufgeführt sind jeweils die zehn Berufsgruppen, die im Jahr 2016 die meisten bzw. wenigsten Fehltagge insgesamt aufweisen. Mit durchschnittlich 29,2 AU-Tagen je Beschäftigten stehen die Servicekräfte im Personenverkehr aus dem Bereich der Verkehrs- und Logistikberufe an der Spitze der Rangliste. Weitere dieser 10 Berufe mit den meisten Fehltagge kommen aus der Gruppe der Fertigungsberufe, der Verkehrs- und Logistikberufe (z.B. Überwachung und Wartung Verkehrsinfrastruktur), der Reinigungsberufe und der medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe

(Altenpflege). Die letztgenannte Berufsgruppe wurde – neben anderen Berufen aus dem Gesundheitswesen – im Rahmen des **III** BKK Gesundheitsatlas 2017 vertiefend betrachtet.

Die in der zweiten Hälfte der Tabelle aufgeführten Berufsgruppen sind hingegen diejenigen mit den wenigsten krankheitsbedingten Fehltagge im Jahr 2016. Mit durchschnittlich 5,0 AU-Tagen haben Beschäftigte mit Lehr- und Forschungstätigkeiten an Hochschulen die wenigsten Fehltagge – im Vergleich zur Berufsgruppe mit den meisten Fehltagge ist das fast nur ein Sechstel der krankheitsbedingten Ausfallzeiten. Im Gegensatz zu den zehn Berufsgruppen mit den meisten Fehltagge entstammt hier die

Tabelle 1.4.1 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder der zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2016)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
514	Servicekräfte im Personenverkehr	1.979	29.141	14,7
214	Industrielle Keramikherstellung und -verarbeitung	1.829	28.933	15,8
512	Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur	1.967	28.550	14,5
532	Polizeivollzugs- und Kriminaldienst, Gerichts- und Justizvollzug	1.943	28.233	14,5
821	Altenpflege	1.624	28.023	17,3
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	1.717	27.224	15,9
525	Bau- und Transportgeräteführung	1.684	27.205	16,2
513	Lagerwirtschaft, Post und Zustellung, Güterumschlag	1.774	26.891	15,2
541	Reinigung	1.520	26.802	17,6
511	Technischer Betrieb des Eisenbahn-, Luft- und Schiffsverkehrs	1.774	26.503	14,9
924	Redaktion und Journalismus	961	8.928	9,3
271	Technische Forschung und Entwicklung	974	8.233	8,5
434	Softwareentwicklung und Programmierung	991	8.215	8,3
914	Wirtschaftswissenschaften	838	8.183	9,8
931	Produkt- und Industriedesign	1.161	7.996	6,9
814	Human- und Zahnmedizin	755	7.974	10,6
711	Geschäftsführung und Vorstand	581	7.748	13,3
922	Öffentlichkeitsarbeit	972	7.714	7,9
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	783	7.285	9,3
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	553	5.003	9,0

Mehrzahl dem Dienstleistungs- bzw. Geisteswissenschaftsbereich.

Nicht nur bei den AU-Tagen, sondern auch bei den AU-Fällen zeigen sich deutliche Unterschiede – so unterscheidet sich die Berufsgruppe mit der geringsten Fallzahl (Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen: 553 AU-Fälle je 1.000 Beschäftigte) um mehr als das Dreifache von derjenigen mit der höchsten Fallzahl (Servicekräfte im Personenverkehr: 1.979 AU-Fälle je 1.000 Beschäftigte). Etwas weniger stark, wenn auch trotzdem deutlich ausgeprägt, sind die Unterschiede bei den Falldauern: Dauert ein Krankheitsfall der Beschäftigten im Bereich Öffentlichkeitsarbeit im Schnitt nur eine Ka-

lenderwoche (7,9 Tage je Fall), so ist die Falldauer bei den Beschäftigten der Altenpflege im Schnitt mehr als doppelt so lang (17,3 Tage je Fall).

Wie bereits mehrfach angemerkt und gezeigt werden konnte, nehmen die Arbeitswelt und die damit verbundenen Arbeitsbedingungen nicht nur allgemein, sondern insbesondere krankheitsspezifisch durch unterschiedliche Beanspruchungen und Belastungen (physisch, psychisch etc.) Einfluss auf den Gesundheitszustand von Beschäftigten. Deshalb ist es sinnvoll – im Sinne einer passgenauen betrieblichen Gesundheitsförderung und eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements – den Blick auch auf einzelne Krankheitsarten bei den Berufen zu lenken.

Tabelle 1.4.2 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Berichtsjahr 2016)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
214	Industrielle Keramikherstellung und -verarbeitung	476	11.529	24,2
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	467	10.847	23,2
511	Technischer Betrieb des Eisenbahn-, Luft- und Schiffsverkehrs	488	9.673	19,8
512	Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur	491	9.512	19,4
322	Tiefbau	428	9.246	21,6
241	Metallerzeugung	446	9.223	20,7
525	Bau- und Transportgeräteführung	427	9.069	21,2
541	Reinigung	360	8.981	24,9
513	Lagerwirtschaft, Post und Zustellung, Güterumschlag	412	8.683	21,1
221	Kunststoff- und Kautschukherstellung und -verarbeitung	436	8.580	19,7
<hr/>				
815	Tiermedizin und Tierheilkunde	70	1.176	16,9
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	71	1.057	14,8
922	Öffentlichkeitsarbeit	78	993	12,7
434	Softwareentwicklung und Programmierung	88	966	11,0
814	Human- und Zahnmedizin	54	964	17,7
944	Theater-, Film- und Fernsehproduktion	76	964	12,6
924	Redaktion und Journalismus	83	952	11,5
914	Wirtschaftswissenschaften	70	835	12,0
816	Psychologie und nicht ärztliche Psychotherapie	83	831	10,0
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	40	594	14,9

In **»** Tabelle 1.4.2 sind jeweils die zehn Berufsgruppen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen dargestellt. Hier sind die Beschäftigten der industriellen Keramikherstellung und -verarbeitung mit durchschnittlich 11,5 AU-Tagen je Beschäftigten auf Platz 1 nach Fehltagen aufgrund dieser Krankheitsart zu finden. Wiederum entstammt die Mehrzahl der zehn hier aufgeführten Berufe aus dem Fertigungsbereich bzw. den Bau- und Ausbauberufen sowie aus den Verkehrs- und Logistikberufen. Für alle genannten gilt dabei gleichermaßen ein hoher Anteil an körperlich schwerer Tätigkeit und der daraus resultierenden Krankheitslast in Form der berichteten Fehl-

tage. Umgekehrt zeigt sich, dass vor allem Berufe aus den Bereichen Dienstleistungen und Geisteswissenschaften mit einer meist nur geringen körperlichen Beanspruchung bei der Tätigkeit die Liste der Berufe mit den wenigsten AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen dominieren. Besonders auffällig ist hier, dass bei den AU-Tagen der Abstand zwischen dem größten und dem kleinsten Wert um fast das 20-Fache auseinanderliegt und damit eine deutlich größere Spannbreite aufweist als bei der diagnoseunabhängigen Betrachtung der Fehlzeiten. Ähnliches gilt auch für die Fallzahlen, die zwischen den jeweiligen Extremwerten um das 12-Fache differieren. Auch bei den Falldauern liegen

Tabelle 1.4.3 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder der zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Psychischen Störungen (Berichtsjahr 2016)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tag	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
821	Altenpflege	130	5.544	42,7
514	Servicekräfte im Personenverkehr	164	5.350	32,6
533	Gewerbe- und Gesundheitsaufsicht, Desinfektion	113	4.637	41,0
532	Polizeivollzugs- und Kriminaldienst, Gerichts- und Justizvollzug	97	4.381	45,1
522	Fahrzeugführung im Eisenbahnverkehr	146	4.197	28,7
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	104	4.049	39,1
234	Drucktechnik und -weiterverarbeitung, Buchbinderei	91	3.980	43,9
831	Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	112	3.957	35,3
921	Werbung und Marketing	106	3.954	37,3
832	Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	96	3.918	41,0
922	Öffentlichkeitsarbeit	57	1.341	23,7
935	Kunsthandwerkliche Metallgestaltung	57	1.233	21,8
941	Musik, Gesang-, Dirigententätigkeiten	57	1.194	20,9
261	Mechatronik und Automatisierungstechnik	42	1.135	27,2
271	Technische Forschung und Entwicklung	34	1.134	33,1
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	33	719	21,9
931	Produkt- und Industriedesign	42	709	16,8
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	25	654	25,9
113	Pferdewirtschaft	37	642	17,2
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	9	339	36,2

die Werte um das fast 2,5-Fache auseinander (Minimum: 10,0 Tage je Fall; Maximum: 24,9 Tage je Fall).

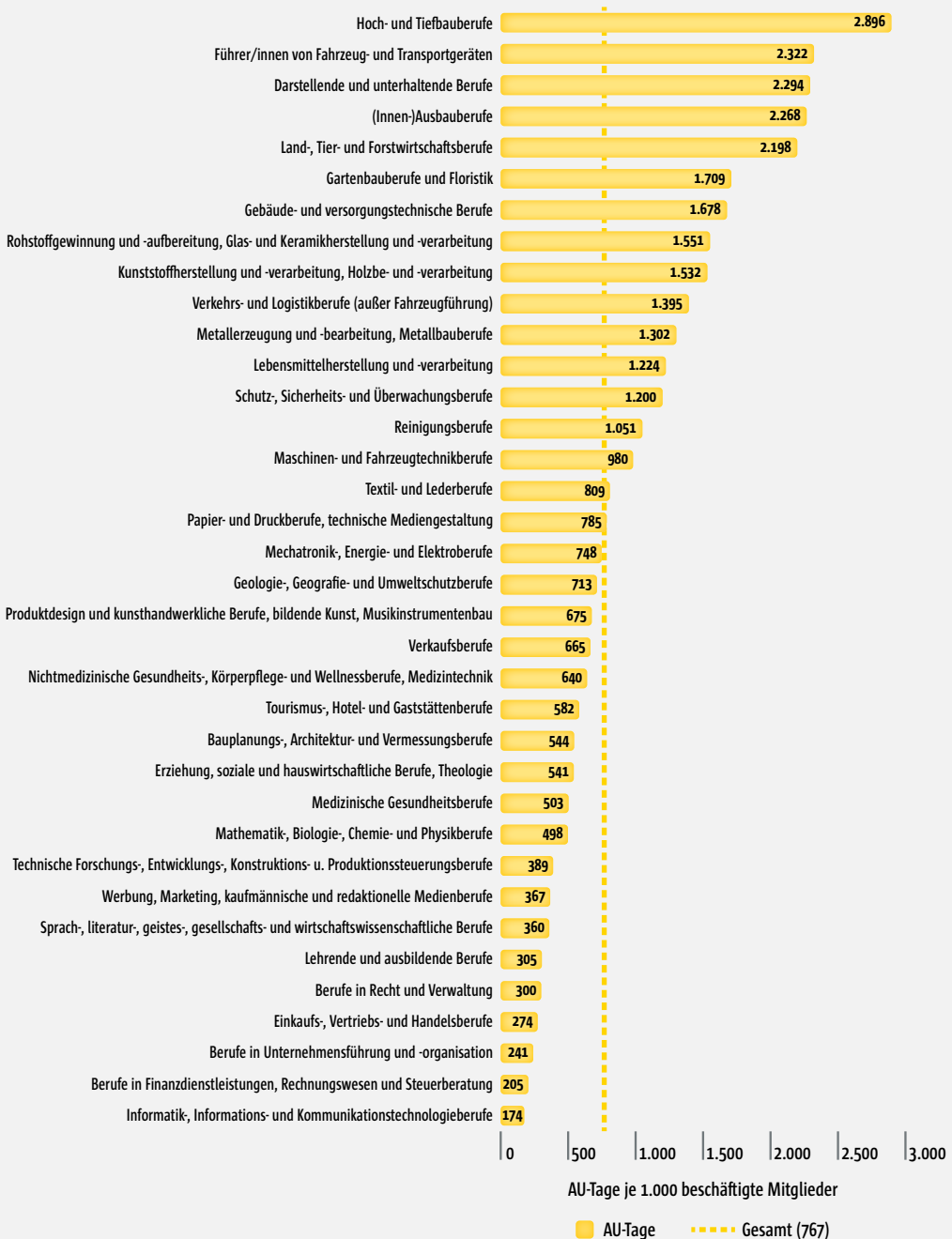
Die Auflistung der Berufe mit den meisten bzw. wenigsten Fehtagen aufgrund von psychischen Störungen ist in **»** Tabelle 1.4.3 zu sehen. Anders als bei den Muskel- und Skeletterkrankungen sind es hier vor allem die medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe (z.B. Altenpflege), aber auch Verkehrs- und Logistikberufe (Servicekräfte im Personenverkehr), die besonders häufig Fehltag aufgrund von psychischen Störungen aufweisen. Dagegen ist das Bild bei den zehn am wenigsten betroffenen Berufen heterogener - hier finden sich so-

wohl fertigungstechnische Berufe (z.B. kunsthandwerkliche Metallgestaltung) sowie auch geisteswissenschaftliche und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe (z.B. Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen). Insbesondere bei den Berufen mit den meisten AU-Tagen ist, wie auch schon bei der Auswertung nach Wirtschaftsgruppen erwähnt, zu vermuten, dass hier psychosozialer Stress als arbeitsweltliche Belastung wesentlichen Einfluss auf die Fehlzeiten ausübt. So sind zum Beispiel Beschäftigte in der Altenpflege oder Servicekräfte im Personenverkehr immer wieder besonderen zwischenmenschlichen Stresssituationen ausgesetzt, die zu

**Tabelle 1.4.4 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder der zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Verletzungen/Vergiftungen (Berichtsjahr 2016)**

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tag	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	422	13.618	32,2
113	Pferdewirtschaft	258	6.791	26,3
321	Hochbau	226	5.312	23,5
333	Aus- und Trockenbau, Isolierung, Zimmerei, Glaserei, Rollladen- und Jalousiebau	231	5.117	22,1
117	Forst- und Jagdwirtschaft, Landschaftspflege	223	4.663	20,9
322	Tiefbau	208	4.649	22,4
512	Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur	198	4.507	22,8
223	Holzbe- und -verarbeitung	226	4.303	19,1
342	Klempnerei, Sanitär-, Heizungs- und Klimatechnik	225	4.150	18,5
525	Bau- und Transportgeräteführung	170	4.133	24,3
<hr/>				
723	Steuerberatung	57	781	13,8
816	Psychologie und nicht ärztliche Psychotherapie	44	779	17,6
434	Softwareentwicklung und Programmierung	52	774	15,0
731	Rechtsberatung, -sprechung und -ordnung	51	753	14,7
711	Geschäftsführung und Vorstand	41	746	18,3
924	Redaktion und Journalismus	48	675	14,1
944	Theater-, Film- und Fernsehproduktion	45	644	14,3
411	Mathematik und Statistik	55	615	11,3
922	Öffentlichkeitsarbeit	47	603	12,8
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	36	512	14,2

Diagramm 1.4.12 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufshauptgruppen aufgrund von Arbeitsunfällen (Berichtsjahr 2016)

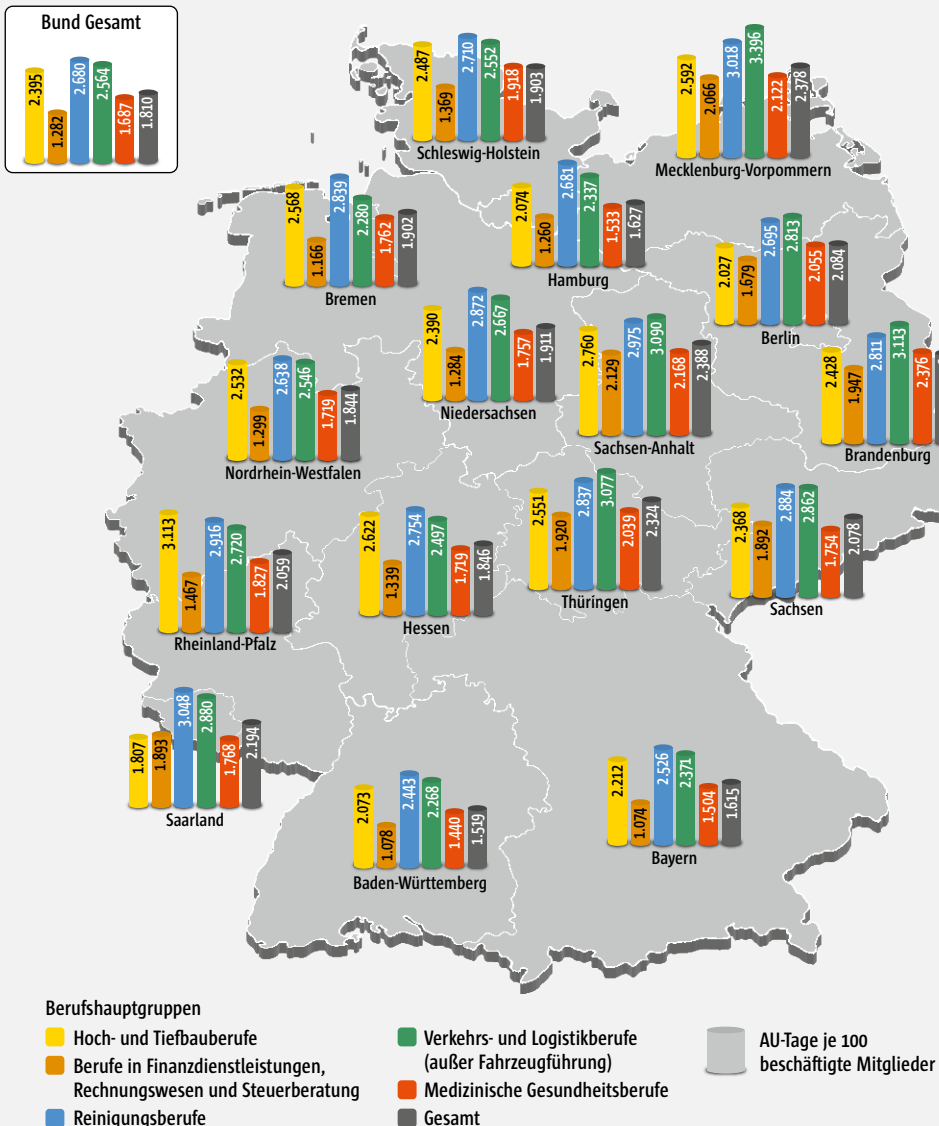


den hier aufgezeigten hohen Fehlzeiten führen können.

Abschließend werden noch die Fehlzeiten betrachtet, die aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen entstehen. Bei den besonders stark betroffenen Berufsgruppen handelt es sich vor allem um Bauberufe, aber auch Fertigungs- und Produktionsberufe sowie landwirtschaftliche Berufe. Die am

meisten betroffenen Berufsgruppen haben die Gemeinsamkeit, dass das Risiko einer Verletzung und/oder Vergiftung vor allem durch die durch körperliche Arbeit geprägte Tätigkeit höher ist als zum Beispiel in den Berufen mit den wenigsten Fehltagen aufgrund dieser Krankheitsart (vgl. [Tabelle 1.4.4](#)). So beträgt der Unterschied zwischen der Berufsgruppe mit den meisten und der mit den wenigsten

Diagramm 1.4.13 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufshauptgruppen (Berichtsjahr 2016)



AU-Tagen mehr als das 26-Fache und ist im Vergleich zu allen anderen Krankheitsarten am größten.

Wie schon bei den Wirtschaftsgruppen werden in **»»** Diagramm 1.4.12 die Fehlzeiten betrachtet, die ausschließlich von meldepflichtigen Arbeitsunfällen verursacht werden. Auch bei den hier dargestellten Berufshauptgruppen zeigt sich eine deutliche Spreizung der Werte zwischen den in Hoch- und Tiefbauberufen Tätigen (2.896 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) und im Bereich Informatik-, Informations- und Kommunikationsberufe (174 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte). Wiederum wird deutlich, dass insbesondere das produzierende Gewerbe bzw. die handwerklichen Berufe besonders stark von Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfällen betroffen sind und deutlich über dem Durchschnittswert für alle Beschäftigten insgesamt liegen.

Auch regional variieren die Fehlzeiten innerhalb einzelner Berufsgruppen zum Teil sehr stark (**»»** Diagramm 1.4.13). Exemplarisch werden die AU-Tage von fünf Berufshauptgruppen aus unterschiedlichen Bereichen (Fertigung, Produktion, Dienstleistungen) im Vergleich zwischen den Bundesländern betrachtet. Die Differenz zwischen dem Bundesland mit den meisten bzw. den wenigsten Fehltagen beträgt, je nach Beruf, zwischen 6,1 AU-Tagen (Reinigungsberufe) und 13,1 AU-Tagen (Hoch- und Tiefbauberufe) je Beschäftigten. Ein deutliches Ost-West-Gefälle lässt sich vor allem bei den medizinischen Gesundheitsberufen, den Verkehrs- und Logistikberufen sowie auch den Berufen im Bereich Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung feststellen. Hier sind jeweils die neuen Bundesländer mit den meisten krankheitsbedingten Fehltagen zu finden. Ein etwas anderes Bild zeigt sich zum Beispiel bei den Hoch- und Tiefbauberufen. Hier sind die Berufstätigen in Rheinland-Pfalz mit durchschnittlich 31,1 AU-Tagen je Beschäftigten an der Spitze zu finden. Dagegen haben die im gleichen Gewerbe Beschäftigten in Sachsen im Durchschnitt etwa 7 Tage weniger krankheitsbedingte Ausfallzeiten zu verzeichnen. Weiterhin haben die Berufstätigen in Baden-Württemberg und Bayern in nahezu allen betrachteten Berufshauptgruppen die wenigsten krankheitsbedingten Fehlzeiten. Es lässt sich also feststellen, dass die Arbeitsbedingungen und -belastungen nicht nur zwischen den Berufen unterschiedlich ausgeprägt sind, sondern zusätzlich auch noch regional – wie auch schon anhand der Wirtschaftsgruppen (vgl. **»»** Diagramm 1.4.8) gezeigt werden konnte – variieren. Neben der in den Bundesländern unterschiedlichen sozioökonomischen Lage spielt hier auch die ungleiche medizinische Versorgungslage – insbesondere im

Hinblick auf die Haus- und Facharzttdichte und auch die Krankenhausdichte – eine Rolle.

Bei der Betrachtung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach der beruflichen Tätigkeit der Beschäftigten lässt sich feststellen, dass neben Merkmalen wie Alter und Geschlecht vor allem die (regionalen) Arbeitsbedingungen und die damit verbundene körperliche und psychische Beanspruchung und Belastung einen Einfluss auf das Fehlzeitengeschehen ausüben. Für eine zielgerichtete betriebliche Gesundheitsförderung bzw. ein ganzheitliches Gesundheitsmanagement ist es dabei von großer Bedeutung, möglichst alle Bedingungsfaktoren, wie z.B. Schwerpunkte bei den Krankheitsarten sowie alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten, einzubeziehen. Neben der Verhaltensprävention, die bei der Person und ihrem (Gesundheits-)Verhalten selbst ansetzt, sind Maßnahmen der Verhältnisprävention genau so wichtig, insbesondere um älter werdenden Belegschaften die Möglichkeit zu geben, bis zum regulären Renteneintritt ihre Erfahrungen und ihre Arbeitskraft ihren Fähigkeiten entsprechend einzusetzen. Nur ein ganzheitlicher Ansatz, hin zu einer gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur, der alle Akteure einbezieht, kann ein solches Ziel erreichen.

#### 1.4.4 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

- Mittelgroße Betriebe weisen die durchschnittlich höchsten krankheitsbedingten Ausfallzeiten auf.
- Kleinbetriebe (maximal 9 Beschäftigte) haben zwar im Schnitt die wenigsten Fehltagen, dort treten aber die mit Abstand längsten Falldauern auf.

Neben der Betrachtung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Wirtschafts- und Berufsgruppen stehen noch weitere arbeitsweltliche Indikatoren für eine differenzierte Betrachtung zur Verfügung. Ein Merkmal stellt dabei die Betriebsgröße eines Unternehmens dar. Daneben erschließen sich über den Tätigkeitsschlüssel des Beschäftigten noch weitere Möglichkeiten einer vertiefenden Auswertung. So kann z.B. zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigten mit und ohne befristeten Arbeitsvertrag, nach dem Anforderungsniveau der Tätigkeit, der Wahrnehmung einer Aufsichts- bzw. Führungsfunktion sowie der Arbeitnehmerüberlassung (Leiharbeit) unterschieden werden. Im Folgenden soll auf die einzelnen benannten Aspekte eingegangen werden.

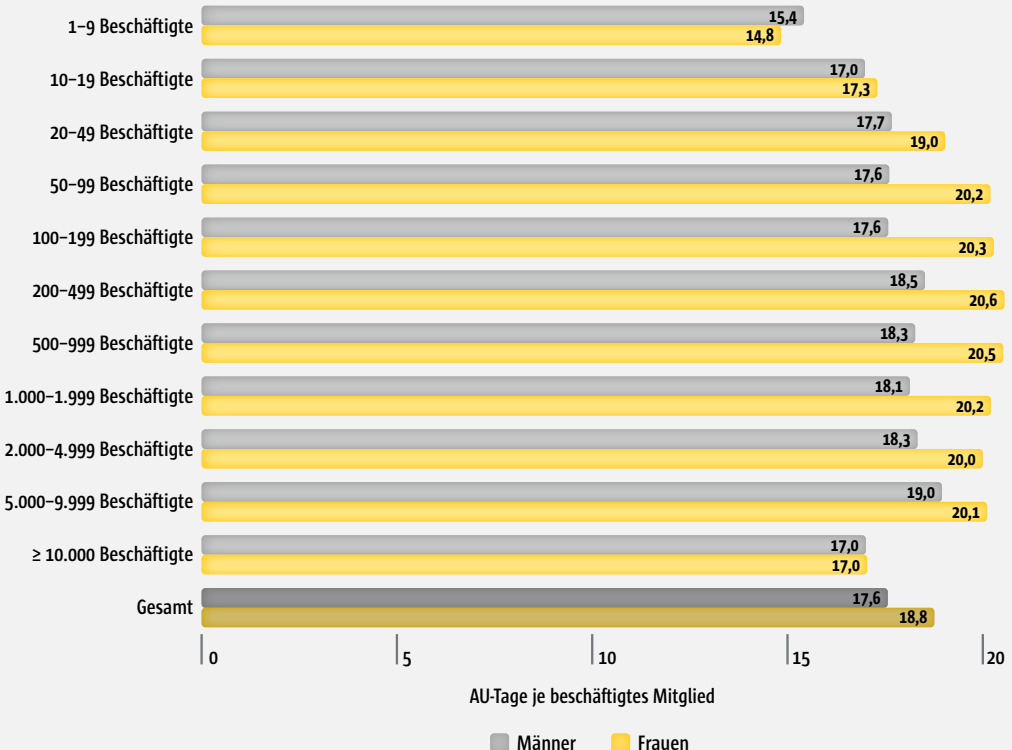


Betriebsgröße

In **III** Diagramm 1.4.14 sind die AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht aufgliedert. Hier zeigt sich – wie auch schon in den Vorjahren – ein kontinuierlicher Anstieg der Fehltagen mit steigender Mitarbeiterzahl, der seinen Maximalwert von insgesamt 19,4 AU-Tagen je Beschäftigten (Männer 18,5 AU-Tage; Frauen 20,6 AU-Tage) bei einer Betriebsgröße von 200–499 Berufstätigen erreicht, um dann mit zunehmender Mitarbeiteranzahl wieder abzunehmen. In Unternehmen mit mehr als 10.000 Beschäftigten ist dieser Durchschnittswert im Vergleich um mehr als 2 Kalendertage niedriger (17,0 AU-Tage je Beschäftigten). Insbesondere bei der kleinsten und der größten Klasse zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen Männern und Frauen, während diese in den mittleren Bereichen wesentlich ausgeprägter sind. In Betrieben mit weniger als 10 Beschäftigten sind insgesamt die mit Abstand geringsten Fehlzeiten zu finden (15,1 AU-Tage je Beschäftigten), an zweiter

Stelle kommen Großunternehmen (> 10.000 Beschäftigte) mit durchschnittlich 17,0 AU-Tagen je Berufstätigen. Hierfür sind vermutlich zwei unterschiedliche Effekte verantwortlich: In der Mehrzahl der Großunternehmen gibt es zahlreiche Angebote im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Gesundheitsmanagements. In den Kleinunternehmen sind es dagegen möglicherweise kürzere Kommunikationswege, ein enger Zusammenhalt und ein „Aufeinander-angewiesen-Sein“, was im Sinne einer starken sozialen Unterstützung wirksam wird, wobei hier in der Regel keine strukturierten Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung vorhanden sind. Wie im **III** Gesundheitsreport 2015 aber auch gezeigt werden konnte, ist der Anteil der Langzeiterkrankungen in diesen Kleinbetrieben besonders hoch, was unter anderem daran liegen kann, dass Beschäftigte zum Teil krank zur Arbeit gehen und erst dann, wenn es gar nicht mehr anders geht, zum Arzt gehen und dann viel länger ausfallen als in Großunternehmen, in denen bei Beschwerden vermutlich eher ein Arzt aufgesucht wird. Insbeson-

Diagramm 1.4.14 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



dere in den Kleinstbetrieben kann ein solcher Ausfall nur schlecht kompensiert werden. Gesundheitsförderung und -management ist – im Verhältnis zu den Großunternehmen – aber auch bei einer Vielzahl von mittleren Unternehmen nur unzureichend vorhanden, wie auch die Ergebnisse der BKK Umfrage im Frühjahr 2017 gezeigt haben: Nur in 14,8% der Unternehmen mit weniger als 10 Mitarbeitern, hingegen in 66,5% der Unternehmen mit mehr als 500 Mitarbeitern, werden BGF-Maßnahmen angeboten.

**Anforderungsniveau der Berufstätigkeit**

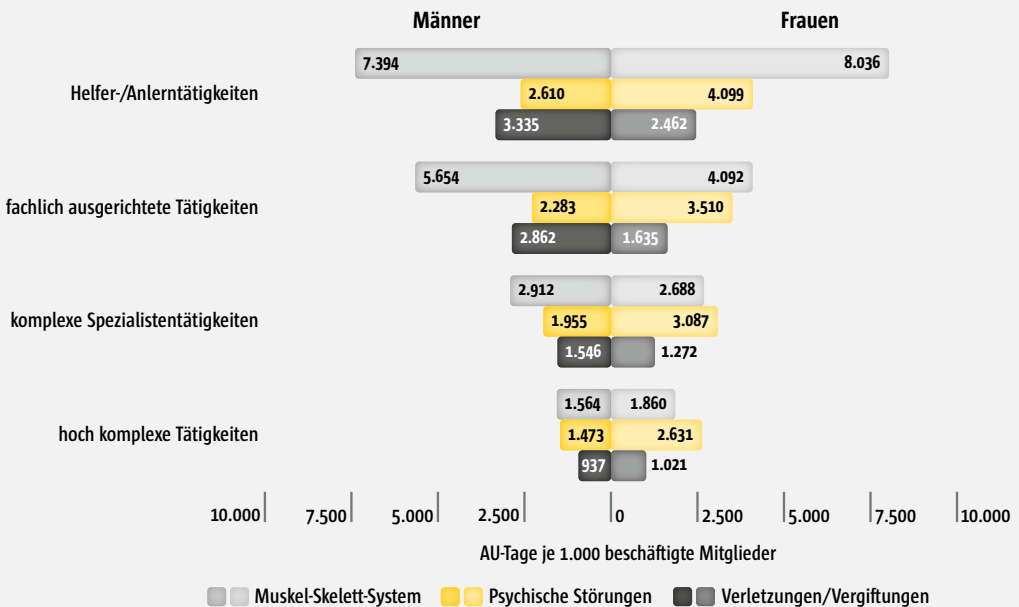
- Mit höherem Anforderungsniveau einer Tätigkeit gehen niedrigere Fehlzeiten einher.
- Besonders deutlich zeigt sich dieser Zusammenhang bei den AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen, die sich zwischen höchstem und niedrigstem Anforderungsniveau um mehr als das 4-fache unterscheiden.

Das Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit hat die Ausprägungen Helfer-/Anlernertätigkeiten, fachlich ausgerichtete Tätigkeiten, komplexe Spe-

zialistentätigkeiten sowie hoch komplexe Tätigkeiten. Mit dem Anforderungsniveau verbunden sind in der Regel bestimmte schulische und berufliche Bildungsabschlüsse. So ist zum Beispiel bei fachlich ausgerichteten Tätigkeiten ein Berufsabschluss als Voraussetzung definiert, bei hoch komplexen Tätigkeiten wird dagegen ein Hochschulabschluss auf Diplom-/Masterniveau vorausgesetzt. Insofern sind hier gewisse Überschneidungen zur Betrachtung des AU-Geschehens nach dem höchsten Berufsabschluss ersichtlich.

Entsprechend fällt das Muster in Diagramm 1.4.15 ähnlich dem nach dem höchsten beruflichen Abschluss aus – die AU-Tage insgesamt nehmen mit zunehmendem Anforderungsniveau deutlich ab. Auch bezogen auf die drei dargestellten Krankheitsarten lässt sich dieses Muster erkennen, am eindrucksvollsten bei den Muskel- und Skeletterkrankungen. So weisen die in Helfer- und Anlernertätigkeiten Beschäftigten Frauen und Männern mehr als viermal so viele Fehltag auf wie diejenigen mit einer hoch komplexen Tätigkeit. Mit steigendem Komplexitätsgrad der Tätigkeit nehmen auch die körperlich beanspruchenden und belastenden Arbeitsanteile ab und somit treten auch weniger Fehltag aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen auf. Fast jeder Dritte (Männer: 31,6%;

**Diagramm 1.4.15 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)**



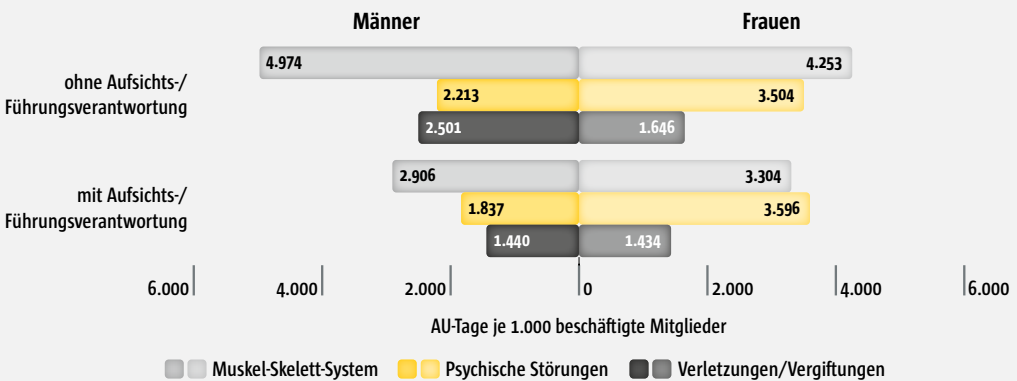
Frauen: 30,6%) AU-Tag bei den Helfer- und Anlern-tätigkeiten geht auf eine Muskel- und Skeletterkrankung zurück – bei den hoch komplexen Tätigkeiten halbiert sich dieser Anteil nahezu (Männer: 17,5%; Frauen: 14,8%). Auch für die Verletzungen und Vergiftungen und die psychischen Störungen ist mit zunehmendem Anforderungsniveau eine Abnahme der Fehltag zu beobachten. Bezogen auf die Anteile an allen AU-Tagen bei den psychischen Störungen zeigt sich aber ein abweichendes Bild: Hier nehmen die jeweiligen Anteile für die beiden oben genannten Gruppen mit 11,1% vs. 16,5% (Männer) bzw. 15,6% vs. 31,0% (Frauen) jeweils zu. Trotz der generellen Abnahme der Fehltag mit zunehmendem Anforderungsniveau haben diese innerhalb der einzelnen Gruppen unterschiedliche Gewichte, was wiederum für die Planung von spezifischen gesundheitsfördernden Maßnahmen von Bedeutung ist.

Etwas mehr als jedes zwanzigste beschäftigte BKK Mitglied (5,2%) übt eine Tätigkeit mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung aus, wobei deutlich häufiger Männer als Frauen eine solche berufliche Position innehaben (7,1% vs. 2,9%). In **»»** Diagramm 1.4.16 sind jeweils für die Muskel- und Skeletterkrankungen, die psychischen Störungen sowie die Verletzungen und Vergiftungen die AU-Tage der Beschäftigten mit und ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung gegenübergestellt. Über alle Diagnosen hinweg zeigt sich sowohl bei den Männern (12,4 vs. 18,0 AU-Tage) als auch bei den Frauen (16,7 vs. 18,8 AU-Tage), dass Beschäftigte mit Führungsverantwortung weniger krankheitsbedingte Fehltag aufweisen als solche ohne Führungsverantwortung. Am größten ist dieser Unterschied für beide Geschlechter bei den Muskel- und Skeletterkrankungen, wobei die Differenz bei den Männern mehr als doppelt so hoch ausfällt wie bei den Frauen (2,1 vs. 0,9 AU-Tage Differenz je Beschäftigten). Zu vermuten ist, dass der Anteil der körperlich beanspruchenden und belastenden Tätigkeiten bei den sonstigen Fachkräften deutlich höher ist und dadurch auch mehr Fehltag aufgrund dieser Krankheitsart anfallen. Ebenfalls in die gleiche Richtung, wenn auch nicht so stark ausgeprägt, zeigt sich das Bild bei den Verletzungen und Vergiftungen. Eine Ausnahme bilden die psychischen Störungen: Stellt sich der Unterschied zwischen Beschäftigten mit bzw. ohne Führungsverantwortung bei den Männern noch in erwarteter Richtung dar (1,8 vs. 2,2 AU-Tage je Beschäftigten), so sind es bei den Frauen die Führungskräfte, die tendenziell mehr AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart aufweisen (3,6 vs. 3,5 AU-Tage je Beschäftigten). Das Ergebnis überrascht dennoch

**Aufsichts- und Führungsverantwortung**

- Beschäftigte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung weisen insgesamt weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten auf als andere Fachkräfte, was sich auch hier besonders deutlich an den AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen zeigen lässt.
- Eine Ausnahme bilden die psychischen Störungen, die bei den männlichen Beschäftigten mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung den geringsten Unterschied aufweisen und bei den weiblichen Führungskräften sogar tendenziell höher ausgeprägt sind als bei den weiblichen Fachkräften.

**Diagramm 1.4.16 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)**



wenig, sind doch Führungskräfte deutlich häufiger stressreichen Situationen ausgesetzt.

### Vertragsform

Auch die Vertragsform hat einen nicht unerheblichen Einfluss auf das AU-Geschehen der Beschäftigten, wie in **»»»** Diagramm 1.4.17 zu sehen ist. Insgesamt haben die unbefristet angestellten Beschäftigten mehr Fehltagetage als diejenigen mit einem befristeten Arbeitsverhältnis (18,7 vs. 14,6 AU-Tage je Beschäftigten). Insbesondere bei der Gruppe der befristeten Vollzeitbeschäftigten ist als ein Grund für die niedrigen Kennwerte zu vermuten, dass die Berufstätigen krankheitsbedingte Ausfallzeiten vermeiden, weil sie (z.B. in der Probezeit oder noch in Ausbildung) sich somit höhere Übernahmekancen im Sinne einer Entfristung erhoffen. Ein weiterer Grund ist deren wesentlich niedrigeres Alter im Vergleich zu den anderen Vertragsverhältnissen (im Mittel 39,7 bis 46,0 Jahre): Befristet in Vollzeit Beschäftigte haben ein deutlich niedrigeres Durchschnittsalter (30,3 Jahre) und somit auch eine geringere Morbidität, die mit weniger Fehlzeiten einhergeht.

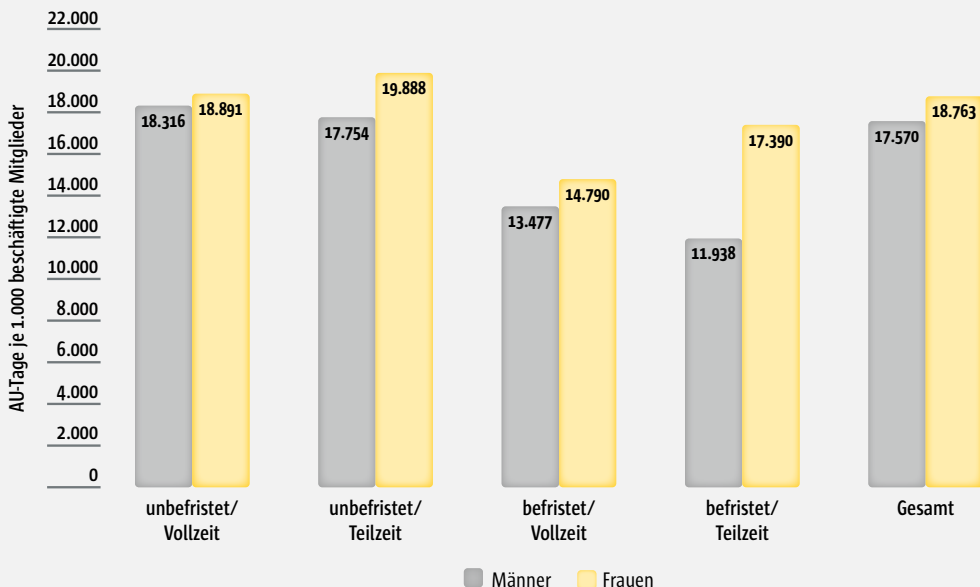
Ein weiterer Erklärungsansatz für die bestehenden Unterschiede ist die Alters- und Geschlechts-

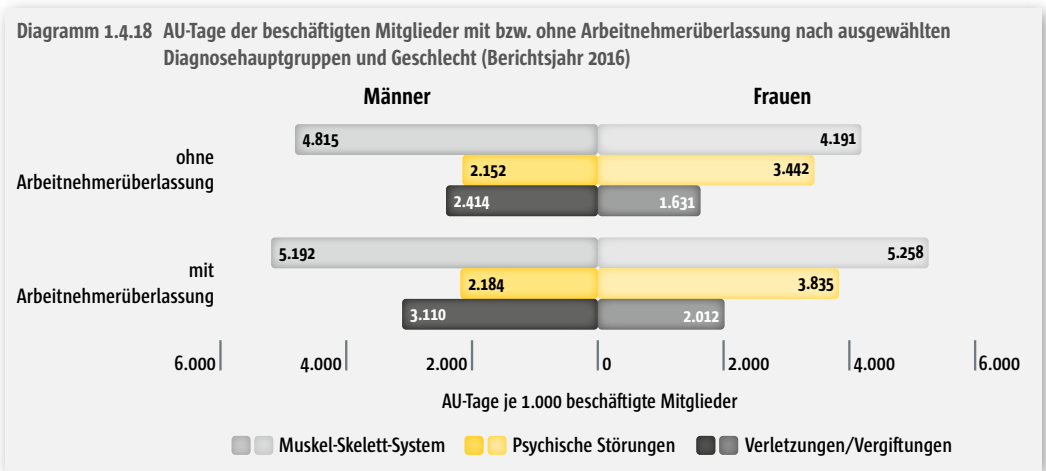
struktur innerhalb der einzelnen Vertragsformen. Die überwiegende Mehrheit der befristet bzw. unbefristet Teilzeitbeschäftigten sind Frauen. Dies kann u. a. mit dem nach wie vor vorherrschenden Rollenverständnis zusammenhängen, dass sich meist die Frauen um die Erziehung der Kinder oder die Betreuung von (erkrankten) Angehörigen kümmern und entsprechend verkürzt arbeiten gehen. Gerade aufgrund dieser Doppelbelastung zeigen sich v. a. bei den – befristet sowie unbefristet – in Teilzeit beschäftigten Frauen deutlich höhere Fehlzeiten als bei den Männern im jeweils gleichen Beschäftigungsverhältnis.

### Arbeitnehmerüberlassung

- Im Durchschnitt sind es bei den Männern 1,7 AU-Tage und bei den Frauen 3,1 AU-Tage je Beschäftigten, die Leih- bzw. Zeitarbeiter länger krank sind als regulär Angestellte.
- Zwischen den Berufen differieren diese Unterschiede stark. Vermutlich ist ein Grund für die berufsspezifischen Differenzen bei den Fehlzeiten in der Fachkräftenachfrage der jeweiligen Berufsgruppe zu finden.

Diagramm 1.4.17 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsform und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)





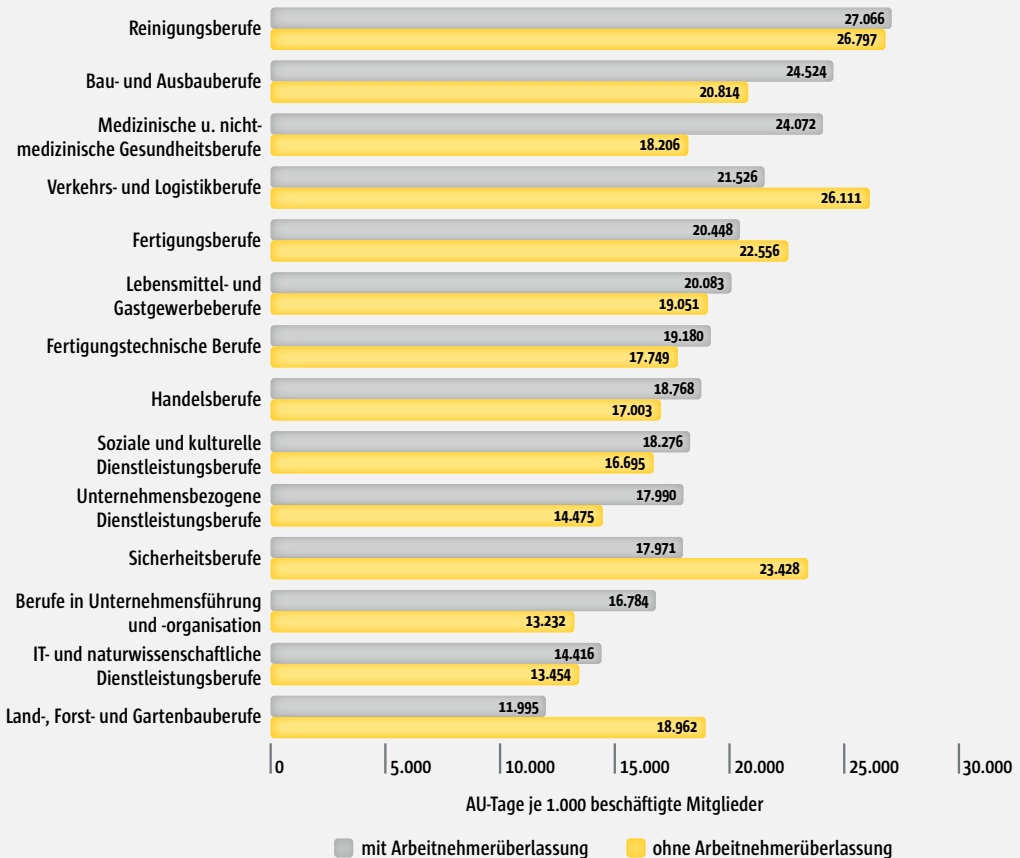
Zum Abschluss dieses Kapitels widmen wir uns der Frage, inwieweit die Anstellung über eine Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) Einfluss auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der Beschäftigten ausübt. Lediglich 2,1% aller beschäftigten BKK Mitglieder sind über eine Arbeitnehmerüberlassung bei einem Unternehmen angestellt. Davon sind mehr als zwei Drittel (68,6%) Männer. Im Durchschnitt sind die über eine Arbeitnehmerüberlassung Angestellten etwas jünger als die regulär Beschäftigten (38,6 vs. 42,2 Jahre).

Wie in **III** Diagramm 1.4.18 zu erkennen ist, weisen sowohl die Männer als auch die Frauen, die über eine Arbeitnehmerüberlassung beschäftigt sind, mehr Fehlzeiten auf als solche mit einer regulären Anstellung. Im Durchschnitt sind es bei den Männern 1,7 AU-Tage und bei den Frauen 3,1 AU-Tage je Beschäftigten, die Leih- bzw. Zeitarbeiter länger krank sind. Ein ähnliches Verhältnis findet sich auch bei der Anzahl der AU-Fälle. Bezogen auf die Krankheitsdauer pro Fall unterscheiden sich Leiharbeiter von normalen Angestellten jedoch nicht. Leiharbeiter sind aber häufiger von Fehltagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen und von Verletzungen/Vergiftungen betroffen. Insbesondere Frauen in Leiharbeit weisen mehr Fehlitage aufgrund psychischer Störungen auf als die in regulären Beschäftigungsverhältnissen. Es ist zu vermuten, dass Leiharbeiter trotz gleicher Tätigkeit unter einer höheren Arbeitsbelastung und teilweise schlechteren Arbeitsbedingungen tätig sind. Zudem wirkt sich gerade die permanente Arbeitsplatzunsicherheit ebenfalls negativ auf den Gesundheitszustand dieser Beschäftigtengruppe aus.

Dass dies nicht für alle Berufe in gleichem Maße gilt, ist in **III** Diagramm 1.4.19 zu sehen. Insbesondere bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen, den Fertigungsberufen, den Verkehrs- und Logistikberufen und den Sicherheitsberufen haben die über Leiharbeit Beschäftigten im Mittel weniger Fehlitage als die mit einem regulären Vertrag Angestellten. Bei allen anderen Berufssegmenten zeigt sich ein umgekehrtes Bild. Besonders auffällig sind die medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe – hier weisen die über Leiharbeit Beschäftigten im Schnitt 5,5 AU-Tage mehr auf als die Beschäftigten mit einer regulären Anstellung. Neben den unterschiedlichen Arbeitsbedingungen und Belastungen in den einzelnen Berufsgruppen spielt sicherlich auch der Arbeitskräftebedarf eine wesentliche Rolle. So gibt es im Gesundheitswesen (z.B. Alten- und Krankenpflege) eine weitaus höhere Nachfrage als ein Angebot an Fachkräften auf dem Arbeitsmarkt.

Dieser Abschnitt konnte auf Basis der zahlreichen betrachteten arbeitsweltlichen Indikatoren deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und Gesundheit der Beschäftigten detailliert und deutlich aufzeigen. So zeigen sich zum Teil gravierende Unterschiede in den AU-Kennzahlen bezogen auf das Anforderungsniveau der Tätigkeit, der Wahrnehmung einer Führungsrolle, der Vertragsform sowie der Beschäftigung in Leiharbeit. Diese Unterschiede sind zu einem nicht unerheblichen Teil auch durch die jeweils damit verbundenen Arbeitsbedingungen begründet. Andererseits spielen hier im Hintergrund auch Merkmale der schulischen und beruflichen Ausbildung eine Rolle, wie zum Beispiel auch beim

Diagramm 1.4.19 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2016)



Anforderungsniveau einer Tätigkeit. Aber auch die gezeigten Unterschiede bei den Fehlzeiten zwischen typischen und atypischen Beschäftigungsformen zeigen, dass insbesondere hier auch eine Verhältnisprävention zum Abbau dieser Differenzen beitragen kann. Nicht zuletzt haben auch die Größe des Betriebes und die damit verbundenen Effekte bzw. gesundheitsförderlichen Strukturen und Maßnahmen Einfluss auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Insbesondere kleine und mittlere Unternehmen haben hier mehr Nachhol- und Unterstützungsbedarf. Dabei sind maßgeschneiderte Lösungen gefragt, wie die vorliegenden Auswertungen nach arbeitsweltlichen Gesichtspunkten eindrucksvoll belegen konnten.

### Ausblick

Auch die diesjährigen Auswertungen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen konnten insbesondere bei den Beschäftigten anhand der dargestellten arbeitsweltlichen Merkmale deutlich zeigen, wie stark der Einfluss der damit verbundenen Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit der Berufstätigen ist. Dies trifft natürlich auch auf die zunehmende Digitalisierung in der Arbeitswelt zu, die bereits jetzt schon und in den kommenden Jahren noch deutlicher die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten maßgeblich beeinflussen und verändern wird. Wie im Kapitel **»»»** Ergebnisse der BKK Umfrage „Digitalisierung, Arbeit und Gesundheit“ zu sehen ist, sind neben den

Chancen auch Risiken mit der Digitalisierung verbunden, die sich wiederum auch auf die Gesundheit von Beschäftigten auswirken. Dabei steht weniger die körperliche, sondern eher die psychische Gesundheit im Fokus, ein Fakt der sich teilweise auch auf die Entwicklung der Fehlzeiten bei dieser Krankheitsart auswirkt. Diese Erkenntnis soll aber nicht dazu führen, die Risiken der zunehmenden Digita-

lisierung über Gebühr zu betonen, sondern anhand einer realistischen Einschätzung und unter Beteiligung aller Akteure (siehe dazu auch die Interviews im **» Schwerpunkt Politik**) die damit verbundenen Chancen zu nutzen und Arbeit auch in Zukunft gesundheitsförderlich und sinnstiftend zu gestalten. Die Ergebnisse der o.g. Umfrage können hierfür erste Impulse geben.

# Ergebnisse der BKK Umfrage „Digitalisierung, Arbeit und Gesundheit“

Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert





Im Auftrag des BKK Dachverbandes wurden im Juni 2017 insgesamt 3.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (Mindestalter 16 Jahre) zu den Themen Digitalisierung, Arbeit und Gesundheit durch das Marktforschungsinstitut Statista befragt. Bei den in diese Online-Studie einbezogenen Befragten handelt es sich um eine für Deutschland nach Alter und Geschlecht repräsentative Teilnehmergruppe. Wie anhand von **»** Tabelle 1 abzulesen ist, weichen die Anteile der Geschlechts- und Altersgruppen in der Umfrage nur unwesentlich von denen der Beschäftigten in Deutschland insgesamt ab. Gleiches gilt auch für die Merkmale des Beschäftigungsverhältnisses, wobei aber der Anteil der laut eigenen Angaben in Vollzeit Beschäftigten etwas größer ist (79,7% vs. 72,5%), genauso wie die Gruppe derer, die unbefristet arbeiten (89,8% vs. 86,9%). Außerdem ist der Anteil der in Arbeitnehmerüberlassung Tätigen bei den Umfrageteilnehmern etwas höher (5,7% vs. 2,9%). Inso-

fern kann mit geringen Einschränkungen davon ausgegangen werden, dass sich die Umfrageteilnehmer hinsichtlich ihrer soziodemografischen Struktur nicht wesentlich von der aller Beschäftigten in Deutschland unterscheiden. Somit können die Ergebnisse der Umfrage auf die Grundgesamtheit aller Beschäftigten in Deutschland verallgemeinert werden.

Die Befragung verfolgt zwei Kernanliegen, die sich auch im Schwerpunktthema des BKK Gesundheitsreports 2017 wiederfinden: Zum einen wird nach dem Umfang und den Auswirkungen der Digitalisierung auf die Arbeit und auf die Gesundheit der Beschäftigten gefragt. Zum anderen werden die Beschäftigten gebeten, ihre Einschätzung zur Digitalisierung im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsversorgung abzugeben. Nachfolgend werden ausgewählte Ergebnisse dieser Beschäftigtenbefragung dargestellt.

**Tabelle 1** Umfrage – Vergleich der Umfragestichprobe mit allen Beschäftigten in Deutschland hinsichtlich Alter, Geschlecht und Beschäftigungsverhältnis

Merkmale	Ausprägungen	Beschäftigte in der Umfrage	Beschäftigte in Deutschland <sup>1</sup>
		Angaben in Prozent	
Alter	16–24 Jahre	9,7	10,4
	25–54 Jahre	71,9	70,8
	55–64 Jahre	17,8	17,9
	65 Jahre und älter	0,5	0,8
Geschlecht	Männer	53,2	53,5
	Frauen	46,8	46,5
Beschäftigungsverhältnis	Vollzeit	79,7	72,5
	Teilzeit	20,3	27,5
	Unbefristet	89,8	86,9
	Befristet	10,2	13,1
	in Arbeitnehmerüberlassung	5,7	2,9

<sup>1</sup> Quellen: Anteile Befristet/Unbefristet: Statistisches Bundesamt (2016). Ergebnisse Mikrozensus; Weitere Angaben: Bundesagentur für Arbeit, Beschäftigungsstatistik (Stichtag Dez 2016)

# Digitalisierung in der Arbeitswelt

## Arbeitsbezogenes Nutzungsverhalten

- Mehr als die Hälfte der Beschäftigten nutzt bei der beruflichen Tätigkeit permanent digitale Technik wie Computer, Smartphones etc., darüber hinaus jeder Sechste zumindest oft. Weniger als jeder Zehnte nutzt solche technischen Hilfsmittel hingegen nie.
- Die weite Verbreitung führt hingegen nicht dazu, dass viele auch in Homeoffice oder von unterwegs arbeiten: 6 von 10 Beschäftigten sind nie außerhalb ihres üblichen, festen Arbeitsplatzes tätig – die meisten deshalb, weil die Arbeit nur vor Ort möglich ist (68%) bzw. der Arbeitgeber dies nicht erlaubt (27%).
- Telefonate oder E-Mails in der Freizeit zu beantworten, ist für rund 30% nicht relevant, da diese Kommunikation ohnehin generell nicht zur Tätigkeit gehört. Auch von denen, die Telefonate oder E-Mails dienstlich bekommen, reagieren rund 40% (fast) nie in der Freizeit darauf. Bei 5% findet dagegen fast täglich dienstliche Kommunikation auch in der Freizeit statt.

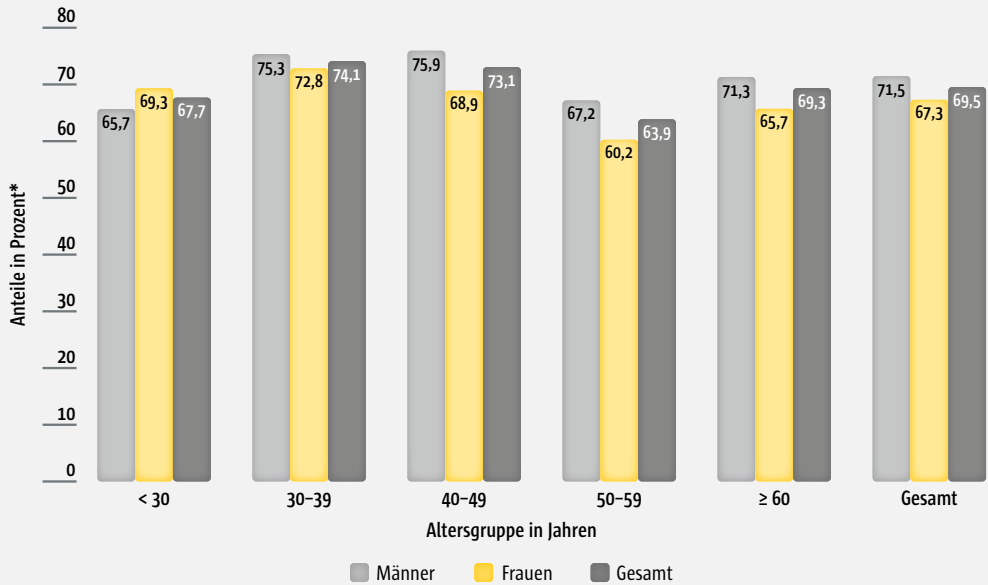
Digitale Technik wie Computer, Laptops, Tablets oder Smartphones sind nicht mehr aus dem Alltag wegzudenken und sind zudem auch wesentlicher Bestandteil der Arbeitswelt geworden. Dementsprechend geben auch die weitaus meisten Befragungsteilnehmer an, dass sie solche Kommunikations- und Informationstechnik wesentlich in und bei ihrer beruflichen Tätigkeit nutzen (fünfstufige Skala von „nie“ bis „immer“): Bei 52,5% ist dies immer Bestandteil der Arbeit, weitere 17,0% geben an, häufig solche technischen Mittel beruflich zu nutzen. Nur 9,0% nutzen diese nie. Dabei ist die häufige oder permanente Nutzung von Kommunikations- und Informationstechnik auch nicht nur den jüngeren Altersgruppen vorbehalten, genauso gibt es hierbei keine großen Unterschiede zwischen den Geschlechtern (» Diagramm 1): Auch differenziert nach Alter

und Geschlecht nutzen in allen Subgruppen durchweg mindestens 60% der Befragten digitale Hilfsmittel bei der Arbeit häufig oder immer. Dabei sind die 40- bis 49-jährigen Männer diejenigen mit der nach eigenen Angaben stärksten Nutzung. Größere Differenzen gibt es hingegen bei denjenigen, die nie im Beruf digitale Hilfsmittel nutzen: Von denen finden sich mit 18,8% die größten Anteile bei Frauen zwischen 50 und 59 Jahren. Von den Frauen ab 60 Jahren geben immerhin noch 17,1% an, nie solche Technik beruflich zu nutzen. Hingegen nutzen nur 10,1% der Männer dieser Altersgruppen digitale Technik gar nicht beruflich. Bei den Jüngeren sind die Anteile mit 5,0% bei den unter 30-jährigen bzw. 5,3% bei den 30- bis 39-jährigen noch einmal deutlich geringer.

Durch den Einbezug digitaler Technik in die Arbeit werden unter Umständen größere Möglichkeiten eröffnet, die Arbeiten räumlich und zeitlich flexibler zu gestalten. Häufig angeführte Beispiele für die räumliche Flexibilität sind die Arbeit im Homeoffice oder mobil von unterwegs. Damit verbinden lässt sich auch Flexibilität in zeitlicher Hinsicht: Arbeitsinhalte können unter diesen Bedingungen auch außerhalb der eigentlichen Arbeitszeit – manchmal auch in der eigentlichen Freizeit – stattfinden oder die Beschäftigten sind zumindest bei (dringendem) Bedarf verfügbar. Dass diese neuen Möglichkeiten auch mit Risiken verbunden sind, ist hinlänglich bekannt. So kann räumliche und zeitliche Flexibilität zu Konflikten durch das Verschwimmen von Freizeit und Arbeit führen und die Gesundheit negativ beeinflussen. Dies gilt in ähnlichem Maße auch für das Phänomen der ständigen Erreichbarkeit, die insbesondere durch die Digitalisierung an Bedeutung gewonnen hat.

Zu beiden Themen wurden die Umfrageteilnehmer befragt. Insgesamt zeigte sich dabei aber, dass diese Flexibilität für eine Mehrheit der Umfrageteilnehmer nicht oder nur relativ selten Teil der beruflichen Tätigkeit ist.

**Diagramm 1** Umfrage – Nutzung digitaler Kommunikations- und Informationstechnik bei der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht



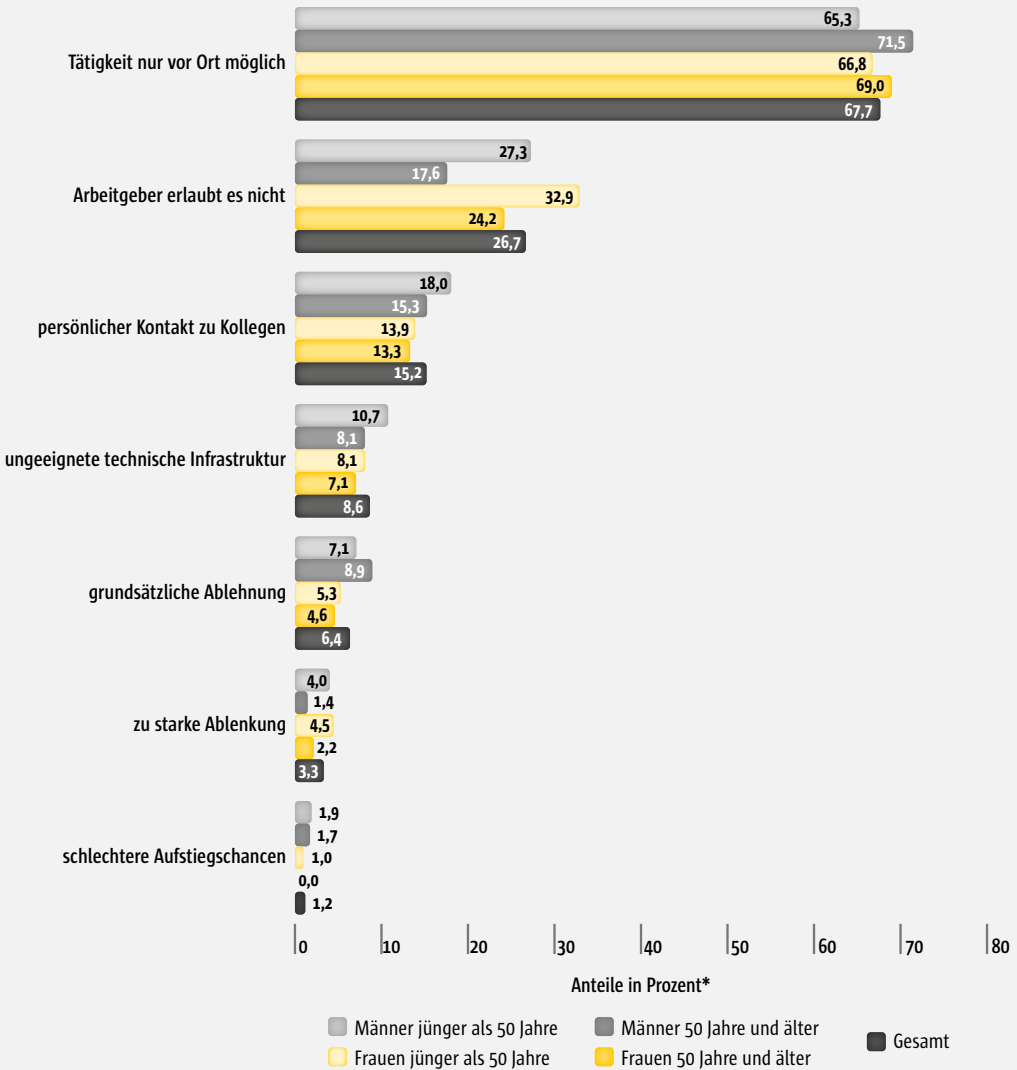
\* Antworten „häufig“ und „immer“ auf fünfstufiger Antwortskala

So gaben 61,4% der Befragten an, dass sie nie außerhalb ihres üblichen, festen Arbeitsplatz tätig sind, weder von zu Hause (in Homeoffice oder ähnliches) noch unterwegs. Dies gilt für Frauen (69,3%) häufiger als für Männer (54,4%). Auch hier sind es die älteren Frauen, die mit 77,8% (50–59 Jahre) bzw. 75,7% (60 Jahre und älter) mehr als in den anderen Subgruppen nur an einen festen Arbeitsplatz im Unternehmen arbeiten. Auf der anderen Seite arbeiten 9,1% der Befragten insgesamt mehrmals die Woche oder sogar (fast) durchgängig von zu Hause oder unterwegs. Hier sind es hingegen die Männer im Alter von 60 Jahren oder darüber, bei denen eine solche räumliche Mobilität mit 17,1% am häufigsten vorkommt.

Dabei ist aber zu bedenken, dass das Arbeiten von zu Hause oder unterwegs aus unterschiedlichen Gründen nicht für jeden möglich ist. Diejenigen, die nie außerhalb ihres festen Arbeitsplatzes im Unternehmen arbeiten, wurden entsprechend nach den Gründen dafür befragt (III Diagramm 2). Dabei gaben mehr als zwei Drittel (67,7%) der Befragten an, dass ihre Tätigkeit nur vor Ort möglich ist. Die Anteile der Beschäftigten, die diesen Grund angeben, sind bei denjenigen im Alter von 50 Jahren und älter noch etwas höher als bei den Jüngeren. Zweithäu-

figster Grund, der gegen das Arbeiten von zu Hause oder unterwegs spricht, ist, dass der Arbeitgeber dies laut Angaben der Befragten nicht erlaubt. Mehr als jeder Vierte (26,7%) nennt diesen Grund, wobei differenziert nach Geschlecht und Alter hierbei größere Unterschiede zutage treten: Insbesondere bei den jüngeren Männern und Frauen unter 50 Jahren (27,3% bzw. 32,9%) wird dies häufiger als Grund genannt, als bei den beschäftigten Männern und Frauen, die 50 Jahre und älter sind (17,6% bzw. 24,2%). Mit insgesamt 15,2% der Nennungen am dritthäufigsten spricht gegen Homeoffice bzw. mobile Arbeit, dass die Zusammenarbeit mit Kollegen am besten durch persönlichen Kontakt funktioniert und die Befragten deshalb darauf verzichten. Dies ist für Männer insgesamt und besonders für die jüngeren unter diesen relevant. Ungeeignete technische Infrastruktur für die Arbeit von zu Hause oder unterwegs wurde von 8,6% als Grund genannt, hier finden sich höhere Anteile auch bei den Männern jünger als 50 Jahre. Eine grundsätzliche Ablehnung gegen Homeoffice oder mobile Arbeit gaben hingegen nur 6,4% an. Die weiteren erfragten Gründe (zu starke Ablenkung im häuslichen Umfeld und schlechte Aufstiegschancen) wurden nur von einem verschwindend geringen Anteil der Befragten als Grund genannt.

Diagramm 2 Umfrage – Gründe gegen das Arbeiten von zu Hause oder unterwegs nach Alter und Geschlecht

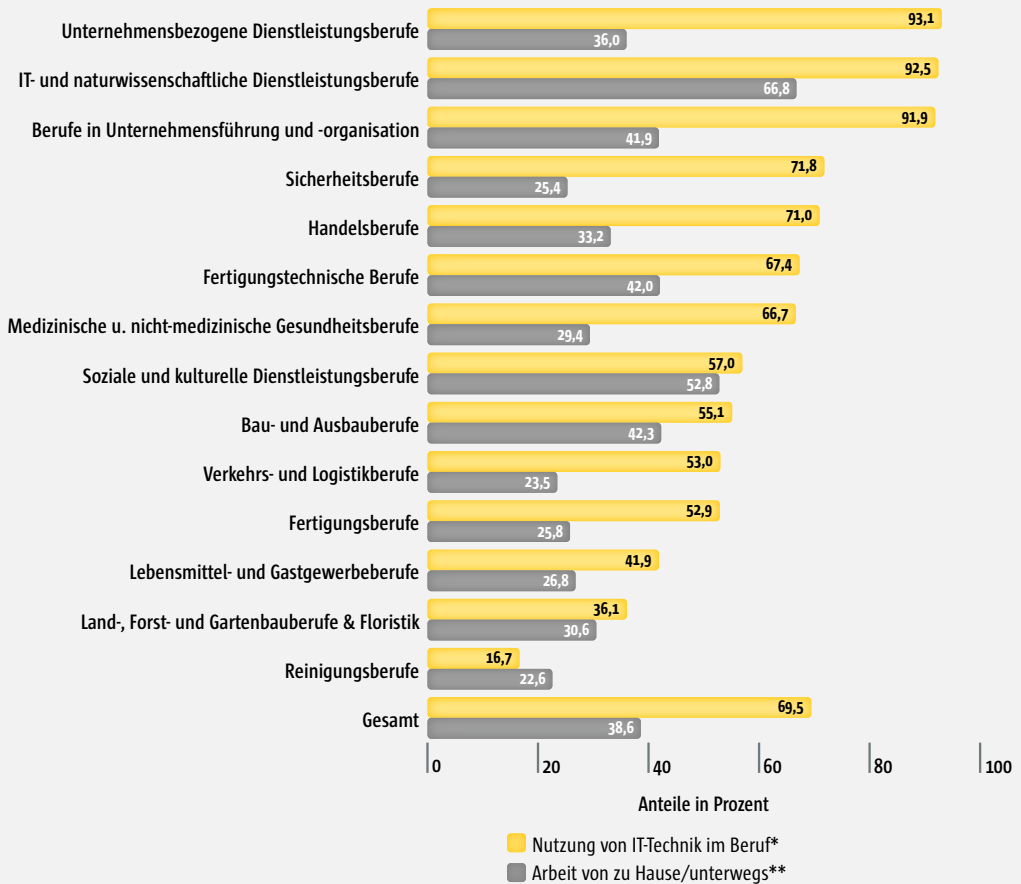


\* Auswahl aus Liste, Mehrfachantworten möglich

Es lässt sich daraus der Schluss ziehen, dass die Nutzung von Homeoffice oder mobiler Arbeit wesentlich davon abhängt, ob dies im jeweiligen Arbeitskontext überhaupt möglich ist. Lässt die Tätigkeit dies zu und auch der Arbeitgeber spricht sich nicht dagegen aus, dann wird diese Arbeitsweise auch zumindest gelegentlich genutzt. Entsprechend spiegelt sich dies in der Differenzierung der Homeoffice-Nutzung nach Berufssegmenten (nach Kldb 2010) wider, im **III** Diagramm 3 zusammen mit den Anteilen häu-

figer bzw. permanenter Nutzung von digitaler Technik in der jeweiligen Tätigkeit dargestellt: Mehr als 9 von 10 Beschäftigten in unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen (darunter fallen u.a. Finanzdienstleister, Steuerberatung, Recht und Verwaltung usw.), in IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen sowie den Berufen in Unternehmensführung und -organisation nutzen digitale Technik für ihre berufliche Tätigkeit. Von diesen nutzen die IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsbe-

**Diagramm 3** Umfrage – Nutzung digitaler Technik im Beruf sowie Nutzung von Homeoffice bzw. mobiler Arbeit nach Berufssegmenten



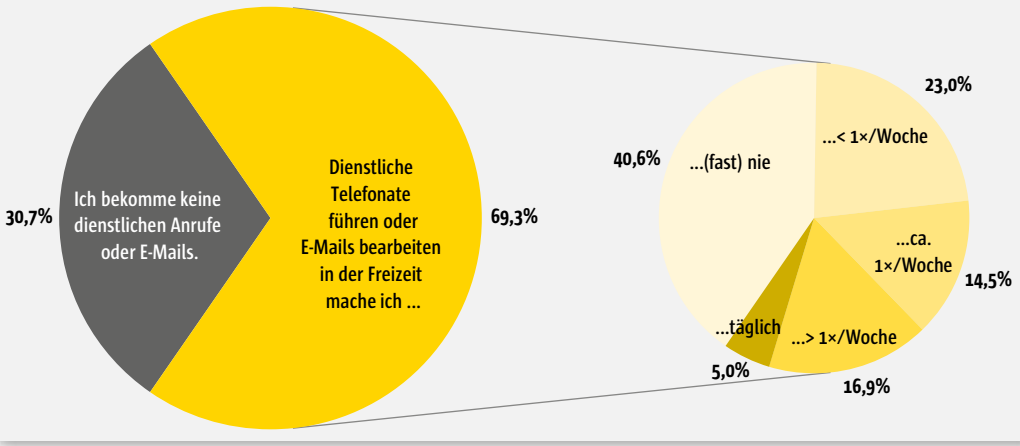
\* Antworten „häufig“ und „immer“ auf fünfstufiger Antwortskala; \*\* Antworten auf Häufigkeitsabfrage, ohne Antwort „nie“

rufe mit Abstand am häufigsten Homeoffice (nur rund ein Drittel nutzt dies nie), während die beiden anderen genannten Berufssegmente mehrheitlich am festen Arbeitsplatz im Unternehmen arbeiten – vermutlich aufgrund des größeren Bedarfs an direktem persönlichem Kontakt zu Kunden und Mitarbeitern. Demgegenüber deutlich höher liegen die Anteile von Beschäftigten, die nie außerhalb ihres festen Arbeitsplatzes im Unternehmen arbeiten, besonders in den Berufen, in denen ohnehin deutlich weniger digitale Hilfsmittel eingesetzt werden, wie etwa bei Reinigungskräften, den Land-, Forst- und Gartenbauberufen sowie den im Lebensmittel- und Gastgewerbe Tätigen. Aber auch in den Sicherheitsberufen oder den Gesundheitsberufen, bei denen von vielen

IT-Technik genutzt wird, sind die Anteile derer, die nie Homeoffice oder mobile Arbeit nutzen, mit über 70% groß, da auch hier der Kunden- bzw. Patientenkontakt in der Regel ein Arbeiten von zu Hause nicht oder nur begrenzt zulässt.

Bezüglich der zeitlichen Flexibilisierung wurden die Umfrageteilnehmer befragt, ob und ggf. wie oft es vorkommt, dass diese auch in ihrer Freizeit (nach Feierabend, am Wochenende oder im Urlaub) dienstliche Telefonate führen oder E-Mails bearbeiten. Hierzu gaben insgesamt 30,7% an, dass sie in ihrer Tätigkeit gar keine dienstlichen Anrufe oder E-Mails bekommen, wobei dieser Anteil bei den Frauen (37,7%) am höchsten ist. Weitere 28,1% geben an, dass sie – auch wenn Telefonate und E-Mails zu ihrer

Diagramm 4 Umfrage – Bearbeitung dienstlicher Telefonate und E-Mails in der Freizeit



Tätigkeit gehören – (fast) nie solche in ihrer Freizeit erledigen. Mehrmals pro Woche oder sogar täglich ist dies hingegen bei 15,2% laut deren eigener Aussage der Fall. Bei Männern ist dies häufiger der Fall als bei Frauen (16,7% vs. 13,4%), wobei aber auch bedacht werden muss, dass wie zuvor erwähnt der Anteil derer, die gar keine dienstlichen Anrufe oder E-Mails bekommen, bei den Frauen höher ist. Rechnet man deren Anteil heraus und bezieht die Anteile also nur auf diejenigen, für die Telefonate und E-Mails zur Tätigkeit dazugehören, verschwinden die Unterschiede fast gänzlich (» Diagramm 4): 40,6% (Männer 40,1%; Frauen: 41,3%) erledigen (fast) nie Telefonate oder E-Mails in ihrer Freizeit, bei mehr als jedem Fünften (21,9%; Männer 22,2%; Frauen: 21,5%) ist dies hingegen mehrmals pro Woche oder sogar täglich der Fall.

Dieses Bild ergibt sich auch bei der altersspezifischen Betrachtung: Bei älteren Beschäftigten ist der Anteil derer, die laut eigenen Angaben keine dienstlichen Anrufe oder E-Mails bekommen, mit 42,0% am höchsten bei Frauen zwischen 50 und 59 Jahren, am geringsten hingegen mit 19,3% bei den Männern jünger als 30 Jahre. Betrachtet man hingegen nur diejenigen, bei denen Anrufe und E-Mails überhaupt relevanter Anteil der Tätigkeit sind, werden die Unterschiede zwischen den Altersgruppen deutlich geringer, verschwinden aber nicht ganz. Bei beiden Geschlechtern sind bei den über 60-Jährigen die Anteile derjenigen, die (fast nie) Telefonate oder E-Mails in der Freizeit erledigen, im Vergleich zu den anderen Altersgruppen am größten. In dieser Altersgruppe – ebenfalls bei beiden Geschlechtern – ist aber auch gleichzeitig der Anteil derer, die mehrmals pro

Woche oder gar täglich Telefonate und E-Mails in der Freizeit beantworten, am größten (Männer: 27,2%; Frauen: 26,7%).

#### Einschätzungen zu Auswirkungen von Digitalisierung in der Arbeitswelt

- Mehr als 40% aller befragten Beschäftigten geben an, dass sie durch die Digitalisierung Aufgaben schneller sowie auch mehrere Aufgaben gleichzeitig erledigen.
- Immerhin gibt mehr als jeder Fünfte an, sich deshalb überlastet bzw. ausgebrannt zu fühlen.
- 29% der Befragten geben an, dass sie auch in ihrer Freizeit Arbeit erledigen, wobei dies deutlich mehr auf Männer (33%) als auf Frauen (25%) zutrifft.

Neben den vornehmlich die Nutzung beschreibenden Fragen wurden die Umfrageteilnehmer auch gebeten, Einschätzungen und Bewertungen abzugeben, welche Auswirkungen der Einsatz von digitalen Technologien für sie persönlich in ihrer Tätigkeit mit sich bringt, ob Digitalisierung Arbeitsplätze – den eigenen genauso wie allgemein im Arbeitsmarkt – gefährdet oder eher neue Arbeitsplätze geschaffen werden und ob durch die Digitalisierung Be- oder Entlastungen im Arbeitsalltag wahrgenommen werden.

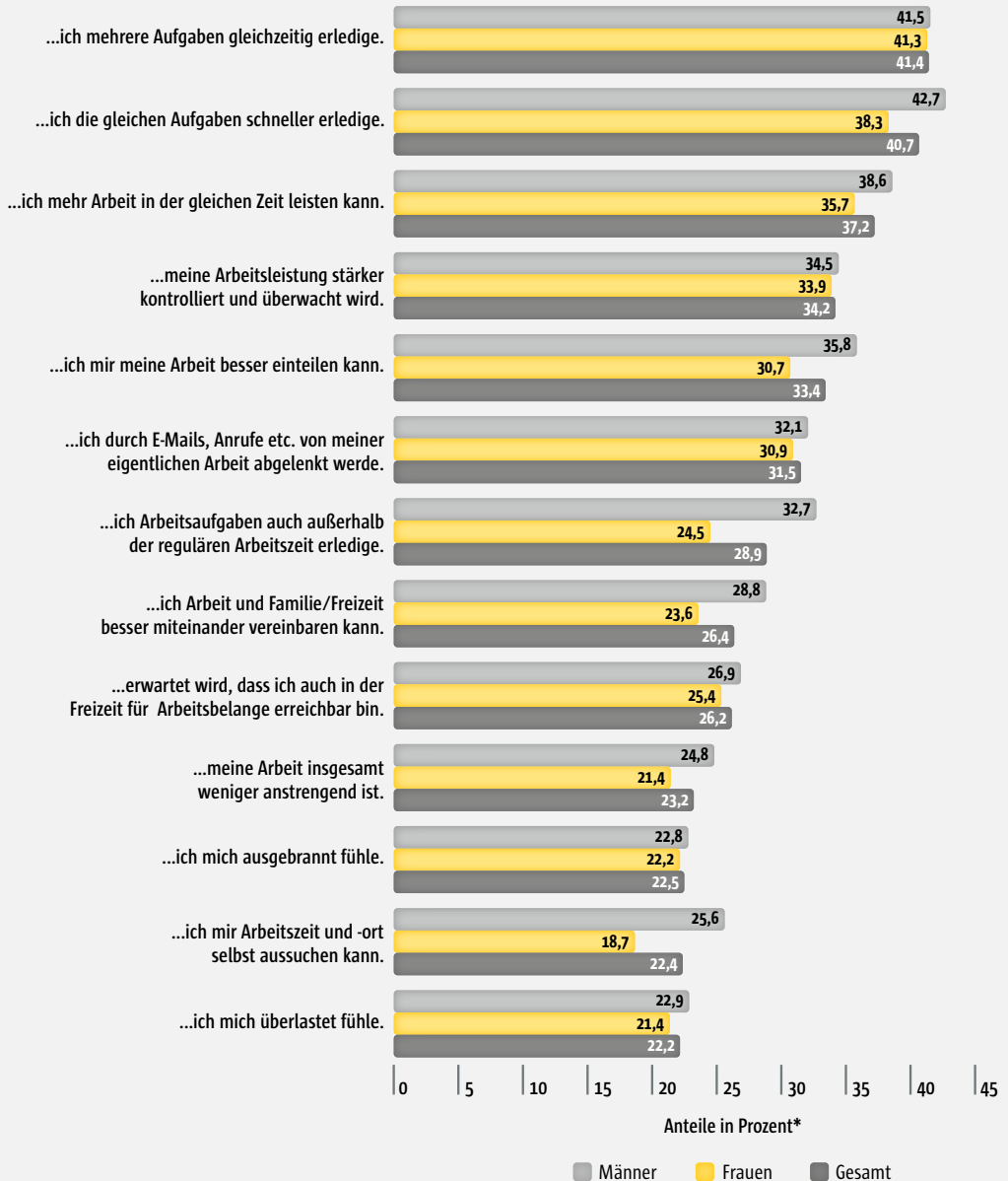
Hinsichtlich der Bewertung von Auswirkungen haben die Befragungsteilnehmer Einschätzungen auf einer fünfstufigen Skala (von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft voll zu“) zu 14 potenziellen Aspekten der Digitalisierung abgegeben. Wie das » Diagramm 5 verdeutlicht, erfährt die stärkste (volle) Zu-

stimmung mit 41,4% demnach die Aussage, dass durch den Einsatz neuer Technologien mehrere Auf-

gaben gleichzeitig erledigt werden. Für 29,0% der Befragten trifft dies hingegen eher nicht oder gar

Diagramm 5 Umfrage – Wahrgenommene Auswirkungen durch den Einsatz neuer Technologien nach Geschlecht

Der Einsatz neuer Technologien hat dazu geführt, dass...



\* Antworten „trifft eher zu“ und „trifft voll zu“ auf fünfstufiger Antwortskala

nicht zu. Eine ähnliche Relation findet sich bei der Aussage, dass Aufgaben schneller erledigt werden: 40,7% stimmen dem (voll) zu, für 27,8% trifft dies eher nicht oder gar nicht zu. In der Reihenfolge nach Zustimmung an dritter Stelle steht die Aussage, dass mehr Arbeit in der gleichen Zeit geleistet werden kann (30,2% stimmen dem eher nicht/gar nicht zu). Eine stärkere Kontrolle und Überwachung der Arbeitsleistung antizipiert aber auch etwa jeder Dritte (34,2%). Immerhin noch jeweils mehr als jeder Fünfte gibt hierbei an, sich überlastet (22,2%) bzw. ausgebrannt zu fühlen (22,5%).

Während Männer zu allen Aussagen mehr oder weniger deutlich höhere Zustimmung angeben, fällt bei der Einschätzung zur freien Wahl von Arbeitszeit und -ort eine besonders große Differenz zwischen den Bewertungen durch Männer und Frauen auf: Während rund ein Viertel der Männer (25,6%) dem zustimmen, sind es nur 18,7% der Frauen – der geringste Zustimmungswert bei den Frauen im Vergleich aller Aussagen. Größer ist diese Differenz sogar noch zur Aussage, dass Arbeitsaufgaben auch außerhalb der regulären Arbeitszeit erledigt werden (Männer: 32,7%; Frauen: 24,5%). Darüber hinaus ist bei allen Aussagen eine Tendenz zu größerer Zustimmung bei jüngeren Altersgruppen zu finden. Am stärksten ausgeprägt ist diese zu der Aussage, dass für Arbeitsbelange Erreichbarkeit auch in der Freizeit erwartet wird: Bei den unter 30-Jährigen ist hierzu die Zustimmung am größten (Männer: 34,8%; Frauen: 33,4%), deutlich geringer hingegen bei den Älteren, am geringsten bei den Männern zwischen 50 und 59 Jahren (18,2%) sowie den Frauen über 60 Jahren (14,3%). Im Vergleich dazu sind es interessanterweise wiederum deutlich häufiger die jüngeren Männer, die Arbeitsaufgaben auch außerhalb der regulären Arbeitszeit erledigen: 36,5% der unter 30-Jährigen sowie 40,3% der 30- bis 39-jährigen Männer stimmen der so lautenden Aussage zu, der höchste Anteil bei den Frauen beträgt jedoch nur 27,7% bei den 40- bis 49-Jährigen. Von E-Mails, Anrufen etc. von der Arbeit abgelenkt zu werden, wird ebenso vor allem von den Männern sehr unterschiedlich bewertet: Die Männer jünger als 40 Jahre stimmen dem mit mehr als 36% zu, während es bei den über 60-jährigen nur 24,0% sind.

Die alters- bzw. geschlechtsspezifischen Unterschiede können sicher auch zum Teil durch die unterschiedlichen beruflichen Anforderungen und das entsprechende Nutzungsverhalten digitaler Technologien (vgl. **III** Diagramm 3) begründet werden. So arbeiten z.B. in den Gesundheitsberufen deutlich mehr Frauen als Männer, in den IT-Berufen

ist dies umgekehrt. Möglich ist aber auch, dass je nach Alter und Geschlecht unterschiedliche Karriereansprüche genauso wie die Einbindung in die Familie die Einstellungen zur digitalen Technik sowie das Arbeitsverhalten beeinflussen.

- Die meisten Beschäftigten schätzen (45%), dass sich durch die Digitalisierung nicht viel auf dem Arbeitsmarkt verändern wird. Allerdings bewerten mehr als doppelt so viele die Digitalisierung als Risiko für den Wegfall von Arbeitsplätzen (38%) im Vergleich zu denen, die diese als Jobmotor sehen (18%).
- Bezogen auf den eigenen Arbeitsplatz geht fast die Hälfte davon aus, dass es sehr unwahrscheinlich ist, dass dieser aufgrund der Digitalisierung wegfällt. Besonders viele Beschäftigte in Berufen mit einem hohen Automatisierungsgrad (z.B. Fertigungsberufe) befürchten hingegen in Zukunft den Wegfall des eigenen Arbeitsplatzes durch die Digitalisierung.

Hinsichtlich des allgemeinen Arbeitsmarktes sollten die Befragungsteilnehmer einschätzen, ob die Digitalisierung eher zur Schaffung neuer Arbeitsplätze beiträgt, eher Arbeitsplätze wegfallen, oder sich nicht viel ändert. Insgesamt gaben die meisten Befragten die Einschätzung ab, dass sich nicht viel ändern wird (44,5%), mehr als jeder Dritte (37,8%) prognostiziert dagegen eher den Wegfall von Arbeitsplätzen. 17,6% gehen hingegen davon aus, dass durch die Digitalisierung eher neue Arbeitsplätze geschaffen werden. Wie schon bei vorherigen Fragen zeigen sich weniger optimistische Bewertungen bei den Frauen im Vergleich zu den Männern sowie bei den Älteren im Vergleich zu den Jüngeren:

- 20,3% der Männer, aber nur 14,6% der Frauen glauben, dass Arbeitsplätze geschaffen werden (Arbeitsplätze fallen eher weg: Männer: 33,8%; Frauen: 42,5%).
- Rund ein Viertel (25,6%) der unter 30-Jährigen erwartet, dass durch die Digitalisierung mehr Arbeitsplätze geschaffen werden, in den höheren Altersgruppen nimmt dieser Anteil kontinuierlich ab. Von den Befragten im Alter von 60 Jahren und älter prognostizieren nur noch 9% die Zunahme von Arbeitsplätzen.

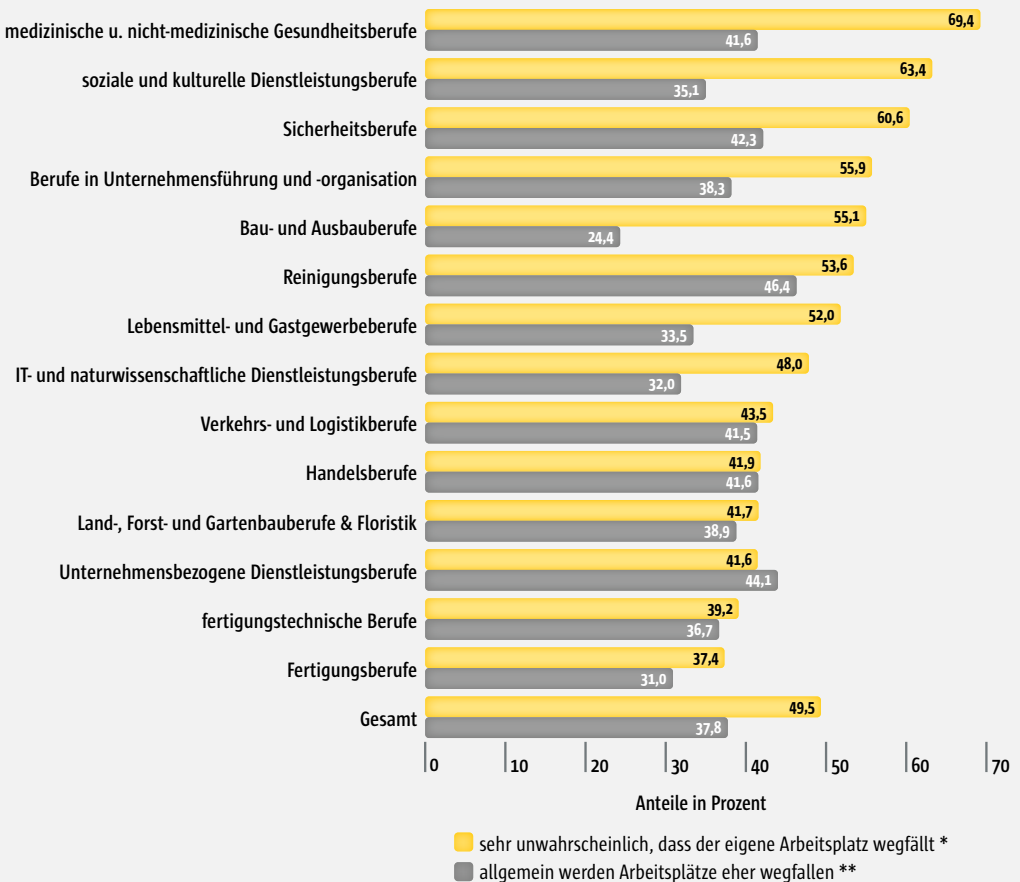
Etwas anders stellen sich dagegen die Einschätzungen der Befragten bezogen auf den eigenen Arbeitsplatz dar. Bei der Beurteilung der Wahrscheinlichkeit, ob der eigene Arbeitsplatz durch Digitalisierung



in absehbarer Zukunft wegzufallen droht (fünfstufige Skala von „sehr unwahrscheinlich“ bis „sehr wahrscheinlich“), gibt fast die Hälfte (49,5%) „sehr unwahrscheinlich“ an. Weitere 21,7% halten dies zumindest eher für unwahrscheinlich. Insgesamt schätzen 3,3%, dass es sehr wahrscheinlich ist (sowie weitere 6,6%, dass es eher wahrscheinlich ist), dass der eigene Arbeitsplatz durch die Digitalisierung zukünftig wegfallen wird. Auf den ersten Blick überraschend ist es wiederum, dass hierbei tendenziell größere Anteile der Frauen den Wegfall ihres Arbeitsplatzes für unwahrscheinlich halten (Frauen: 50,5% vs. Männer: 48,6%) und ebenso diese Bewertung der eigenen Arbeitsplatzsicherheit mit zunehmendem Alter steigt (29 Jahre und jünger: 42,1%; 60 Jahre und

älter: 59,3%). Hierbei hat vermutlich aber auch der berufliche Hintergrund der Befragten einen Einfluss, wie die Bewertung zu den Arbeitsplatz-Fragen differenziert nach Berufssegmenten aufzeigt (» Diagramm 6). Dabei sind die Unterschiede bei den Anteilen derjenigen, die einen Wegfall des eigenen Arbeitsplatzes als sehr unwahrscheinlich einschätzen, zwischen den Berufssegmenten deutlich größer als bei der Alters- und Geschlechtsunterteilung: Der größte Anteil findet sich bei den Gesundheitsberufen mit 69,4% gefolgt von sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen mit 63,4%. Beides sind Berufe mit einem hohen Frauenanteil und einem hohen persönlichen Interaktionsanteil in der beruflichen Tätigkeit. Die Einschätzung, dass der eigene Arbeits-

**Diagramm 6** Umfrage – Wahrgenommene Bedrohung durch Digitalisierung bezogen auf den eigenen Arbeitsplatz und auf den allgemeinen Arbeitsmarkt nach Berufssegmenten



\* Antwortkategorie auf fünfstufiger Antwortskala; \*\* Einfachauswahl aus Liste

platz sicher ist, ist wiederum bei den Fertigungsberufen mit 37,4% am geringsten, gefolgt von den Fertigungstechnischen Berufen mit 39,2%. In diesen Berufen ist die Automatisierung von Routineaufgaben sowie die weitere Vernetzung und Einbindung digitaler Technik weit vorangeschritten. Wie die Kennzahlen außerdem aufzeigen, sind hierbei die Einschätzungen, dass allgemein Arbeitsplätze durch die Digitalisierung wegfallen werden, nicht von der eigenen Arbeitsplatzsituation abhängig. So sind von den Beschäftigten in Reinigungsberufen 46,4% der Ansicht, dass allgemein Arbeitsplätze wegfallen, gefolgt von den in unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen Tätigen, von denen 44,1% dies so einschätzen. Auf der anderen Seite sind Beschäftigte in Bau- und Ausbauberufen mit einem Anteil von 24,4% deutlich seltener dieser Ansicht, den zweitniedrigsten Anteilswert weisen wiederum die Fertigungsberufe (31,0%) gefolgt von den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen (32,0%) auf. Demnach ist die Spannbreite bei der allgemeinen Bewertung geringer als bei der Einschätzung bezüglich des eigenen Arbeitsplatzes und es gibt keinen erkennbaren Zusammenhang der beiden Variablen, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die Befragten hier ihre Prognose nicht aus der Situation im eigenen Arbeitsumfeld abgeleitet haben.

- Die Mehrheit der Befragten sieht sich durch die Auswirkungen der Digitalisierung ihrer Arbeit nicht in ihrer Gesundheit beeinträchtigt. Jedoch sieht mit 28% auch ein relativ großer Anteil besonders bezüglich der psychischen Gesundheit gegenüber früher eine stärkere Belastung. Etwa nur einer von 10 Befragten fühlt sich dagegen (eher) weniger belastet.
- Bei den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen gibt sogar fast jeder Dritte eine größere psychische Belastung durch die Digitalisierung an.

Im Weiteren wurden die Teilnehmer befragt, ob und wie sich durch die Digitalisierung ihrer Arbeit ihr körperlicher und psychischer Gesundheitszustand verändert hat (fünfstufige Antwortskala von „viel weniger belastet als früher“ bis „viel mehr belastet als früher“).

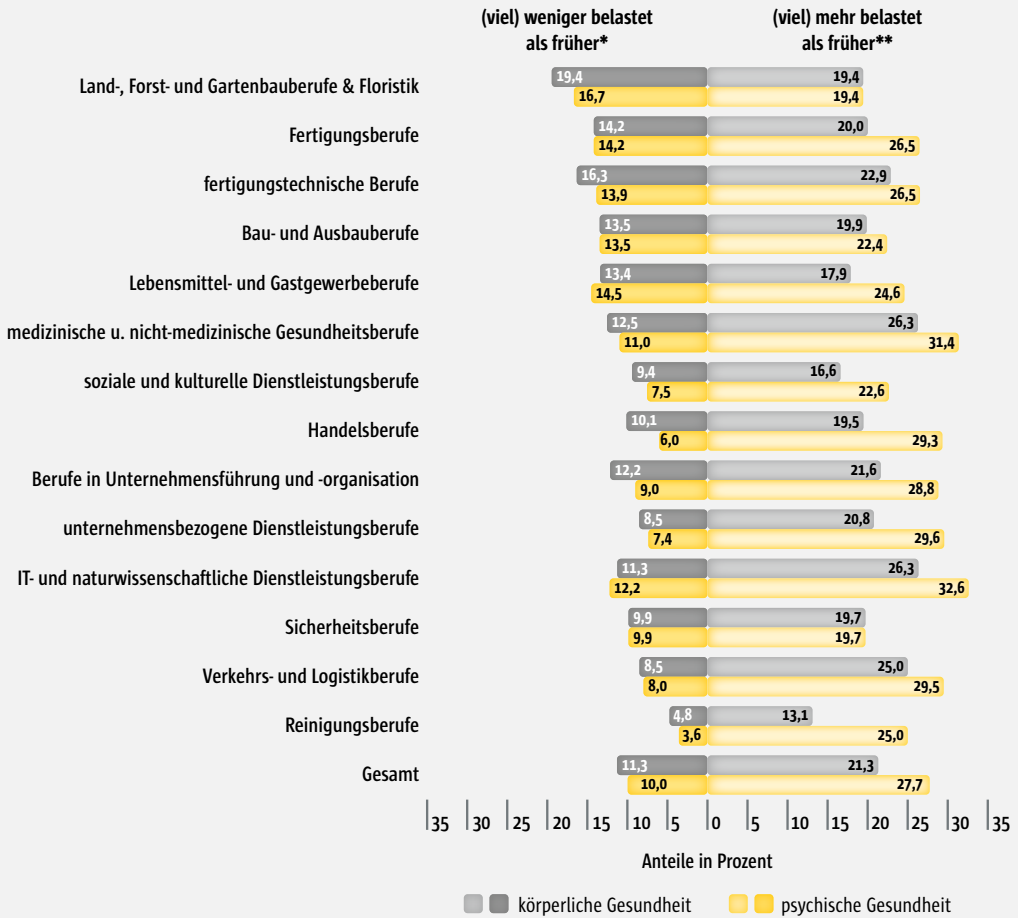
Hinsichtlich ihrer körperlichen Gesundheit sehen mehr als zwei Drittel (67,4%) keine Veränderung, dabei ist der Anteil bei den Frauen geringfügig größer als bei den Männern (68,7% vs. 66,2%). Während die Anteile derer, die sich mehr bzw. viel mehr be-

lastet fühlen, geschlechtsspezifisch nicht stark vom Gesamtergebnis (18,2% mehr belastet als früher, 3,1% viel mehr belastet als früher) abweichen, ist die Gruppe derer, die sich weniger bzw. viel weniger belastet fühlen, bei den Männern leicht größer (Männer: 12,7%, Frauen: 9,7%; Gesamt: 11,3%). Dabei sind es vor allem die jungen Männer, die sich von digitaler Technik eher entlastet fühlen, deren Anteil ist bei den unter 30-jährigen sogar größer als bei denen, die sich belastet fühlen: 28,3% fühlen sich (viel) weniger belastet als früher, 19,3% fühlen sich (viel) mehr belastet. Mit höherem Alter nimmt aber bei beiden Geschlechtern die positive Bewertung ab, während der Anteil der „weder-noch“-Antworten zunimmt (76,4% bei der Altersgruppe 60 Jahre und älter).

Auch bei der Frage nach der psychischen Gesundheit gaben im Durchschnitt mehr als 6 von 10 Personen (62,3%) an, dass sie sich weder mehr noch weniger belastet fühlen als früher. Mehr als jeder Fünfte fühlt sich jedoch mehr belastet als früher (23,0%), weitere 4,8% gaben an, sich sogar viel mehr als früher belastet zu fühlen. Dadurch ist die wahrgenommene Gesundheitsbelastung bezogen auf die psychische Verfassung deutlich ausgeprägter als bei der körperlichen Gesundheit. Durch die Digitalisierung psychisch entlastet fühlt sich hingegen durchschnittlich nur jeder zehnte Befragte (7,2% weniger belastet als früher, 2,8% viel weniger belastet als früher). Altersspezifisch ist auch hier ein Anwachsen des Anteils derer, die sich weder weniger noch mehr belastet fühlen, mit höherem Alter zu verzeichnen (74,9% bei der Altersgruppe 60 Jahre und älter), vor allem basiert dies wesentlich darauf, dass – wie schon bei der Frage nach der körperlichen Gesundheit – von den Älteren immer weniger eine Entlastung wahrgenommen wird.

Hier lohnt sich auch wieder ein Blick differenziert nach Berufssegmenten, sind doch die Belastungen je nach Tätigkeit sehr unterschiedlich. Das **»»** Diagramm 7 führt die Anteile der Ent- und Belastungsbewertungen differenziert nach Berufssegmenten auf. Bei fast allen Berufssegmenten sind die Belastungsangaben wie im Gesamtergebnis ausgeprägt: Sowohl körperlich als auch psychisch mehr wahrgenommene Belastung als Entlastung im Vergleich zu früher, wobei die weitaus größeren Anteile bei der psychischen Belastung liegen. Nur wenige Abweichungen davon gibt es: Zum einen sind bei den Sicherheitsberufen die Anteile jeweils für die psychische als auch die körperliche Gesundheit gleichstark ausgeprägt. Zum anderen sehen bei den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen sowie den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungs-

**Diagramm 7** Umfrage – Wahrgenommene Belastung der körperlichen und psychischen Gesundheit durch Digitalisierung nach Berufssegmenten



Antworten auf fünfstufiger Antwortskala \* „weniger belastet“/„viel weniger belastet“ bzw. \*\* „mehr belastet“/„viel mehr belastet“

berufen ein etwas größerer Teil der Befragten ihre psychische Gesundheit mehr entlastet als die körperliche (12,2% vs. 11,3%). Gleichzeitig ist aber auch bei den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen der Anteil derer, die sich (viel) mehr als früher belastet fühlen, am größten im Vergleich aller Berufssegmente (26,3% bezüglich körperlicher Gesundheit, 32,6% bezüglich psychischer Gesundheit). Ähnlich hoch sind die diesbezüglichen Anteile auch bei den Gesundheitsberufen (26,3% bezüglich körperlicher Gesundheit, 31,4% bezüglich psychischer Gesundheit).

Insgesamt zeigt sich, dass die Digitalisierung für die psychische Gesundheit relativ häufig als Belastung wahrgenommen wird und diese die wahrgenommenen Entlastungseffekte teils um ein Mehrfaches übersteigt. Dies verdeutlicht, dass bei der Betrachtung der Chancen, die die Digitalisierung der Arbeitswelt mit sich bringt, auch die Risiken insbesondere im Hinblick auf die (psychische) Gesundheit der Beschäftigten beachtet werden müssen. Dies ist auch im Kontext der Planung und Gestaltung von gesundheitsförderlicher (digitaler) Arbeit zu berücksichtigen.

# Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Im weiteren Teil der Umfrage wurden die Teilnehmer zu ihren Einstellungen und Präferenzen bezüglich des Einsatzes von digitaler Technik in Bezug zur Gesundheitsversorgung befragt. Dabei sollten sie angeben, welche digitalen Service-Angebote rund um ihre eigene Gesundheit sie sich allgemein wünschen würden und welche Präferenzen sie in einem konkreten Szenario – bei einer einfachen Erkältungskrankung – haben. Des Weiteren wurden die Umfrageteilnehmer gebeten, Bewertungen bezüglich der Vertrauenswürdigkeit verschiedener Akteure mit Bezug zur Gesundheitsversorgung sowie zum Thema Datenschutz abzugeben.

Dabei ist es neben den Unterschieden in den Bewertungen nach Alter und Geschlecht zudem interessant, ob und wie stark die Befragten selber von Krankheit betroffen sind. Hierzu wurden die Teilnehmer gebeten, per Mehrfachauswahl aus einer Liste der acht wichtigsten ICD-10-Diagnosehauptgruppen (sowie Antwortoption „Sonstige“) anzugeben, ob sie in den letzten 12 Monaten von einer oder mehreren Krankheiten betroffen waren. Dabei gaben die Befragungsteilnehmer im Durchschnitt weniger als 2 Erkrankungen an, 28,0% hatten sogar laut eigenen Angaben in den letzten 12 Monaten gar keine Erkrankung. 6,0% gaben hingegen an, von mehr als 5 Erkrankungen betroffen (gewesen) zu sein. Die weiblichen Befragten gaben im Durchschnitt mehr Erkrankungen an, was auch den Erkenntnissen aus den Versichertenstatistiken insbesondere der ambulanten Versorgung entspricht (» Kapitel 2). Das Durchschnittsalter war bei den Befragten mit bis zu 4 Erkrankungen nur gering schwankend (41,9–42,7 Jahre), hingegen waren demgegenüber diejenigen mit 5 oder mehr Erkrankungen im Schnitt etwa 3 Jahre älter (45,4 Jahre). Die Anzahl der Erkrankungen in den letzten 12 Monaten weist moderate Zusammenhänge (Rangkorrelationskoeffizient  $> .3$ ) mit der subjektiven Einschätzung des psychischen und körperlichen Zustands, der Einschätzung der Gefährdung der Erwerbstätigkeit sowie der Angabe der Fehltag in den letzten 12 Monaten auf.

## Präferenzen bei digitalen Service-Angeboten

- Die Nutzungsbereitschaft für digitale Services bezieht sich besonders auf solche, die Formales vereinfachen: Mit 58% an der Spitze ist das digitale Übermitteln von Meldungen an die Krankenkasse, gefolgt von Erinnerungsfunktionen für Vorsorge und Impfungen (43%) und der Datenverwaltung in einer elektronischen Gesundheitsakte (42%).
- Deutlich weniger wären hingegen bereit, bei eigener Erkrankung an Online-Behandlungen (18%) teilzunehmen oder die eigene Gesundheit durch Sensoren in Alltagsgegenständen permanent überwachen zu lassen (16%).
- Frauen geben bei vielen Services einen größeren Nutzungswillen an, besonders bei den digitalen Erinnerungsfunktionen (48% vs. 39%). Auch sind es besonders die Frauen unter 30 Jahren von denen sogar mehr als ein Drittel an Online-Coachings zur Verbesserung der eigenen Gesundheit teilnehmen würden.
- Die Nutzungsbereitschaft ist höher bei Mehrfacherkrankten, dabei sind diese auch eher bereit, nicht nur Formales digital zu erledigen: So ist etwa die Bereitschaft, an Online-Behandlungen teilzunehmen, bei Personen mit mehr als 4 Erkrankungen in den letzten 12 Monaten mehr als doppelt so groß wie bei Nicht-Erkrankten (31% vs. 13%).

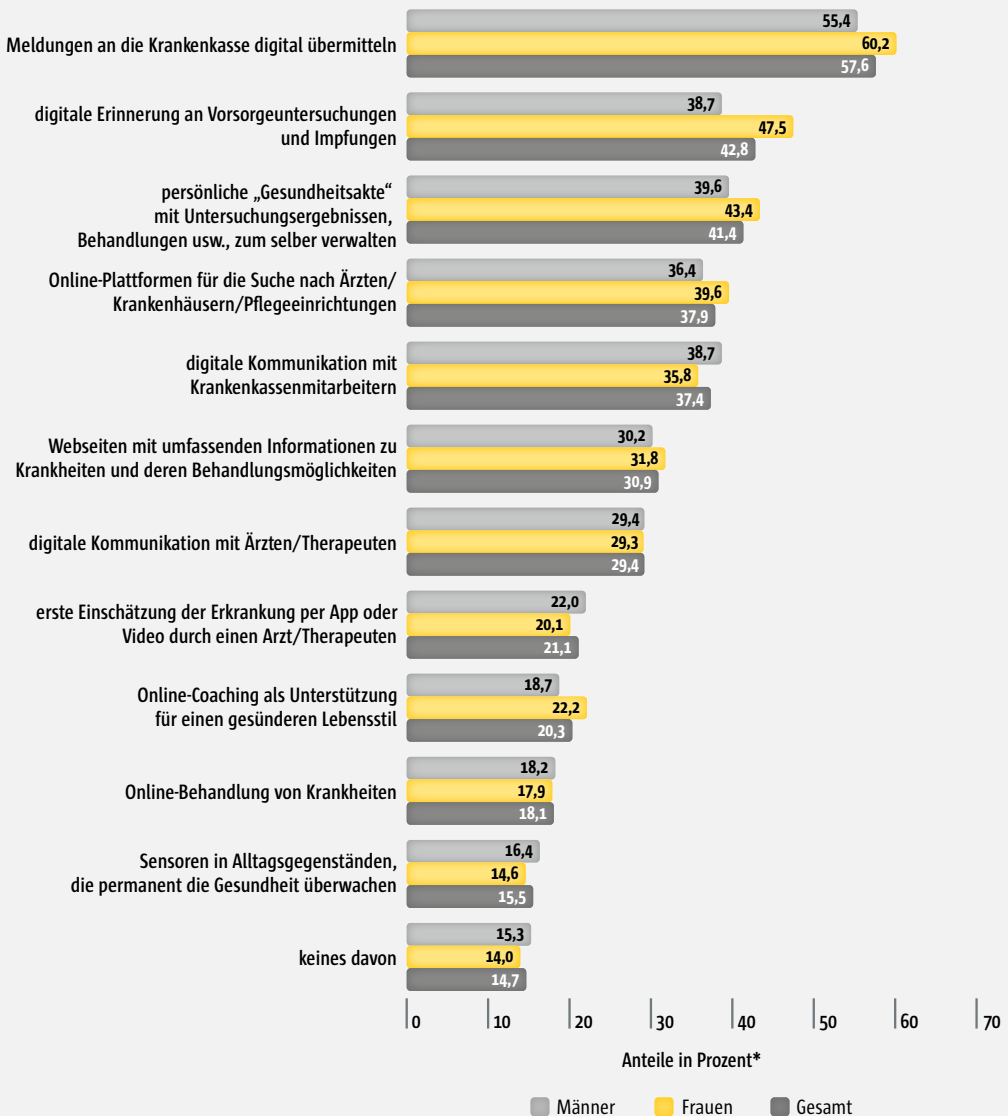
Um mehr über potenzielle Wünsche an digitale Services mit Bezug zur eigenen Gesundheit der Teilnehmer zu erfahren, wurden diese befragt, welche aus einer Liste verschiedener Serviceangebote die Teilnehmer nutzen würden, wenn sie vorhanden wären (Mehrfachantworten mit Skalierung „trifft zu“ bzw. „trifft nicht zu“). 85,3% der Befragten gaben mindestens zu einer Auswahl an, dass sie diese nutzen würden, 14,7% hatten hingegen explizit angegeben, keines nutzen zu wollen (» Diagramm 8).

Am beliebtesten war in dieser Auswahlliste, Meldungen an die Krankenkasse digital übermitteln zu

können, 57,6% der Befragten würden diesen Service nutzen – dabei Frauen häufiger als Männer (60,2% vs. 55,4%). Insgesamt scheinen hierbei, anders als bei den Fragen zur Digitalisierung in der Arbeitswelt, die Frauen eine höhere Affinität zu digitalen Services zu haben. Eine digitale Erinnerungsfunktion für Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen

etc. würden sogar fast 9% mehr Frauen nutzen als Männer (47,5% vs. 38,7%) und auch eine persönliche Gesundheitsakte bzw. Online-Plattformen für die Arzt-/Versorgungseinrichtungssuche präferieren mehr Frauen als Männer (43,4% vs. 39,6%). Auch ist der Anteil derer, die keinen der angegebenen digitalen Services nutzen wollen, bei den Frauen etwas

Diagramm 8 Umfrage – Potentielle Nutzung von digitalen Service-Angeboten mit Bezug zur Gesundheit nach Geschlecht



\* Auswahl aus Liste, Mehrfachantworten möglich

kleiner (14,0% vs. 15,3%). Leicht höhere Anteile von Männern finden sich hingegen bei der digitalen Kommunikation mit Krankenkassenmitarbeitern (38,7% vs. 35,8%), der digital vermittelten Erst-Einschätzung einer Erkrankung per App oder Video (22,0% vs. 20,1%) und auch bei der permanenten Gesundheitsüberwachung per Sensoren in Alltagsgegenständen (z.B. Smartwatches, Fitness Tracker) (16,4% vs. 14,6%).

Differenziert nach Alter finden sich oftmals die größten Anteile derer, die den jeweiligen Service nutzen würden, in der mittleren Altersgruppe (40-49 Jahre), während die Präferenzen bei den Jüngeren wie den Älteren in der Regel etwas geringer ausfallen. Deutlich geringer ist sogar der Wunsch, Meldungen wie z.B. Krankschreibungen an die Krankenkasse zu übermitteln, allerdings bei den männlichen Befragten jünger als 30 Jahre (42,1%). Andererseits deutlich höher als in anderen Altersklassen ist bei den unter 30-Jährigen die Bereitschaft ausgeprägt, die eigene Gesundheit durch Sensoren in Alltagsgegenständen permanent überwachen zu lassen (Männer: 22,3%; Frauen: 24,7%). Auch sticht heraus, dass Frauen unter 30 Jahren eine größere Affinität angeben, an Online-Coachings (z.B. Abnehmen, Sport) teilzunehmen (34,8%).

Diese Angaben zu Nutzungspräferenzen bei digitalen Service-Angeboten zeigen, dass besonders solche Angebote erwünscht sind, die formale Aspekte der medizinischen Versorgung vereinfachen könnten: Bescheinigungen verschicken, an Termine erinnern, Dateien verwalten. Angebote mit direktem Bezug zur medizinischen Diagnostik und Therapie einer vorliegenden Erkrankung scheint demnach nur ein deutlich kleinerer Teil der Befragten nutzen zu wollen. Grund hierfür ist sicher auch der Aspekt, dass anspruchsvolle Services wie etwa Telemedizin oder Sensorik noch nicht so verbreitet sind, und die Erfahrung damit auch bei den jüngeren Altersgruppen einfach fehlt. Andererseits wird aber im Kontext medizinischer Versorgung der persönliche Kontakt und die direkte Beratung als besonders wichtig erachtet. In welcher Form und ob es überhaupt gewünscht wird, dass der persönliche Kontakt zum Arzt oder Therapeuten nicht mehr in einem Raum, sondern durch Technik vermittelt stattfindet, bleibt abzuwarten. Einen Anteil am Willen, die benannten digitalen Services zu nutzen, scheint aber auch der jeweilige Bedarf bei den potentiellen Nutzern zu haben, wie der Blick auf die Angaben differenziert nach Anzahl der Erkrankungen in den letzten 12 Monaten zeigt: Durchweg ist bei allen die digitale Meldung an die Krankenkasse der von den

meisten präferierte Service und auch bei den einzelnen Subgruppen nach Erkrankungsanzahl sind die weiteren Services nach den Anteilswerten in ähnlicher Rangfolge wie im **III** Diagramm 8. Allerdings steigt mit der höheren Erkrankungsanzahl auch die Bereitschaft, die Services zu nutzen; Bei den meisten der genannten digitalen Services sind es diejenigen mit 5 oder mehr Erkrankungen, welche die größte Nutzungsbereitschaft haben. So würden von diesen 71,7% die digitale Meldung an die Krankenkasse nutzen, 62,2% Erinnerungsfunktionen für Vorsorge und Impfungen und sogar mehr als jeder Fünfte wäre bereit, seine Gesundheit permanent durch Sensoren in Alltagsgegenständen überwachen zu lassen. Die größte Differenz zu denjenigen, die ohne Erkrankung in den letzten 12 Monaten waren, besteht außerdem bei der Bereitschaft an Online-Behandlungen von Krankheiten (z.B. bei psychischen Beschwerden, Diabetes, Tinnitus) teilzunehmen: Während von letzterer Gruppe nur 13,2% ein digitales Behandlungsangebot nutzen würden, sind es bei denjenigen mit 5 und mehr Erkrankungen mit 31,1% deutlich mehr als doppelt so viele.

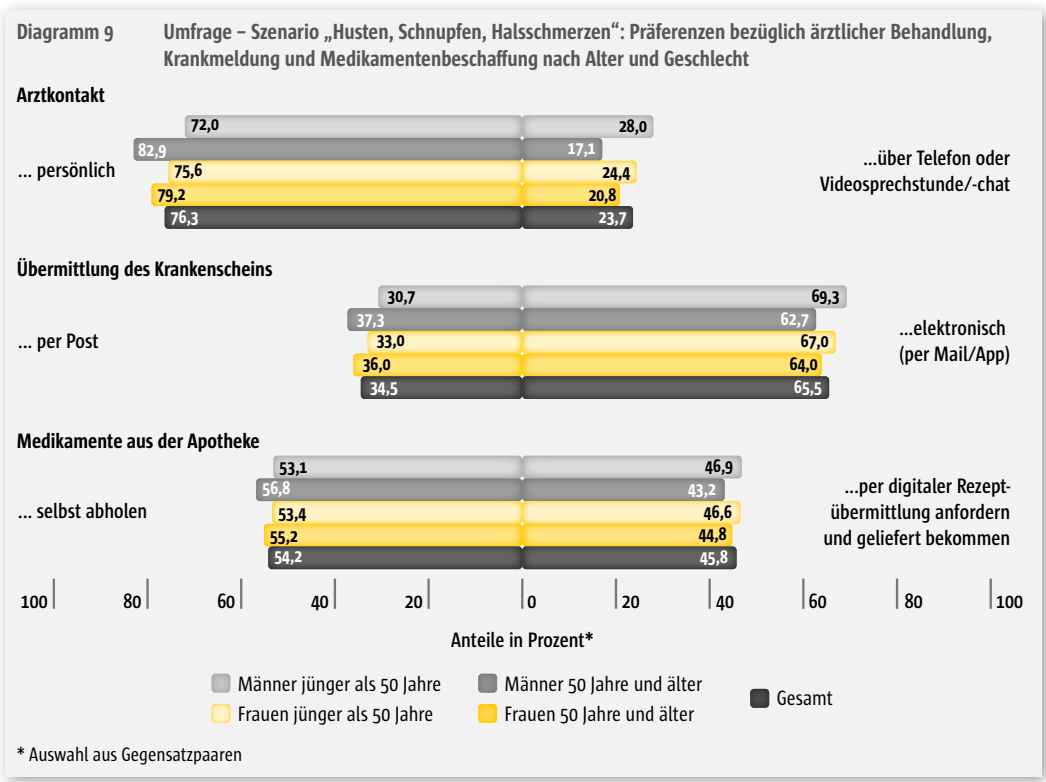
Um mehr darüber zu erfahren, wie digitale Service-Angebote in einen konkreten Behandlungsprozess eingebunden werden könnten, wurden die Umfrageteilnehmer auch zu ihren Nutzungswünschen in einem Szenario befragt, dass vermutlich jeder selber schon erlebt hat: Die Befragten sollten angeben, für welchen Behandlungsweg sie im Falle des Auftretens von Husten, Schnupfen, Halsschmerzen – die Symptome einer normalen Erkältung, die nach ein paar Tagen meist von selbst wieder abklingt – wählen würden. Dabei wurde zu den drei wesentlichen Behandlungsschritten, nämlich der ärztlichen Behandlung, Meldung von Arbeitsunfähigkeit und Medikamentenbeschaffung, zur Auswahl gestellt, ob die Befragten dabei einen digitalen Service nutzen oder auf „konventionellem“ Weg verfahren möchten.

Wie das **III** Diagramm 9 aufzeigt, legen die Umfrageteilnehmer dabei vor allem bei der ärztlichen Behandlung auf den persönlichen Kontakt großen Wert: 76,3% wollten im direkten Kontakt vom Arzt untersucht und behandelt werden. Nur 23,7% würden in diesem Erkrankungsfall eher per Telefon oder Videosprechstunde/-chat die Untersuchung und Behandlung absolvieren. Gegenüber der Angabe zum allgemeinen Nutzungswunsch (**III** Diagramm 8) würde allerdings ein deutlich höherer Anteil von 65,5% der Teilnehmer die Meldung der Arbeitsunfähigkeit elektronisch (per Mail oder App) vom Arzt übermittelt bekommen, um diese dann auf gleichem Wege an die Krankenkasse bzw. den Arbeitgeber wei-

terzuleiten. Mit 45,8% etwas weniger als die Hälfte der Befragten würde auch auf gleichem Wege ein Arzneimittelrezept bekommen wollen, um dies an eine Apotheke weiterleiten zu können, die dann die Medikamente nach Hause liefert. Auch differenziert nach Alter und Geschlecht ist die wesentliche Tendenz gleich. Der größte Unterschied bei den Subgruppen besteht dabei noch bei den männlichen Befragungsteilnehmern hinsichtlich des Arztkontaktes: Hier weisen mit einem Anteil von 28,0% die unter 50-Jährigen die größte Bereitschaft auf, über Telefon oder Videosprechstunden/-chat die ärztliche Untersuchung und Behandlung zu absolvieren. Bei den älteren Männern hingegen sind es nur 17,1%. Aber auch bei den beiden weiteren Szenario-Schritten sind es die jüngeren Männer, die dabei im Vergleich der Subgruppen die größte Bereitschaft zur Nutzung digitaler Services aufweisen, während diesbezüglich von den Männern ab 50 Jahren die geringste Bereitschaft angegeben wird. In der Gesamtbetrachtung des Szenarios zeigt sich außerdem, dass die Präferenzen dabei nicht allein von der Technikaffinität bestimmt sind: Von denen, die den digita-

len Weg beim Arztkontakt wählen würden, würden trotzdem 21,3% ihre Arbeitsunfähigkeitsmeldung nicht digital übermitteln wollen. Außerdem würden von diesem Anteil immerhin noch 25,8% persönlich in die Apotheke gehen, um dort die Medikamente zu erhalten.

Auch hierbei steigt mit der Anzahl an Erkrankungen in den letzten 12 Monaten fast durchweg stetig die Bereitschaft, den digitalen Behandlungsweg zu wählen: Von denjenigen ohne Erkrankung würden 20,3% Telefon oder Videosprechstunde/-chat für die Kommunikation mit dem Arzt nutzen, 62,6% ihren Krankenschein elektronisch übermitteln und 42,9% auch das Rezept digital übermitteln, um die Medikamente geliefert zu bekommen. Durchweg höher liegt die Bereitschaft bei denjenigen mit mehr als 4 Erkrankungen – trotz des Umstandes, dass diese durchschnittlich älter sind: Hiervon sind 28,3% bereit, per Telefon oder Videosprechstunde mit dem Arzt zu kommunizieren, 71,7% würden ihren Krankenschein elektronisch übermitteln und 54,4% die Medikamentenbeschaffung digital durchführen.



## Vertrauenswürdigkeit der Akteure im Gesundheitswesen und Datenschutz

- Persönliche Gesundheitsdaten zu verwalten wird den Haus- bzw. Fachärzten am ehesten zugetraut. Diese genießen von fast drei Viertel der Befragten das Vertrauen. Mit Abstand am wenigsten Vertrauen hierbei wird hingegen privaten Unternehmen (14%) entgegengebracht.
- Ein großer Geschlechtsunterschied besteht bei Forschungseinrichtungen, die von Männern deutlich vertrauenswürdiger eingestuft werden als von Frauen (46% vs. 37%). Auch sind es Männer unter 30 Jahren, die privaten Unternehmen in deutlich größerem Maße Vertrauenswürdigkeit zuschreiben (29%).
- Sind die Personen mehrfacherkrank (mehr als 4 Erkrankungen), schätzen diese insbesondere Betriebsärzte, Krankenhäuser und private Unternehmen als weniger vertrauenswürdig ein.

Die Umfrageteilnehmer wurden in der Befragung außerdem gebeten, Bewertungen bezüglich der Vertrauenswürdigkeit verschiedener Akteure mit Bezug zur Gesundheitsversorgung abzugeben. Es waren dazu neun Personengruppen bzw. Institutionen vorgegeben, deren Vertrauenswürdigkeit auf einer fünfstufigen Skala (von „gar nicht vertrauenswürdig“ bis „voll und ganz vertrauenswürdig“) bewertet werden sollte. Das **»»»** Diagramm 10 stellt hierfür die Anteile derer dar, die „eher vertrauenswürdig“ oder „voll und ganz vertrauenswürdig“ angegeben haben. An der Spitze mit einer solchen Bewertung von fast drei Vierteln (74,5%) der Befragungsteilnehmer stehen die Hausärzte, dicht gefolgt von den Fachärzten mit 72,7%. Apotheken (54,3%) und Krankenhäuser (53,2%) werden auch noch von knapp mehr als der Hälfte der Befragten als eher bzw. voll und ganz vertrauenswürdig angesehen, Krankenkassen immerhin noch von 47,72%. Der mit Abstand geringste Anteilswert findet sich hingegen bei den privaten Unternehmen, die nur 14,4% der Teilnehmer als eher bzw. voll und ganz vertrauenswürdig erachten. Geschlechtsunterschiede sind bei den meisten Bewertungen recht gering, jedoch werden Forschungseinrichtungen (46,2% vs. 37,0%) sowie private Unternehmen (16,5% vs. 12,1%) von relativ größeren Anteilen der Männer als vertrauenswürdig eingeschätzt als bei den Frauen.

Bei den privaten Unternehmen stechen besonders die Männer jünger als 30 Jahre hervor, von diesen bewerten 28,8% die privaten Unternehmen als eher/voll und ganz vertrauenswürdig. Eine deutliche

Abnahme der zugeschriebenen Vertrauenswürdigkeit mit steigendem Alter findet sich bei diesen privaten Unternehmen (nur 9,0% der über 59-Jährigen bewerten diese als eher/voll und ganz vertrauenswürdig) genauso wie bei den staatlichen Behörden (eher/voll und ganz vertrauenswürdig für 32,2% der über 59-Jährigen). Die Hausärzte hingegen werden von größeren Anteilen der Älteren als vertrauenswürdig eingeschätzt (eher/voll und ganz vertrauenswürdig für 80,9% der über 59-Jährigen) als von den Jungen (eher/voll und ganz vertrauenswürdig für 67,7% der unter 30-Jährigen).

Deutlich geringere Anteile halten insbesondere Betriebsärzte, Krankenhäuser und private Unternehmen für vertrauenswürdig, wenn sie von Personen mit vielen Erkrankungen im vergangenen Jahr bewertet werden: Der Anteil derer, welche die Betriebsärzte für eher bzw. voll und ganz vertrauenswürdig halten, liegt bei dieser Gruppe rund 11 Prozentpunkte unter dem Durchschnitt (31,1%), bei den Krankenhäusern sind es rund 9% weniger (44,4%) und bei den privaten Unternehmen ist die Vertrauensbasis nur fast halb so groß wie beim Gesamtdurchschnitt (7,8% vs. 14,4%).

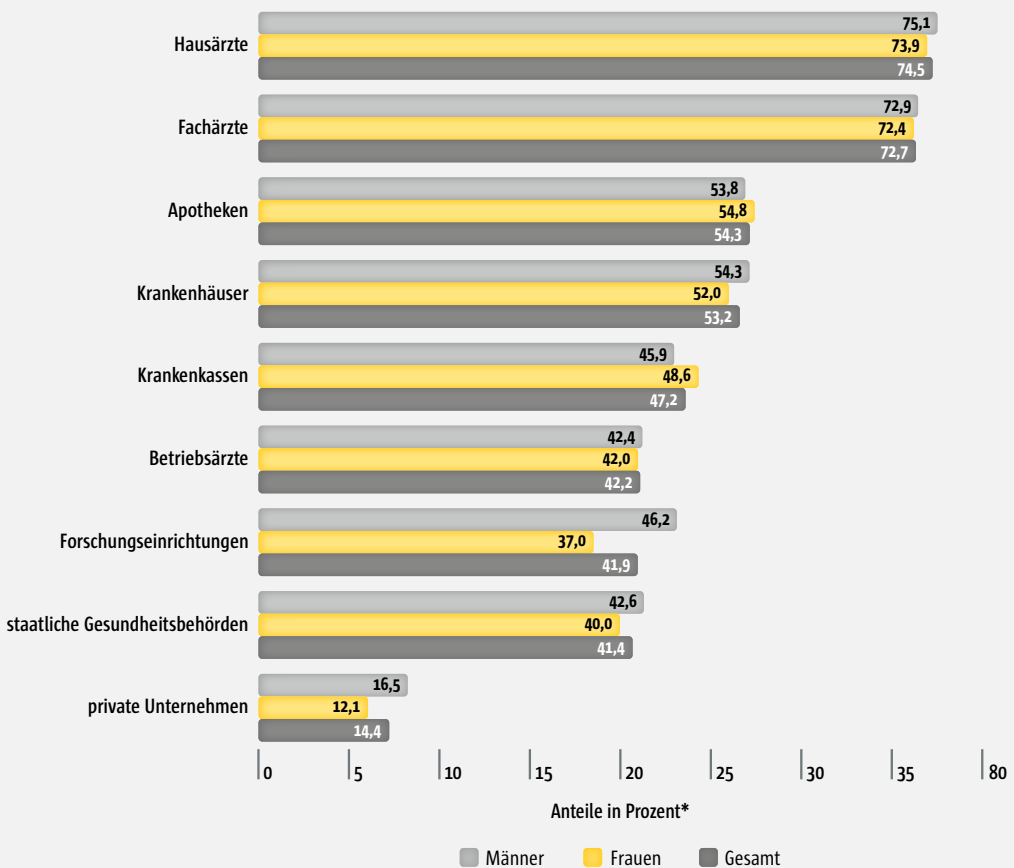
## Datenschutz

- Datenschutz ist für sehr viele ein hohes Gut, rund 80% stimmen der Aussage zu, dass es für sie wichtig ist, dass ihre persönlichen Gesundheitsdaten vor Missbrauch geschützt werden. Ein genauso hoher Anteil findet sich bei denen, die über den Zugriff auf diese Daten selber bestimmen wollen.
- Bei den jüngeren Befragten – insbesondere bei den Männern jünger als 30 Jahre – sind Datenschutz und Selbstbestimmung über die eigenen Gesundheitsdaten deutlich weniger bedeutsam, aber immerhin noch jeweils rund 60% geben an, dass dies für sie wichtig ist.
- Mehr Ablehnung als Zustimmung erfährt die These, das aktuell schon genug für den Datenschutz getan wird: Rund ein Viertel stimmt dem zu, während rund ein Drittel der Befragten noch Nachholbedarf sieht.
- Mit steigender Zahl an Erkrankungen werden diese Themen deutlich relevanter: Rund 90% der Befragten mit mehr als 4 Erkrankungen stimmen der Wichtigkeit von Datenschutz und Datenhoheit zu.

Abschließend wurden die Befragungsteilnehmer gebeten, drei Aussagen zum Thema Datenschutz auf einer fünfstufigen Skala (von „trifft gar nicht zu“ bis



**Diagramm 10** Umfrage – Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit hinsichtlich digitaler Datenverarbeitung von Akteuren des Gesundheitswesens nach Geschlecht



\* Antworten „eher vertrauenswürdig“ und „voll und ganz vertrauenswürdig“ auf fünfstufiger Antwortskala

„trifft voll und ganz zu“) zu bewerten. Die drei Aussagen lauten:

- „Mir ist es wichtig, dass meine persönlichen Gesundheitsdaten vor Missbrauch durch Dritte geschützt sind.“
- „Mir ist es wichtig, selbst zu bestimmen, welche anderen Personen bzw. Institutionen meine persönlichen Gesundheitsdaten einsehen können.“
- „Es wird aktuell schon genug getan, um meine persönlichen Gesundheitsdaten vor Missbrauch zu schützen.“

Besonders zur ersten Aussage bezüglich der Wichtigkeit des Schutzes der persönlichen Gesundheitsdaten

ist die Zustimmung besonders hoch, für 62,6% trifft dies voll und ganz zu, für weitere 19,5% trifft dies zumindest eher zu. Nur 1,4% geben an, dass dies für sie gar nicht relevant ist. Ebenfalls von großer Bedeutung ist außerdem die Datenhoheit für die Befragungsteilnehmer, für mehr als die Hälfte (53,7%) trifft die zweite Aussage voll und ganz und für ein weiteres Viertel (25,7%) trifft es eher zu, dass es für sie wichtig ist, zu bestimmen, wer auf ihre persönlichen Gesundheitsdaten Zugriff haben darf. Dass aktuell schon genug für den Datenschutz getan wird, bejahen hingegen nur wenige, nur 7,1% unterstützen diese Aussage voll und ganz, für 18,8% trifft dies zumindest eher zu. Hingegen geben 12,2% an,

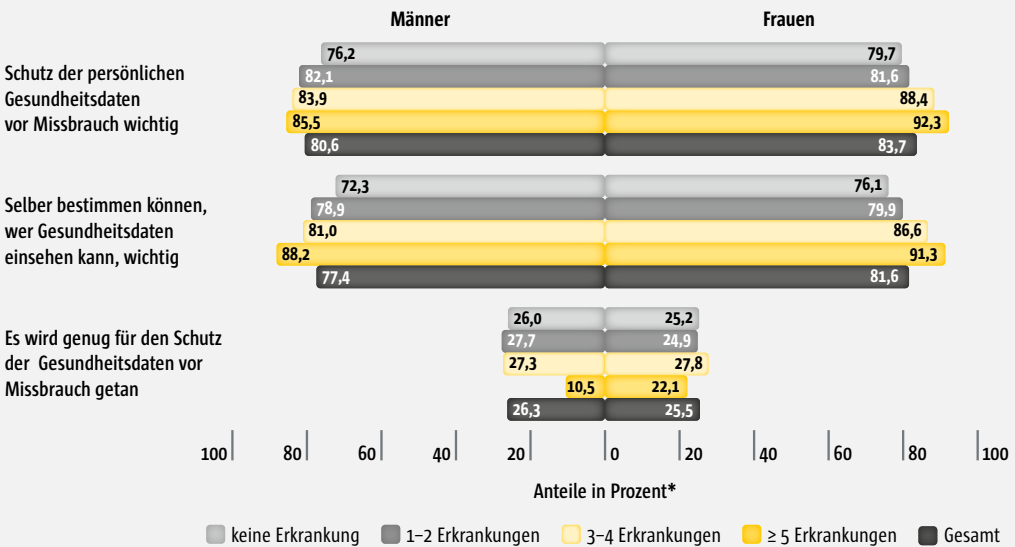
dass dies gar nicht zutrifft, 20,3% sehen dies als eher nichtzutreffend an.

Rein nach Geschlecht differenziert sind die Unterschiede noch recht gering, große Differenzen finden sich hingegen bei zusätzlicher Berücksichtigung des Alters: Besonders für Männer jünger als 30 Jahre ist der Schutz der eigenen persönlichen Gesundheitsdaten weniger wichtig (nur für 60,5% ist die entsprechende Aussage eher bzw. voll und ganz zutreffend, aber für 13,7% eher bzw. gar nicht zutreffend). Mit zunehmendem Alter steigen die zustimmenden Anteile hingegen, bei der Gruppe der über 59-Jährigen sind es schließlich 9 von 10 der Befragten (90,5%), für die die Aussage nach der Wichtigkeit des Datenschutzes eher bzw. voll und ganz zutrifft. Fast identisch ist das Bild beim Thema Datenhoheit: Auch hier findet sich die geringste Zustimmung bei der jüngsten Altersgruppe und da insbesondere bei den Männern (eher/voll und ganz zutreffend für 58,8% der Männer unter 30 Jahre), während die über 59-Jährigen die höchste Zustimmung aufweisen (eher/voll und ganz zutreffend für 89,4%). Dass genügend für den Datenschutz getan wird, sehen auch wiederum vor allem die Männer unter 30 Jahren so (eher/voll und ganz zutreffend für 36,1%). Männer stimmen dem aber auch wiederum durchweg in jeweils höheren Anteilen nicht zu als die gleichaltrigen Frauen. Entsprechend der kritischeren Haltung mit zunehmendem Alter,

wie sie auch bei den beiden vorherigen Aussagen zum Ausdruck kam, ist die größte Ablehnung bei den Männern über 59 Jahren zu finden (eher nicht/gar nicht zutreffend für 44,2%).

Betrachtet man die Bewertungen der Befragungsteilnehmer außerdem noch differenziert nach der Anzahl der angegebenen Erkrankungen (»» Diagramm 11), so ist auch hier eine deutliche Steigerung in der Bedeutung von Datenschutz und Datenhoheit festzustellen: Von den Frauen ohne eine angegebene Erkrankung ist es 79,7% wichtig, dass ihre Gesundheitsdaten vor Missbrauch geschützt werden, von denen mit 5 und mehr Erkrankungen sind es 92,3%. In ähnlicher Weise steigen die Anteilswerte auch bei den Männern, von 76,2% auf 85,5%. Größere Differenzen sind wiederum bezüglich der Selbstbestimmung über die Gesundheitsdaten vorzufinden, bei beiden Geschlechtern liegen mehr als 15 Prozentpunkte zwischen den Zustimmung-Anteilen derer, die keine Erkrankung angegeben haben, und denen mit 5 und mehr Erkrankungen (Männer: 72,3% vs. 88,2%; Frauen: 76,1% vs. 91,3%). Letztere Gruppe ist es auch, die eine deutlich skeptischere Sicht darauf haben, ob genügend für den Schutz der persönlichen Gesundheitsdaten getan wird. So stimmen lediglich 22,1% der Frauen und sogar nur 10,5% der Männer mit 5 oder mehr Erkrankungen dieser Aussage eher bzw. voll und ganz zu, während insgesamt 46,1% (Männer:

Diagramm 11 Umfrage – Bewertung Datenschutz nach Anzahl der angegebenen Erkrankungen



\* Antworten „trifft eher zu“ und „trifft voll und ganz zu“ auf fünfstufiger Antwortskala

55,3%; Frauen: 39,4%) dieser Gruppe angeben, dass dies eher nicht bzw. gar nicht aus ihrer Sicht zutrifft.

Während also, wie die vorherigen Darstellungen zeigen, Personen mit Mehrfach-Erkrankungen und entsprechendem Behandlungsbedarf durchaus zumindest in größerem Maße bereit sind, digitale Services zu nutzen und dabei diese auch eher in Diagnostik und Therapie (z.B. in Form von Online-Behandlungen, Videochat etc.) einbeziehen würden, ist es nicht so, dass damit auch die Bereitschaft ein-

hergeht, offener oder gar sorgloser mit seinen Gesundheitsdaten umzugehen. Mit steigender Zahl an Krankheiten (und damit auch mit steigendem Leiden, psychisch wie physisch) wird das Thema Datenschutz anscheinend deutlich relevanter. Dies steht im Gegensatz zur – wohl auch provokant formulierten – These, Datenschutz sei nur etwas für Gesunde. Generell zeigt sich aber auch beim Thema Datenschutz, dass aus Sicht der Befragten aktuell noch nicht genug dafür getan wird.

# 2

## Ambulante Versorgung

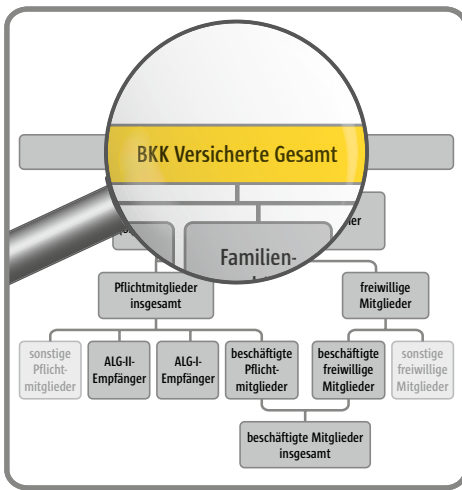
Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert



Im folgenden Kapitel werden die vergebenen Diagnosen in der ambulanten Versorgung dargestellt. Während die Daten des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens sich auf die attestpflichtigen Versichertengruppen – im Wesentlichen die beschäftigten Mitglieder sowie ALG-I-Empfänger – beziehen (» Kapitel 1), sind in die Ergebnisse für die ambulante Versorgung im Allgemeinen alle BKK Versicherten, und damit unter anderem auch Kinder und Rentner, die im Kontext des AU-Geschehens nicht einbezogen sind, enthalten. Wiedergegeben werden dabei die Anteile derjenigen Versicherten, für die mindestens einmal im aktuellen Berichtsjahr bei ambulanten Konsultationen von Ärzten bzw. Psy-

chotherapeuten mindestens eine Diagnose dokumentiert und zur Abrechnung gebracht wurde (» Methodische Hinweise). Die Inanspruchnahme ambulanter Versorgung geht also in den hier dargestellten Kennzahlen allein von der Diagnosestellung aus. Eventuelle Folgekonsultationen aufgrund eben dieser Diagnose sind darin nicht ausgewertet und es gibt somit keine Auskunft über Häufigkeiten von Arzt-Patient- oder Therapeut-Patient-Kontakten. Die so erfassten administrativen Prävalenzen geben den Prozentsatz der BKK Versicherten mit mindestens einer Diagnose wieder und sind nicht bzw. nur eingeschränkt mit empirisch ermittelten Prävalenzen vergleichbar.

## 2.1 Ambulante Versorgung im Überblick



- 90,7% der BKK Versicherten waren im Jahr 2016 mindestens einmal ambulant in Behandlung.
- Der Anteil der Frauen in ambulanter Behandlung (93,8%) ist dabei größer als der Anteil der Männer (87,6%).

### 2.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2016

Im aktuellen Berichtsjahr haben 90,7% der BKK Versicherten insgesamt mindestens einmal eine ambulante Behandlung in Anspruch genommen, bei der eine Diagnose dokumentiert wurde. Bei Frauen lag dabei der Anteil der Personen in Behandlung mit 93,8% etwas höher als bei den Männern mit 87,6%. Die Altersgruppe mit dem höchsten Anteil an Personen in ambulanter Behandlung stellen die Versicherten ab 65 Jahren (95,7%). Von den Kindern und Jugendlichen (unter 20-Jährige) waren 90,7% ambulant in Behandlung, bei den 20- bis 65-Jährigen waren es 89,4%.

Entsprechend sind es bei Differenzierung nach Versichertengruppen die Rentner, bei denen mit 94,5% der größte Anteil mindestens eine Diagnose im Rahmen einer ambulanten Behandlung erhalten hat (Tabelle 2.1.1). Deutlich seltener als der Durchschnitt hingegen sind Arbeitslose in der ambulanten Versorgung in Erscheinung getreten, insbesondere bei den ALG-I-Empfängern hat mit 62,5% nur ein relativ geringer Anteil Versicherter ambulant eine Diagnose erhalten.

Tabelle 2.1.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2016)

Versichertengruppen	Versicherte in Mio.	Durchschnittsalter in Jahren	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent
Versicherte gesamt	9,36	42,5	90,7
<i>davon sind:</i>			
Beschäftigte Mitglieder	4,48	42,2	88,2
Arbeitslose (ALG-I)	0,11	43,8	62,5
Arbeitslose (ALG-II)	0,24	39,4	78,6
Familienangehörige	2,31	19,9	88,6
Rentner	1,83	72,2	94,5

Eine detailliertere Aufschlüsselung der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen nach soziodemografischen Merkmalen und Versichertenstatus ist in **III** Kapitel 2.2 zu finden.

### 2.1.2 Langzeittrends

- Gegenüber dem Vorjahr ist die Inanspruchnahmequote nur unwesentlich gestiegen (90,5% vs. 90,7%).

Für den ambulanten Versorgungssektor liegen Versichertenstatistiken ab 2012 vor (**III** Tabelle 2.1.2), dabei sind für diesen Zeitraum die Anteile der Versicherten mit einer Diagnose recht stabil um 90% schwankend. Der im vorherigen Abschnitt berichtete Anteilswert des aktuellen Berichtsjahrs von 90,7% liegt nur unwesentlich höher als im Vorjahr (90,5%). Die Inanspruchnahmequote war im Vergleich der Jahre in 2012 noch am geringsten (89,8%), die relativ größte Steigerung von 2012 zu 2013 (+1,3%) ist wahrscheinlich in wesentlichen Teilen auf die damalige starke Grippewelle zurückzuführen.

Zusätzlich zur allgemeinen Kennzahl der Inanspruchnahme liegt für die Berichtsjahre auch die durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle vor, in 2016 betragen diese 8,2 Behandlungsfälle je Versicherten. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass diese Kennzahl Behandlungen derselben ambulanten Praxis, an demselben Versicherten, innerhalb desselben Quartals, die bei der derselben Krankenkasse abgerechnet wurden, abbildet. Bei jedem Behandlungsfall ist also mindestens ein Kontakt des Patienten mit dem Behandlenden erfolgt, es ist aber anzunehmen, dass bei nicht wenigen Behandlungsfällen mehrere Kontakte pro Quartal erfolgt sind. Zu Zeiten

der Praxisgebühr (diese wurde von 2004 bis 2012 erhoben) war davon auszugehen, dass den Patienten daran gelegen war, 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 schnellte diese Zahl hingegen um fast 19% auf 8,3 Behandlungsfälle in 2013 hoch. In 2016 wiederum sind die Fälle im Vergleich zum Vorjahr leicht um 2,4% zurückgegangen.

### 2.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen

- Seit 2012 sind die Anteile Versicherter in ambulanter Behandlung mit Erkrankungen des Nervensystems (+15%) sowie mit psychischen Störungen (+13%) am stärksten gewachsen.
- Eine bedeutende Rolle in der ambulanten Versorgung spielen aber auch die Vorsorgemaßnahmen: Die dritthäufigste Einzeldiagnose ist die Untersuchung auf Neubildung (Z12), etwa jede(r) Zehnte wurde gegen Viruserkrankungen wie Grippe und Mumps (Z25) geimpft.

In der ambulanten Versorgung sind im aktuellen Berichtsjahr 2016 am häufigsten Diagnosen aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme (Z00-Z99) vergeben worden, bei 59,3% der BKK Versicherten wurde mindestens eine Diagnose aus dieser Hauptgruppe dokumentiert (**III** Tabelle 2.1.3). Bei dieser Codierung handelt es sich um Zusatzinformationen (z.B. von Lebensumständen) bzw. von nicht mit einer Erkrankung zu begründenden Leistungen

Tabelle 2.1.2 Ambulante Versorgung – Behandlungsfälle und Inanspruchnahmequote im Zeitverlauf (2012–2016)

Berichtsjahr	Behandlungsfälle je BKK Versicherten	Differenz zum Vorjahr in Prozent	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent	Differenz zum Vorjahr in Prozent
2012	7,0	–	89,8	–
2013	8,3	18,8	90,9	1,3
2014	8,4	1,0	91,2	0,2
2015	8,4	-0,1	90,5	-0,7
2016	8,2	-2,4	90,7	0,2

**Tabelle 2.1.3 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2016)**

Diagnosehauptgruppen	Berichtsjahre				
	2012	2013	2014	2015	2016
	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent				
Infektionen	24,4	25,7	25,3	25,6	26,2
Neubildungen	17,7	18,5	19,2	19,2	19,4
Ernährung und Stoffwechsel	35,3	36,8	37,8	38,2	38,9
Psychische Störungen	29,4	30,9	32,3	32,6	33,3
Nervensystem	16,8	17,8	18,6	18,9	19,4
Auge	26,7	27,4	27,9	27,4	27,3
Herz-Kreislauf-System	34,7	34,5	35,2	35,2	35,5
Atmungssystem	44,7	48,6	45,6	48,1	47,5
Verdauungssystem	27,0	29,0	29,7	29,7	30,2
Haut	26,1	26,9	27,3	27,0	27,1
Muskel-Skelett-System	45,9	47,3	48,4	48,2	48,7
Urogenitalsystem	34,7	35,7	36,2	35,9	36,1
Verletzungen/Vergiftungen	24,8	25,9	26,3	26,1	26,5
Faktoren der Inanspruchnahme	56,5	58,1	59,1	58,9	59,3
<b>Alle Diagnosen</b>	<b>89,8</b>	<b>90,9</b>	<b>91,2</b>	<b>90,5</b>	<b>90,7</b>

(z.B. Vorsorgeleistungen, Empfängnisverhütung). Gerade Vorsorgemaßnahmen sind sehr verbreitet, wie auch anhand der nachfolgenden Darstellung der vergebenen Einzeldiagnosen abzulesen ist. Weiterhin hat sich mit 48,7% annähernd die Hälfte der BKK Versicherten im aktuellen Berichtsjahr aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems in ambulante Behandlung begeben. Für 47,5% der Versicherten war eine Krankheit des Atmungssystems Grund für die Arztkonsultation. Dies ist ein etwas geringerer Anteil als im Vorjahr, der Blick auf die fünf aufgeführten Jahrgänge zeigt aber auch die vergleichsweise starken Schwankungen mit dem größten Anteilswert im Jahr 2013. Zu diesem hohen Wert hat in dem Jahr auch eine sehr starke Grippe- und Erkältungswelle beigetragen. Die größte relative Steigerung seit 2012 ist hingegen bei Erkrankungen des Nervensystems zu verzeichnen. Der Anteil der Versicherten mit einer solchen Diagnose ist um 15,2% gewachsen. Bei den psychischen Störungen sind 13,0% mehr Versicherte in ambulanter Behandlung gewesen, für die Erkrankungen des Verdauungssys-

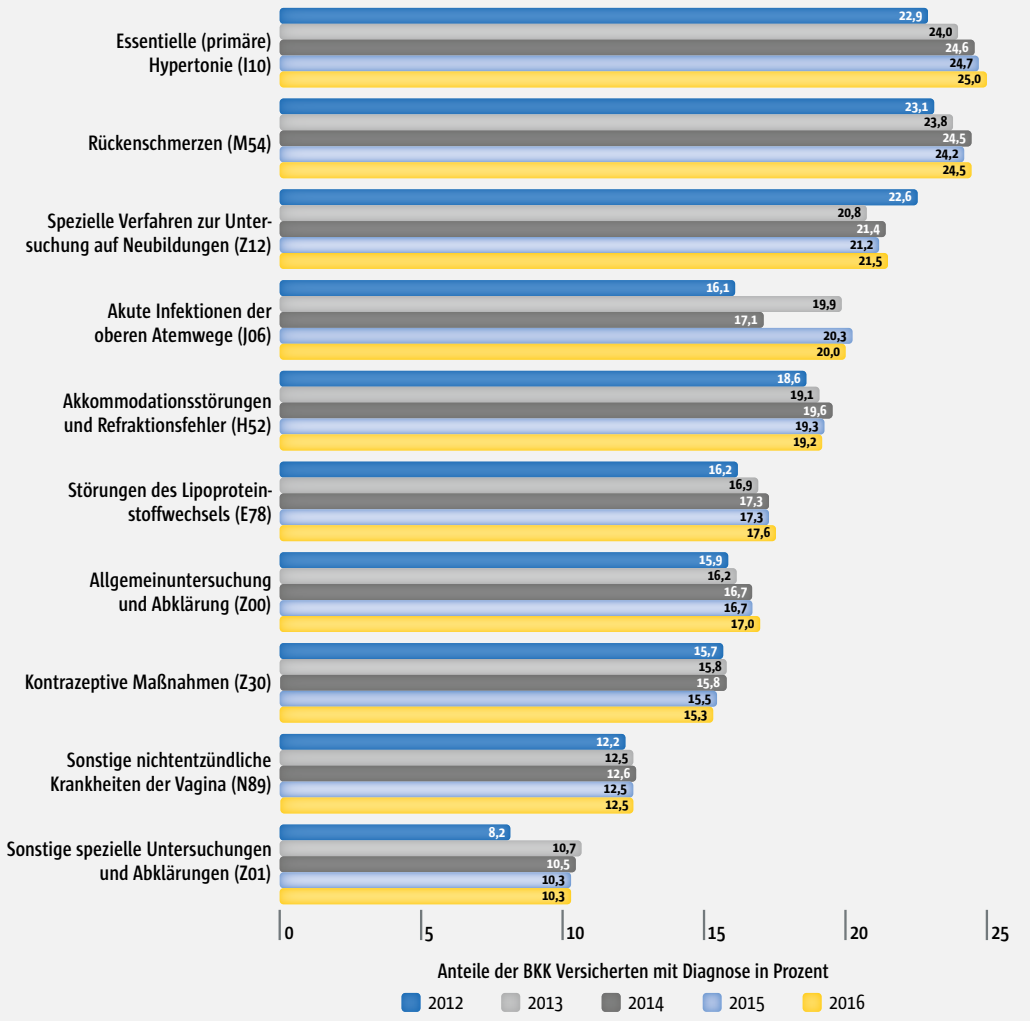
tems beträgt die Steigerung im Beobachtungszeitraum immerhin 11,9%.

Die nähere Betrachtung der am häufigsten vergebenen Einzeldiagnosen in der ambulanten Versorgung (»» Diagramm 2.1.1) lässt erkennen, dass viele der 20 häufigsten Diagnosen aus dem ambulanten Bereich nicht unter den häufigsten AU-begründenden Diagnosen zu finden sind. Ein Grund dafür liegt zum einen darin, dass jeweils verschiedene Versichertenpopulationen betrachtet werden, zum anderen sind die deutlichen Unterschiede ebenso durch die Diagnosen selbst begründet: So werden als ambulante Diagnosen auch im hohem Maße Vorsorgeuntersuchungen und -maßnahmen (z.B. Impfungen) dokumentiert genauso wie weitere Diagnosen, die nicht oder nur in geringem Maße zu Arbeitsunfähigkeit führen (Fehlsichtigkeit, Adipositas, Hypertonie, u.a.).

Wie im vergangenen Jahr wird diese Liste im aktuellen Berichtsjahr wieder von der essentiellen (primären) Hypertonie (I10) – auch als Bluthochdruck bezeichnet – angeführt: 25,0% aller Versicherten erhielt



Diagramm 2.1.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose – die zehn häufigsten Diagnosen im Zeitverlauf (2012–2016)



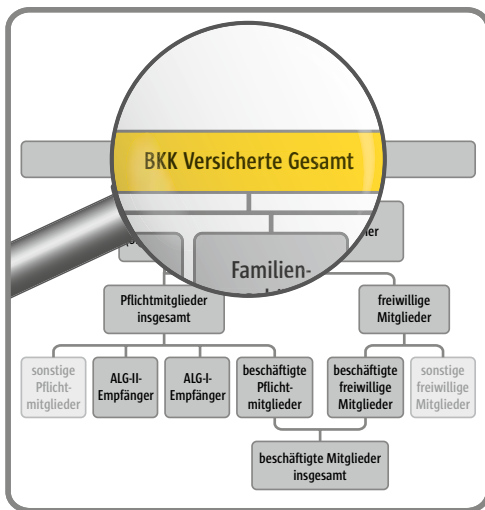
ten eine entsprechende Diagnose. Mit nur geringem Abstand zur Hypertonie folgen die Rückenschmerzen (M54), bei 24,5% aller Versicherten wurden diese diagnostiziert. Die hohe Prävalenz dieser Diagnose ist wahrscheinlich auch dadurch begründet, dass Rückenschmerzen als Hauptsymptom bei verschiedensten Erkrankungen (z.B. der Wirbelsäule, der Muskulatur oder des Knochenstoffwechsels) dokumentiert werden. Rückenschmerzen führen hingegen auch häufig zu Arbeitsunfähigkeit, im Schnitt fällt für jedes BKK Mitglied allein aufgrund dieser Einzeldiagnose mehr als ein AU-Tag im Jahr an

(Tabelle 1.1.6). Im Gegensatz dazu hat die häufig dokumentierte ambulante Einzeldiagnose Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (H52), die hier auf Platz fünf der Rangliste auftaucht, keine nennenswerte Arbeitsunfähigkeitsrelevanz. Auch die häufig aufgelisteten Z-Diagnosen, bei denen es sich im Wesentlichen um Vorsorgeuntersuchungen und -maßnahmen handelt, spielen im AU-Geschehen keine wesentliche Rolle. Mit 21,5% aller Versicherten wurden am häufigsten die speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12) durchgeführt. Hierbei dürfte es sich vielfach

um Teilnahmen am Hautkrebscreening handeln, dazu gehören beispielsweise aber auch die Vorsorgekoloskopie (Darmkrebsvorsorge) und die Untersuchungen auf Prostatakrebs. Ein hoher Grad an Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen geht aus weiteren entsprechenden ICD-Codes hervor:

- 17,0% der BKK Versicherten nahmen eine Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnosen (Z00) in Anspruch. Hierbei handelt es sich um eine Vielzahl von Untersuchungen für verschiedene Altersgruppen, unter anderem die U- und J-Untersuchungen für Kinder und Jugendliche sowie der Gesundheits-Check-up ab dem 35. Lebensjahr.
- Hinter der Diagnose sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose (Z01), die bei 10,3% der BKK Versicherten dokumentiert wurde, werden unter anderem Vorsorgeuntersuchungen auf Gebärmutterhals- und Brustkrebs, aber auch Untersuchungen der Zähne, der Ohren und der Augen gefasst.
- Des Weiteren nahmen 10,2% der BKK Versicherten eine Impfung (Immunisierung) gegen andere einzelne Viruskrankheiten (Z25) wie etwa Grippe und Mumps in Anspruch (damit im aktuellen Berichtsjahr an 11. Stelle der häufigsten Einzeldiagnosen und nicht im Diagramm enthalten).

## 2.2 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen



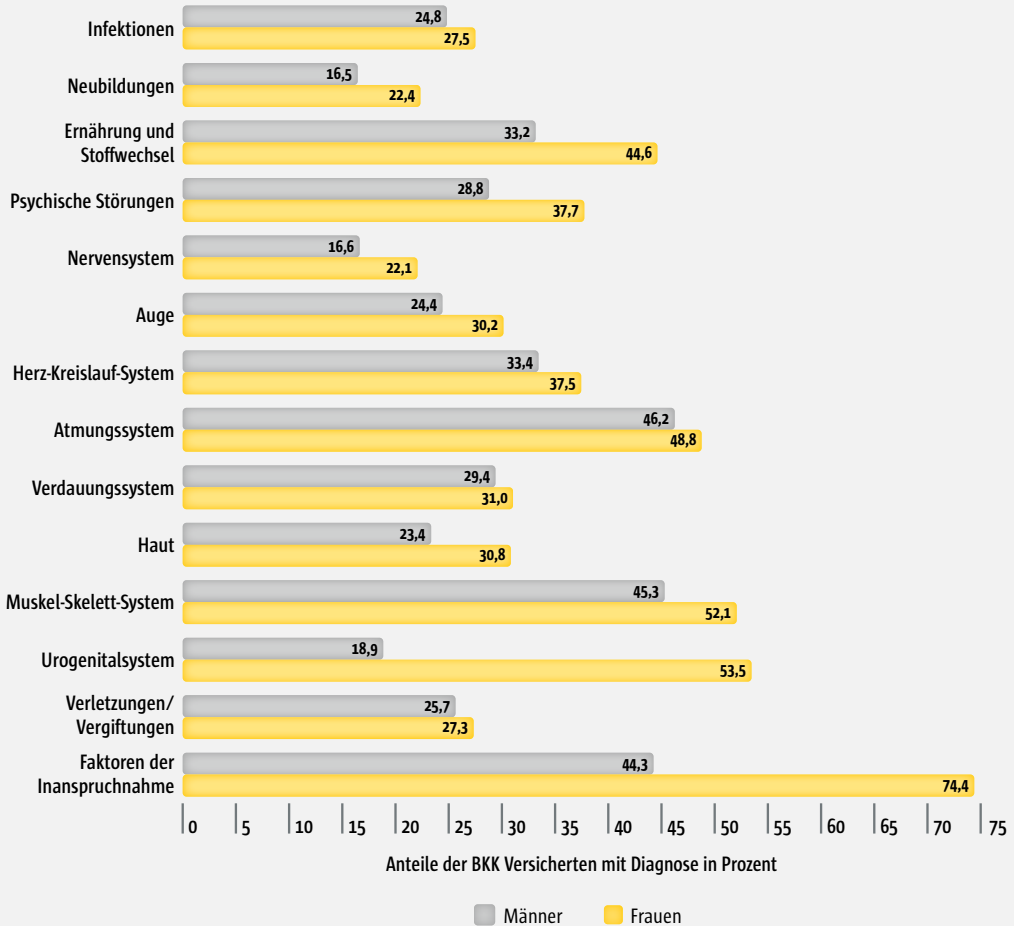
### 2.2.1 Ambulante Versorgung nach Alter und Geschlecht

- Nicht nur allgemein, sondern auch bezogen auf einzelne Erkrankungsarten sind mehr Frauen als Männer in ambulanter Behandlung. Außerdem werden die meisten Erkrankungen mit zunehmendem Alter häufiger diagnostiziert.
- Gegenbeispiel dazu sind Erkrankungen des Atmungssystems und Infektionen: Die meisten Diagnosen aus dem Spektrum dieser Erkrankungsarten werden bei Kindern und Jugendlichen gestellt.
- Krebsvorsorge ist vor allem bei Frauen zwischen 20 und 64 Jahren verbreitet: Fast jede Zweite in diesem Alter war in 2016 bei einer solchen Untersuchung. Hingegen war weniger als jeder zehnte Mann dieser Altersgruppe prophylaktisch auf Neubildungen untersucht worden.
- 7 von 10 Versicherten ab 65 Jahren waren wegen Bluthochdrucks in ambulanter Behandlung.

Wie schon zuvor beschrieben, sind mehr Frauen als Männer im aktuellen Berichtsjahr 2016 in ambulanter Behandlung gewesen, die Differenz beträgt 7,1% (bzw. absolut 6,2 Prozentpunkte). Die Gründe für einen Arzt- oder Therapeutenbesuch sind dabei zwischen den Geschlechtern teils sehr verschieden. Zwar sind allgemein bei allen Diagnosehauptgruppen die Anteile derer, die eine Diagnose aus dem jeweiligen Spektrum erhalten haben, bei den Frauen größer als bei den Männern (»» Diagramm 2.2.1). Insbesondere sind aber deutlich mehr Frauen von Erkrankungen des Urogenitalsystems betroffen und entsprechend in Behandlung gewesen: Bei mehr als jeder zweiten Frau (53,5%) war dies Grund für eine ambulante Behandlung, hingegen wurde nur bei 18,9% der männlichen Versicherten eine solche Diagnose gestellt. Ebenfalls eine große Differenz besteht bei den Zusatzdiagnosen aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme, hier haben 74,4% der Frauen, aber nur 44,3% der Männer im Jahr 2016 mindestens einmal eine solche Diagnose erhalten. Auch bei den Neubildungen, den Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie den Erkrankungen des Nervensystems ist der Diagnoseanteil bei den Frauen rund ein Drittel größer als bei den Männern.

Zwischen den Geschlechtern bestehen auch teils deutliche altersabhängige Unterschiede in der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung, wie das »» Diagramm 2.2.2 verdeutlicht. Zwar sind zunächst einmal die Anteile beider Geschlechter mit mindestens einer ambulanten Diagnose bei Kindern bis zur Altersklasse der 10- bis 14-Jährigen nahezu identisch. Der relativ hohe Anteil der Kinder und Kleinkinder mit mindestens einer ambulant-ärztlichen Konsultation (92,2% bei den unter 5-Jährigen und 93,1% bei den 5- bis 9-Jährigen) ist vor allem durch die in regelmäßigen Abständen erfolgenden Kindervorsorgeuntersuchungen und Impfungen begründet. In der Altersklasse der 10- bis 14-Jährigen wiederum erhalten durchschnittlich 89,2% eine ambulante Diagnose, auch hier ist der Unterschied zwischen den Ge-

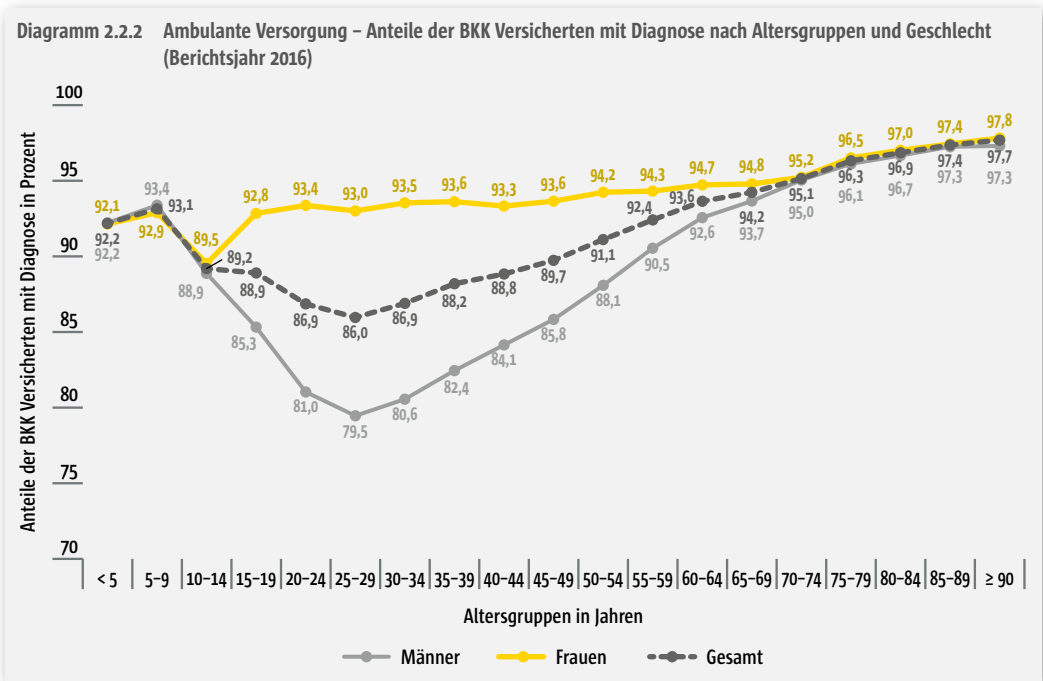
Diagramm 2.2.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



schlechtern unwesentlich. In den nachfolgend höheren Altersklassen sind es aber hingegen nur die Frauen, die durchgehend einen hohen Anteil an ambulanten Konsultationen aufweisen: Zwischen 15 und 69 Jahren ist ihr Anteil stetig über 92%. Dies ist auch zum großen Teil durch geschlechtsspezifische Vorsorgemaßnahmen und – in den jüngeren Alterskohorten – der regelmäßigen Verordnung von Kontrazeptiva begründet, dadurch befinden sich Frauen kontinuierlicher in ärztlicher Betreuung. Bei den männlichen Versicherten sinkt hingegen der Anteil derer mit einer ambulanten Diagnose ab dem Jugendalter. Wie auch schon in den Vorjahren weist die Altersklasse der 25- bis 29-jährigen mit 79,5% den geringsten Anteilswert auf. Nachfolgend steigen die

Anteile auch bei den Männern wieder deutlich an, aber erst etwa im Renteneintrittsalter sind beide Geschlechter wieder auf gleich hohem Niveau. Die höchsten Anteilswerte bei beiden Geschlechtern sind bei den Versicherten im Alter von 90 Jahren oder älter mit 97,3% (Männer) bzw. 97,8% (Frauen) zu verzeichnen.

Das **III** Diagramm 2.2.3 stellt die Anteile von Versicherten für die ambulante Versorgung differenziert nach Alter, Geschlecht und Diagnosehauptgruppen dar. Daran ablesbar sind zwei wesentliche Trends: Die Anteile von Betroffenen mit Diagnose sind meistens bei den Frauen größer als bei den Männern, außerdem steigen die Anteile bei den meisten Erkrankungsarten mit zunehmenden Alter an. Mus-



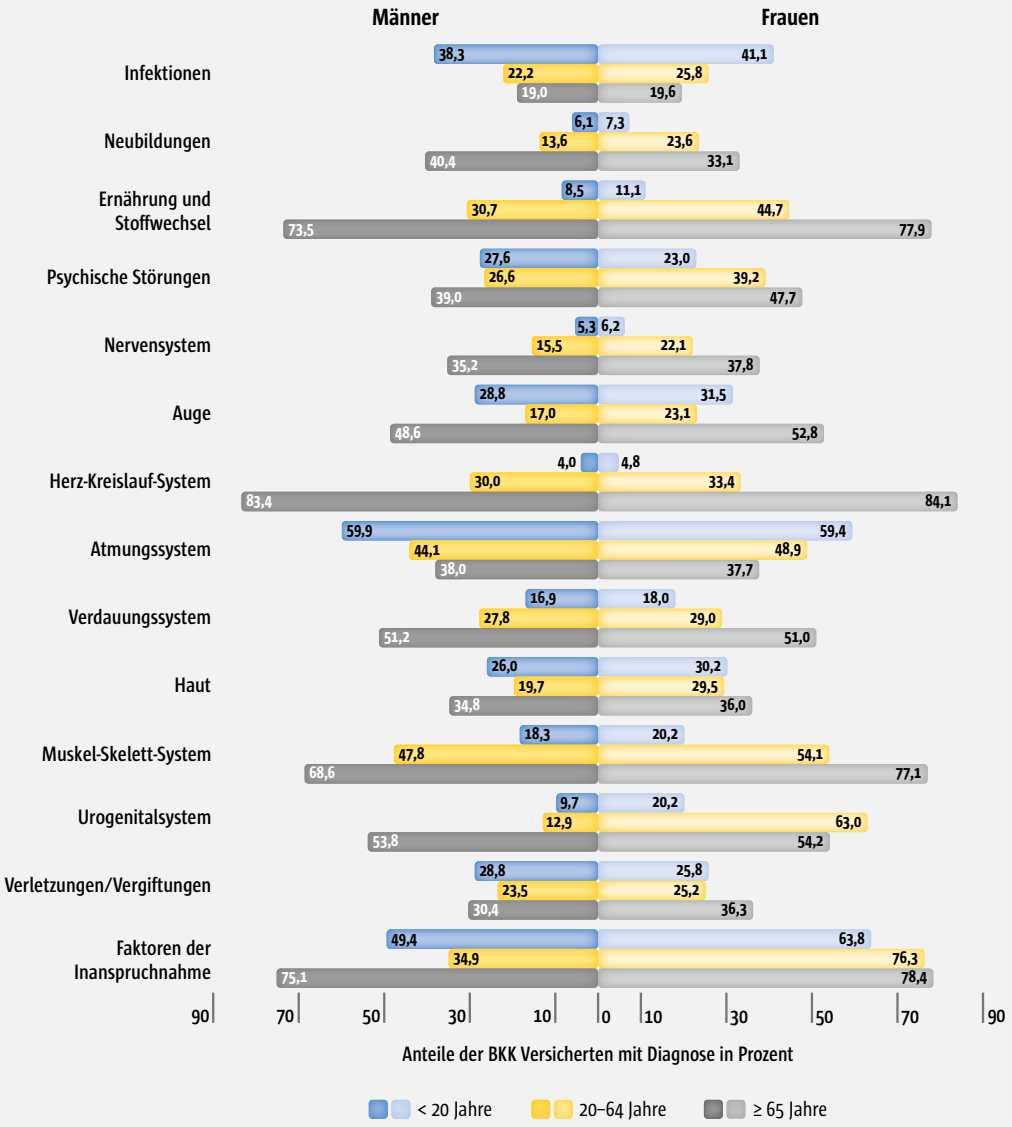
tergütig ist dies z.B. bei den Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, den Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ablesbar. Bei diesen Diagnosehauptgruppen ist jeweils ein sehr großer altersbedingter Anstieg zu verzeichnen, es sind jeweils mindestens zwei Drittel der Männer und Frauen ab 65 Jahren betroffen, während der Anteil bei den unter 20-Jährigen nur ein Bruchteil davon beträgt. Die sehr hohen Werte in der ältesten Versichertengruppe sind u.a. durch „Alterskrankheiten“ wie Bluthochdruck, erhöhte Cholesterin- bzw. Blutfettwerte mit Krankheitswert und Typ-2-Diabetes zu erklären - Diagnosen, deren Häufigkeiten selbst in der Altersklasse der 20- bis 65-Jährigen nur gering sind (vgl. auch nachfolgende Analysen der Einzeldiagnosen). Diese Erkrankungen treten in der ambulanten Versorgung besonders in Erscheinung, haben aber nur eine untergeordnete Bedeutung im AU-Geschehen (Kapitel 1), da bei richtiger Behandlung die Betroffenen arbeitsfähig bleiben. Folgekrankheiten (z.B. Herzinfarkt), die eine Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen würden, treten meist erst auf, wenn die Betroffenen bereits verrentet sind.

Abweichend vom beschriebenen Muster stellen sich hingegen die Diagnosehäufigkeiten bei den Neubildungen dar. Hier sind es die Männer ab 65 Jah-

ren, die den größten Anteilswert solcher Diagnosen unter den Versicherten aufweisen (40,4% vs. 33,1% bei den Frauen ab 65 Jahren). Wesentlicher Grund dafür sind unterschiedliche Prävalenzen bei geschlechtsspezifischen Neubildungserkrankungen (Prostatakarzinom bei Männern, Gebärmutterkarzinom bei Frauen), aber auch manche Neubildungsdiagnosen (Melanozytennävus/„gutartiges Muttermal“; D22) werden bei Männern später und häufiger erst im Rentenalter diagnostiziert.

Weiterhin auffällig sind die Erkrankungen des Urogenitalsystems aufgrund ihres besonders häufigen Auftretens bei Frauen zwischen 20 und 65 Jahren. Bei 63,0% der weiblichen BKK Versicherten in dieser Altersgruppe ist im aktuellen Berichtsjahr eine solche Diagnose gestellt worden. Auch dies geht vornehmlich auf geschlechtsspezifische Besonderheiten zurück, da sich diese Diagnosehauptgruppe auf unterschiedliche anatomische Gegebenheiten (u.a. unterschiedliche Länge der Harnröhre) sowie auf jeweils spezifische Organe bezieht. Während wiederum bei den Frauen die Prävalenz hin zur höchsten Altersgruppe der über 64-Jährigen wieder etwas abnimmt, steigt bei den Männern der Anteil hingegen um ein Vielfaches: Männer und Frauen dieser Altersgruppe weisen (wie auch schon im Vorjahr) beide einen Anteil von rund 54% auf.

Diagramm 2.2.3 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



Eine Verminderung der Diagnoseraten mit jeweils höherer Altersklasse ist hingegen bei den Krankheiten des Atmungssystems und den Infektionen zu verzeichnen. So wurde im Jahr 2016 in der Gruppe der unter 20-Jährigen insgesamt bei 59,7% eine Atemwegserkrankung sowie bei 39,7% eine Infektion diagnostiziert. Demgegenüber sind in der höchsten Altersgruppe die Anteile mit 37,8% bzw.

19,3% deutlich geringer. Allerdings sind für diese Erkrankungsarten die Fallzahlen und damit verbundene Behandlungstage in der stationären Versorgung für die über 64-Jährigen deutlich höher als bei den Jüngeren. Dabei sind bei den Älteren schwerwiegendere Erkrankungen vorzufinden (z.B. COPD), aber auch „einfachere“ Erkrankungen (z.B. Darminfektionen) nehmen einen schwereren Verlauf und ma-

chen daher öfter eine stationäre Behandlung notwendig.

Die **III** Diagramme 2.2.4, 2.2.5 und 2.2.6 stellen für die drei Altersgruppen separat die häufigsten Einzeldiagnosen und deren Anteil je nach Geschlecht dar.

Bei den unter 20-Jährigen sind sowohl bei den weiblichen (mit einem Anteil von 33,8%) als auch bei den männlichen Versicherten (mit einem Anteil von 33,0%) die akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06) die häufigste Diagnose (**III** Diagramm 2.2.4). Danach und ebenfalls für beide Geschlechter mit knapp unter 30% fast gleich häufig vergeben wurde die Diagnose für eine Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose (Z00). Recht große Geschlechtsunterschiede finden sich hingegen bei Bauch- und Beckenschmerzen (R10) – hierbei sind bei den weiblichen Versicherten fast 50% mehr Diagnosen als bei männlichen gestellt worden – sowie bei den Impfungen gegen andere einzelne Infektionskrankheiten (Z26), die bei den weiblichen Versicherten um rund ein Drittel häufiger erfolgt sind.

In der Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen zeigen sich besonders die Auswirkungen geschlechtsspezifischer Einzeldiagnosen (**III** Diagramm 2.2.5). Vor allem die Diagnoseschlüssel für Spezielle Verfahren

zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12), kontrazeptive Maßnahmen (Z30), sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina (N89) sowie die speziellen Untersuchungen (Z01) werden (fast) ausschließlich oder zumindest um ein vielfaches häufiger bei Frauen diagnostiziert. „Nur“ vierthäufigste Diagnose bei den Frauen, aber häufigste bei den Männern sind Rückenschmerzen (M54) – bei beiden Geschlechtern war deshalb mehr als jeder vierte Versicherte dieser Altersgruppe mindestens einmal in ambulanter Behandlung gewesen. Häufiger bei Männern als bei Frauen wurden aus dieser Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen hingegen die essentielle (primäre) Hypertonie (I10) sowie Störungen des Lipoprotein-stoffwechsels und sonstige Lipidämien (E78) diagnostiziert.

Sind die männlichen Versicherten zwischen 20 und 64 Jahren erkennbar häufiger wegen Hypertonie (I10) und Störungen des Lipoproteinstoffwechsels (E78) in ambulanter Behandlung, so sind bei den über 64-Jährigen beide Geschlechter etwa gleich häufig betroffen (**III** Diagramm 2.2.6). Diese beiden Diagnoseschlüssel sind es auch, die in dieser Altersgruppe die größte Verbreitung haben, danach folgen Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (H52). Ein deutlicher Geschlechtsunterschied ist wiederum bei der chronischen ischämischen Herz-

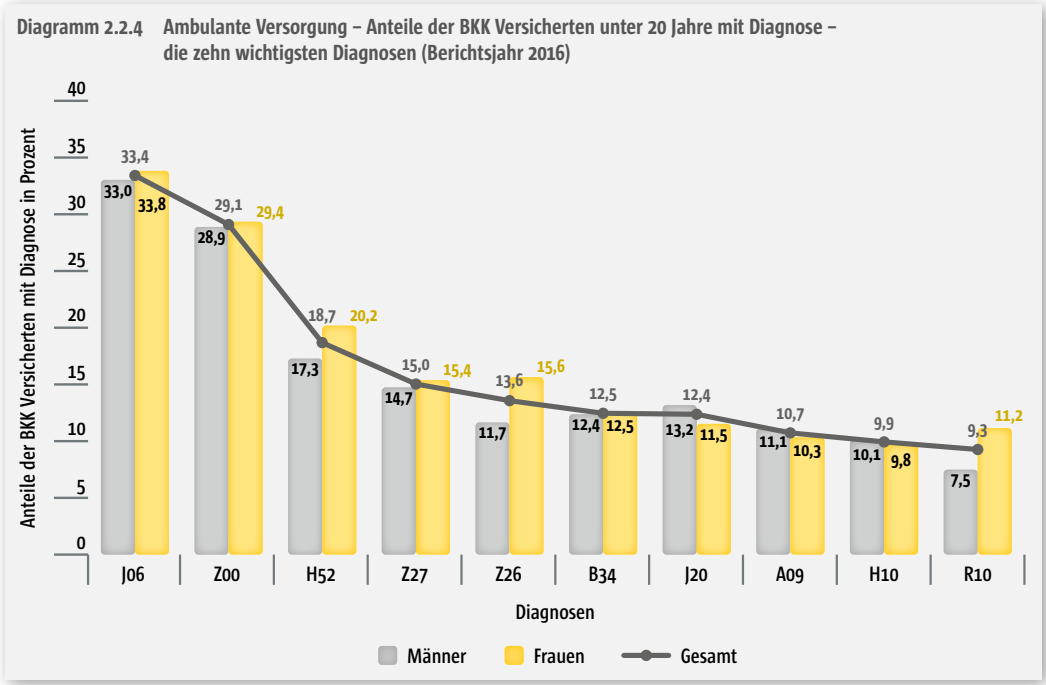


Diagramm 2.2.5 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten von 20 bis 64 Jahre mit Diagnose – die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2016)

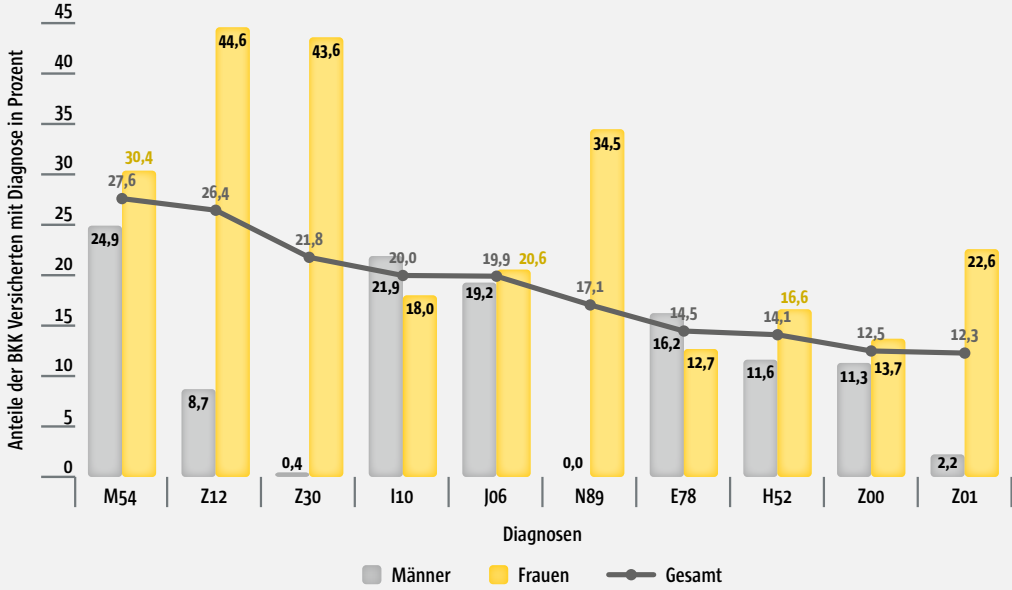
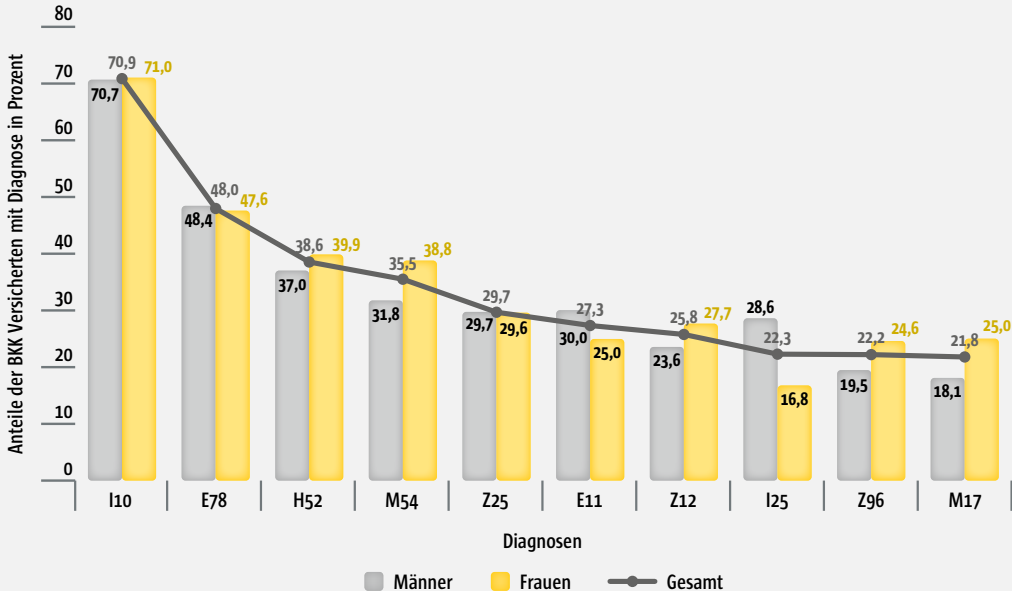


Diagramm 2.2.6 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten 65 Jahre und älter mit Diagnose – die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2016)





krankheit (I25) zu verzeichnen: Der Anteil bei den Frauen ist rund 40% geringer als bei den Männern. Genau andersherum verhält es sich bei der Gonarthrose (M17), die etwa 40% häufiger bei Frauen diagnostiziert wurde.

### 2.2.2 Ambulante Versorgung nach Versichertenstatus

- Bei den Beschäftigten ist fast jeder Zweite wenigstens einmal aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen beim Arzt gewesen.
- Gegenüber dem Vorjahr sind vor allem mehr Arbeitslose in ambulanter Behandlung gewesen – diese bleiben aber weiterhin diejenigen, die am seltensten ambulante Leistungen in Anspruch nehmen.
- Insbesondere die ALG-II-Empfänger weisen aber einen überdurchschnittlich hohen Anteil an psychischen Erkrankungen auf: Bei über 40% dieser Versichertengruppe wurde eine solche Diagnose dokumentiert.

Wie **III** Tabelle 2.2.1 zeigt, ist der schon beschriebene generelle Trend, dass mehr Frauen als Männer im Rahmen von ambulanter Behandlung eine Diagnose erhalten, auch in den einzelnen Versicherten- und Berufsgruppen wiederzufinden. Wie ebenfalls entsprechend der Altersanalysen zu erwarten war, sind sowohl der höchste Anteil als auch der geringste geschlechtsspezifische Unterschied hingegen bei den Rentnern vorzufinden. Im weiteren Vergleich weist die Gruppe der Arbeitslosen (ALG-I) insgesamt den geringsten Anteil an Versicherten mit ambulanter Diagnose auf: Im aktuellen Berichtsjahr wurde bei nur 62,5% eine Diagnose dokumentiert, also in absoluten Zahlen mehr als 25 Prozentpunkte weniger als die Anteile bei den Beschäftigten, Familienangehörigen oder Rentnern und auch noch rund 16 Prozentpunkte weniger als die ALG-II-Empfänger. Bei der Gruppe der ALG-I-Empfänger ist zudem auch die Wertedifferenz zwischen den Geschlechtern am größten, sodass nur 56,8% der männlichen aber mit 69,2% rund ein Fünftel mehr der weiblichen Versicherten dieser Gruppe im aktuellen Berichtsjahr in ambulanter Behandlung waren. Beide Arbeitslosen- und Berufsgruppen weisen zudem eine Steigerung der Anteilswerte im Vergleich zum Vorjahr auf. Während bei den anderen Versichertengruppen nur Veränderungen von weniger als 1% zu verzeichnen sind, stieg

der Anteil von Versicherten mit einer Diagnose bei den Beziehern von ALG-II-Leistungen um 5,1% (bzw. absolut 3,8 Prozentpunkte) und bei ALG-I-Empfängern um 3,5% (bzw. absolut 2,1 Prozentpunkte). Die Anteilswerte der Männer in diesen Versichertengruppen stiegen dabei etwas stärker als bei den Frauen.

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

**Tabelle 2.2.1** Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

Versicherten- gruppen	Geschlecht	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent
Alle Versicherten	Männer	87,6
	Frauen	93,8
	<b>Gesamt</b>	<b>90,7</b>
<i>davon sind:</i>		
Beschäftigte Mitglieder	Männer	84,2
	Frauen	93,1
	<b>Gesamt</b>	<b>88,2</b>
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	56,8
	Frauen	69,2
	<b>Gesamt</b>	<b>62,5</b>
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	72,4
	Frauen	84,8
	<b>Gesamt</b>	<b>78,6</b>
Familien- angehörige	Männer	86,4
	Frauen	90,0
	<b>Gesamt</b>	<b>88,6</b>
Rentner	Männer	93,9
	Frauen	95,1
	<b>Gesamt</b>	<b>94,5</b>

Tabelle 2.2.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)

Diagnosehauptgruppen	Versicherte insgesamt	davon				
		Beschäftigte Mitglieder	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familienangehörige	Rentner
Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent						
Infektionen	26,2	24,4	11,8	20,8	32,3	19,2
Neubildungen	19,4	17,4	9,6	9,5	10,3	34,7
Ernährung und Stoffwechsel	38,9	34,7	26,0	31,3	19,0	72,9
Psychische Störungen	33,3	29,4	28,8	41,5	26,5	45,5
Nervensystem	19,4	16,7	14,1	18,9	9,2	36,6
Auge	27,3	18,5	10,1	13,7	27,4	47,5
Herz-Kreislauf-System	35,4	29,3	22,0	25,6	12,6	79,4
Atmungssystem	47,5	47,7	24,0	37,8	51,2	37,7
Verdauungssystem	30,2	26,8	18,3	26,2	19,6	49,4
Haut	27,1	23,1	13,6	19,7	26,8	34,3
Muskel-Skelett-System	48,7	49,3	32,8	41,2	26,4	71,1
Urogenitalsystem	36,1	34,5	20,3	27,5	24,5	51,8
Verletzungen/ Vergiftungen	26,5	23,3	13,6	21,0	25,0	32,6
Faktoren der Inanspruchnahme	59,3	52,0	31,0	41,2	57,8	74,4
<b>Alle Diagnosen</b>	<b>90,7</b>	<b>88,2</b>	<b>62,5</b>	<b>78,6</b>	<b>88,6</b>	<b>94,5</b>

In der detaillierten Betrachtung differenziert nach Diagnosehauptgruppen (»»» Tabelle 2.2.2) weisen die ALG-I-Empfänger durchweg geringere Anteilswerte im Vergleich zu allen Versicherten auf. Die Anteile sind teils deutlich geringer, so waren nur 24,0% aufgrund von Atmungssystem-Erkrankungen in ambulanter Behandlung gewesen, und auch Faktoren, die zur Inanspruchnahme geführt haben, wurden mit 31,0% erheblich seltener vermerkt. Gegenüber dem Vorjahr sind bei allen Diagnosehauptgruppen die Anteilswerte gestiegen, die größten Steigerungen sind bei den Krankheiten des Nervensystems und den psychischen Störungen zu verzeichnen.

Auch bei den ALG-II-Empfängern sind die Anteilswerte fast alle geringer als der jeweilige Anteil bei allen Versicherten – Ausnahme sind allerdings die psychischen Störungen: In dieser Versicherten-

gruppe sind sie mit 41,5% die am häufigsten diagnostizierte Erkrankungsart, deren Anteil liegt rund ein Viertel höher als der Durchschnitt aller Versicherten (33,3%). Gegenüber dem Vorjahr sind bei den ALG-II-Empfängern insbesondere wegen Infektionen, Krankheiten des Urogenitalsystems sowie des Atmungssystems mehr Versicherte in ambulanter Behandlung gewesen.

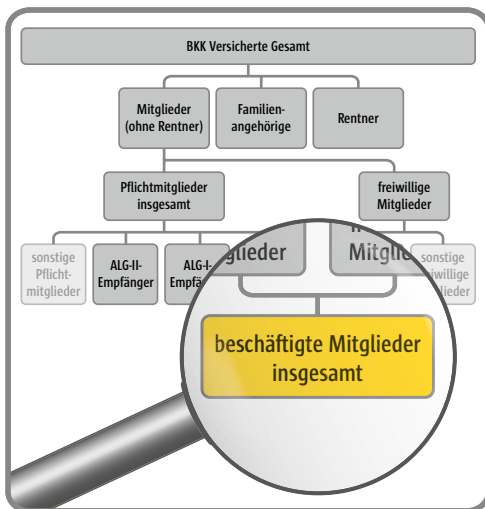
Bei den Familienangehörigen fallen – wie aufgrund des hohen Kinder- und Jugendlichenanteils zu erwarten – vor allem die Anteile der Infektionsdiagnosen (32,3%) sowie die der Krankheiten des Atmungssystems (51,2%) überdurchschnittlich aus. Allerdings lässt die vermehrte Diagnostik dieser Erkrankungen gerade in dieser Versichertengruppe nicht zwangsläufig auf eine höhere Erkrankungsrate schließen, da Kinder und Jugendliche mit den genannten Beschwerden vermutlich häufiger

bei einem Arzt vorstellig werden als Erwachsene, hierbei spielt zudem auch die Erstattungs-fähigkeit von Erkältungsmedikamenten eine Rolle (» Kapitel 4).

Die beschäftigten Mitglieder als die mit Abstand größte Versichertengruppe in diesem Vergleich sind naturgemäß aufgrund ihres hohen Anteils an den Versicherten insgesamt in der Regel relativ nah am Gesamtdurchschnitt. Leicht über dem Durchschnitt und (abgesehen von den Zusatzcodierungen der Faktoren der Inanspruchnahme) für diese Gruppe am häufigsten Grund einer ambulanten Behandlung sind die Muskel-Skelett-Erkrankungen (49,3%) sowie die Atemwegserkrankungen (47,7%).

In der Gruppe der Rentner wiederum sind muskuloskelettale Erkrankungen mit einem Anteil von 71,1% sogar noch deutlich verbreiteter, allerdings sind noch größere Anteile der berenteten Versicherten von Stoffwechselkrankheiten (72,9%) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (79,4%) betroffen. Wie auch schon die altersspezifischen Analysen in » Kapitel 2.2.1 erkennen lassen, verbergen sich hinter diesen Erkrankungsarten als Einzeldiagnosen im Wesentlichen nicht akut lebensbedrohliche, oftmals chronische Krankheiten wie krankhaft erhöhte Cholesterin- bzw. Blutfettwerte und Bluthochdruck, die allerdings als bekannte Risikofaktoren zu schweren Vorfällen wie Herzinfarkt und Schlaganfall führen können.

2.2.3 Ambulante Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen



Nachfolgend wird für die weitere Analyse der ambulanten Versorgungsdaten hinsichtlich Unterschieden je nach höchstem Schul- und Berufsabschluss die Gruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt betrachtet, da nur bei dieser Versichertengruppe die Zuordnung entsprechend der Klassifikation der Berufs 2010 (KlDB 2010) vorliegt.

- Im Vergleich zu Versicherten mit anderen Schulabschlüssen sind diejenigen ohne einen Schulabschluss am seltensten in ambulanter Behandlung.
- Hochschulabsolventen sind seltener im Vergleich zu anderen Versicherten wegen Herz-Kreislauf- sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung.

Höchster Schulabschluss

Bei der Analyse der Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schulabschluss (» Diagramm 2.2.7) ist auffällig, dass im Gegensatz zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (» Kapitel 1.2.3) oder in der stationären Versorgung (» Kapitel 3.2.3) bei denjenigen ohne einen Schulabschluss nicht die höchsten, sondern die niedrigsten Kennwerte zu finden sind. Wie auch bei den meisten anderen Geschlechtsvergleichen sind es hier die Männer, die – im Vergleich zu den Frauen – weniger häufig in ambulanter Versorgung waren. Der Geschlechtsunterschied ist aber bei dieser Gruppe am geringsten (76,4% vs. 80,4%), den größten Geschlechtsunterschied weisen hingegen die Beschäftigten mit (Fach-)Abitur auf (91,3% vs. 79,4%).

In » Diagramm 2.2.8 sind drei Schulabschlussgruppen für eine Detailanalyse hinsichtlich ihrer Anteile der Beschäftigten mit einer Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen geschlechtsspezifisch gegenübergestellt. Zwischen den Schulabschlussformen bestehen dabei teils enorme Unterschiede, am größten bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bei denen sowohl die weiblichen als auch die männlichen Haupt- bzw. Volksschulabsolventen gegenüber Beschäftigten mit einem (Fach-)Abiturabschluss über 60% höhere Anteile aufweisen. Ebenfalls über 60% Unterschied bei den Anteilen ist bei den Männern hinsichtlich psychischer Störungen zu verzeichnen, bei den Frauen ist die Differenz nicht ganz so groß. Außerdem sind Haupt- bzw. Volksschulabsolventen aufgrund von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems gegenüber Beschäftigten

Diagramm 2.2.7 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

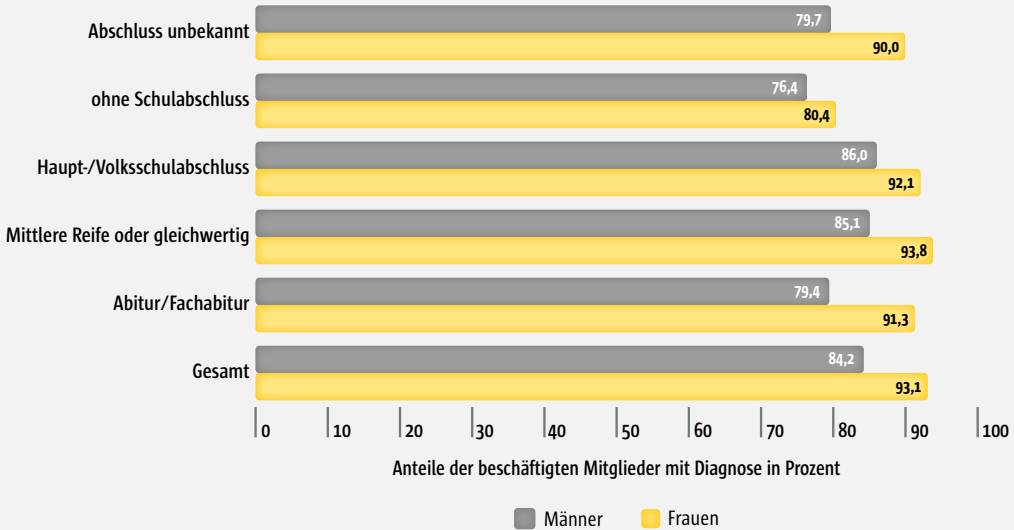
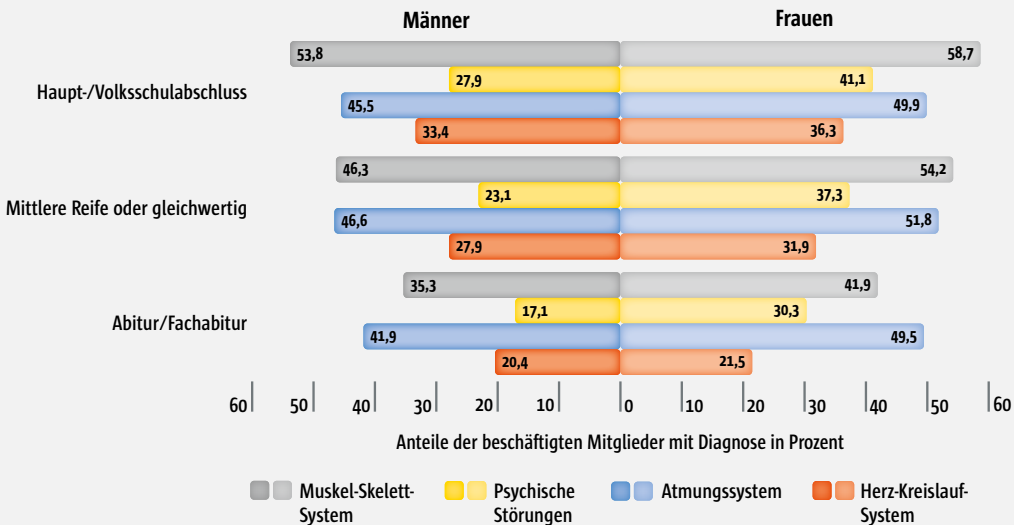


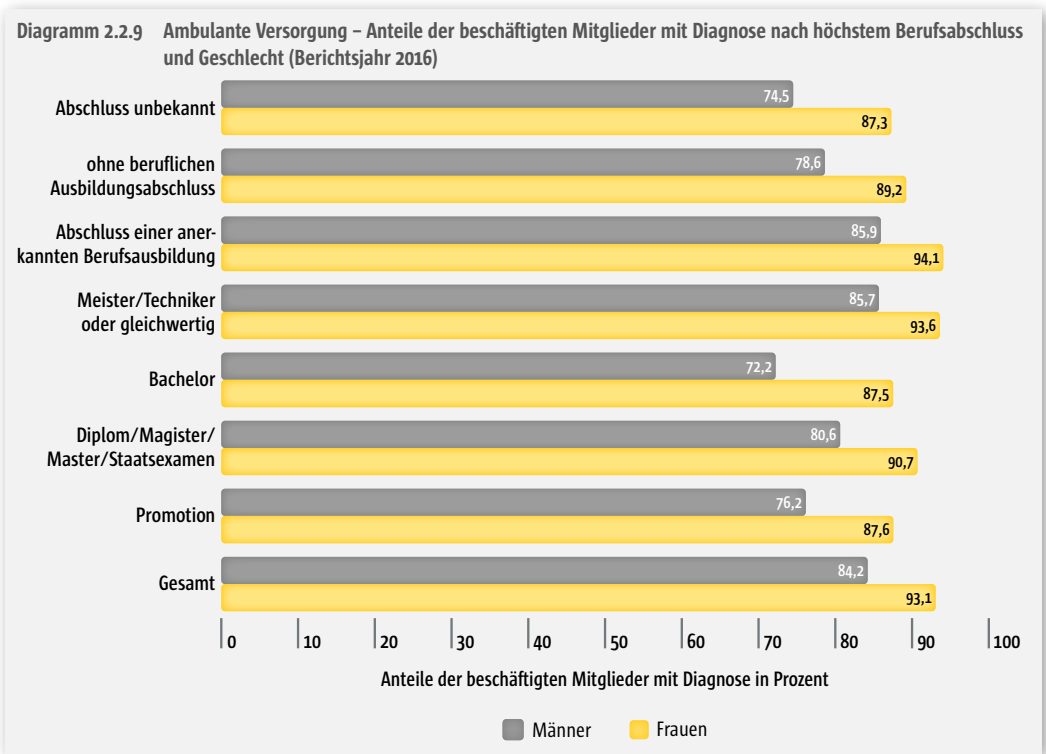
Diagramm 2.2.8 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



mit einem (Fach-)Abiturabschluss um über die Hälfte mehr in ambulanter Behandlung gewesen. Demgegenüber zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen den Schulabschlussgruppen bei den Krankheiten des Atmungssystems.

### Höchster Berufsabschluss

Wie in den anderen in dieser Publikation dargestellten Versorgungsbereichen sind es in der ambulanten Versorgung die beschäftigten Mitglieder mit einem



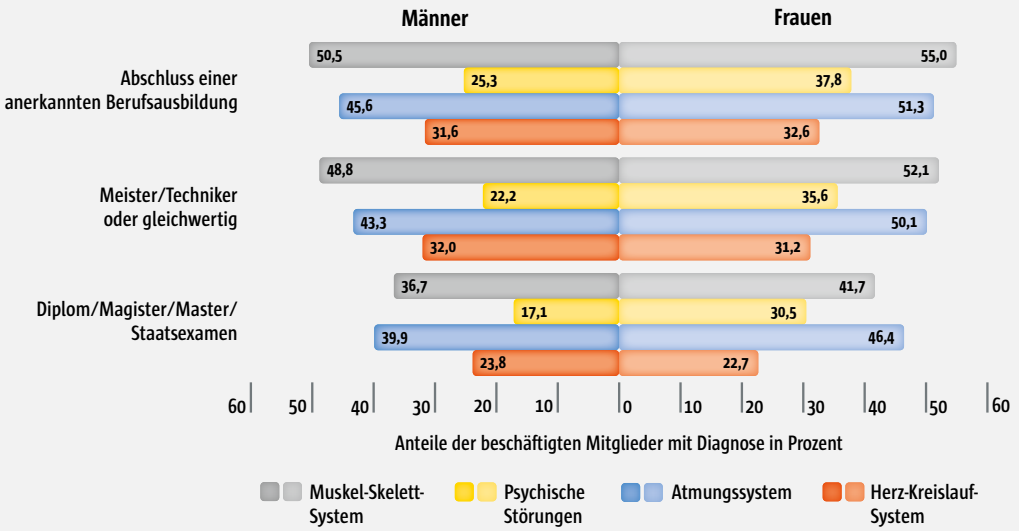
Bachelor-Abschluss, welche für beide Geschlechter die geringsten Inanspruchnahmequoten aufweisen (»» Diagramm 2.2.9). Dabei muss aber, wie auch in den anderen Kapiteln erwähnt, berücksichtigt werden, dass diese Personengruppe deutlich jünger als der Durchschnitt der Beschäftigten ist. Mit mehr als 15 Prozentpunkten Differenz besteht bei den Bachelor-Absolventen aber auch der größte Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Inanspruchnahmequote.

Ebenfalls jünger als der Beschäftigtendurchschnitt sind diejenigen ohne einen beruflichen Ausbildungsabschluss, wozu u. a. auch Auszubildende zählen. Auch von diesen war ein geringerer Teil in ambulanter Behandlung gewesen als etwa bei Meistern bzw. Technikern oder Hochschulabsolventen (Diplom, Master, Magister oder Staatsexamen). Dagegen weisen diejenigen ohne Abschluss beim Arbeitsfähigkeitsgeschehen (»» Kapitel 1.2.3) sowie in der stationären Versorgung (»» Kapitel 3.2.3) deutlich höhere Fall- und Tageswerte auf.

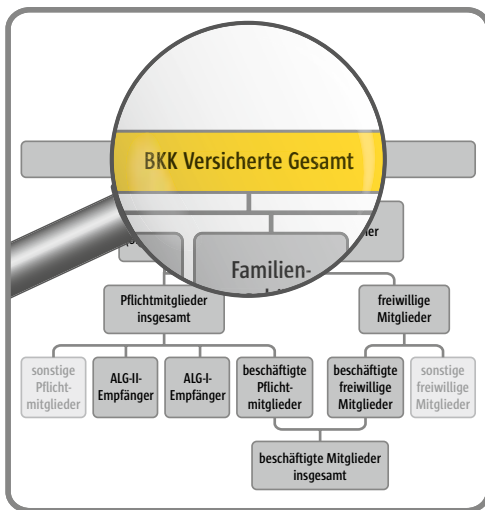
Äquivalent zur Analyse der gestellten Diagnosen differenziert nach Schulabschluss stellt das »» Dia-

gramm 2.2.10 die Anteilswerte für die Beschäftigten mit einer anerkannten Berufsausbildung, mit einem Abschluss als Meister oder Techniker und mit Diplom, Master, Magister bzw. Staatsexamen dar. Wie bei den Schulabschlussgruppen ergeben sich hinsichtlich der Atmungssystem-Erkrankungen hierbei die relativ geringsten Unterschiede. Ebenso sind es die psychischen Störungen, bei denen die Männer eine große Differenz zwischen den Berufsabschlussgruppen aufweisen: Diejenigen mit einer abgeschlossenen anerkannten Berufsausbildung weisen einen um die Hälfte größeren Anteil auf als die Hochschulabsolventen (25,3% vs. 17,1%). Hierbei ist auch der Unterschied zwischen den Absolventen einer Berufsausbildung und den Meistern bzw. Technikern (22,2%) noch bedeutsam. Ansonsten sind aber zwischen diesen beiden Berufsabschlussgruppen die Differenzen vergleichsweise gering. Umso mehr fallen daher die Hochschulabsolventen auf: Die Anteile derer, die wegen Muskel-Skelett- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Behandlung waren, fallen gegenüber den beiden anderen Gruppen um mehr als ein Fünftel geringer aus.

Diagramm 2.2.10 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



## 2.3 Ambulante Versorgung in Regionen



### 2.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise

Bei den Versicherten insgesamt ist das Saarland wie schon im Vorjahr dasjenige Bundesland mit dem höchsten Anteil an BKK Versicherten mit einer Diagnose: Unverändert zu 2015 haben dort auch im aktuellen Berichtsjahr 91,7% der Versicherten mindestens eine Diagnose im Rahmen einer ambulanten Behandlung gestellt bekommen (» Tabelle 2.3.1). Ebenfalls wie im Vorjahr ist in Berlin die niedrigste Diagnosehäufigkeit festzustellen, hier wurde insgesamt nur für 88,5% der Versicherten eine Diagnose dokumentiert. Gegenüber dem Vorjahr ist diese Inanspruchnahmequote leicht gestiegen. Nur knapp dahinter liegt Hamburg mit 88,6%. Darin zeigen sich auch Parallelen zu den Arzneimittelverordnungen (» Kapitel 4.3), wo in Berlin und Hamburg die wenigsten, im Saarland aber die meisten Versicherten eine Verordnung im aktuellen Berichtsjahr bekommen haben.

Betrachtet man außerdem die Untergruppen der Versicherten, so zeigt sich auch auf Bundeslandebene fast durchgehend die im » Kapitel 2.2.2 beschriebene Rangfolge der Versicherten Gruppen auf Bundeslandebene: Rentner erhalten am häufigsten eine ambulante Diagnose, gefolgt von den Familienangehörigen und den beschäftigten Mitgliedern, mit deutlichem Abstand liegen wiederum ALG-II- sowie die ALG-I-Empfänger dahinter. Bei den Beziehern von ALG-II-Leistungen ist zudem die Tendenz zu erkennen, dass für diese v.a. in den ostdeutschen Bundesländern eine geringere Inanspruchnahmequote zu verzeichnen ist. Ebenfalls eher unterdurchschnittliche Werte in den Ost-Bundesländern sind bei den Familienangehörigen zu finden, das Saarland ist hier Spitzenreiter (90,3%) während die wenigsten Diagnosen hingegen in Hamburg gestellt wurden (86,4%).

Betrachtet man die Anteile BKK Versicherter mit einer in der ambulanten Versorgung gestellten Diagnose auf Kreisebene (» Diagramm 2.3.1), so ist fest-

- In Berlin sind die wenigsten Versicherten verglichen mit den anderen Bundesländern in ambulanter Behandlung gewesen. Allerdings sind hier psychische Störungen häufiger als anderswo diagnostiziert worden.
- Im Saarland ist der Anteil Versicherter mit mindestens einer Diagnose am größten. Besonders Verletzungen und Vergiftungen sind dort häufiger als anderswo Konsultationsgrund, aber auch wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen sind die dortigen Versicherten deutlich überdurchschnittlich häufig in Behandlung.
- Sachsen-Anhalt ist mit deutlichem Abstand Spitzenreiter bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Bei 48,2% der dortigen Versicherten wurden diese mindestens einmal diagnostiziert. Zum Vergleich: In Baden-Württemberg waren es knapp unter 30%.

Tabelle 2.3.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2016)

Bundesländer	Versicherte insgesamt	davon				
		Beschäftigte Mitglieder	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familienangehörige	Rentner
Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent						
Baden-Württemberg	89,6	86,8	60,4	76,8	87,8	94,1
Bayern	90,5	88,0	60,7	78,5	88,7	94,8
Berlin	88,5	84,6	60,3	77,8	86,8	94,9
Brandenburg	90,2	87,6	59,8	74,6	87,9	95,4
Bremen	90,5	87,1	63,4	80,8	87,8	94,7
Hamburg	88,6	85,5	61,0	78,7	86,4	94,4
Hessen	91,3	89,2	62,8	79,3	88,8	95,3
Mecklenburg-Vorpommern	91,1	88,4	60,2	75,0	88,7	95,4
Niedersachsen	91,5	88,8	62,7	78,8	88,8	95,7
Nordrhein-Westfalen	91,4	88,7	64,6	79,4	89,3	95,2
Rheinland-Pfalz	91,2	88,5	61,8	78,1	88,9	95,7
Saarland	91,7	88,9	63,2	77,5	90,3	94,8
Sachsen	89,9	86,2	61,3	74,3	86,6	95,9
Sachsen-Anhalt	90,8	87,5	63,2	76,0	87,7	95,8
Schleswig-Holstein	90,3	87,6	60,2	75,0	87,8	95,2
Thüringen	90,4	87,7	62,0	73,9	87,6	95,3
<b>Bund Gesamt</b>	<b>90,7</b>	<b>88,2</b>	<b>62,5</b>	<b>78,6</b>	<b>88,6</b>	<b>94,5</b>

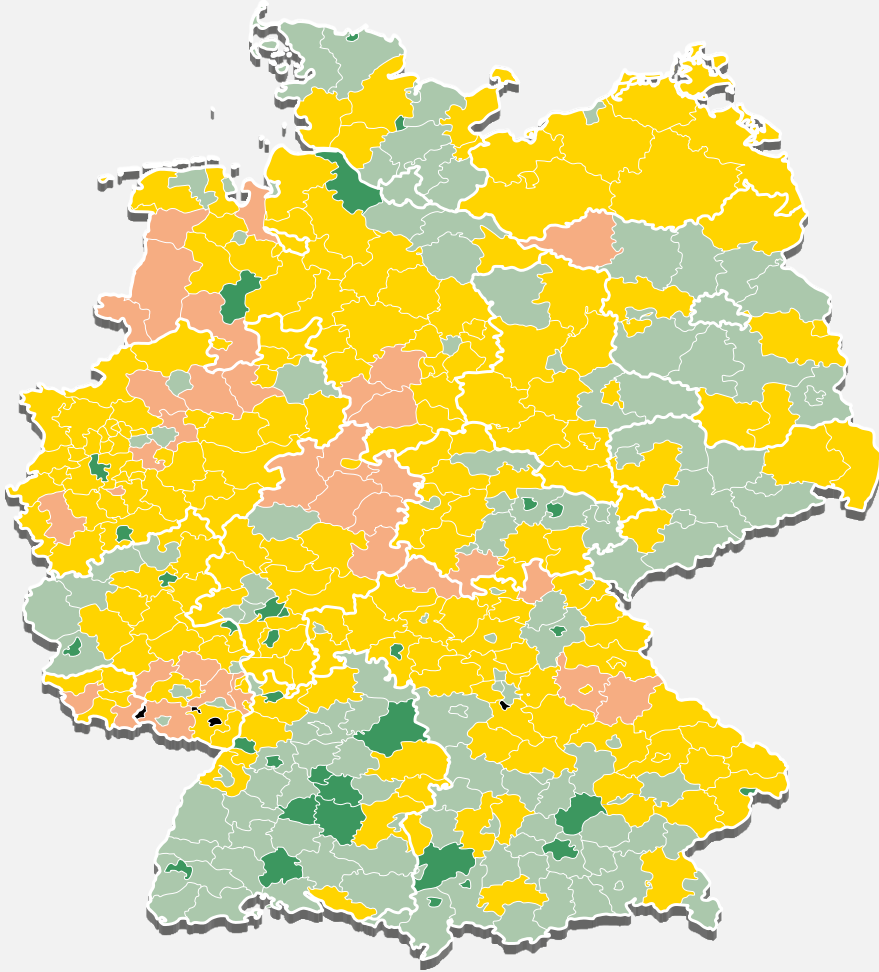
zustellen, dass auch innerhalb der Bundesländer Unterschiede bei den ambulanten Konsultationen vorhanden sind. Wie schon für die Bundesländer dargestellt, ist die Varianz zwar gesunken, im Vergleich der Kreise sind die Unterschiede dennoch größer: So weist die Stadt Weimar in Thüringen mit 84,9% den niedrigsten Anteil Versicherter mit einer Diagnose auf, im selben Bundesland liegt der Kreis Hildburghausen mit 91,7% hingegen deutlich darüber. Ebenfalls eine große Differenz ist in Bayern zu finden: Bayreuth weist einen der niedrigsten (85,3%), der Kreis Amberg-Weilburg (92,2%) hingegen einen sehr hohen Anteilswert für Versicherte mit einer Diagnose auf. Der höchste Anteilswert auf Kreisebene ist im hessischen Schwalm-Eder-Kreis (93,0%) zu verzeichnen, gefolgt vom rheinland-pfälzischen Kusel sowie Kassel und dem Werra-Meißner-Kreis, die beide in Hessen liegen (jeweils 92,8%).

### 2.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen

»» Tabelle 2.3.2 stellt die Versichertenanteile der häufigsten Diagnosehauptgruppen im Ländervergleich dar. Wie auch schon im letzten Jahr beobachtet werden konnte, zeigen sich bei bestimmten Erkrankungsarten Unterschiede besonders zwischen den ost- und westdeutschen Bundesländern. Berücksichtigt werden muss dabei aber auch das höhere Durchschnittsalter sowie die höhere Arbeitslosenquote in den ostdeutschen Bundesländern. Dadurch ist auch der Umstand beeinflusst, dass im aktuellen Berichtsjahr in den östlichen Bundesländern ein deutlich geringerer Versichertenanteil eine Diagnose einer Infektion oder einer Atemwegserkrankung erhalten hat – also denjenigen Erkrankungsarten, die im Rahmen der ambulanten Versorgung bei den höheren



Diagramm 2.3.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2016)



Abweichungen der Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose vom Bundesdurchschnitt

- mehr als 3% unter dem Bundesdurchschnitt
  - 1–3% unter dem Bundesdurchschnitt
  - ± 1% unter bzw. über dem Bundesdurchschnitt (90,7%)
- 1–3% über dem Bundesdurchschnitt
  - mehr als 3% über dem Bundesdurchschnitt
  - keine Angaben\*

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

Altersgruppen seltener diagnostiziert werden. So sind die wenigsten Infektionsdiagnosen in Sachsen (bei 22,5% der Versicherten), Sachsen-Anhalt und Brandenburg (beide 23,6%) gestellt worden. In Bremen sind hingegen die meisten Diagnosen (bei 28,0%) zu verzeichnen, gefolgt von Hamburg (27,4%). Der höchst-

te Anteil Versicherte mit einer Erkrankung des Atmungssystems ist wiederum in Hessen (bei 50,9% der BKK Versicherten) zu finden, hingegen sind es auch wieder in Sachsen die wenigsten Versicherten, die eine solche Diagnose aufweisen (42,5%). Hierbei ist auch bekannt, dass in den Ostbundesländern die Be-

Tabelle 2.3.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2016)

Bundesländer	Infektionen	Neubildungen	Ernährung und Stoffwechsel	Psychische Störungen	Herz-Kreislauf-System	Atmungssystem	Muskelskelettsystem	Urogenitalsystem	Verletzungen/Vergiftungen
Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent									
Baden-Württemberg	24,9	18,8	34,2	31,8	29,4	44,2	44,6	34,5	24,6
Bayern	26,0	20,4	37,5	32,5	32,3	46,5	47,9	35,3	27,3
Berlin	27,0	16,4	37,0	36,7	33,7	47,9	45,9	34,9	23,9
Brandenburg	23,6	18,1	40,8	34,1	41,3	45,3	50,9	38,0	24,5
Bremen	28,0	17,4	38,5	35,1	35,3	46,9	46,9	34,7	25,3
Hamburg	27,4	17,8	34,4	34,8	30,4	48,0	42,5	33,2	25,0
Hessen	26,4	17,6	37,9	31,8	33,7	50,9	48,0	35,0	26,7
Mecklenburg-Vorpommern	24,9	20,0	41,5	36,2	42,7	45,6	52,2	38,1	25,3
Niedersachsen	27,1	20,0	40,9	35,2	39,3	48,2	51,6	37,2	27,8
Nordrhein-Westfalen	27,0	19,8	41,4	32,7	37,2	49,5	49,3	37,0	26,8
Rheinland-Pfalz	26,7	19,4	42,8	33,7	39,3	49,8	51,5	38,4	28,0
Saarland	27,0	18,4	42,3	34,2	38,9	50,5	52,7	34,6	29,2
Sachsen	22,5	19,4	42,3	34,6	44,5	42,5	51,5	37,5	24,0
Sachsen-Anhalt	23,6	20,1	44,0	33,5	48,2	44,0	53,3	38,9	25,9
Schleswig-Holstein	25,9	18,9	35,6	32,9	35,3	45,2	48,0	34,4	26,5
Thüringen	24,0	19,1	40,7	32,2	43,8	46,4	53,0	37,1	25,6
<b>Bund gesamt</b>	<b>26,2</b>	<b>19,4</b>	<b>38,9</b>	<b>33,3</b>	<b>35,5</b>	<b>47,5</b>	<b>48,7</b>	<b>36,1</b>	<b>26,5</b>

reitschaft zur Grippeimpfung (möglicherweise als Nachwirkung der staatlich organisierten Impfprävention in der ehemaligen DDR) höher ist als im Westen<sup>1</sup>.

Bei den „Seniorenkrankheiten“ Herz-Kreislauf-Erkrankungen verhält es sich genau andersherum: Mit Abstand am häufigsten wurden diese in Sachsen-Anhalt bei 48,2% der BKK Versicherten festgestellt – Sachsen weist mit 44,5% den zweithöchsten

Anteil auf. Die geringsten Anteile von Versicherten mit einer kardiovaskulären Diagnose weisen Baden-Württemberg (29,4%) und Hamburg (30,4%) auf. Auch bei den Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten belegt Sachsen-Anhalt den Spitzenplatz (44,0%), während Baden-Württemberg (34,2%) und Hamburg (34,4%) die wenigsten Versicherten mit einer Diagnose aus dem Spektrum dieser Erkrankungsart aufweisen.

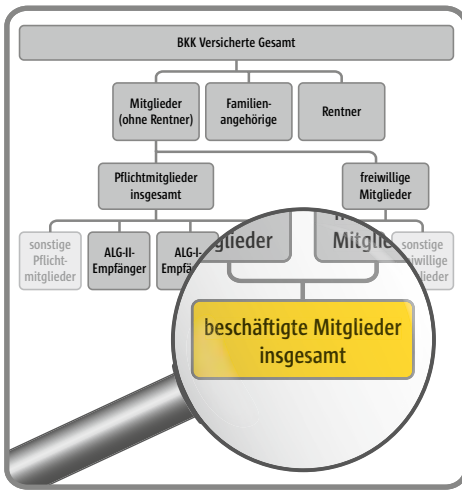
Heterogener ist das Bild bei den weiteren hier dargestellten Diagnosehauptgruppen: Psychische und Verhaltensstörungen werden am häufigsten in

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

Berlin (36,7%) und am seltensten in Hessen und Baden-Württemberg (beide 31,8%) in der ambulanten Versorgung diagnostiziert. Der deutlich geringste Anteil Versicherter mit Muskel-Skelett-Erkrankungen ist in Hamburg vorzufinden (42,5% vs. höchster Wert in Sachsen-Anhalt mit 53,3%), auch Urogenitalerkrankungen wurden dort am seltensten diagnostiziert (33,2% vs. höchster Wert in Sachsen-Anhalt mit 38,9%). Hinsichtlich Verletzungen bzw. Vergiftungen ist das Saarland Spitzenreiter mit 29,2% der

Versicherten, während Berlin mit 23,9% den geringsten Anteil aufweist. Aufschlussreich sind auch die Diagnoseraten für Neubildungen: In der stationären Versorgung sind für diese Erkrankungsart sehr viele Fälle und Behandlungstage in Bremen zu verzeichnen (» Kapitel 3.3) – in der ambulanten Versorgung ist hier hingegen der Anteil Versicherter mit einer Neubildungsdiagnose unterdurchschnittlich. Am häufigsten wurden diese wiederum in Bayern festgestellt (20,4%).

## 2.4 Ambulante Versorgung und Arbeitswelt



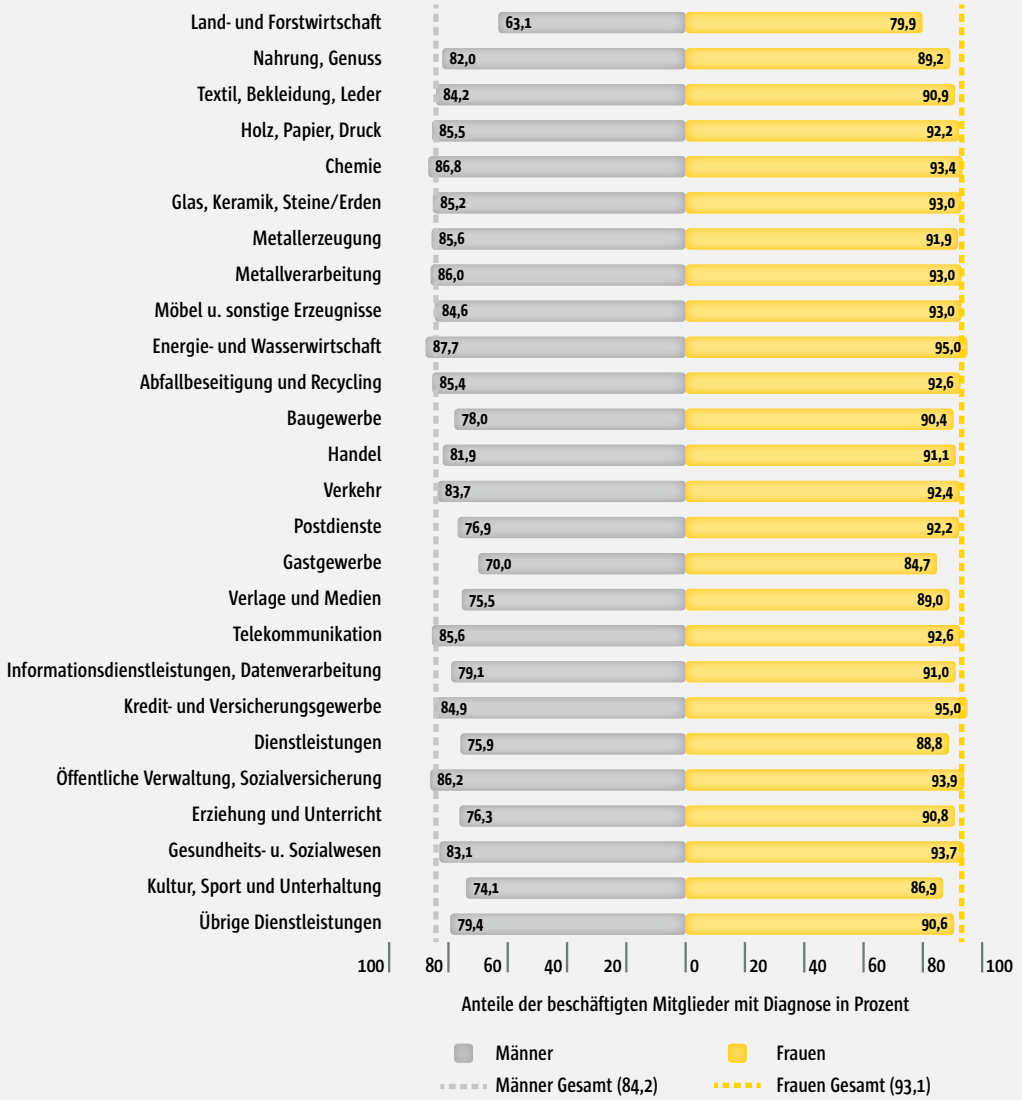
Die nachfolgenden Analysen beziehen zahlreiche arbeitsweltliche Indikatoren ein, so u.a. die Zugehörigkeit des beschäftigenden Unternehmens zu einer Wirtschaftsgruppe, der Beschäftigten zu einer Berufsgruppe, die Vertragsform der Beschäftigung (Befristung, Voll-/Teilzeit) und das Anforderungsniveau der Tätigkeit. Dementsprechend beziehen sich die Analysen auf die Versichertengruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt. Eine Beschreibung dieser Versichertengruppe hinsichtlich Wirtschafts- und Berufsgruppenzugehörigkeit ist im **»» Kapitel 1.4.1** aufgeführt.

### 2.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Die höchsten Anteile Beschäftigter in ambulanter Behandlung sind in der Energie- und Wasserwirtschaft zu finden. Die wenigsten Beschäftigten in Behandlung weisen hingegen die Land- und Forstwirtschaft sowie das Gastgewerbe auf.
- Bei den im Postdienst Beschäftigten steigt die Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter sehr stark an: Sind von diesen die unter 25-Jährigen deutlich weniger als andere in ambulanter Behandlung, so sind bei den Älteren überdurchschnittlich viele, insbesondere wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen, beim Arzt.
- Für die Beschäftigten der Berliner Verwaltung und Sozialversicherung sowie im Bremer Gesundheits- und Sozialwesen sind die Anteile der Erwerbstätigen, die eine psychische Störung diagnostiziert bekommen haben, auffällig hoch.

Die Gesundheit bzw. Krankheit der beschäftigten BKK Mitglieder drückt sich nicht allein im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen aus, denn nicht immer führen gesundheitliche Einschränkungen auch zu krankheitsbedingten Fehlzeiten. Die folgende Analyse der ambulanten Diagnosen nach Wirtschaftsgruppen vermittelt ein erweitertes Bild davon, in welchen Branchen die beschäftigten BKK Mitglieder gesundheitlich besonders belastet sind. Dabei wird auch ersichtlich, dass auch aufgrund der Zugehörigkeit der beschäftigten Versicherten zu bestimmten Wirtschaftsgruppen Unterschiede bestehen, die nicht allein anhand der Alters- und Geschlechtszusammensetzung der dort Beschäftigten erklärt werden können. Somit lohnt sich eine genauere Betrachtung regionaler Unterschiede unter Berücksichtigung der Wirtschaftsgruppenzugehörigkeit der Versicherten bzw. der Unternehmen, in denen diese beschäftigt sind. Dazu werden exemplarisch ausgewählte Wirtschaftsgruppen für die Diagnose-

Diagramm 2.4.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach BKK Wirtschaftsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



hauptgruppen Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische und Verhaltensstörungen differenziert nach Bundesländern dargestellt und analysiert.

Wie das Diagramm 2.4.1 deutlich zeigt, bestehen zum einen zwischen den Wirtschaftsgruppen erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Anteile der Beschäftigten, die in ambulanter Behandlung waren. Zum anderen sind auch innerhalb der einzelnen

Wirtschaftsgruppen teils große Differenzen beim Vergleich zwischen den Geschlechtern festzustellen. Sowohl insgesamt als auch getrennt für Männer und Frauen betrachtet sind bei den Beschäftigten in Land- und Forstwirtschaft die niedrigsten Anteile zu finden: 79,9% der dort tätigen Frauen und 63,1% der dort tätigen Männer waren in 2016 in ambulanter Behandlung. Dabei ist aber auch zu bedenken, dass das

Durchschnittsalter dieser Beschäftigten niedriger ist als bei den meisten anderen Wirtschaftsgruppen (vgl. **III** Anhang A, Tabelle A.7). Ebenfalls im Durchschnitt relativ jung sind die Beschäftigten des Gastgewerbes, entsprechend sind die zweitniedrigsten Anteile der Beschäftigten mit Diagnose auch bei dieser Wirtschaftsgruppe zu finden (Männer: 70,0%; Frauen: 84,7%). Wiederum die höchsten Anteilswerte sind für die Männer bei den Beschäftigten in der Energie- und Wasserwirtschaft zu verzeichnen (87,7%), wobei zu berücksichtigen ist, dass die dort beschäftigten Männer (die wiederum rund drei Viertel der dort Beschäftigten ausmachen) im Mittel rund drei Jahre älter sind als der Durchschnitt aller Beschäftigten. Bei den Frauen teilen sich die Beschäftigten in der Energie- und Wasserwirtschaft zusammen mit denen aus dem Kredit- und Versicherungsgewerbe den Spitzenplatz derer, die mehr als in jeder anderen Wirtschaftsgruppe in ambulanter Behandlung waren (95,0%). Bei beiden Wirtschaftsgruppen ist hingegen das Durchschnittsalter der Frauen nur unwesentlich über dem Gesamtdurchschnittsalter der beschäftigten Frauen. Die mit Abstand ältesten Frauen in Vergleich der Wirtschaftsgruppen (Durchschnittsalter über 49 Jahre) arbeiten wiederum bei den Postdiensten. Deren Anteilswert liegt in dieser Rangreihe nach Inanspruchnahmequote allerdings nur im Mittelfeld. Im Vergleich zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zeigen sich somit stark gegenläufige Ergebnisse: Sowohl in der Energie- und Wasserwirtschaft als auch im Kredit- und Versicherungsgewerbe weisen die dort Beschäftigten nur durchschnittlich viele Arbeitsunfähigkeitsfälle auf, wobei jeweils die Menge der daraus entstehenden Ausfalltage sogar unterdurchschnittlich ist (**III** Kapitel 1.4.3). Die Beschäftigten der Postdienste hingegen weisen im Durchschnitt die meisten (Frauen) bzw. zweitmeisten (Männer) Arbeitsunfähigkeitstage im Vergleich der Wirtschaftsgruppen auf.

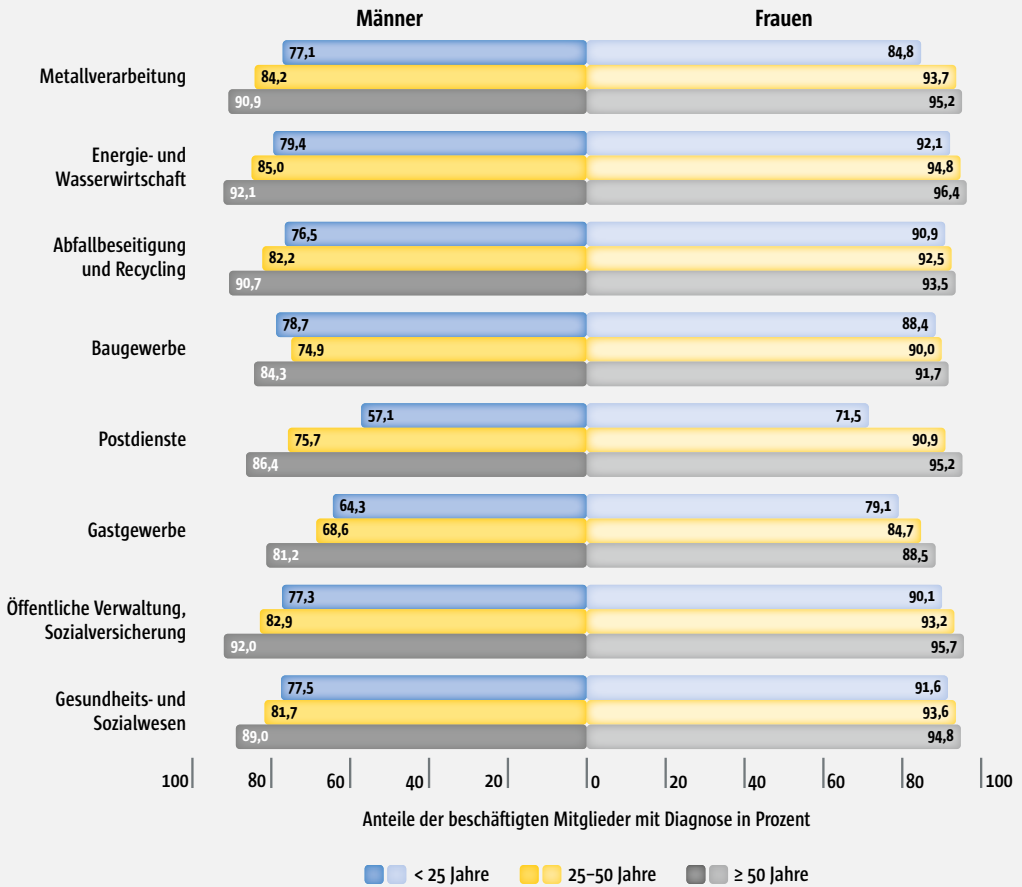
Um den Einfluss des Alters in diesem Kontext tiefer zu analysieren, ist das ambulante Geschehen in **III** Diagramm 2.4.2 exemplarisch für ausgewählte Wirtschaftsgruppen aus dem verarbeitenden Gewerbe genauso wie aus dem Dienstleistungssektor zusätzlich zum Geschlecht auch nach Altersgruppen differenziert dargestellt. Die deutlichsten Steigerungsquoten zwischen den Altersgruppen findet man dabei bei den Postdiensten: Weisen die unter 25-Jährigen noch die niedrigsten Anteilswerte für beide Geschlechter auf, so sind demgegenüber in der Altersgruppe der 25- bis 50-Jährigen die Anteile der Versicherten mit einer Diagnose um jeweils rund 30% höher. Zwar ist dabei auch denkbar, dass auch in-

nerhalb der Altersgruppen noch Unterschiede (allerdings in geringerem Umfang) hinsichtlich des jeweiligen Durchschnittsalters bestehen und dies einen Effekt auf die Anteilswerte hat. Der Umstand, dass darüber hinaus besonders bei den (im Diagramm nicht dargestellten) Muskel-Skelett-Erkrankungen die Anteile Versicherter mit Diagnose mit höherer Altersgruppe rapide steigen und dabei Frauen auch wiederum noch stärker betroffen sind, legt nahe, dass sich branchenspezifische Belastungen ebenfalls in den hier dargestellten ambulanten Daten widerspiegeln. Eine sehr niedrige Inanspruchnahme in fast allen Alters- und Geschlechtsgruppen ist hingegen bei den Beschäftigten des Gastgewerbes zu finden. Dies bestätigt auch das Ergebnis aus **III** Kapitel 1, dass im Gastgewerbe Tätige auch relativ wenig Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage aufweisen. Hierzu ist aber zu berücksichtigen, dass gerade das Gastgewerbe eine Beschäftigtenstruktur mit hohen Anteilen von Saisonarbeitern und geringfügig Beschäftigten aufweist. Dementsprechend können hier auch Selektionseffekte ähnlich dem *healthy worker effect* ursächlich sein. Die höchsten Anteile Versicherter, die in ambulanter Behandlung waren, sind wiederum durchweg bei den Beschäftigten in der Energie- und Wasserwirtschaft vorzufinden. Hier sind schon in der jüngsten Altersgruppe die Anteile Versicherter mit Diagnose hoch und steigen zudem noch in der mittleren und hohen Altersgruppe an.

Nachfolgend werden exemplarisch fünf ausgewählte Wirtschaftsgruppen für die Diagnosehauptgruppen Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische und Verhaltensstörungen nach Bundesländern differenziert betrachtet.

Hinsichtlich der Muskel-Skelett-Erkrankungen weisen die Postdienste im Bundesdurchschnitt wie auch in den meisten Bundesländern den höchsten Anteil an Versicherten mit einer solchen Diagnose auf (**III** Diagramm 2.4.3). Vor allem die fünf ostdeutschen Bundesländer stechen besonders heraus, hier liegen die Anteilswerte mehr als 11 Prozentpunkte über dem Landesdurchschnitt und in der Regel auch deutlich über denen der anderen hier dargestellten Wirtschaftsgruppen. In Berlin hingegen ist für die Postbediensteten mit 49,8% der geringste Anteilswert für Muskel-Skelett-Erkrankungen dokumentiert. Die Beschäftigten in der Metallverarbeitung haben im Gegensatz dazu im Bundesländervergleich am häufigsten den niedrigsten Anteilswert. In Hamburg sind die Beschäftigten in der Metallverarbeitung sogar mit einem Anteil von 40,2% am seltensten in ambulanter Behandlung von allen Wirtschaftsgruppen und Bundesländern gewesen. Aber auch die Inanspruchnah-

Diagramm 2.4.2 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten BKK Wirtschaftsgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



mequote bei den Beschäftigten der Abfallbeseitigung und des Recycling (47,1%), in der öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung (42,2%) sowie im Gesundheits- und Sozialwesen (41,8%) ist in Hamburg niedriger als in anderen Bundesländern. Demgegenüber ist im Saarland bei den Beschäftigten der Metallverarbeitung mit Abstand am häufigsten eine ambulante Diagnose gestellt worden (58,4%) – über 18 Prozentpunkte mehr als in Hamburg.

Bei den psychischen Erkrankungen weisen die Beschäftigten in der Metallverarbeitung in dem im Diagramm 2.4.4 dargestellten Vergleich auf Bundesebene die geringsten Anteile Versicherter mit einer solchen Diagnose auf. Dabei weisen die ostdeutschen Flächenbundesländer wiederum durchweg niedrigere Anteilswerte auf als die restlichen

Bundesländer. Entsprechend ist in Sachsen-Anhalt (21,9%) der niedrigste, hingegen in Niedersachsen (29,0%) der höchste Anteilswert für die Metallverarbeitung zu finden. Für die Wirtschaftsgruppe Abfallbeseitigung und Recycling ist die Varianz zwischen den Bundesländern noch größer: So ist in Berlin der Versichertenanteil mit psychischen Erkrankungen in der ambulanten Versorgung mit 34,0% um die Hälfte größer als im Saarland, wo der Anteil nur 22,8% beträgt. Auffallend hoch sind des Weiteren die Anteilswerte der Postbediensteten in Bremen (41,2%) und in der Öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung in Berlin (41,7%). Für diese beiden Stadtstaaten sind außerdem mit jeweils über 40% Anteil Versicherter mit Diagnose die höchsten Werte für das Gesundheits- und Sozialwesen zu verzeichnen.

Diagramm 2.4.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten BKK Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2016)

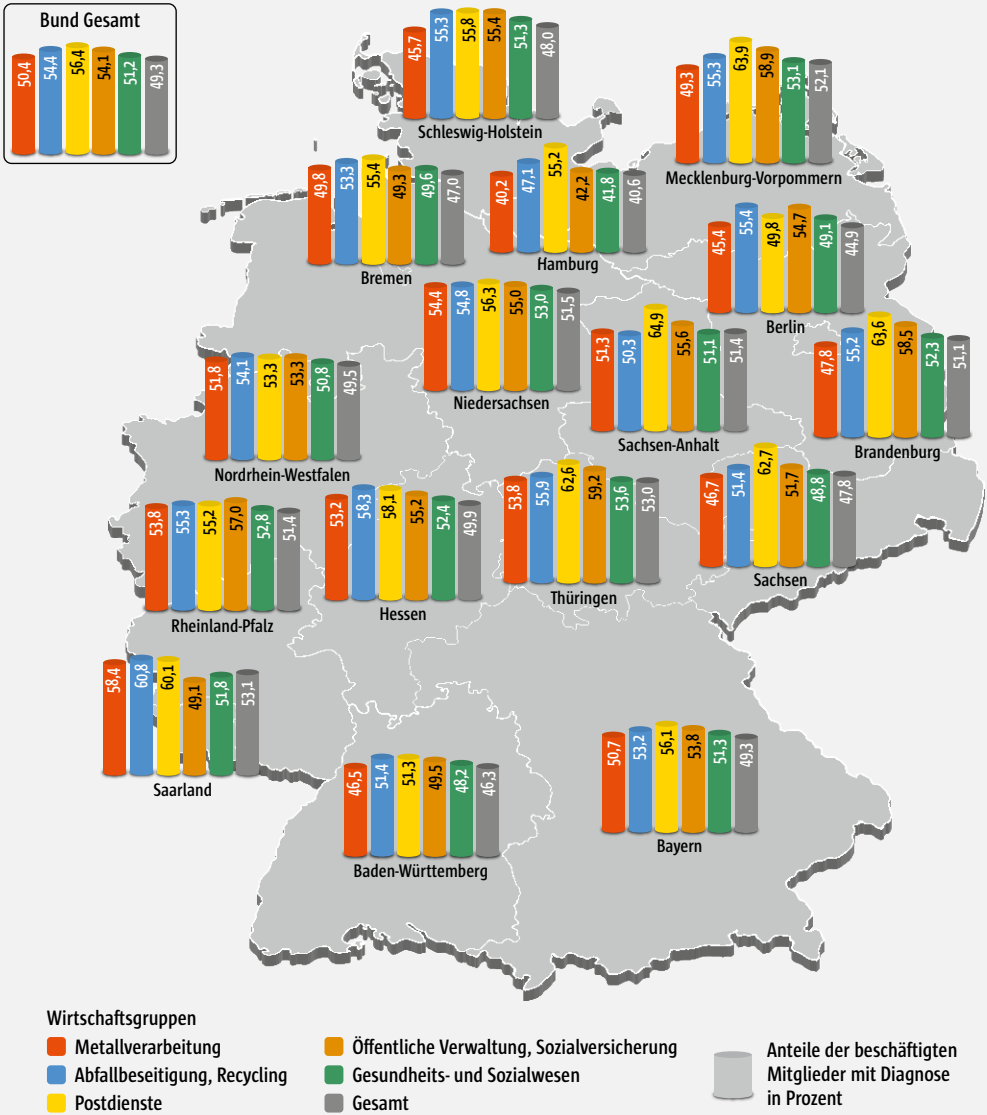
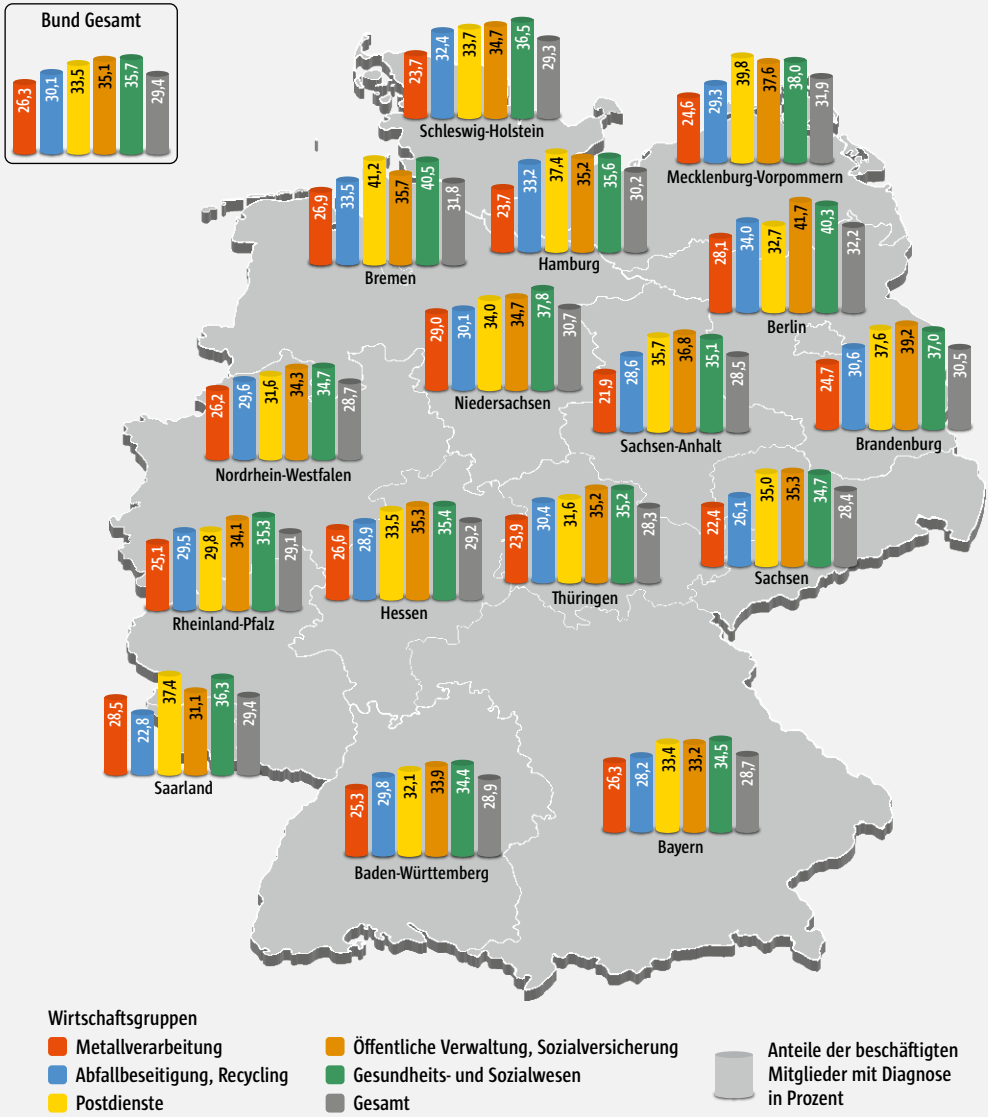




Diagramm 2.4.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Psychischen Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten BKK Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2016)



### 2.4.2 Auswertungen nach Berufen

- Beschäftigte in Gesundheitsberufen sind am häufigsten in ambulanter Behandlung. Sie sind häufiger als andere Berufsgruppen wegen Krankheiten des Atmungssystems sowie psychischen Störungen in Behandlung, aber auch Vorsorgemaßnahmen werden von diesen stärker wahrgenommen.
- Insgesamt sind Beschäftigte in Reinigungsberufen weniger häufig in ambulanter Behandlung als Beschäftigte anderer Berufe. Allerdings sind gerade bei den weiblichen Reinigungskräften viele Diagnosen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychischen Störungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen gestellt worden.

Die Beschäftigten in (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen weisen selbst den größten Anteil derer auf, die ambulante Leistungen in Anspruch nehmen: Bei 92,1% der Beschäftigten in Gesundheitsberufen wurde in 2016 mindestens eine Diagnose dokumentiert (» Diagramm 2.4.5), dabei ist insbesondere bei den Frauen der Anteil sehr hoch. Bei den Männern sind es diejenigen in fertigungstechnischen Berufen, von denen mit 85,0% relativ zu den anderen Berufssegmenten die meisten in ambulanter Behandlung waren. Vergleichsweise wenig Versicherte mit einer gestellten Diagnose sind hingegen bei den in Land-, Forst- und Gartenbauberufen Tätigen zu finden. Bei diesen ist aber auch die Differenz zwischen Männern und Frauen sehr groß, zudem weisen davon die Männer mit 71,4% auch den geringsten geschlechtsspezifischen Anteilswert auf. Ebenfalls sehr große Geschlechtsunterschiede in den Werten und damit verbunden sehr niedrige Inanspruchnahmequoten bei den Männern sind auch bei Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen sowie den Sicherheitsberufen zu finden.

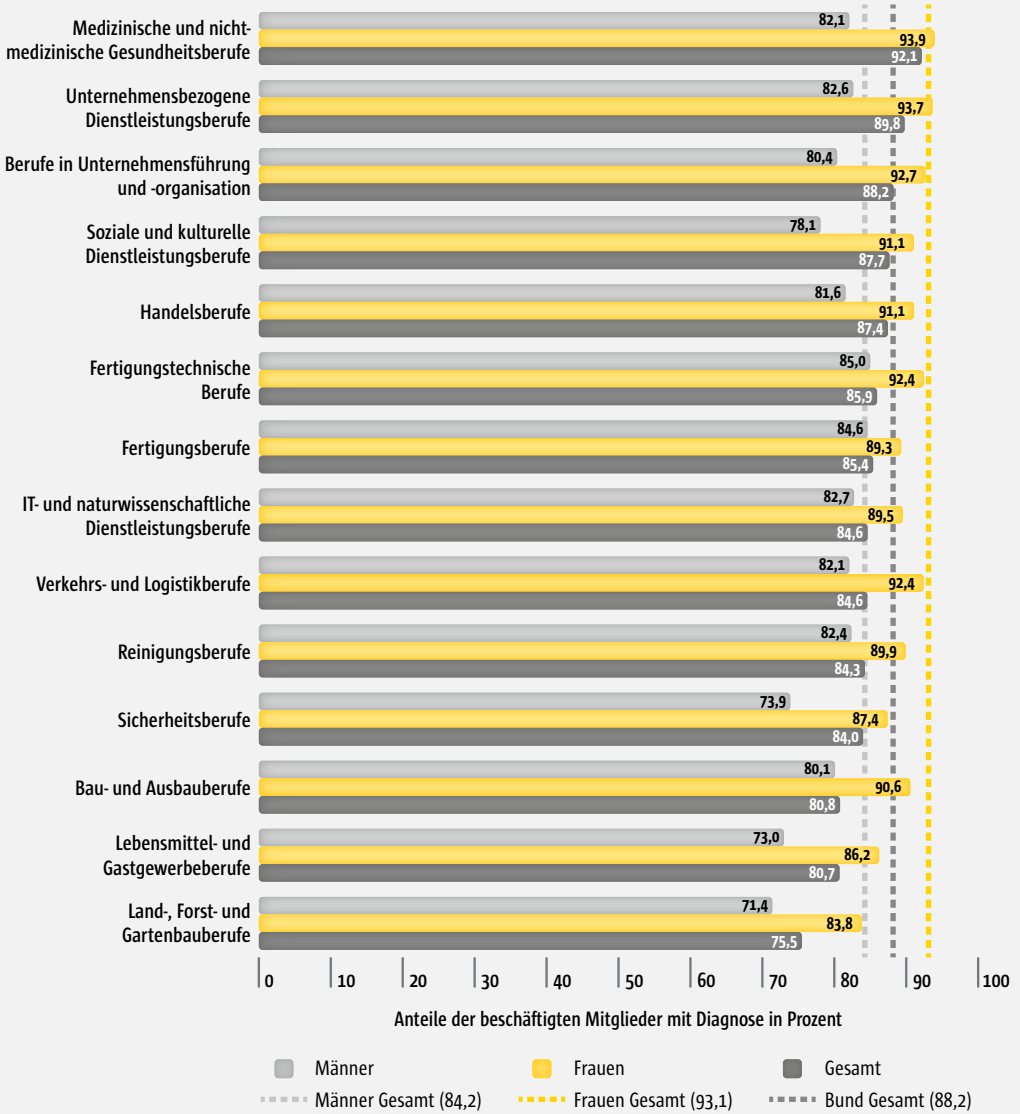
Im » Diagramm 2.4.6 sind die Anteile der Beschäftigten mit einer Diagnose aus den Diagnosehauptgruppen psychische Störungen, Muskel-Skelett-, Herz-Kreislauf- sowie Atmungssystem-Erkrankungen je nach Berufssegment im Vergleich dargestellt. Es wird daran ersichtlich, dass sehr viele Beschäftigte in (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen von Atmungssystemerkrankungen betroffen sind und diese behandeln lassen. Mehr als die Hälfte (50,9%) der in einem solchen Beruf Tätigen war im aktuellen Berichtsjahr deshalb in Behandlung, das sind fast 14 Prozentpunkte mehr als beispielsweise bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen, von denen mit nur 37,1% der geringste Anteil

in ambulanter Behandlung war. Hierbei ist sicher auch relevant, dass zum einen die Gesundheitsberufe aufgrund der Tätigkeit mit Kranken und Pflegebedürftigen bezüglich ihrer eigenen Gesundheit strengere Auflagen haben. Durch diesen direkten Kontakt resultiert zum anderen aber auch eine höhere Ansteckungsgefahr als bei vielen anderen Berufen. Ebenfalls sehr groß ist der Anteil der in Gesundheitsberufen Tätigen, die eine psychische Störung diagnostiziert bekommen haben. Bei diesen Berufen ist der Anteil mit 34,1% am zweithöchsten nach den Reinigungsberufen. Ferner trägt auch zur Erklärung des Spitzenplatzes bei der allgemeinen Inanspruchnahme bei, dass bei den in Gesundheitsberufen Tätigen besonders viele Zusatzdiagnosen, auch vor allem Vorsorgemaßnahmen, gestellt wurden (im Diagramm nicht enthalten). Spitzenreiter mit den jeweils höchsten Anteilswerten bei den psychischen Störungen genauso wie bei Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie des Herz-Kreislauf-Systems sind die Beschäftigten in Reinigungsberufen. Bei dieser Berufsgruppe sind es vor allem die Frauen, von denen überdurchschnittlich viele aufgrund der genannten Erkrankungsarten ambulant behandelt wurden.

» Tabelle 2.4.1 stellt als weitere Differenzierung aufseiten der Arbeitswelt diejenigen Berufsgruppen dar, welche die größten bzw. niedrigsten Anteile beschäftigter Mitglieder mit einer ambulant dokumentierten Diagnose aufweisen. Dabei zeigt sich, dass bei 95,5% der Arzt- und Praxishilfen in 2016 mindestens eine Diagnose gestellt worden ist. Dieser Anteilswert ist gegenüber den in der Rangreihe nachfolgenden Berufen in Erziehung, Sozialarbeit und Heilerziehungspflege bzw. den in medizinischen Laboratorien beschäftigten (beide 92,2% mit Diagnose) fast 3 Prozentpunkte höher. Es fällt dabei auch auf, dass bei den höchsten Anteilen hinsichtlich der generellen Inanspruchnahme sehr viele weitere Gesundheitsberufe vertreten sind, diese aber bei einzelnen Erkrankungsarten nicht mehr zwingend auf den höchsten Rangplätzen auftauchen. So sind bei nachfolgend aufgelisteten Diagnosehauptgruppen die Beschäftigten in folgenden Berufsgruppen am häufigsten in ambulanter Behandlung gewesen:

- Aufgrund von psychischen Störungen in Behandlung sind am häufigsten Beschäftigte in der Altenpflege (41,5%), Servicekräfte im Personenverkehr (38,7%) sowie in Hauswirtschaft und Verbraucherberatung (37,8%). Dies sind vor allem diejenigen Berufe, die besonders den Umgang mit Menschen beinhalten und oft mit hoher psychischer Belastung einhergehen.

Diagramm 2.4.5 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

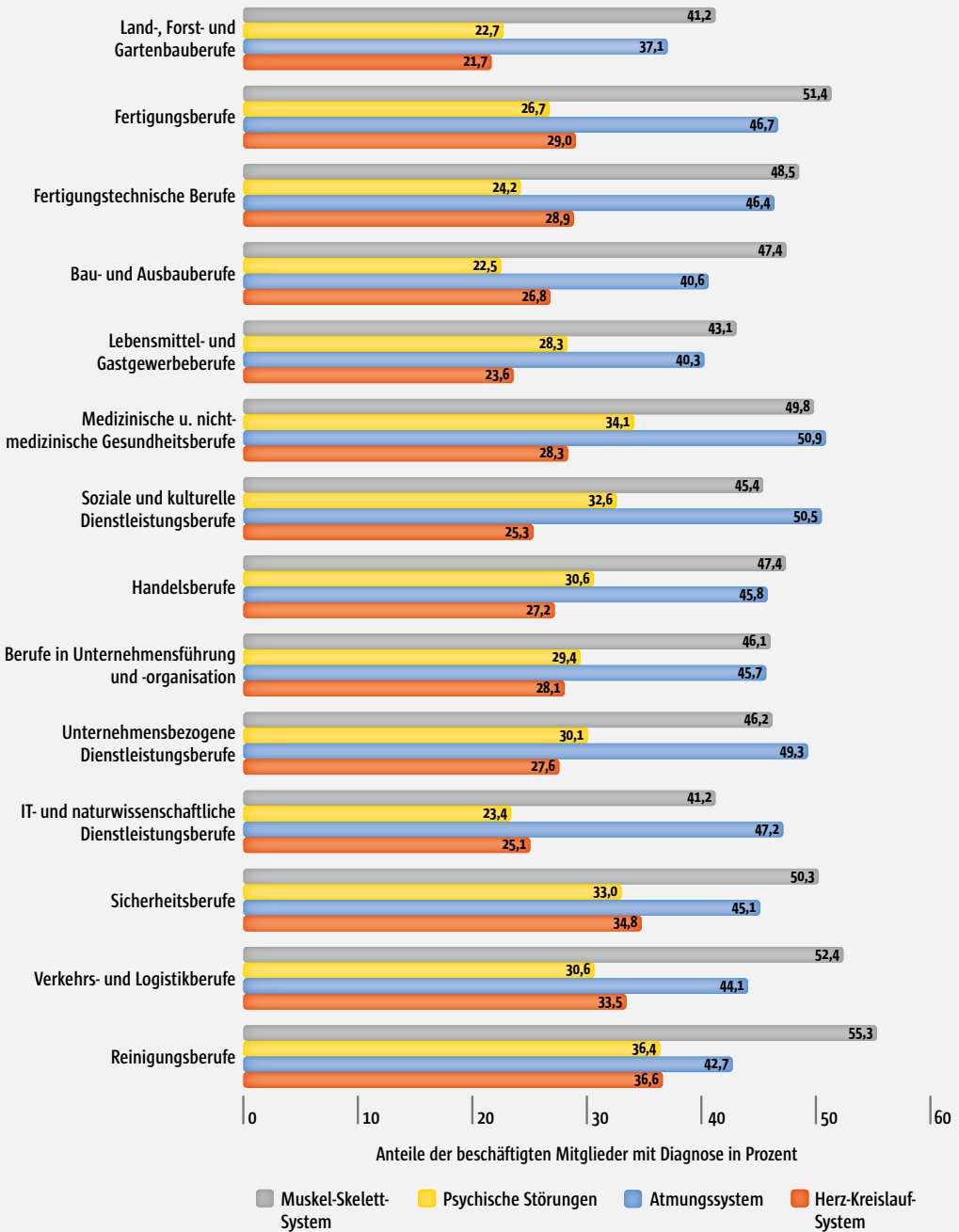


- Muskel-Skelett-Erkrankungen wurden am häufigsten bei Beschäftigten in der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung (62,1%), in der industriellen Keramikherstellung und -verarbeitung (59,5%) und der Metallerzeugung (58,2%) diagnostiziert. Hier erkennt man auch eine Tendenz zu höheren Diagnoseanteilen gera-

de in den Fertigungsberufen, die vielfach eine höhere körperliche und oftmals einseitige Arbeitsbelastung mit sich bringen.

- Die höchsten Anteile Beschäftigter mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind bei den Angehörigen gesetzgebender Körperschaften und leitenden Bediensteten von Interessenorganisationen

Diagramm 2.4.6 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)



**Tabelle 2.4.1** Ambulante Versorgung – die zehn Berufsgruppen mit den größten/geringsten Anteilen beschäftigter Mitglieder mit Diagnose (Berichtsjahr 2016)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
811	Arzt- und Praxishilfe	95,5
831	Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	92,2
812	Medizinisches Laboratorium	92,2
624	Verkauf von drogerie- und apothekenüblichen Waren, Sanitäts- und Medizinbedarf	91,9
817	Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde	91,6
732	Verwaltung	91,5
514	Servicekräfte im Personenverkehr	91,5
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	91,4
934	Kunsthandwerk. Keramik, Glasgestaltung	91,4
823	Körperpflege	91,2
945	Veranstaltungs-, Kamera-, Tontechnik	75,4
333	Aus- und Trockenbau, Isolierung, Zimmerei, Glaserei, Rollladen- und Jalousiebau	75,1
944	Theater-, Film- und Fernsehproduktion	74,7
113	Pferdewirtschaft	73,9
321	Hochbau	70,5
112	Tierwirtschaft	66,7
943	Moderation und Unterhaltung	63,2
634	Veranstaltungsservice, -management	59,3
111	Landwirtschaft	59,2
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	52,0

(45,7%), bei Berufen der Überwachung und Steuerung des Verkehrsbetriebs (44,3%) sowie der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung (43,3%) zu finden.

- Die Beschäftigten in Erziehung, Sozialarbeit und Heilerziehungspflege (57,0%) waren am häufigsten wegen Erkrankungen des Atmungssystems in Behandlung, danach folgen in Rangreihe die Servicekräfte im Personenverkehr (56,7%) sowie Arzt- und Praxishilfen (55,2%).
- Wie schon zuvor beschrieben, sind bei einem sehr großen Teil der in den Gesundheitsberufen Tätigen auch Zusatzkodierungen für Faktoren der Inanspruchnahme dokumentiert, dem dort höheren Frauenanteil entsprechend geht das auch auf eine hohe Zahl kontrazeptiver Maßnahmen zurück, aber auch Vorsorgemaßnahmen sind bei diesen Berufsgruppen sehr verbreitet, so waren etwa 43,8% der Arzt- und Praxishilfen bei Untersuchungen zur Krebsvorsorge (Z12). Die Inanspruchnahme ist bei Beschäftigten in medizinischen Laboren nur unwesentlich geringer (43,7%).

Am unteren Ende der Rangreihe sind hingegen wie schon im Vorjahr die Schauspieler, Tänzer und Bewegungskünstler zu finden, von denen im aktuellen Berichtsjahr nur 52,0% in ambulanter Behandlung waren. Damit ist diese Berufsgruppe sogar noch ein deutliches Stück seltener in der ambulanten Versorgung in Erscheinung getreten als Landwirte (59,2%) sowie die Berufe im Bereich Veranstaltungsservice/-management (59,3%), die nachfolgend die geringsten Anteile Beschäftigter mit Diagnose aufweisen. Auch bei einzelnen Erkrankungsarten sind meist die Schauspieler, Tänzer und Bewegungskünstler diejenigen mit der geringsten Inanspruchnahmerate, gefolgt von den Land-, Tier- und Forstwirten. Auch Vorsorgemaßnahmen werden von diesen seltener in Anspruch genommen, hierbei sind es aber auch besonders Beschäftigte aus den „männerlastigen“ Berufen des Baugewerbes (z.B. niedrigster Wert für Krebsvorsorge bei Berufen in der Bodenverlegung, 4,4%), welche noch geringe Anteile aufweisen.

### 2.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

- Beschäftigte, die Helfer- bzw. Anlerntätigkeiten ausführen, sind verglichen mit anderen Beschäftigten weniger in ambulanter Behandlung gewesen.

- Männer mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion sind häufiger wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Behandlung, aber seltener wegen psychischer Störungen. Frauen in solcher Position sind seltener wegen Atmungssystem-Erkrankungen in Behandlung.
- Befristet Beschäftigte sind seltener bei Ärzten oder Therapeuten als unbefristet Tätige. Außerdem waren die unbefristet in Teilzeit tätigen Männer ebenfalls nur selten in ambulanter Behandlung – obwohl diese in der stationären Versorgung die meisten Krankenhaustage aufweisen.
- Ein deutlich geringerer Anteil der in Arbeitnehmerüberlassung Beschäftigten hat, verglichen mit anderen Beschäftigten, eine ambulante Diagnose erhalten. Zwar ist diese Beschäftigtengruppe im Durchschnitt jünger, aber auch z.B. bei Atmungssystem-Erkrankungen, die eigentlich bei jüngeren häufiger diagnostiziert werden, ist die Inanspruchnahme ambulanter Behandlung deutlich geringer.

### Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

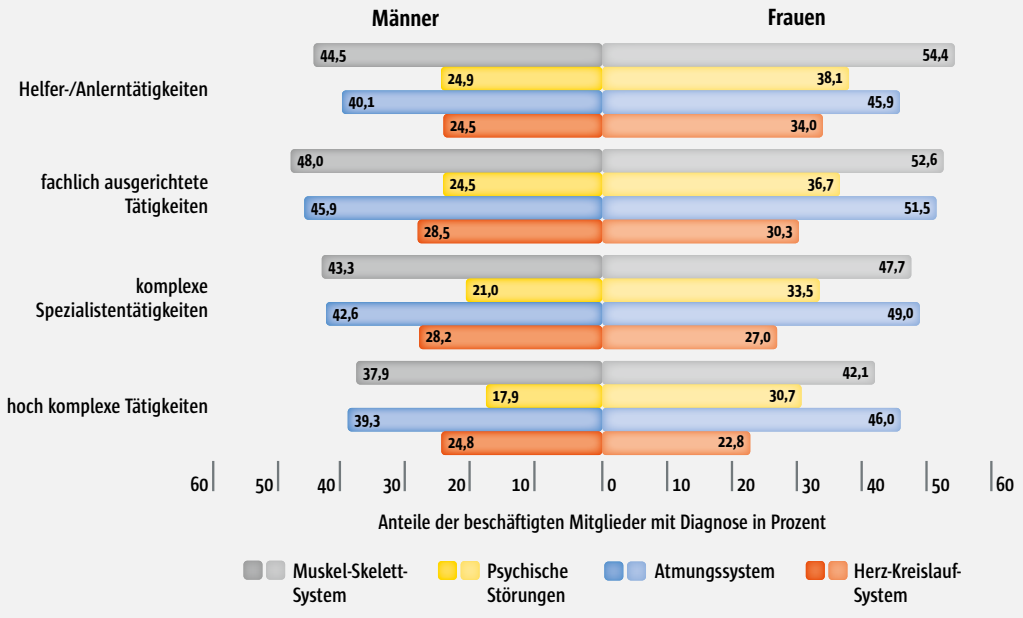
In den Analysen der weiteren Leistungsbereiche konnte im Zusammenhang mit dem Anforderungsniveau festgestellt werden: Im Durchschnitt gilt mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit, die Beschäftigte ausüben, dass diese seltener (und entsprechend in der Summe weniger Tage) arbeitsunfähig (III Kapitel 1.4.3) und ebenso seltener stationär in Behandlung (III Kapitel 3.4.3) sind. In der allgemeinen Betrachtung der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung muss diese Zusammenhangsaussage in der Form eingeschränkt werden (III Tabelle 2.4.2), dass zwar von den fachlich ausgerichteten Tätigkeiten, über komplexe Spezialistentätigkeiten bis zu hoch komplexen Tätigkeiten der Anteil der Tätigkeitsausübenden mit einer ambulant gestellten Diagnose abnimmt – der niedrigste Anteilswert ist hingegen bei den Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten zu finden, von denen nur 81% im aktuellen Berichtsjahr in ambulanter Behandlung waren. Diese Reihenfolge der Anteilswerte ist so auch getrennt nach Geschlecht vorzufinden. Entsprechend ist der größte Anteilswert bei den fachlich ausgerichtet tätigen Frauen zu finden, für die bei 93,5% eine ambulante Diagnose dokumentiert ist, der geringste Anteil Beschäftigter in ambulanter Behandlung ist wiederum bei den Männern mit Helfer- und Anlernertätigkeit vorzufinden (75,4%).

**Tabelle 2.4.2** Ambulante Versorgung –  
Anteile der beschäftigten Mitglieder  
mit Diagnose nach Anforderungsniveau  
der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht  
(Berichtsjahr 2016)

Anforderungsniveau	Geschlecht	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
Helfer-/Anlern-tätigkeiten	Männer	75,4
	Frauen	86,7
	Gesamt	81,0
fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Männer	84,6
	Frauen	93,5
	Gesamt	88,8
komplexe Spezialisten-tätigkeiten	Männer	82,7
	Frauen	92,3
	Gesamt	86,3
hoch komplexe Tätigkeiten	Männer	80,1
	Frauen	90,1
	Gesamt	83,9

Differenziert nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (III Diagramm 2.4.7) ergibt sich vor allem für die Frauen ein etwas anderes Muster. So sind die höchsten Anteilswerte von weiblichen Beschäftigten, bei denen Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Störungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen diagnostiziert worden sind, bei den Beschäftigten in Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten zu finden. Für diese drei Erkrankungsarten nehmen die Anteile der weiblichen Beschäftigten mit einer solchen Diagnose auch jeweils weiter ab, je höher das Tätigkeitsniveau ist – entsprechend ist für diese Erkrankungsarten der geringste Anteil bei Frauen in hoch komplexen Tätigkeiten vorzufinden. Bei den Erkrankungen des Atmungssystems sind es sowohl jeweils die Frauen als auch die Männer, die fachlich ausgerichtete Tätigkeiten verrichten, bei denen die größten Anteile in ambulanter Behandlung waren (51,5% bzw. 45,9%). Bei den Männern ist der größte Anteil der wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen ambulant Behandelten mit 48,0% bei den fachlich ausgerichteten Tätigkeiten zu finden. Auch bei den psy-

Diagramm 2.4.7 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



chischen Störungen weisen die männlichen Beschäftigten in Helfer- bzw. Anlerntätigkeiten mit 24,9% den höchsten Anteilswert auf. Um mehr als ein Viertel geringer (17,9%) ist hierbei der Anteil bei Männern, die hoch komplexe Tätigkeiten verrichten.

### Aufsichts- und Führungsverantwortung

Wie »» Tabelle 2.4.3 erkennen lässt, besteht nur ein geringer Unterschied hinsichtlich der allgemeinen Inanspruchnahme zwischen Beschäftigten mit und ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung. Allerdings zeigt sich, dass bei weiblichen Beschäftigten ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung der Anteil mit einer ambulanten Diagnose 93,0% und damit 2 Prozentpunkte mehr als bei denjenigen mit einer solchen Funktion beträgt. Bei den Männern ist dieser Unterschied wesentlich geringer (84,0% vs. 83,1%).

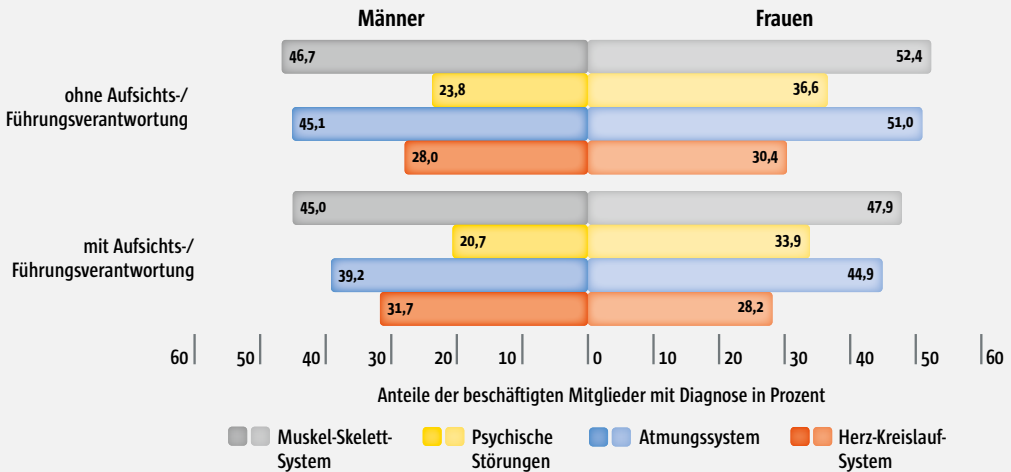
Betrachtet man auch hier wieder einzelne Erkrankungsarten ergeben sich jedoch deutlichere Unterschiede, hierbei sind aber als Ursachen auch Altersunterschiede zwischen den Gruppen zu berücksichtigen. So ist insbesondere der Anteil der Versicherten, die wegen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung in Behandlung waren, bei der durchschnittlich ältesten Gruppe im Vergleich – den männlichen Aufsichts- bzw. Führungspersonen – am höchsten (»» Diagramm 2.4.8). Dieses Ergebnis entspricht nur

»» Diagramm 2.4.8). Dieses Ergebnis entspricht nur

Tabelle 2.4.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Aufsichts-/ Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

Aufsichts-/Führungsverantwortung	Geschlecht	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
ohne Aufsichts-/ Führungsverantwortung	Männer	84,0
	Frauen	93,0
	Gesamt	88,1
mit Aufsichts-/ Führungsverantwortung	Männer	83,1
	Frauen	91,0
	Gesamt	85,1

Diagramm 2.4.8 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



wenig dem Bild in der stationären Versorgung: Männliche Aufsichts- bzw. Führungspersonen weisen gegenüber denjenigen ohne eine solche Funktion nur leicht mehr Behandlungstage aufgrund Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf, Frauen sind demgegenüber deutlich weniger Tage deswegen im Krankenhaus (» Kapitel 3.4.3). Hinsichtlich der drei weiteren hier dargestellten Krankheitsarten sind sowohl bei beiden Geschlechtern die Anteile Versicherten mit einer solchen Diagnose bei den Aufsichts- bzw. Führungsverantwortlichen niedriger als bei denen ohne eine solche Funktion. Der größte Unterschied besteht dabei noch bei den Männern, die aufgrund psychischer Störungen in Behandlung sind (23,8% vs. 20,7%). Nur vergleichsweise geringe Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung sind in der ambulanten Versorgung hingegen bei den Muskel-Skelett-Krankheiten zu finden, worin sich aber auch wieder ein gravierender Unterschied zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zeigt: Beschäftigte ohne eine solche Funktion fallen nämlich im Durchschnitt deutlich mehr Tage aufgrund solcher Erkrankungen (in 2016 über 50% mehr AU-Tage) arbeitsunfähig aus.

#### Vertragsform

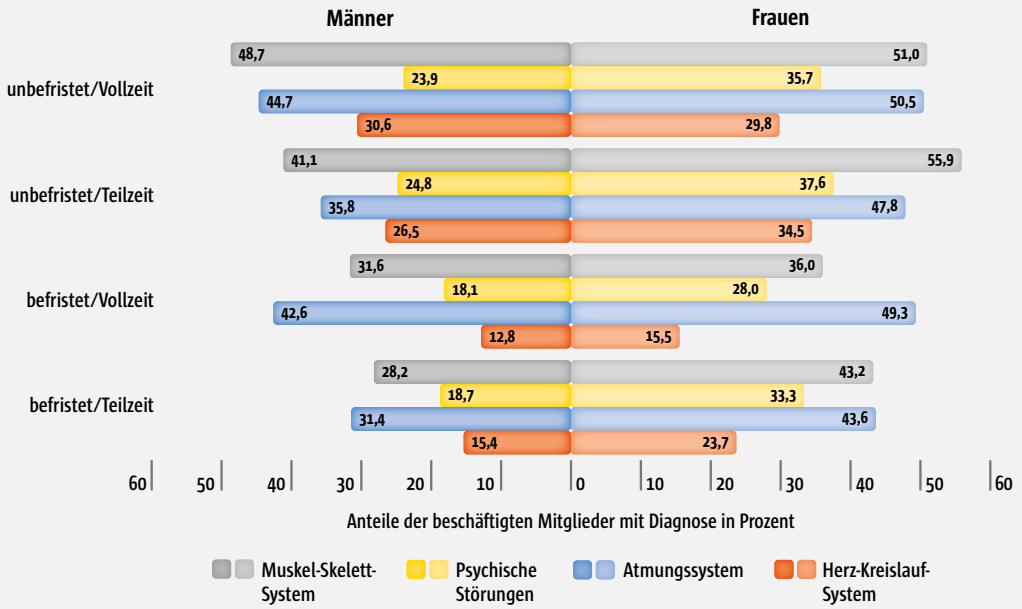
Im Vergleich unterschiedlicher Vertragsformen (» Tabelle 2.4.4) sind insbesondere die Unterschiede zwischen befristeten und unbefristeten Teilzeit-

Tabelle 2.4.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsform und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

Vertragsform	Geschlecht	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
unbefristet/Vollzeit	Männer	85,0
	Frauen	93,2
	Gesamt	87,6
unbefristet/Teilzeit	Männer	75,1
	Frauen	92,7
	Gesamt	89,9
befristet/Vollzeit	Männer	73,9
	Frauen	86,4
	Gesamt	79,2
befristet/Teilzeit	Männer	63,5
	Frauen	83,4
	Gesamt	78,4



Diagramm 2.4.9 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsform, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



verträgen sehr groß: Von denjenigen, die unbefristet in Teilzeit arbeiten, waren 89,9% in ambulanter Behandlung, während nur 78,4% der in befristet in Teilzeit Beschäftigten im aktuellen Berichtsjahr ambulant eine Diagnose erhalten haben. Hierbei ist zu bedenken, dass die unbefristet in Teilzeit Tätigen die älteste hier abgebildete Gruppe sind (Durchschnittsalter > 45 Jahre), während das Durchschnittsalter der befristet in Teilzeit Beschäftigten demgegenüber rund 5 Jahre niedriger ist. Die jüngste Subgruppe in diesem Vergleich sind allerdings die befristet in Vollzeit Beschäftigten (darunter fallen auch Auszubildende und Berufsanfänger), aber auch deren Inanspruchnahme ist höher als die der befristet in Teilzeit Arbeitenden. Bei Letztgenannten ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern zudem am größten: Der Anteil der befristet in Teilzeit beschäftigten Frauen mit Diagnose beträgt 83,4%, der Anteil der Männer in einer solchen Vertragsform hingegen nur 63,5%. Gegenüber dem Geschehen in der stationären Versorgung (Kapitel 3.4.3) zeigt sich insbesondere bei den Männern, die unbefristet in Teilzeit arbeiten, ein Kontrast: Von diesen ist nur ein unterdurchschnittlicher Anteil (75,1%) in ambulanter Behandlung gewesen, sie weisen aber die höchste Anzahl an stationären Behandlungstagen auf.

In der Differenzierung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Diagramm 2.4.9) sind es die Vollzeitbeschäftigten mit befristetem Vertrag, von denen der geringste Anteil eine Diagnose einer Herz-Kreislauf-Erkrankung bekommen hat (Männer: 12,8%; Frauen: 15,5%) – was auch aufgrund des schon zuvor erwähnten geringeren Altersdurchschnitts zu erwarten ist. Auch sind psychische Störungen in dieser Subgruppe sowohl bei den Männern (18,1%) als auch den Frauen (28,0%) beim relativ niedrigsten Anteil Grund einer Konsultation gewesen. Die höchsten Anteile mit diagnostizierten psychischen Störungen sind wiederum bei den unbefristet in Teilzeit Tätigen vorzufinden (Männer: 24,8%; Frauen: 37,6%). In dieser Subgruppe sind es auch die Frauen, die mit 55,9% den größten Anteil Beschäftigter aufweisen, die aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen in Behandlung war. Weiterhin auffällig ist außerdem der große Geschlechtsunterschied, der bei den befristet in Teilzeit Tätigen hinsichtlich Diagnosen aus dem Spektrum der psychischen Störungen besteht: Hier sind 33,3% der Frauen, aber nur 18,7% der Männer aufgrund einer solchen Diagnose in ambulanter Behandlung gewesen.

### Arbeitnehmerüberlassung

Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung sind im Durchschnitt etwa 3,6 Jahre jünger als jene, die in einem regulären Beschäftigungsverhältnis angestellt sind. Dies ist bei der Interpretation der in **»** Tabelle 2.4.5 dargestellten Anteilswerte zu berücksichtigen. Tatsächlich ist der Unterschied zwischen den beiden Vertragsform-Gruppen deutlich, so sind nur 69,8% der Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung, aber 88,3% der Beschäftigten in anderen Vertragsverhältnissen in 2016 in ambulanter Behandlung gewesen. Die Relationen bestehen auch in ähnlicher Form bei beiden Geschlechtern.

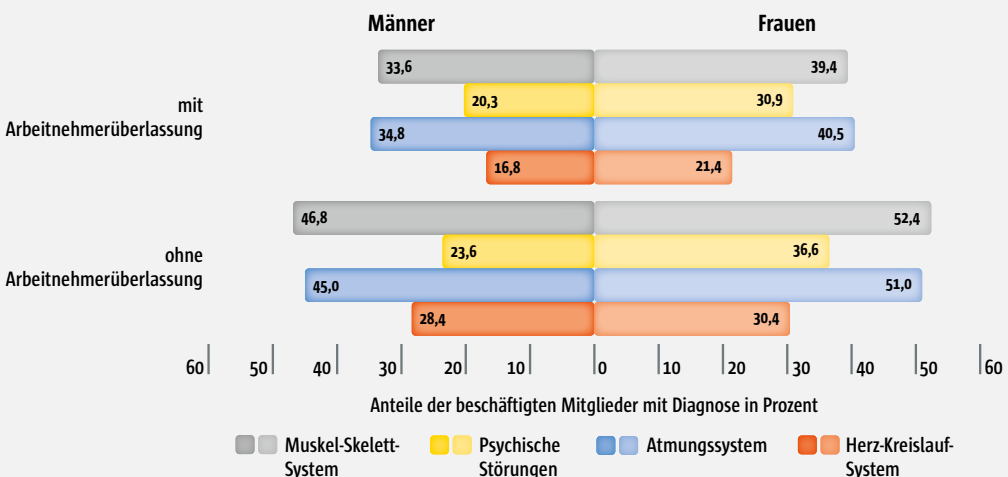
Auch in der Betrachtung nach einzelnen Diagnosehauptgruppen sind von den Beschäftigten in Leih- bzw. Zeitarbeit durchweg geringere Anteile in ambulanter Behandlung gewesen im Vergleich zu denen, die nicht in Arbeitnehmerüberlassung arbeiten. Bei den vier in **»** Diagramm 2.4.10 dargestellten Diagnosehauptgruppen ist die Differenz zwischen diesen beiden Gruppen am größten bei den Herz- Kreislauf-Erkrankungen, sowohl bei den Frauen (21,4% vs. 30,4%) also auch bei den Männern (16,8% vs. 28,4%). Da die Anteile der Versicherten mit einer solchen Diagnose mit zunehmendem Alter steigen (**»** Kapitel 2.2.1), ist zumindest die Richtung dieses Unterschieds auch entsprechend zu erwarten. Entgegengesetzt wäre hingegen die Erwartung bei den

**Tabelle 2.4.5** Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

Arbeitnehmerüberlassung	Geschlecht	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
mit Arbeitnehmerüberlassung	Männer	66,5
	Frauen	77,0
	Gesamt	69,8
ohne Arbeitnehmerüberlassung	Männer	84,2
	Frauen	93,1
	Gesamt	88,3

Atemwegserkrankungen – Versicherte sind mit steigendem Alter seltener aufgrund dessen in ambulanter Behandlung. Aber auch hier ist bei beiden Geschlechtern die Differenz deutlich, mit um mehr als ein Viertel höheren Anteilen bei denjenigen Beschäftigten, die nicht in Arbeitnehmerüberlassung tätig sind.

**Diagramm 2.4.10** Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



### Ausblick

Insgesamt zeigt sich auch in den hier aufgeführten arbeitsweltlichen Analysen, dass teils deutliche Unterschiede zwischen den verglichenen Versicherungsgруппen bestehen. Dabei fallen auch Unterschiede zu anderen Leistungsbereichen auf: Im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen und in der stationären Versorgung zeigt sich recht klar, dass mit steigendem Tätigkeitsniveau (und ebenso mit höherem Schul- bzw. Berufsabschluss) die Fallzahlen und daraus resultierende AU- und KH-Tage in der Regel geringer sind. In der ambulanten Versorgung sind es indes die Beschäftigten in Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten (genauso wie Beschäftigte ohne einen Schul- bzw. Berufsabschluss), die teils deutlich weniger als andere Beschäftigte in ambulanter Behandlung waren. Auch nehmen Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung fast immer in geringeren Anteilen ambulante Versorgung in Anspruch. Diese Unterschiede sind zum einen auch durch Altersunterschiede begründet (Beschäftigte ohne Ausbildungsabschluss, Leih-/Zeitarbeiter genauso wie befristet in Vollzeit Angestellte sind jünger als der Durchschnitt), andererseits sind für die benannten Gruppen auch Unterschiede im Gesundheitsverhalten bekannt, die wiederum Auswirkungen auf die Inanspruchnahme gerade von ambulanten Leistungen haben können<sup>2</sup>: So ist die subjektiv wahrgenommene Gesundheit bei Personen mit niedrigerem Sozialstatus im Durchschnitt schlechter, gleichzeitig sind gesundheits-schädliche Verhaltensweisen (Rauchen, Bewegungsmangel etc.) bei diesen verbreiteter, Präventionsmaßnahmen werden aber weniger in Anspruch genommen. Daneben ist ebenso zu berücksichtigen, dass insbesondere das Arbeiten unter Unsicherheit (Leih- und Zeitarbeit, Befristung, nach Arbeitslosigkeitserfahrung etc.), ein anderes Inanspruchnahmeverhalten bewirkt, z.B. trotz Krankheit zur Arbeit zu erscheinen. Dies kann gerade im ambulanten Versorgungssektor die Folge haben, dass Behandlungen

nicht oder erst spät eingeleitet werden, wenn die unmittelbaren Beeinträchtigungen und Beanspruchungen durch eine Erkrankung sowie deren Folgen als gering erachtet werden.

Die Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung und dabei insbesondere der einfachere und schnellere Zugang zu Leistungen im ambulanten Sektor können zumindest ermöglichen, dass notwendige Behandlungen genauso wie Präventionsangebote eher in Anspruch genommen werden. Dies hängt aber auch maßgeblich an der Akzeptanz von neuen, digitalen Services ab und gerade da gibt es deutliche Unterschiede, wie die **»»** Ergebnisse der BKK-Umfrage „Digitalisierung, Arbeit und Gesundheit“ zeigen: Eine Erinnerungsfunktion für Vorsorge-maßnahme wäre von vielen gewünscht, hingegen stößt die Kommunikation mit Behandelnden oder gar eine Online-Therapie auf mehr Skepsis. Der persönliche Kontakt bleibt weiterhin ein wichtiger Baustein der Gesundheitsversorgung. Auch für den Bereich der Gesundheitsförderung in Betrieben besteht ein Für und Wider: Neue digitale Kanäle bieten großes Potenzial, auch solche (Risiko-)Gruppen zu erreichen, die bislang wenig oder nicht daran teilgenommen haben. Diese ermöglichen einen (noch) niedrigschwelligeren Zugang, digitale Kommunikation allein hat aber möglicherweise nicht die gleiche Verbindlichkeit wie der direkte persönliche Kontakt. Eigene Motivation und Ausdauer bleiben weiterhin unabdingbar. Insgesamt wird es aber mit zunehmender Digitalisierung der Arbeitswelt auch immer wichtiger werden, im Arbeitskontext etwas für die Gesundheit der Beschäftigten zu tun. Schließlich werden neue Organisations- und Kommunikationsstrukturen und damit einhergehende Anforderungen an Arbeitsprozesse sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer vor eine Vielzahl von Herausforderungen stellen. Somit obliegt es auch beiden Parteien, der Gesundheit weiterhin eine hohe Priorität einzuräumen und entsprechende Arbeitsbedingungen aktiv mitzugestalten.

<sup>2</sup> siehe u.a.

- Robert Koch-Institut (Hrsg.). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, 2014
- Lampert, Kroll LE, von der Lippe E, Müters S, Stolzenberg H. Sozio-ökonomischer Status und Gesundheit Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsene in Deutschland (DEGS1), Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 814–821
- Altenhöner T, Philippi M, Böcken J. Gesundheitsverhalten und Änderungen im Gesundheitsverhalten – welche Relevanz haben Bildung und Schicht? Gesundheitswesen 2014; 76: 19–25

# Schwerpunkt Wissenschaft



# Ständige Erreichbarkeit und erweiterte Verfügbarkeit – Wirkungen und Möglichkeiten einer gesundheitsförderlichen Gestaltung

Jan Dettmers  
Medical School Hamburg (MSH)

## Einleitung und Ausgangslage

Mobile Informations- und Kommunikationstechnologien (IuK) wie mobiles Internet, Smartphones und Laptops bieten große Möglichkeiten im Hinblick auf Flexibilität von Unternehmen und Beschäftigten [1]. Diese Technologien können z.B. über Home-Office und räumlich verteiltes Arbeiten dazu beitragen, psychische Fehlbelastungen von Beschäftigten zu reduzieren, etwa indem sie die Vereinbarkeit von Arbeits- und privaten Erfordernissen unterstützen und neue Handlungsspielräume eröffnen [2]. Die Technologien ermöglichen es, dass Beschäftigte von verschiedensten Orten und Zeiten auf arbeitsbezogene Informationen zugreifen, diese weiterverarbeiten und Prozesse aus der Entfernung steuern können. Damit kann für viele Tätigkeitsbereiche prinzipiell jeder Ort in einen Arbeitsort und jede Tageszeit in Arbeitszeit verwandelt werden. Diese Möglichkeiten werden sowohl von Unternehmen, als auch von Beschäftigten geschätzt [2].

Neben den Chancen birgt der verstärkte Einsatz von IuK-Technologien im Arbeitskontext jedoch auch Risiken. Das sogenannte *Empowerment-Enslavement-Paradox* [3] beschreibt, wie die Potenziale der neuen Technologien in vielen Fällen mit der expliziten oder impliziten Anforderung einhergehen, diese Technologien auch zu nutzen und in den Dienst der unternehmerischen Flexibilität zu stellen [4]. Eines in diesem Zusammenhang in der Öffentlichkeit, aber auch im Rahmen von Gefährdungsbeurteilungen psychischer Belastungen viel diskutiertes Phänomen ist die Anforderung nach *erweiterter Verfügbarkeit* für die Arbeit („Ständige Erreichbarkeit“): Beschäftigte sind zunehmend nicht nur während abgegrenzter Arbeitszeiten und an definierten Arbeitsorten für die Erwerbsarbeit *verfügbar*, sondern auch darüber hinaus. Erweiterte Verfügbarkeit bedeutet in diesem Sinne, dass Beschäftigte über (mobile)

Endgeräte auch außerhalb der regulären Arbeitszeiten und Arbeitsorte erreichbar sind sowie von ihnen erwartet wird, zu reagieren, wenn kurzfristige Arbeitsanliegen anstehen. Die Anforderung kann explizit oder implizit von Vorgesetzten, Kollegen, Mitarbeitern, Geschäftspartnern oder Kunden ausgehen [5].

Umfragen ergeben, dass diese erweiterte Verfügbarkeit für die Arbeit in Deutschland und anderen Industrienationen mittlerweile weit verbreitet ist. Der *European Survey of Working Conditions* von 2013 ergab, dass 40% der europäischen Beschäftigten häufig (22,4%) oder zumindest manchmal (18,7%) außerhalb ihrer regulären Arbeit wegen erwerbsarbeitsbezogener Angelegenheiten kontaktiert werden [6]. Der Arbeitszeitreport der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin von 2016 [7] ergab, dass von 39% der Beschäftigten zumindest in Teilen erwartet wird, verfügbar zu sein. 35% der Befragten werden manchmal oder häufig in ihrer Freizeit kontaktiert. Und auch laut DGB Index *Gute Arbeit* [8] wird von 55% der Beschäftigten erwartet, dass sie auch in der Freizeit häufig oder oft für die Arbeit verfügbar sind, was eine deutlich steigende Tendenz gegenüber 27% im Jahre 2011 darstellt [9].

## Wirkungen von erweiterter Verfügbarkeit

Viele Beschäftigte scheinen subjektiv mit der Erreichbarkeit selbst kein Problem zu haben. Sie empfinden es als beruhigend, wenn sie auch im Urlaub ihre E-Mails prüfen und auch in Freizeit und Urlaub wissen, was im Büro passiert. Auch schätzen sie die Möglichkeit, Familie und Beruf besser zu vereinbaren, da die Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Informationen es ermöglicht, arbeitsbezogene Angelegenheiten ort- und zeitunabhängig zu bewältigen. Gleichzeitig belegen Studien, dass die Anforderung

nach erweiterter Verfügbarkeit mit Gesundheitsbeeinträchtigungen einhergeht.

So zeigen Ergebnisse von Querschnittsuntersuchungen, dass erweiterte Verfügbarkeit mit verminderter Stimmung, emotionaler Erschöpfung, schlechterer Schlafqualität, physischen Gesundheitsproblemen wie Rücken- und Nackenschmerzen sowie Absentismus einhergeht [6, 7, 11, 12, 13]. Studien mit Längsschnittdesigns [13] und Verlaufsdaten [14] legen nahe, dass die erweiterte Verfügbarkeit tatsächlich kausal mit Gesundheitsbeeinträchtigungen zusammenhängt.

Um Ansätze für gesundheitsförderliche Interventionen zu finden, ist es wichtig, die Wirkweise von erweiterter Verfügbarkeit zu verstehen. Aus arbeitspsychologischer Sicht lassen sich verschiedene Wirkpfade zur Erklärung potenziell negativer Wirkungen von Verfügbarkeit unterscheiden (»»» Abbildung 1).

Einerseits kann die erweiterte Verfügbarkeit dazu führen, dass Beschäftigte tatsächlich mehr arbeiten [15]: Wenn Beschäftigte beispielsweise nach einem regulären Arbeitstag von acht Stunden am Feierabend noch einmal angerufen werden, um kurzfristige Arbeitsaufträge zu übernehmen oder zu beenden, bedeutet dies Mehrarbeit oder Überstunden im klassischen Sinne, die auf lange Sicht mit Gesundheitsbeeinträchtigungen einhergehen können [16]. Eine besondere Bedeutung dieser Mehrarbeit für die Gesundheit ergibt sich daraus, dass die Arbeit dann unter besonderen Umständen stattfindet, also z.B. unter hohem Zeitdruck, mit eingeschränkten Kooperationsmöglichkeiten, an ergonomisch schlecht gestalteten Arbeitsplätzen und mit handfesten arbeitsorganisatorischen Problemen, wie Informationsproblemen und Störungen der Arbeitsabläufe durch parallele Anforderungen aus dem privaten Lebensbereich. Erweiterte Verfügbarkeit kann also zu Extensivierung der Arbeitszeit mit zusätzlichen und

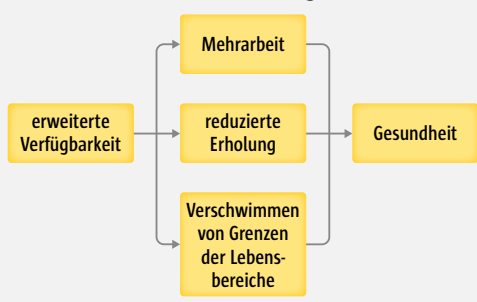
teilweise spezifischen Arbeitsanforderungen und Belastungen führen und auf diese Art und Weise Gesundheitsbeeinträchtigungen auslösen [17].

Viele Studien zur Wirkung von Verfügbarkeit nutzen die Häufigkeit von Anrufen außerhalb der regulären Arbeitszeit als Indikator für erweiterte Verfügbarkeit und setzen diese in Beziehung zu Gesundheitsindikatoren wie Gesundheitsproblemen, Absentismusraten und wahrgenommenem Stress [6, 12]). Andererseits konnte gezeigt werden, dass Gesundheitsbeeinträchtigungen auch dann auftreten, wenn es zu keinem Arbeitseinsatz kommt [18, 5]. Das heißt, auch ohne einen konkreten Arbeitseinsatz, also ohne Mehrarbeit im engeren Sinne, erfolgen Beeinträchtigungen für das Wohlbefinden. Die bloße Anforderung, für die Arbeit verfügbar zu sein, erzeugt eine besondere Situation, die sich unabhängig von den konkreten Arbeitseinsätzen negativ auf das psychische Befinden auswirken kann.

Erweiterte Verfügbarkeit kann eine dauerhafte Unsicherheit implizieren bezüglich der Frage, wann eine Arbeitsanforderung auftritt und welche konkreten Anforderungen bestehen werden. Diese zeitliche Unvorhersehbarkeit bedeutet eine dauerhafte Aktivierung [19] und kann möglicherweise sogar antizipatorische Stresseffekte auslösen [20]. Vor allem aber gibt es Belege für die Annahme, dass sich erweiterte Verfügbarkeit auf Erholungsprozesse auswirken kann, die wiederum eine Vielzahl an Auswirkungen auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Beschäftigten haben [22, 23, 24]. Das für eine effektive Erholung zentrale Element des sich Distanzierens von den Arbeitsanforderungen („Abschalten können“; [25]) kann nur noch eingeschränkt erfolgen, wenn Beschäftigte weiter für die Arbeit verfügbar sind in Zeiten, die eigentlich der Freizeit und Erholung gewidmet sind. Sonntagag, Kuttler, et al. (2010) [25] berichten etwa von negativen Zusammenhängen zwischen einem Arbeitsplatz zu Hause und dem Abschalten können von der Arbeit. Derks et al. (2014) [14] berichten negative Effekte der arbeitsbezogenen Smartphonennutzung auf das Abschalten können von der Arbeit.

Eine andere wichtige psychologische Komponente von Erholung ist nach Sonntagag und Fritz (2007) [24] das Gefühl der Selbstbestimmtheit in der Freizeit („Control“). Es geht dabei um das zentrale Merkmal von Freizeit im engeren Sinne, dass Personen in der Freizeit selbst bestimmen, welche Aktivitäten sie wann unternehmen. Auch dieses Gefühl der Selbstbestimmtheit droht eingeschränkt zu sein, wenn eine dauerhafte Erwartung herrscht, durch eine Arbeitsangelegenheit unterbrochen zu werden. Er-

**Abbildung 1** Erklärung der beeinträchtigenden Wirkung von erweiterter Verfügbarkeit



gebnisse einer Tagebuchstudie [6] zeigen, dass erweiterte Verfügbarkeit die Erfahrung der Selbstbestimmtheit in der Freizeit reduziert und dies wiederum zu einer Einschränkung des psychischen Wohlbefindens beiträgt.

Sogenannte Grenztheorien (z.B. Work-Home Boundary Theory; [26, 27, 28]) nehmen an, dass physische und mentale Grenzen zwischen den verschiedenen Lebensbereichen für Menschen eine wichtige Orientierung liefern, um möglichst optimal den jeweiligen Rollen in den verschiedenen Lebensbereichen gerecht zu werden. Menschen unterscheiden sich darin, wie strikt oder durchlässig sie diese Grenze gestalten [29]. Die meisten empirischen Ergebnisse sprechen jedoch dafür, dass sehr durchlässige Grenzen zwischen den Lebensbereichen, durch die dauerhaft Elemente des eigenen Lebensbereichs (z.B. Arbeit) in den anderen Lebensbereich (z.B. Familie) eindringen, mit dem Verschwimmen verschiedener Rollen sowie mit potenziellen Rollenkonflikten und Stress einhergehen [30, 31]. Bei erweiterter Verfügbarkeit sind Betroffene mit gleichzeitigen und miteinander konkurrierenden Anforderungen aus verschiedenen Lebensbereichen konfrontiert, die häufig nur schwer miteinander zu koordinieren sind. Eine ganze Reihe von Studien bestätigen den Zusammenhang von erweiterter Verfügbarkeit und solchen Rollenkonflikten („Work-Family Conflict“; [13, 32]).

## Gestaltung von Verfügbarkeit

Trotz der recht eindeutigen Befundlage bezüglich der beeinträchtigenden Wirkungen gibt es bislang wenig überzeugende Konzepte, wie Unternehmen dem Phänomen erweiterte Verfügbarkeit und dessen gesundheitsbeeinträchtigenden Folgen begegnen können. Spektakuläre Maßnahmen wie etwa bei der Volkswagen AG, bei der durch technische Maßnahmen arbeitsbezogene Kommunikation außerhalb der regulären Arbeitszeiten unterbunden wurde, sind entweder sehr aufwändig oder mit Nebenwirkungen verbunden, sodass neben den Risiken der Informations- und Kommunikationstechnologien (IuK) auch deren Chancen reduziert wurden, was gleichermaßen von Unternehmen wie Beschäftigten bemängelt wird. In einer Expertenbefragung der Initiative Gesundheit und Arbeit IGA [33] erkannte die große Mehrheit der befragten Expertinnen und Experten einen klaren Handlungsbedarf in Unternehmen und Organisationen. Die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers gebietet es, die beschriebenen negativen gesundheitlichen Folgen wirksam einzudämmen, ohne die

positiven Potenziale flexibler Arbeit einzuschränken. Erforderlich ist daher ein Präventionskonzept, welches für unterschiedliche Unternehmensarten und -größen anwendbar ist und gleichzeitig geeignet ist, Risiken des Gebrauchs von neuen IuK-Technologien wie bei der erweiterten Verfügbarkeit zu minimieren und gleichzeitig die Chancen bestehen zu lassen.

Einen wichtigen Ansatzpunkt liefert eine Reihe von Studien [14, 34], die zeigen, dass es erhebliche Unterschiede in den Wirkungen der jeweils praktizierten erweiterten Verfügbarkeit und den davon betroffenen Personen gibt. Einerseits scheint es Personen zu geben, die besser mit der Anforderung nach erweiterter Verfügbarkeit umgehen können als andere. Hier spielen individuelle Strategien, Neigungen, aber auch sogenannte Erholungskompetenzen eine Rolle [19, 35, 36]. Andererseits zeigen die Studien, dass es nicht *die* ständige Erreichbarkeit oder *die* erweiterte Verfügbarkeit an sich gibt, sondern immer spezifische in den jeweiligen Unternehmen praktizierte Formen von erweiterter Verfügbarkeit, wovon einige sich als gesundheitsbeeinträchtigender erweisen als andere.

Die Literatur zu IuK-Technologien zeigt, dass die flexibler werdenden Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit neben Risiken auch eine Reihe von Vorteilen für Beschäftigte bringen können [37, 38]. Im sogenannten Information-Communication-Use-Model nehmen Day et al. (2010) [39] an, dass die wahrgenommenen Vorteile der IuK-Nutzung die potenziellen negativen Effekte auch im Hinblick auf die Gesundheit abpuffern können. Bezogen auf die erweiterte Verfügbarkeit bestätigen unsere Studien (z.B. [40]), dass wahrgenommene Vorteile von erweiterter Verfügbarkeit den negativen Wirkungen entgegenwirken können. Beispiele dieser Vorteile durch erweiterte Verfügbarkeit sind etwa die autonome, zeitliche und räumliche Planung der eigenen Arbeit, größere Handlungsspielräume und eine bessere Koordination von beruflichen und privaten Angelegenheiten [11]. Neben den individuellen Flexibilitätsvorteilen kann die Anforderung nach erweiterter Verfügbarkeit auch zur Bereitstellung von arbeitsbezogenen Ressourcen beitragen. Eine allgemeine Kultur der Verfügbarkeit und damit die Verfügbarkeit von Kollegen und Vorgesetzten kann die Kooperation und Koordination erleichtern und einen leichteren Zugang zu sozialer Unterstützung ermöglichen [41].

Neben diesen direkten Vorteilen zeigen unsere Studien (z.B. [34]), dass bestimmte Gestaltungsmerkmale der Verfügbarkeit den Betroffenen helfen, mit Verfügbarkeitsanforderungen umzugehen und



weniger Beeinträchtigungen zu erfahren. Aus einer Arbeitsgestaltungsperspektive können etwa Fehlbelastungen auftreten, wenn die Beschäftigten mit Arbeitsanforderungen konfrontiert sind, ohne dass sie die notwendigen Ressourcen und Arbeitsmittel zur Bewältigung dieser Aufgaben haben. Studien zeigen, dass daher schon eine geeignete Ausstattung der Beschäftigten im Sinne von Werkzeugen und Informationszugängen dazu beitragen kann, negative Wirkungen von erweiterter Verfügbarkeit abzuschwächen [6]. Weiter scheint den Beschäftigten im Umgang mit Verfügbarkeit zu helfen, wenn sie selber Einfluss auf mögliche Anrufe haben und wenn ein gewisses Maß an Vorhersehbarkeit vorhanden ist [42]. Beides kann dazu beitragen, die Freizeit besser um die Arbeitsanforderungen herum zu planen und so Erholung zu fördern. In der Praxis lässt sich das häufig durch eine bessere Organisation und Kommunikation von möglichen Verfügbarkeitsanforderungen fördern.

Schließlich zeigen weitere Studien (z.B. [33]), dass vielfach wahrgenommene Anforderungen nach Verfügbarkeit nicht den tatsächlichen Erwartungen des Arbeitgebers oder Vorgesetzten entsprechen. Aufgrund fehlender expliziter Regelungen kommt es zu Missverständnissen. Hier gilt es, bestehende Regelungen zu analysieren und die wahrgenommene Legitimität von Regelungen zu überprüfen.

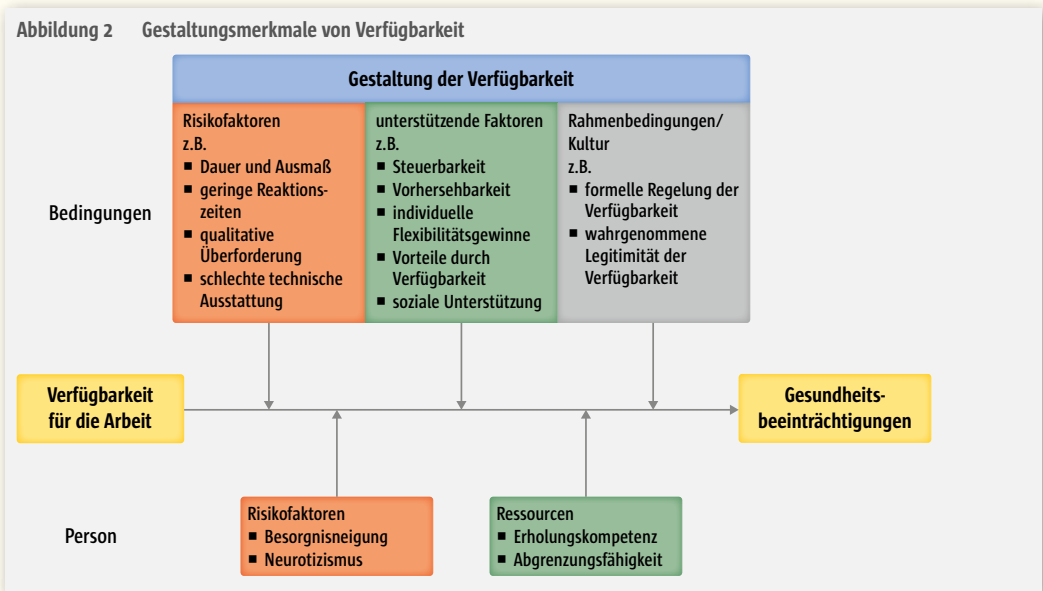
Ausgehend von diesen empirischen Befunden können eine Reihe von Gestaltungsmerkmalen ab-

geleitet werden, die potenziell gesundheitsbeeinträchtigende Wirkungen von erweiterter Verfügbarkeit beeinflussen und ggfs. minimieren lassen. Wie alle Arbeitsbedingungen kann auch die Verfügbarkeit für die Arbeit Eigenschaften für die Betroffenen haben, die die gesundheitliche Beanspruchung erhöhen (Stressoren) und andere Eigenschaften, die von den Betroffenen als Ressource genutzt werden können. »»» Abbildung 2 fasst die verschiedenen Merkmale zusammen.

Für die Praxis bedeuten diese Befunde, dass es möglich ist, kritische Merkmale der in einem Unternehmen praktizierten Verfügbarkeit zu identifizieren, die mit gesundheitlichen Folgen einhergehen.

### »»» Analyse der kritischen Merkmale von Verfügbarkeit

1. Anforderungen nach erweiterter Verfügbarkeit
  - Höhe und Quelle der Anforderung nach Verfügbarkeit
  - Dauer und Lage der Verfügbarkeit
  - Häufigkeit, Zeiten und Aufwand der Inanspruchnahmen/Anrufe
2. Ressourcen
  - Steuerungsmöglichkeiten und Bewältigungsmöglichkeiten von Verfügbarkeit
  - wahrgenommener Nutzen der eigenen Erreichbarkeit
  - wahrgenommener Nutzen der allgemeinen Verfügbarkeit



3. Regelungen und wahrgenommene Legitimität der Verfügbarkeit
  - Regelung der Verfügbarkeit
  - Legitimität der Verfügbarkeit
4. Gestaltung potenzieller Inanspruchnahmen der Verfügbarkeit (wenn aus Verfügbarkeit Arbeit resultiert)
  - Ausstattung und Arbeitsfähigkeit außerhalb der Arbeit
  - Rollenkonflikte und organisatorische Probleme
  - Zeitdruck
  - Handlungsspielräume
  - soziale Unterstützung

Die Kenntnis der Ausprägung dieser Merkmale ermöglicht es dann, gezielt an relevanten Stellschrauben zu drehen, um in der konkreten Situation zu einer besseren Gestaltung der Verfügbarkeit zu gelangen.

#### Interventionskonzept für die gesundheitsförderliche Gestaltung von erweiterter Verfügbarkeit

In einem gemeinsamen Projekt mit der Verwaltungsberufsgenossenschaft (VBC) wird seit Februar 2017 ein ganzheitliches Präventionskonzept erprobt, welches die Befunde der empirischen Forschung zum Thema erweiterte Verfügbarkeit aufgreift. Es beinhaltet grob sechs Schritte (»» siehe auch Abbildung 3).

#### Schritt 1: Analyse der kritischen Merkmale von Verfügbarkeit

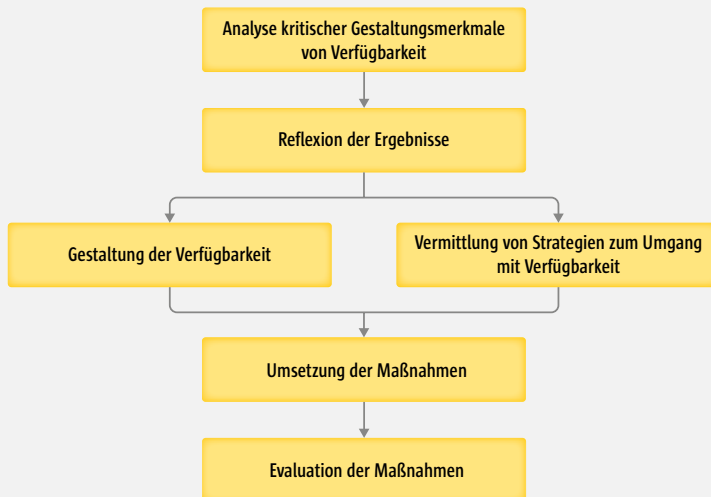
In einem ersten Schritt wird die Analyse der relevanten Merkmale der Verfügbarkeit vorgenommen. Vergleichbar der Vorgehensweise bei der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen werden mit einem Fragebogen die kritischen Gestaltungsmerkmale aus Mitarbeitersicht erfasst (siehe Auflistung im vorherigen Abschnitt). Der Wahrnehmung der Mitarbeiter muss die Sicht der Vorgesetzten gegenübergestellt werden. Gerade Missverständnisse zwischen den tatsächlichen Anforderungen durch Vorgesetzte und den wahrgenommenen Erwartungen sind prägend für die Belastungen durch Verfügbarkeit.

#### Schritt 2: Rückmeldung der Ergebnisse und Reflexion der kritischen Merkmale der praktizierten Verfügbarkeit

Die Ergebnisse der Analyse werden aufbereitet und dienen als Ausgangspunkt für einen Workshop mit einer vertiefenden Analyse. Hier werden Fragen geklärt, wie:

- Was bedeuten die Ausprägungen der kritischen Merkmale konkret?
- An welchen Stellen lassen sich Gestaltungsmerkmale optimieren, welche Merkmale lassen sich schwerer verändern?
- An welchen Stellen kann die Anforderung der Verfügbarkeit klarer geregelt werden?
- Wie können Ressourcen für den Umgang mit Verfügbarkeit gestärkt werden?
- Welche Aspekte spielen sonst noch eine Rolle?

Abbildung 3 Interventionskonzept zum Umgang mit erweiterter Verfügbarkeit



### *Schritt 3: Entwicklung von Maßnahmen zur Neugestaltung der praktizierten Verfügbarkeit*

Schließlich mündet der Workshop in der Erstellung eines Handlungsplans zur Neugestaltung der praktizierten Verfügbarkeit. Zur Reduktion der konkreten Verfügbarkeitsanforderungen können klarere Regeln eingeführt werden, wann erweiterte Verfügbarkeit überhaupt erforderlich ist und wann explizit nicht. Dies kann gleichzeitig zur Legitimität der erweiterten Verfügbarkeit beitragen. Zur Steigerung von Ressourcen können bessere Absprachen im Team vereinbart und zur Erhöhung der Steuerbarkeit getroffen werden oder technische Lösungen zur Steigerung der Vorhersehbarkeit von möglichen Anrufern implementiert werden.

### *Schritt 4: Individuelle Strategien im Umgang mit der praktizierten Verfügbarkeit*

Neben der Gestaltung der Merkmale der Verfügbarkeit kann an dieser Stelle auch ein Austausch über individuelle Strategien erfolgen. Zudem können an dieser Stelle personenbezogene Maßnahmen empfohlen werden. Gemäß den Befunden zu individuellen Ressourcen im Umgang mit Verfügbarkeit sind hier insbesondere Maßnahmen zur Förderung von Erholungskompetenzen [43] oder zur Gestaltung der Grenzen zwischen den Lebensbereichen (Boundary Management; [44]) zu empfehlen.

### *Schritt 5: Start der Umsetzung der beschlossenen Maßnahmen und Umsetzungsüberprüfung*

Im Anschluss an den Workshop erfolgt eine Prozessevaluation und die Umsetzung der beschlossenen Maßnahmen wird in Angriff genommen. Nach sechs bis acht Wochen wird der Start der Umsetzung überprüft.

### *Schritt 6: Nachhaltige Wirksamkeitsevaluation*

Nach 6 Monaten erfolgt es eine weitere Analyse. Bei Erfolg der Präventionsmaßnahme sollten sich zu diesem Zeitpunkt sowohl die adressierten kritischen Merkmale der Verfügbarkeit als auch Gesundheitsindikatoren verbessert haben.

## Fazit

Wie beschrieben, haben sich in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Forschungsvorhaben mit der Frage beschäftigt, ob und wie sich das immer weiter verbreitete Phänomen der erweiterten Verfügbarkeit auf die Gesundheit auswirkt. Die Ergebnisse bestätigen eine durchaus kritische Sicht auf dieses Phä-

nomen, indem konsistent gezeigt werden kann, dass erweiterte Verfügbarkeit mit Gesundheitsrisiken einhergeht. Gleichzeitig nimmt die Anforderung für Beschäftigte, flexibel auch jenseits der regulären Arbeitsplätze und Arbeitsorte verfügbar zu sein, tendenziell zu und wird auch von Beschäftigten nicht nur negativ gesehen und von Unternehmen zum Teil als nicht vollständig verzichtbar angesehen. Gerade aus diesen Gründen erscheint es wichtig und sinnvoll, die Anforderung nach erweiterter Verfügbarkeit nicht nur eindimensional als gut oder schlecht zu betrachten, sondern differenziert die spezifischen Merkmale der jeweils praktizierten Formen von Verfügbarkeit zu betrachten. Bestehende Forschungsarbeiten zu konkreten Merkmalen der Verfügbarkeit, die gesundheitsbeeinträchtigende Wirkungen entweder puffern oder verstärken können, bieten mittlerweile ein gutes Grundgerüst, aus dem sich bedient werden kann, um Verfügbarkeit gesundheitsförderlich zu gestalten. Das hier beschriebene Präventionskonzept ist ein erster Ansatzpunkt und wird durch die geplante systematische Evaluation noch genaueren Aufschluss darüber geben, welche Gestaltungsansätze eine besonders große gesundheitsförderliche Wirkung entfalten können und auch was unter welchen Umständen tatsächlich realisierbar ist.

## Literatur

1. Towers I, Duxbury L, Higgins C, Thomas J. Time thieves and space invaders: Time technology, work and the organization. *Journal of Organizational Change Management* 2006; 19(5): 593–618
2. Middleton CA, Sheepers H, Cukier W. Exploring the Contradictions of Mobility: A Case Study of Black Berry Users in Canada. *Proceedings of the Hong Kong Mobility*. Hong Kong: HKUST, 2005: 299–309
3. Jarvenpaa S, Lang K, Tuunainen V. Friend or foe? The ambivalent relationship between mobile technology and its users. *Designing Ubiquitous Information Environments: Socio-Technical Issues and Challenges*. New York: Springer, 2005: 29–42
4. Berkowsky RW. When You Just Cannot Get Away. *Information, Communication & Society* 2013; 16(4): 519–541
5. Dettmers J, Vahle-Hinz T, Bamberg E, Friedrich N, Keller M. Extended Work Availability and Its Relation With Start-of-Day Mood and Cortisol. *Journal of Occupational Psychology* 2016; 21(1): 105–118
6. Arlinghaus A, Nachreiner F. When work calls – Associations between being contacted outside of regular working hours for work-related matters and health. *Chronobiology International* 2013; 30(9): 1197–1202
7. Arbeitszeitreport Deutschland 2016. Dortmund/Berlin/Dresden 2016
8. DGB. DGB Index Gute Arbeit – Der Report. Berlin: Institut DGB-Index Gute Arbeit 2015

9. DGB. Jahresbericht des DGB Bundesvorstandes 2012: Bericht zur gewerkschaftlichen und gesellschaftspolitischen Lagebericht 2012
10. Diaz I, Chiaburu DS, Zimmerman RD, Boswell WR. Communication technology: Pros and cons of constant connection to work. *Journal of Vocational Behavior* 2012; 80(2): 500–508
11. Galvin P, Schieman S. Work-Family Conflict: The Moderating Influence of Job Resources and Job Demands. *Work and Occupations* 2012; 39(1): 71–98
12. Voydanoff P. Consequences of boundary-spanning demands and resources for work-to-family conflict and perceived stress. *Journal of Occupational Health Psychology* 2005; 10(4): 491–503
13. Dettmers J. How extended work availability affects well-being: The mediating roles of psychological detachment and work-family conflict. *Work & Stress* 2017, 31(1): 24–41
14. Derks D, Mierlo H van, Schmitz E. A diary study on work-related smartphone use, psychological detachment and exhaustion: Examining the role of the perceived segmentation norm. *Journal of Occupational Health Psychology* 2014; 19(1): 74–84
15. Towers I, Duxbury L, Thomas J. Shifting Boundaries: Technology, Time, Place and Work. 23rd Annual International Labour Process Conference 2005, Glasgow
16. Seifert H, Büssing A. Sozialverträgliche Arbeitsgestaltung. München: Rainer Hampp Verlag, 1995: 15–30
17. Nicol A-M, Botterill JS. Environmental Health: A Global On-call work and health: a review. *Environmental Health: A Global Access Science Source* 2004; 3(15): 1–7
18. Bamberg E, Dettmers J, Funck H, Krähe B, Vahle-Hinz T. Effects of On-Call Work on Well-Being: Results of a Daily Survey. *Applied Psychology: Health and Well-Being* 2012; 4(3): 299–320
19. Lambert SJ. Making a difference for hourly employees. *Work-life policies* 2009: 169–195
20. Brosschot JF, Pieper S, Thayer JF. Expanding stress theory: prolonged activation and perseverative cognition. *Psychoneuroendocrinology* 2005, 30(10): 1043–1049
21. Geurts SAE, Sonnentag S. Recovery as an explanatory mechanism in the relation between acute stress reactions and chronic health impairment. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2006, 32(6): 482–492
22. Zijlstra F, Cropley M. Recovery after work. *Work-life balance: A psychological perspective* 2006: 219–234
23. Sonnentag S, Fritz C. The Recovery Experience Questionnaire: development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. *Journal of Occupational Health Psychology* 2007, 12(3): 204–221
24. Binnewies C, Sonnentag S, Mojza EVAJ. Daily performance at work: feeling recovered in the morning as a predictor of day-level job performance. *Journal of Organizational Behavior* 2009, 30(1): 67–93
25. Sonnentag S, Kuttler I, Fritz C. Job stressors, emotional exhaustion, and need for recovery: A multi-source study on the benefits of psychological detachment. *Journal of Vocational Behavior* 2010, 76(3): 355–365
26. Ashforth BE, Kreiner GE, Fugate M. All in a day's work: Boundaries and micro role transitions. *Academy of Management Review* 2000; 25 (3): 472–491
27. Clark SC. Work/Family Border Theory: A New Theory of Work/Family Balance. *Human Relations* 2000; 53(6): 747–770
28. Nippert-Eng CE. *Home and Work: Negotiating the Boundaries of Everyday Life*. Chicago: The University of Chicago Press 1996
29. Kreiner GE. Consequences of work-home segmentation or integration: a person-environment fit perspective. *Journal of Organizational Behavior* 2006; 27(4) 485–507
30. Leung L. Effects of ICT connectedness, permeability, flexibility and negative spillovers on burnout and job and family satisfaction. *Human Technology* 2011; 7(3): 250–267
31. Sonnentag S, Kuttler I, Fritz C. Job stressors, emotional exhaustion, and need for recovery: a multisource study on the benefits of psychological detachment. *Journal of Vocational Behavior* 2010; 76(3): 355–365
32. Schieman S, Galvin P. Trouble at the Border: Gender, Flexibility at Work, and the Work-Home Interface. *Social Problems* 2008; 55(4): 590–611
33. Strobel H. Auswirkungen von ständiger Erreichbarkeit und Präventionsmöglichkeiten – iga.Report 23. Berlin: 2013
34. Dettmers J, Bamberg E, Seffzek K. Characteristics of Extended Availability for Work: The Role of Demands and Resources. *International Journal of Stress Management* 2016
35. Clauß E, Hoppe A, Schachler V, Dettmers J. Erholungskompetenz bei Berufstätigen mit hoher Autonomie und Flexibilität. *Personal Quarterly* 2016; 16(2): 22–27
36. Pangert B, Schüpbach H. The effects of work-related extended availability on life-domain-balance and health. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2013
37. Golden AG, Geisler C. Work-life boundary management and the personal digital assistant. *Human Relations* 2007; 60(3): 519–551
38. Kreiner G. Balancing borders and bridges: Negotiating the work-home interface via boundary work tactics. *The Academy of Management* 2009
39. Day A, Scott N, Kelloway EK. Information and Communication Technology: Implications for Job Stress and Employee Well-Being. *New Developments in Theoretical and Conceptual Approaches to Job Stress*. Bingley: Emerald Group Publishing Limited 2010: 317–350
40. Dettmers J. Extended Availability for Work by ICT – The Role of Perceived Flexibility Advantages and Legitimacy of Organizational Availability Requirements. 50. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Leipzig 2016
41. Richardson KM, Thompson CA. High Tech Tethers and Work-family Conflict: A Conversation of Resources Approach. *Engineering Management Researches* 2012; 1(1): 29–43
42. Kossek EE, Lautsch BA, Eaton SC. Telecommuting, control, and boundary management: Correlates of policy use and practice, job control, and work-family effectiveness. *Journal of Vocational Behavior* 2006, 68(2): 347–367
43. Hahn VC, Binnewies C, Sonnentag S, Mojza EJ. Learning how to recover from job stress: effects of a recovery training program on recovery, recovery-related self-efficacy, and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology* 2011; 16(2): 202–216
44. Rexroth M, Feldmann E, Peters A, Sonntag K. Learning how to Manage the Boundaries Between Life Domains – Effects of a Boundary Management Intervention on Boundary Management, Recovery, and Well-Being. *Zeitschrift Für Arbeits- und Organisationspsychologie* 2015



Prof. Dr. Jan Dettmers

Studium der Psychologie, Informatik und Soziologie an den Universitäten Hamburg und La Sapienza Rom. Seit 2015 Professor für Arbeits- und Organisationspsychologie an der Medical School Hamburg (MSH). Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Arbeit und Gesundheit sowie entsprechenden arbeitspsychologischen Interventionen, insbesondere bei neuen, flexiblen Formen der Arbeit. Freiberuflich engagiert sich Jan Dettmers in der Entwicklung und Durchführung unternehmensspezifischer Vorgehensweisen bei der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen.

# Internet- und mobile-basierte Interventionen für Personen mit psychischen Belastungen und Störungen

Natalie Bauereiß<sup>1</sup>, Eileen Bendig<sup>1</sup>, David Daniel Ebert<sup>2</sup> und Harald Baumeister<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universität Ulm

<sup>2</sup> Universität Erlangen-Nürnberg

Die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung wird auf knapp ein Drittel geschätzt, wobei Angst und Depression den größten Anteil bilden [1–4]. Psychische Störungen stellen einen zentralen Grund für Krankheitsausfälle, Berufsunfähigkeit sowie Frühberentungen dar und verursachen somit hohe direkte und indirekte Kosten sowohl für den Einzelnen als auch für das Gesundheitssystem [3, 5–8]. Trotz des hohen Bedarfs und der weitreichenden Folgen erhält ein großer Anteil derjenigen, die eine psychische Störung aufweisen, keine adäquate Versorgung [9, 10]. Zu einer Unterversorgung tragen sowohl strukturelle als auch individuelle Barrieren bei [11]. Zum einen warten Patienten in Deutschland mitunter mehrere Monate auf einen Psychotherapieplatz [12–14]. Zum anderen verhindern persönliche Barrieren wie Zeitmangel oder Stigmatisierungsängste sowie ablehnende Einstellungen gegenüber etablierten Behandlungsmaßnahmen die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten [11, 15–17]. Internet- und mobile-basierte Interventionen stellen einen innovativen und kosteneffizienten Ansatz dar, um derartige Versorgungsbarrieren zu überwinden, und gewinnen daher zunehmend an Bedeutung für unser Gesundheitssystem [18, 19]. In diesem Beitrag sollen die Grundlagen internet- und mobile-basierter Interventionen und ihr Nutzen für die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen dargestellt werden. Die Fragestellungen, die im Folgenden beantwortet werden sollen, lauten:

1. Welche Formen internet- und mobile-basierter Interventionen gibt es und wo liegen ihre Anwendungsgebiete?
2. Wie wirksam sind internet- und mobile-basierte Interventionen zur Prävention, Behandlung und Nachsorge psychischer Störungen?
3. Welche Relevanz haben internet- und mobile-basierte Interventionen für die Arbeitswelt?
4. Welche zukünftigen Entwicklungen sind zu erwarten und wünschenswert?

## Grundlagen internet- und mobile-basierter Interventionen

### Definition

Unter dem Begriff internet- und mobile-basierte Interventionen (IMI) lässt sich eine große Bandbreite an Interventionen zusammenfassen, die von der Integration einzelner technischer Elemente in die traditionelle Face-to-Face Psychotherapie („Blended Therapy“) bis hin zu vollständig automatisierten Selbsthilfeprogrammen reichen. Der vorliegende Beitrag folgt einer Definition nach Barak et al. [20], der zufolge es sich bei IMI „... primär um Selbsthilfeprogramme handelt, die auf einem Online-Programm basieren, auf einer Webseite bereitgestellt werden und von Personen genutzt werden, die gesundheitsbezogene Hilfe suchen [übersetzt aus dem Englischen]“. Darüber hinaus lassen sich IMI anhand vier zentraler Aspekte charakterisieren [21]: der theoretischen Grundlage, dem Ausmaß an menschlichem Kontakt, der technischen Umsetzung sowie den Anwendungsgebieten (»» Abbildung 1).

### Theoretische Grundlage

Im Kontext psychischer Störungen können IMI unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen. Mögliche Zielsetzungen bestehen darin, Patienten über ihr Störungsbild aufzuklären, eine Verhaltensänderung beim Patienten zu bewirken und das Selbstmanagement zu stärken oder den Informationsaustausch zwischen Patienten und Behandlern zu erleichtern [22]. Eng mit der Zielsetzung verknüpft ist die theoretische Fundierung der Inhalte. IMI basieren häufig auf evidenzbasierten therapeutischen Prinzipien und Manualen, deren Wirksamkeit im persönlichen Patientenkontakt als erwiesen gilt. Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie (z.B. Verhaltensaktivierung, Problemlösetechniken, kognitive Umstrukturierung)

Abbildung 1 Zentrale Aspekte internet- und mobile-basierter Interventionen (IMI) (modifiziert nach Lin et al. [21])



turierung) eignen sich aufgrund ihrer hohen Strukturiertheit, Direktivität und Standardisierbarkeit besonders gut für die Übersetzung in IMI [23]. Andere Ansätze, die zunehmend Eingang in IMI finden, sind die interpersonelle, psychodynamische oder Akzeptanz- und Commitment-Therapie [24–27]. Entsprechend dem modularen Aufbau vieler Therapiemanuale sind IMI häufig in Module gegliedert, die konsekutiv in einer bestimmten Reihenfolge und Frequenz (z.B. wöchentlich) bearbeitet oder bedarfsgerecht aus einer Reihe an Optionen ausgewählt werden können. Für eine nachhaltige Festigung des Gelernten können Auffrischungsmodule in größeren Zeitabständen (z.B. 4 Wochen nach Abschluss des Hauptprogramms) angesetzt werden.

### Menschliche Unterstützung

Es existieren sowohl therapeutisch unbegleitete („unguided“) IMI, welche die Patienten vollständig ohne menschliche Unterstützung durchlaufen, als

auch solche, bei denen das Ausmaß der menschlichen Unterstützung von einer minimalen (z.B. administrativer Support) bis hin zu einer intensiven Betreuung variiert [22, 28, 29]. Von begleiteten („guided“) IMI ist in der Regel die Rede, wenn professionelle „E-Coaches“ die Patienten über den Verlauf der Intervention hinweg begleiten. Aufgaben eines E-Coaches können unter anderem darin bestehen, den Patienten Rückmeldung zu ihrem Lernfortschritt zu geben, sie an das Training zu erinnern, sie zu motivieren, Erfolge zu verstärken und für Verständnisfragen zur Verfügung zu stehen [29]. Im Kontext psychischer Störungen wird die Rolle der E-Coaches häufig von klinischen Psychologen oder Psychotherapeuten übernommen. Die Bundespsychotherapeutenkammer spricht sich in ihrem Standpunkt dafür aus, dass IMI zur Behandlung psychischer Störungen durch approbierte Psychotherapeuten oder Ärzte begleitet werden, da nur derart eine fachgerechte Diagnostik und Indikation sowie Therapieüberwachung sichergestellt ist [30]. Die Kommunikation zwischen Patienten und E-Co-

ches kann dabei in hohem Maße standardisiert oder vollständig individualisiert sein, regelmäßig (z.B. am Ende jedes Moduls) oder nach Bedarf erfolgen und zeitsynchron (z.B. per Chat/Videokonferenz) oder -asynchron (z.B. per E-Mail) übermittelt werden [20].

### Technische Umsetzung

Durch den beständigen technologischen Fortschritt ergeben sich vielfältige Möglichkeiten, psychologische Interventionen im virtuellen Raum darzubieten. Die Inhalte von IMI werden zumeist auf passwortgeschützten Webseiten bereitgestellt und setzen sich zusammen aus Text, Bild, Audio- und Video-Dateien. Durch die Implementierung von IMI in Form responsiver Webdesigns oder Apps werden IMI auch auf mobilen Endgeräten (z.B. Smartphones, Tablets) nutzbar und erleichtern so den Transfer erlernter Strategien in den Alltag der Patienten [31]. Zur Förderung der Adhärenz können Erinnerungs-, Feedback- und Verstärkungsautomatismen beispielsweise per gesicherter App, E-Mail oder SMS versendet werden [32]. Die Integration von Chatrooms, Computerspielen und anderen interaktiven Elementen kann die Patienten zudem zur aktiven Beteiligung und intensiveren Auseinandersetzung mit den Lerninhalten motivieren. Darunter fallen auch Selbst-Monitoring-Instrumente wie Stimmungs- und Aktivitätstagebücher, welche zusätzlich zum informativen Nutzen für den Patienten eine wiederholte alltagsnahe Datenerfassung in Echtzeit („ecological momentary assessment“) erlauben und somit Stimmungs- und Aktivitätsverläufe sichtbar machen [33]. Neben den aufgeführten Darbietungsarten ist zu erwarten, dass in Zukunft neuere, bisher wenig in IMI eingesetzte Technologien wie virtuelle Realitäten oder Smartglasses stärker Einzug in IMI halten werden [34].

### Anwendungsgebiete

Anwendungsgebiete von IMI liegen in der Prävention, Behandlung und Nachsorge psychischer Störungen [35]. Die Eignung von IMI für die Bereitstellung von Präventionsmaßnahmen begründet sich in ihrer niederschweligen Verfügbarkeit, Anonymität und hohen Skalierbarkeit [36–38]. Auf diese Weise lässt sich eine Vielzahl von Menschen erreichen, die ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung tragen oder bereits erste Sympto-

me zeigen, aber noch keinen akuten Bedarf nach einer Psychotherapie sehen oder Stigmatisierungssorgen aufweisen.

Im Rahmen der Behandlung psychischer Störungen können IMI als „Stand-alone“-Interventionen für sich alleine stehen, Bestandteil eines „Stepped-care“-Ansatzes sein oder in Form einer „Blended Therapy“ den Psychotherapieprozess unterstützen [23]. Der Stepped-care-Ansatz umfasst gestufte bedarfsgerechte Versorgungsmodelle, innerhalb derer IMI beispielsweise in intensivere (Step-up) oder niederschwelligere (Step-down) therapeutische Versorgungsangebote überleiten können [23]. Im Rahmen von Blended Therapy ersetzen IMI einzelne Elemente einer Psychotherapie im Face-to-Face-Setting (z.B. die Psychoedukation) und setzen auf diese Weise für den Therapeuten Ressourcen zur Arbeit an anderen relevanten Themen frei, die einen persönlichen Kontakt erfordert [23].

In der Nachsorge psychischer Störungen können IMI im Anschluss an eine stationäre oder ambulante Psychotherapie den Behandlungserfolg nachhaltig sichern und der Rückfallprävention dienen [21, 39].

### Evidenzbasierung von IMI im Kontext psychischer Störungen

#### *Indikation und Wirksamkeit*

In der Prävention psychischer Störungen haben sich IMI mit Effektstärken im kleinen bis mittleren Bereich als wirksam erwiesen, wobei die Evidenz noch begrenzt und die methodische Qualität der Studien ausbaufähig ist [40].

Im Hinblick auf die Behandlung psychischer Störungen bei Erwachsenen gelten vor allem IMI für Depression und Angststörungen als etabliert [41, 42]. In einer Meta-Analyse, die 22 randomisiert kontrollierte Studien einschloss, zeigten IMI für Depression und Angststörungen einen hohen Effekt gegenüber einer Kontrollbedingung (Warteliste oder Standardbehandlung) [43]. Dieser Befund wird durch weitere Meta-Analysen gestützt, in denen sich ebenfalls moderate bis hohe Effektstärken ergaben [44–46]. Weit aus weniger, jedoch ebenfalls vielversprechende Befunde liegen für eine Reihe anderer psychischer Störungen vor. Dazu zählen Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Essstörungen, Substanzmissbrauch sowie bipolare, psychotische oder somatoforme Störungen [47–53]. Eine Übersicht auf Metaanalysen basierender ausgewählter Effektstärken für verschiedene Störungsbilder sind in **»»** Tabelle 1 aufgelistet.



Tabelle 1 Wirksamkeit von IMI basierend auf ausgewählten Metaanalysen (modifiziert nach Baumeister et al. [35])

Störungsbild	SMD	[95%-KI]	N
Depressive Störungen [45]	0,90	[0,73;1,07]	10
Panikstörungen [43]	0,83	[0,45;1,21]	6
Soziale Phobie [43]	0,92	[0,74;1,09]	8
Generalisierte Angststörung [63]	0,91	[0,56;1,25]	8
Zwangsstörung (eigene Berechnung)*	1,02	[0,66;1,38]	2
PTBS [47]	0,95	[0,56;1,43]	8
Alkoholmissbrauch [51]	0,2	[0,13;0,27]	16
Bipolare Störungen [50]	-	-	12
Essstörungen [52]	-	-	20
Psychose [48]	-	-	12

\* Eigene Berechnung (Hedges g mittels Review Manager 5.2) basierend auf Primärstudienresultaten von Andersson et al. und Herbst et al. [49, 53]; KI Konfidenzintervall, N Anzahl der Metaanalyse zugrunde liegenden Studien, SMD Standardisierte Mittelwertsdifferenz (Cohens d/Hedges g)

Die Wirksamkeit von IMI zeigt sich zudem vergleichend in Metaanalysen zu Studien, die im direkten Vergleich die Wirksamkeit zwischen IMI und Face-to-Face-Psychotherapie bei unterschiedlichen Störungen verglichen haben, mit im Mittel keinem signifikanten Wirksamkeitsunterschied [54]. IMI zeigen sich zudem auch bei Kindern und Jugendlichen [55] sowie bei spezifischen Patientengruppen, wie etwa Menschen mit chronischen somatischen Erkrankungen (z. B. Diabetes, chronischer Schmerz, Tumor- oder Herzerkrankungen) als anwendbar und wirksam [56–58]. IMI für Menschen mit chronischen somatischen Erkrankungen zielen häufig auf eine Förderung des Selbstmanagements oder der Akzeptanz ab und unterstützen die Patienten somit bei der Krankheitsbewältigung [57]. Chronische somatische Erkrankungen gehen aber auch mit einer hohen psychischen Komorbidität und gleichzeitig besonderen Herausforderungen (z. B. eingeschränkte Mobilität) einher [59]. IMI können für diese Patientengruppen somit einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung des psychosozialen Wohlbefindens leisten. In einer Studie von Lin et al. [27] konnte gezeigt werden, dass sich eine Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT)-basierte IMI bei chronischen Schmerzpatienten positiv auf die Schmerzbeeinträchtigung und -akzeptanz auswirkt.

Auch für die Wirksamkeit von IMI in der Nachsorge psychischer Störungen liegen zahlreiche Wirksamkeitsnachweise vor [39, 60–62]. Ebert et al. [39] zeig-

ten in ihrer Studie zu einer internetbasierten Nachsorgeintervention im Anschluss an eine stationäre Psychotherapie, dass sich Rückfälle in einem Einjahreszeitraum um zwei Drittel reduzieren ließen.

Zusammenfassend können IMI als wirksam und etabliert in der Prävention, Behandlung und Nachsorge psychischer Störungen angesehen werden. Dabei ist festzuhalten, dass die Befundlage für manche Störungen noch begrenzt ist und geprägt von methodischen Einschränkungen sowie einer hohen Heterogenität in den Inhalten und Ausgestaltungsformen der untersuchten IMI. Dies ist insbesondere wichtig, um der Verallgemeinerung entgegenzuwirken, IMI seien generell wirksam. Die hohe Varianz in den Effekten unterstreicht, dass nur spezifische auf ihre Wirksamkeit untersuchte IMI in die Gesundheitsversorgung von Patienten mit psychischen Störungen Einzug halten sollten.

### Wirkfaktoren

Mit Blick auf die gewachsene Evidenzlage kann die prinzipielle Wirksamkeit von State-of-the-art-IMI als gegeben angesehen werden. Die Forschung widmet sich entsprechend zunehmend der Frage nach den Mechanismen, die zur Erklärung der genauen Wirkweise von IMI herangezogen werden können. Als mögliche Wirkfaktoren von IMI werden insbesondere das Ausmaß menschlicher Unterstützung und der Einsatz von Erinnerungs-, Feedback und Verstärker-

mechanismen (Prompts) diskutiert. Mehrere Reviews, die das Ausmaß menschlicher Unterstützung als Wirkfaktor betrachteten, weisen darauf hin, dass begleitete IMI wirksamer sind als unbegleitete [28, 64]. Baumeister et al. [28] fanden in ihrem Review eine stärkere Symptomreduktion, eine geringere Abbruchrate sowie eine höhere Anzahl absolvierter Module in durch E-Coaches begleiteten IMI gegenüber unbegleiteten IMI. Dabei scheint weder die Qualifikation der E-Coaches, noch die Art der Kommunikation für die Wirksamkeit ausschlaggebend zu sein [28, 65, 66]. Bezüglich der Dosis-Wirksamkeitsbeziehung besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der aufgewendeten Betreuungszeit und der Wirksamkeit von IMI [64, 67]. Allerdings legen Studien auch nahe, dass zumindest bei Depression ab einer Betreuungszeit von ca. 30–180 Minuten pro Patient und Intervention der Grenznutzen erreicht wird und kein Wirksamkeitszuwachs mehr zu erwarten ist [64, 67–69]. Hinsichtlich der Verwendung von Prompts ist festzuhalten, dass sie potentiell die Nutzung von IMI erhöhen, die Behandlungssadhärenz fördern und die Wahrscheinlichkeit steigern, eine gewünschte therapeutische Verhaltensänderung zu bewirken [32, 70, 71]. Trotz dieser gewinnbringenden Erkenntnisse, steht die Wirkfaktorenforschung zu IMI noch in den Anfängen und bedarf angesichts der vielfältigen technischen, methodischen und inhaltlichen Ausgestaltungsmöglichkeiten von IMI einer weiteren systematischen Erforschung.

### Charakteristika zur Beurteilung von State-of-the-art-IMI (nach Empfehlungen der Bundespsychotherapeutenkammer [30]):

#### Intervention

- Evidenzbasierung (Inhalte basieren auf wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren und die Wirksamkeit der konkreten Intervention wurde wissenschaftlich im Rahmen randomisiert kontrollierter Studien überprüft)
- Anbieter mit (Fach)Expertise (z.B. Psychotherapeuten und Fachärzte zur Prävention und Behandlung psychischer Störungen, Kliniken, Fachgesellschaften, Forschungseinrichtungen, Krankenkassen etc.)
- Beschreibung der Zielgruppe und Inhalte der Intervention
- Aufklärung über Dauer, Aufwand und Kosten (finanziell, Risiken und Nebenwirkungen) einer Teilnahme (Kosten-Nutzen-Verhältnis)

#### Ansprechpartner

- Direkte Ansprechpartner mit Fachhintergrund (z.B. Psychologen/Psychotherapeuten/Ärzte; bei der Behandlung psychischer Störungen Approbation als Voraussetzung)
- Aufklärung über die konkrete Art, Intensität, und Frequenz der Unterstützung (Schriftliche Rückmeldungen auf die bearbeiteten Inhalte, telefonische Gespräche, wöchentlich à X Minuten)
- Qualifikation von E-Coaches (Schulung, Zertifizierung, Weiterbildung, Supervision)
- Gesichertes (dokumentiertes) Vorgehen in Krisensituationen und Notfällen

#### Datenschutz- und -sicherheit

- Transparenz über Art, Aufbewahrungsdauer und Verwendung der gespeicherten Daten
- Ausreichende Datensicherheit (Anonymität, Zugriffsbeschränkungen, Passwortschutz, Verschlüsselung der Übertragung etc.)

#### Kontraindikation und negative Effekte

Wenig empirische Evidenz existiert bislang auch zu möglichen Kontraindikationen und negativen Effekten von IMI. Ein häufig angebrachter Diskussionspunkt bezieht sich darauf, dass schwer depressive und suizidale Menschen im Fall einer Krise im Rahmen von IMI nicht adäquat aufgefangen und versorgt werden können. Dieser Diskussion sind zwischenzeitlich erste randomisierte kontrollierte Studien zur Untersuchung der Wirksamkeit von IMI zur Prävention und Reduktion suizidaler Gedanken und Verhaltensweisen entsprungen [72, 73]. Van Spijker et al. [73, 74] konnten zeigen, dass eine kognitiv-behaviorale IMI bestehend aus sechs Modulen suizidale Gedanken signifikant reduziert. In mehreren Reviews wurde zudem auf das hohe Potenzial von IMI für die Erkennung und Prävention von Suizidalität sowie die Erhöhung der Inanspruchnahme adäquater akutmedizinischer Behandlungsangebote hingewiesen [75–77]. Neben dem Aspekt der Suizidalität sind auch andere negative Effekte im Rahmen von IMI denkbar, wie zum Beispiel eine Überforderung mit der selbstständigen Durchführung oder eine Symptomverschlechterung bei einem Teil der Patienten [78]. Die Frage nach möglichen Kontraindikationen und negativen Effekten von IMI sollte deshalb weiterhin ernst genommen und in zukünftiger Forschung systematischer und intensiver untersucht werden.

## Relevanz für die Arbeitswelt

Für die Arbeitswelt bieten IMI sowohl Chancen als auch Herausforderungen. Stress im Arbeitsumfeld kann als zentraler Faktor das Auftreten psychischer Störungen begünstigen [79, 80]. Für die Prävention psychischer Störungen im Arbeitskontext haben sich daher insbesondere Stressmanagementprogramme als wirksam erwiesen [81]. Drei kürzlich durchgeführte randomisierte kontrollierte Studien zu einer Stressmanagement IMI für Beschäftigte mit einem erhöhten Stressausmaß demonstrierten eine Stressreduktion durch die Intervention mit Effektstärken im hohen Bereich, auch sechs Monate nach Abschluss der Intervention [82–84]. Zwei weitere kürzlich veröffentlichte randomisierte kontrollierte Studien konnten nachweisen, dass IMIs auch hoch effektiv in der Bewältigung von Schlafproblemen bei gestressten Arbeitnehmern sein können [85, 86]. Im Hinblick auf das körperliche Wohlbefinden und die Prävention körperlicher Erkrankungen (z. B. kardiovaskuläre Erkrankungen, chronischer Schmerz) könnten IMI außerdem zur Steigerung der physischen Aktivität am Arbeitsplatz eingesetzt werden [87]. Zudem können IMI genutzt werden, um eine berufliche Wiedereingliederung im Anschluss an die Behandlung einer körperlichen Erkrankung oder psychischen Störung zu erleichtern [88, 89]. Insgesamt lässt sich aus der Evidenz zur Wirksamkeit von IMI im Allgemeinen ableiten, dass die Vielzahl an sich als wirksam erwiesener psychologischer Face-to-Face-Interventionen zur Behandlung psychischer Belastungen und Störungen im Arbeitskontext vergleichbar wirksam mittels IMI umsetzbar sein dürften. Dies bietet zum Beispiel die Möglichkeit Mitarbeitern bei bestehenden Stigmatisierungsängsten Anonymität bei der Behandlung zu gewährleisten [90]. Angebote des betrieblichen Gesundheitsmanagements wären zudem auch in kleineren bis mittelgroßen Betrieben nutzbar, die nicht über ein eigenes betriebliches Gesundheitsmanagement verfügen. Inhaltlich sind neben den auch im betrieblichen Umfeld am häufigsten anzutreffenden depressiven- und Angststörungen zum Beispiel auch Interventionen bei Substanzkonsumstörungen, Internetsucht und Traumafolgestörungen mögliche Ziele für IMI [81].

Aktuelle Studien weisen zudem darauf hin, dass ein Investment in IMI auch aus einer gesundheitsökonomischen Perspektive lohnend für Betriebe sein kann. Beispielsweise zeigte eine Studie zur Evaluation einer Internet-basierten Intervention zur Bewältigung von Schlafproblemen bei Arbeitnehmern,

dass sechs Monate danach durch eine Reduktion von Absentismus und Präsentismus deutliche Einsparungen erzielt werden konnten [91]. Ähnliche Befunde zeigt eine aktuelle Studie zu einer Internet-basierten Intervention zur Stressbewältigung bei Arbeitnehmern [92].

Mit den vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten von IMI im Arbeitskontext geht auch eine Reihe an Herausforderungen einher. Dazu zählt beispielsweise die Implementierung von IMI in bestehende Prozesse der betrieblichen Gesundheitsförderung [93], ihre Verbreitung und Stärkung der Akzeptanz unter den Beschäftigten [94, 95] oder auch die Sicherstellung einer kontinuierlichen Evaluierung. Eine weitere Frage bezieht sich gerade im Arbeitskontext auf die Frage, wie man spezifische Arbeitnehmer erreicht. Männer weisen im Vergleich zu Frauen ein ungünstiges Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsdienstleistungen auf [96], sodass sich bei IMI die Frage stellt, wie diese beworben und gestaltet sein sollten, um bestmöglich alle Geschlechter zu erreichen. Ein gemeinschaftliches Anliegen dieser Herausforderungen im Dialog zwischen Forschung, Gesundheitspolitik, Arbeitgebern und Arbeitnehmern wäre angesichts des hohen Potenzials von IMI für die Verbesserung des psychosozialen Wohlbefindens unter Arbeitnehmern wünschenswert.

## Ausblick

Internet- und mobile-basierte Interventionen haben ein hohes Potenzial, die Gesundheitsversorgung in der Prävention, Behandlung und Nachsorge psychischer Störungen zu verbessern und dank ihrer Flexibilität in den Ausgestaltungsmöglichkeiten unterschiedlichste Zielgruppen zu erreichen. In vielen Ländern wie Schweden, Australien, England oder den Niederlanden sind IMI bereits als fester Bestandteil in die Routineversorgung integriert. In Deutschland wird die Implementierung in die Routineversorgung bisher vor allem durch berufs- und datenschutzrechtliche sowie ethische Aspekte erschwert. Während im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Störungen IMIs schon breit einsetzbar sind, so sieht das Fernbehandlungsverbot vor, dass IMI in Deutschland in der Behandlung psychischer Störungen ausschließlich als unterstützende Maßnahmen im Sinne eines Blended-Therapy-Ansatzes oder im Rahmen wissenschaftlich begleiteter Modellprojekte eingesetzt werden [97–99]. Aus datenschutzrechtlicher und ethischer Sicht müssen IMI gesetzlichen Vorschriften ge-

nügen und den Anwendern einen angemessenen und vertraulichen Umgang mit ihren personenbezogenen Daten gewährleisten [100]. Um künftig Veränderungen im Hinblick auf diese Aspekte zu erzielen, gilt es, die Akzeptanz von IMI sowohl aufseiten der Anwender als auch der Leistungserbringer gezielt zu stärken, zum Beispiel durch Aufklärungsmaßnahmen wie kurze Informationsvideos [94, 95]. Zudem wird mit den weiterhin wachsenden technischen und inhaltlichen Gestaltungsoptionen von IMI eine einheitliche und standardisierte Qualitätssicherung unabdingbar werden. Eng mit dem Aspekt der Qualitätssicherung verknüpft ist auch die Frage danach, welche Bestandteile von IMI auf welche Weise, in welchem Anwendungsgebiet und bei welchen Zielgruppen wirken, sodass die Qualitätssicherung in Zukunft von einer vertieften und systematisierten Wirkfaktorenforschung profitieren sollte. Arbeitnehmer als spezifische Zielgruppe zu erreichen wird im Hinblick auf die eingangs erwähnten hohen Kosten durch psychische Störungen im Arbeitskontext künftig weiter an Bedeutung gewinnen, wozu internet- und mobile-basierte Interventionen einen entscheidenden Beitrag leisten werden.

## Literatur

- Jacobi F, Höfler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2014;23(3):304-319.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;109(420):21-27.
- Wittchen H-U, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2005;15(4):357-376.
- Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol.* 2014;43(2):476-493.
- Nübling R, Bär T, Jeschke K, Ochs M, Sarubin N, Schmidt J. Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland. *Psychotherapeutenjournal.* 2014;4:389-397.
- Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011;21(10):718-779.
- Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2012;380(9859):2197-2223.
- Wedegaertner F, Arnhold-Kerri S, Sittaro N-A, Bleich S, Geyer S, Lee WE. Depression- and anxiety-related sick leave and the risk of permanent disability and mortality in the working population in Germany: a cohort study. *BMC Public Health.* 2013;13(1):145.
- Mack S, Jacobi F, Gerschler A, Strehle J, Höfler M, Busch MA, et al. Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2014;23(3):289-303.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;109(420):47-54.
- Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, et al. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med.* 2014;44(6):1303-1317.
- Walendzik A, Rabe-Menssen C, Lux G, Wasem J, Jahn R. Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPTV). *Das Gesundheitswes.* 2013;76(3):135-146.
- Hähnel A, Weigel B, Hoyer J, Helbig S. Wartezeit für Psychotherapiepatienten – und wie sie zu nutzen ist. *Verhaltenstherapie.* 2004;14(4):294-302.
- Groschwitz RC, Fegert JM, Plener PL. Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. *Psychotherapeut.* 2017;62(1):12-17.
- Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med.* 2015;45(1):11-27.
- Mohr DC, Hart SL, Howard I, Julian L, Vella L, Catledge C, et al. Barriers to psychotherapy among depressed and nondepressed primary care patients. *Ann Behav Med.* 2006;32(3):254-258.
- Mackenzie CS, Erickson J, Deane FP, Wright M. Changes in attitudes toward seeking mental health services: a 40-year cross-temporal meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2014;34(2):99-106.
- Lal S, Adair CE. E-Mental Health: A Rapid Review of the Literature. *Psychiatr Serv.* 2014;65(1):24-32.
- Christensen H, Hickie IB. E-mental health: a new era in delivery of mental health services. *Med J Aust.* 2010;192(11):S2-S3.
- Barak A, Klein B, Proudfoot JG. Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions. *Ann Behav Med.* 2009;38(1):4-17.
- Lin J, Ebert D, Lehr D, Berking M, Baumeister H. Internetbasierte kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze: State of the Art und Einsatzmöglichkeiten in der Rehabilitation. *Rehabilitation.* 2013;52(03):155-163.
- Barak A, Klein B, Proudfoot JG. Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions. *Ann Behav Med.* 2009;38(1):4-17.
- Ebert DD, Erbe D. Internetbasierte psychologische Interventionen. In: *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor.* Berlin Heidelberg: Springer, 2012. S. 131-140.
- Brown M, Glendenning A, Hoon AE, John A. Effectiveness of Web-Delivered Acceptance and Commitment Therapy in Relation to

- Mental Health and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res.* 2016;18(8):e221.
25. Andersson G, Paxling B, Roch-Norlund P, Östman G, Norgren A, Almlöv J, et al. Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral guided self-help for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2012; 81(6):344–355.
  26. Donker T, Bennett K, Bennett A, Mackinnon A, van Straten A, Cuijpers P, et al. Internet-Delivered Interpersonal Psychotherapy Versus Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Depressive Symptoms: Randomized Controlled Non-inferiority Trial. *J Med Internet Res.* 2013;15(5):e82.
  27. Lin J, Lüking M, Ebert DD, Buhman M, Andersson G, Baumeister H. Effectiveness and cost-effectiveness of a guided and unguided internet-based Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain: Study protocol for a three-armed randomised controlled trial. *Internet Interv.* 2015;2(1):7–16.
  28. Baumeister H, Reichler L, Munzinger M, Lin J. The impact of guidance on Internet-based mental health interventions – A systematic review. *Internet Interv.* 2014;1(4):205–215.
  29. Zarski A-C, Lehr D, Berking M, Riper H, Cuijpers P, Ebert DD. Adherence to Internet-Based Mobile-Supported Stress Management: A Pooled Analysis of Individual Participant Data From Three Randomized Controlled Trials. *J Med Internet Res.* 2016;18(6):e146.
  30. Bundespsychotherapeutenkammer. Standpunkt Internet in der Psychotherapie. [http://www.bptk.de/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/BPTk-Standpunkte/Internet\\_in\\_der\\_Psychotherapie/20170629\\_bptk\\_standpunkt\\_internet.pdf](http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPTk-Standpunkte/Internet_in_der_Psychotherapie/20170629_bptk_standpunkt_internet.pdf) [07.07.2017].
  31. Heber E, Ebert DD, Lehr D, Nobis S, Berking M, Riper H. Efficacy and cost-effectiveness of a web-based and mobile stress-management intervention for employees: design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health.* 2013;13(1):655.
  32. Alkhalidi G, Hamilton FL, Lau R, Webster R, Michie S, Murray E. The Effectiveness of Prompts to Promote Engagement With Digital Interventions: A Systematic Review. *J Med Internet Res.* 2016;18(1):e6.
  33. Shiffman S, Stone AA, Hufford MR. Ecological momentary assessment. *Annu Rev Clin Psychol.* 2008;4:1–32.
  34. Domhardt M, Ebert DD, Baumeister H. Internet- und mobilebasierte Interventionen. In Kohlmann C-W, Salewski C, Wirtz M (Hrsg.), *Lehrbuch „Psychologie in der Gesundheitsförderung“*. Bern: Hogrefe, im Druck.
  35. Baumeister H, Lin J, Ebert DD. Internet- und mobilebasierte Ansätze. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz.* 2017;60(4):436–444.
  36. Muñoz RF, Cuijpers P, Smit F, Barrera AZ, Leykin Y. Prevention of Major Depression. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010;6:181–212.
  37. Hayes JF, Maughan DL, Grant-Peterkin H. Interconnected or disconnected? Promotion of mental health and prevention of mental disorder in the digital age. *Br J Psychiatry.* 2016;208(3): 205–207.
  38. Ebert DD, Cuijpers P, Muñoz RF, Baumeister H. Prevention of Mental Health Disorders using Internet and mobile-based Interventions: a narrative review and recommendations for future research. *Front Psychiatry.* 2017;8:116.
  39. Ebert D, Tarnowski T, Gollwitzer M, Sieland B, Berking M. A Transdiagnostic Internet-Based Maintenance Treatment Enhances the Stability of Outcome after Inpatient Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom.* 2013;82(4):246–256.
  40. Sander L, Rausch L, Baumeister H. Effectiveness of Internet-Based Interventions for the Prevention of Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Ment Heal.* 2016; 3(3):e38.
  41. Hedman E, Ljótsson B, Lindefors N. Cognitive behavior therapy via the Internet: A systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2012;12(6):745–764.
  42. Griffiths KM, Farrer L, Christensen H. The efficacy of internet interventions for depression and anxiety disorders: a review of randomised controlled trials. *Med J Aust.* 2010;192(11):S4–S11.
  43. Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N. Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. *PLoS One.* 2010;5(10):e13196.
  44. Cuijpers P, Marks IM, van Straten A, Cavanagh K, Gega L, Andersson G. Computer-Aided Psychotherapy for Anxiety Disorders: A Meta-Analytic Review. *Cogn Behav Ther.* 2009;38(2):66–82.
  45. Königbauer J, Letsch J, Doebler P, Ebert D, Baumeister H. Internet- and mobile-based depression interventions for people with diagnosed depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Dis.* 2017;223:28–40.
  46. Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I, Riper H, Keyzer J, Pop V. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med.* 2007;37(3):319–328.
  47. Kuester A, Niemeyer H, Knaevelsrud C. Internet-based interventions for posttraumatic stress: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev.* 2016;43:1–16.
  48. Alvarez-Jimenez M, Alcazar-Corcoles MA, González-Blanch C, Bendall S, McGorry PD, Gleeson JF. Online, social media and mobile technologies for psychosis treatment: A systematic review on novel user-led interventions. *Schizophr Res.* 2014;156(1):96–106.
  49. Andersson E, Enander J, Andrés P, Hedman E, Ljótsson B, Hursti T, et al. Internet-based cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *Psychol Med.* 2012;42(10):2193–2203.
  50. Hidalgo-Mazzei D, Mateu A, Reinares M, Matic A, Vieta E, Colom F. Internet-based psychological interventions for bipolar disorder: Review of the present and insights into the future. *J Affect Disord.* 2015;188:1–13.
  51. Riper H, Blankers M, Hadiwijaya H, Cunningham J, Clarke S, Wiers R, et al. Effectiveness of Guided and Unguided Low-Intensity Internet Interventions for Adult Alcohol Misuse: A Meta-Analysis. *PLoS One.* 2014;9(6):e99912.
  52. Melioli T, Bauer S, Franko DL, Moessner M, Ozer F, Chabrol H, et al. Reducing eating disorder symptoms and risk factors using the internet: A meta-analytic review. *Int J Eat Disord.* 2016; 49(1):19–31.
  53. Herbst N, Voderholzer U, Thiel N, Schaub R, Knaevelsrud C, Stracke S, et al. No Talking, Just Writing! Efficacy of an Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy with Exposure and Response Prevention in Obsessive Compulsive Disorder. *Psychother Psychosom.* 2014;83(3):165–175.

54. Andersson G, Cuijpers P, Carlbring P, Riper H, Hedman E. Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*. 2014;13(3):288–295.
55. Ebert DD, Zarski A-C, Christensen H, Stikkelbroek Y, Cuijpers P, Berking M, et al. Internet and Computer-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Youth: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Outcome Trials. *PLoS One*. 2015; 10(3):e0119895.
56. Cuijpers P, Van Straten A, Andersson G. Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: A systematic review. *J Behav Med*. 2008;31(2):169–177.
57. Beatty L, Lambert S. A systematic review of internet-based self-help therapeutic interventions to improve distress and disease-control among adults with chronic health conditions. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(4):609–622.
58. Elbert NJ, Van Os-Medendorp H, Van Renselaar W, Ekeland AG, Hakkaart-Van Roijen L, Raat H, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of ehealth interventions in somatic diseases: A systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *J Med Internet Res*. 2014;16(4):e110.
59. Härter M, Baumeister H, Reuter K, Jacobi F, Höfler M, Bengel J, et al. Increased 12-Month Prevalence Rates of Mental Disorders in Patients with Chronic Somatic Diseases. *Psychother Psychosom*. 2007;76(6):354–360.
60. Bauer S, Okon E, Meermann R, Kordy H. Technology-enhanced maintenance of treatment gains in eating disorders: Efficacy of an intervention delivered via text messaging. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(4):700–706.
61. Moessner M, Schiltenswolf M, Neubauer E. Internet-Based Aftercare for Patients with Back Pain – A Pilot Study. *Telemed e-Health*. 2012;18(6):413–419.
62. Golkaramnay V, Bauer S, Haug S, Wolf M, Kordy H. The Exploration of the Effectiveness of Group Therapy through an Internet Chat as Aftercare: A Controlled Naturalistic Study. *Psychother Psychosom*. 2007;76(4):219–225.
63. Richards D, Richardson T, Timulak L, McElvaney J. The efficacy of internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Internet Interv*. 2015; 2(3):272–282.
64. Palmqvist B, Carlbring P, Andersson G. Internet-delivered treatments with or without therapist input: does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2007;7(3):291–297.
65. Farrand P, Woodford J. Impact of support on the effectiveness of written cognitive behavioural self-help: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(1):182–195.
66. Andersson G, Titov N. Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*. 2014;13(1):4–11.
67. Johansson R, Andersson G. Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Rev Neurother*. 2012;12(7):861–870.
68. Andersson G, Carlbring P, Berger T, Almlöv J, Cuijpers P. What Makes Internet Therapy Work? *Cogn Behav Ther*. 2009;38(1):55–60.
69. Titov N. Internet-delivered psychotherapy for depression in adults. *Curr Opin Psychiatry*. 2011;24(1):18–23.
70. Brouwer W, Kroeze W, Crutzen R, de Nooijer J, de Vries NK, Brug J, et al. Which Intervention Characteristics are Related to More Exposure to Internet-Delivered Healthy Lifestyle Promotion Interventions? A Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2011; 13(1):e2.
71. Ritterband LM, Thorndike FP, Cox DJ, Kovatchev BP, Gonder-Frederick LA. A Behavior Change Model for Internet Interventions. *Ann Behav Med*. 2009;38(1):18–27.
72. Franklin JC, Fox KR, Franklin CR, Kleiman EM, Ribeiro JD, Jaroszewski AC, et al. A brief mobile app reduces nonsuicidal and suicidal self-injury: Evidence from three randomized controlled trials. *J Consult Clin Psychol*. 2016;84(6):544–557.
73. van Spijker BAJ, van Straten A, Kerkhof AJFM, Berking M, Andersson G. Effectiveness of Online Self-Help for Suicidal Thoughts: Results of a Randomised Controlled Trial. *PLoS One*. 2014;9(2): e90118.
74. van Spijker BAJ, Majo MC, Smit F, van Straten A, Kerkhof AJFM. Reducing suicidal ideation: cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial of unguided web-based self-help. *J Med Internet Res*. 2012;14(5):e141.
75. Christensen H, Batterham PJ, O’Dea B. E-health interventions for suicide prevention. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(8):8193–8212.
76. Luxton DD, June JD, Kinn JT. Technology-Based Suicide Prevention: Current Applications and Future Directions. *Telemed e-Health*. 2011;17(1):50–54.
77. Durkee T, Hadlaczky G, Westerlund M, Carli V. Internet Pathways in Suicidality: A Review of the Evidence. *Int J Environ Res Public Health*. 2011;8(1):3938–3952.
78. Ebert D, Baumeister H. Internet- und mobilbasierte Interventionen in der Psychotherapie: ein Überblick. *Psychotherapeutenjournal*. 2016; 1:22–32.
79. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(6):443–462.
80. Bonde JPE. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med*. 2008;65(7):438–445.
81. Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A, Bryant R, Mitchell PB, et al. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychol Med*. 2016;46(4):683–697.
82. Heber E, Lehr D, Ebert DD, Berking M, Riper H. Web-Based and Mobile Stress Management Intervention for Employees: A Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2016;18(1):e21.
83. Ebert DD, Lehr D, Heber E, Riper H, Cuijpers P, Berking M. Internet- and mobile-based stress management for employees with adherence-focused guidance: efficacy and mechanism of change. *Scand J Work Environ Health*. 2016;42(5):382–394.
84. Ebert DD, Heber E, Berking M, Riper H, Cuijpers P, Funk B, et al. Self-guided internet-based and mobile-based stress management for employees: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med*. 2016;73(5):315–323.
85. Ebert DD, Berking M, Thiarth H, Riper H, Laferton JAC, Cuijpers P, et al. Restoring depleted resources: Efficacy and mechanisms of change of an internet-based unguided recovery training for

- better sleep and psychological detachment from work. *Heal Psychol.* 2015;34:1240–1251.
86. Thiart H, Lehr D, Ebert DD, Berking M, Riper H. Log in and breathe out: internet-based recovery training for sleepless employees with work-related strain – results of a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health.* 2015;41(2):164–174.
  87. Pressler A, Knebel U, Esch S, Kölbl D, Esefeld K, Scherr J, et al. An internet-delivered exercise intervention for workplace health promotion in overweight sedentary employees: A randomized trial. *Prev Med.* 2010;51(3–4):234–239.
  88. Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Brouwers EPM, van der Feltz-Cornelis CM. Process Evaluation of a Blended Web-Based Intervention on Return to Work for Sick-Listed Employees with Common Mental Health Problems in the Occupational Health Setting. *J Occup Rehabil.* 2017;27(2):186–194.
  89. Zwerenz R, Gerzymisch K, Edinger J, Holme M, Knickenberg RJ, Spörl-Dönch S, et al. Evaluation of an internet-based aftercare program to improve vocational reintegration after inpatient medical rehabilitation: study protocol for a cluster-randomized controlled trial. *Trials.* 2013;14:26.
  90. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychol Sci Public Interes.* 2014;15(2):37–70.
  91. Thiart H, Ebert DD, Lehr D, Nobis S, Buntrock C, Berking M, et al. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia: A Health Economic Evaluation. *Sleep.* 2016;39(1):1769–1778.
  92. Ebert DD, Kählke F, Buntrock C, Berking M, Smit F, Heber E, et al. A Health Economic Outcome Evaluation of an Internet-based mobile-supported Stress Management Intervention for Employees. *Occup Environ Med.* Eingereicht.
  93. Baumeister H. Implementationsforschung in der Klinischen Psychologie, Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie. *Psychol Rundschau.* 2014;65:150–158.
  94. Baumeister H, Seiffert H, Lin J, Nowoczin L, Lüking M, Ebert D. Impact of an Acceptance Facilitating Intervention on Patients' Acceptance of Internet-based Pain Interventions. *Clin J Pain.* 2015;31(6):528–535.
  95. Ebert DD, Berking M, Cuijpers P, Lehr D, Pörtner M, Baumeister H. Increasing the acceptance of internet-based mental health interventions in primary care patients with depressive symptoms. A randomized controlled trial. *J Affect Disord.* 2015;176:9–17.
  96. Pinkhasov RM, Wong J, Kashanian J, Lee M, Samadi DB, Pinkhasov MM, et al. Are men shortchanged on health? Perspective on health care utilization and health risk behavior in men and women in the United States. *Int J Clin Pract.* 2010;64(4):475–487.
  97. Almer S. Das Fernbehandlungsverbot als rechtliche Grenze im Einsatz Neuer Medien in der psychosozialen Versorgung. In: *E-Mental-Health.* Berlin, Heidelberg: Springer; 2008.
  98. Bundesärztekammer. (Muster)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO\\_02.07.2015.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO_02.07.2015.pdf) [07.07.2017].
  99. Bundespsychotherapeutenkammer. Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. [http://www.bptk.de/uploads/media/20060117\\_musterberufsordnung.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/20060117_musterberufsordnung.pdf) [07.07.2017]
  100. Wenzel J. Internetdatenschutz. Vertrauliche Psychotherapie in der vernetzten Praxis. *PiD – Psychotherapie im Dialog;* 2011; 12(02):158–161.



Natalie Bauereiß, M.Sc.

Studium der Psychologie mit den Schwerpunkten Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie an der FernUniversität Hagen und der Universität Ulm. Seit 2016 wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin in der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Ulm. Forschungsschwerpunkt: Internet- und mobile-basierte Interventionen in der Psychoonkologie.



Eileen Bendig, M.Sc.

Studium der Psychologie mit den Schwerpunkten Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie an der FernUniversität Hagen und der Universität Ulm. Seit 2016 wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin in der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Ulm. Forschungsschwerpunkt: Psychologische internet- und mobile-basierte Interventionen bei chronischen körperlichen Erkrankungen.



Dr. David Daniel Ebert

Leiter der Forschungsgruppe E-Mental Health am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Erlangen-Nürnberg sowie President-elect der International Society for Research on Internet Interventions (ISRII). Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der Entwicklung und Evaluation von Internet- und mobile-basierten Interventionen zur Prävention und Behandlung psychischer Störungen. In Anerkennung seiner bisherigen wissenschaftlichen Leistungen wurde er kürzlich mit zahlreichen nationalen und internationalen Preisen ausgezeichnet (u.a. Comenius Early Career award 2017).



Prof. Dr. Harald Baumeister

Leiter der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Ulm, psychologischer Psychotherapeut sowie professoraler Leiter der assoziierten Hochschulambulanz. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen 1) technologie-basierte Diagnostik und Intervention, 2) Depressions- und Psychotherapieforschung, 3) Somato-Psychologie sowie 4) Versorgungsforschung. Aktuelle Projekte fokussieren auf die Untersuchung der Wirksamkeit und Kosten-Effektivität Internet- und mobile-basierter Interventionen im Rahmen randomisiert-kontrollierter Studien, die Entwicklung und Validierung Computer-adaptiver Testverfahren sowie die Durchführung von Ecological Momentary Assessments.



# Digitale Bewegungsspiele für Erwachsene und Senioren – Exergames als Element der Sport- und Bewegungstherapie?

André Golla und Wilfried Mau

Institut für Rehabilitationsmedizin

Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Computerspiele durchdringen zunehmend verschiedene Gesellschaftsbereiche und finden Einzug in Gebieten, die auf den ersten Blick nicht mit einem Spielkontext assoziiert sind. Dieser Beitrag gibt einen Überblick zu digitalen Bewegungsspielen mit dem Schwerpunkt auf kommerziell verfügbaren Systemen und wirft einen kritischen Blick auf die aktuelle Studienlage für Erwachsene einschließlich Senioren.

## Einleitung

*Spielen* gehört zu den Grundbedürfnissen menschlichen Verhaltens [1] und zählt zu einer fundamentalen Kulturtechnik, mit psychologischer, sozialisierender und zivilisierender Bedeutsamkeit [2]. Das Spiel selbst gilt in all seinen unterschiedlichen gesellschaftlichen Varianten, Ausprägungsformen und Verortungen – angefangen vom kindlichen Spiel über den geselligen Spieleabend bis hin zum aktiv oder passiv erlebten Sportspiel – als ein fest integriertes und breit akzeptiertes Gesellschaftsphänomen [3]. Die digitale Variante des Spiels ist bisher noch vergleichsweise heftigen Widerständen ausgesetzt. So werden Computerspiele häufig mit negativ besetzten Stereotypen assoziiert. Das Bild der gefährdenden Gewaltspiele, einer digitalen Vereinsamung oder einer inaktiven Freizeitgestaltung prägen die Debatte um Sinn und Unsinn von Computerspielen. Die Konfliktlinie wird vor allem zwischen der mit Computerspielen sozialisierten Generation und jener Generation, die mit Computerspielen vermeintlich spät oder gar nicht in Berührung kommt, verortet [4]. Aus kulturhistorischer Perspektive lassen sich Parallelen zur Etablierung anderer Medien wie z.B. des Fernsehens oder des Internets erkennen. Es erfolgt ein Prozess der Abwägung von Vor- und Nachteilen, der von öffentlichen, polarisierenden Diskus-

sionen zu den gesellschaftlichen Auswirkungen begleitet wird. Diese Debatte bewegt sich nicht selten im Kontext von aktuellen Gegenwartsproblemen, wobei dem Medium die Rolle des Auslösers für bestimmte soziale Entwicklungen zugeschrieben wird. Nach anfänglicher öffentlicher Ablehnung folgt im Idealfall die Phase der kritisch-konstruktiven Auseinandersetzung und das Medium findet zunehmend Einzug in die Gesellschaft [5]. Auch wenn dieses idealtypische Verlaufsmuster nicht auf alle neuen Medien oder Technologien gleichermaßen übertragbar ist, lässt sich zum Thema Computerspiele eine polarisierende Diskussion erkennen, in der auch die Aufarbeitung potentieller Vorteile stattfindet.

In diesem Zusammenhang hat in den letzten Jahren die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Computerspiele stark an Interesse und Qualität gewonnen [6]. Dem digitalen Spiel wird dabei aus pädagogischer und therapeutischer Perspektive ein großes Potential zugesprochen [7, 8]. Dies findet jedoch noch nicht die gleiche öffentliche Aufmerksamkeit, wie es die Diskussion um die Gefahren und Nachteile der Digitalisierung schafft [4, 9].



Tangiert durch die stetige Entwicklung neuer Technologien eröffnen sich in verschiedenen Lehr- und Lernbereichen die Möglichkeiten, bisherige Verfahrensweisen und Rahmenbedingungen zu optimieren bzw. für bisher unzureichend gelöste Szenarien digitale Alternativen zu schaffen.

Da das Computerspielen längst kein auf Kinder und Jugendliche begrenztes Phänomen mehr darstellt [10], sondern mehr und mehr alle Altersschichten durchdringt, wächst das Interesse innerhalb verschiedener Fachdisziplinen, die vielleicht auf den

ersten Blick nicht mit dem Einsatz von Computerspielen assoziiert sind. Hierzu gehört auch die Sport- und Bewegungstherapie bei der das klassische Spiel zu einer etablierten Methodik gehört und zur Vermittlung bestimmter Inhalte oder zur Aufwertung der Therapiesituation eingesetzt wird. Auch die Integration der digitalen Variante des Spiels lässt sich in verschiedenen Bereichen bereits beobachten. So werden bspw. roboterassistierte Therapiegeräte zum Bewegungstraining (z.B. nach Schlaganfall [11]) mit virtuellen Spielwelten verknüpft, klassische Trainingsmethoden um einen spielerisch digitalen Kontext erweitert (z.B. Ergometertraining mit visuellem spielerischem Feedback [12]) oder neue Trainingssysteme für spezielle Zielgruppen entwickelt (z.B. Sturzprävention für Ältere [13]).

Auch die kommerziell verfügbaren und somit leicht zugänglichen Spiele der Unterhaltungsindustrie werden auf ihre therapeutische Verwendbarkeit geprüft. Erprobt wurden sie z.B. zur Durchführung von Kleingruppentherapie in der neurologischen Rehabilitation [14], als Therapieoption gegen Depressionen [15] oder als Trainingsmethode für Diabetespatienten [16]. Aufgrund des geringen Kostenaufwands und der großen Verbreitung von kommerziellen Geräten ist die Studienlage dazu am umfangreichsten und wird im Weiteren näher betrachtet.

### Definition und begriffliche Verortung

Für die digitalen Bewegungsspiele hat sich der Begriff *Exergames* etabliert. Diese Wortneuschöpfung setzt sich aus den Worten *Exercise* (engl. Training/Übung) und *Game* (engl. Spiel) zusammen und beschreibt im engeren Sinn Computerspiele, die primär durch reale körperliche Bewegungshandlungen des Nutzers bewältigt bzw. gesteuert werden. Über verschiedene, systemabhängige Technologien werden fein- bis grobmotorische Körperbewegungen (z.B. der Arme oder Beine) registriert und vorwiegend als Steuerungskomponente innerhalb des digitalen Spiels verarbeitet. Die ersten Systeme für den Heimgebrauch gab es bereits Ende der 80-iger Jahre in Form von einfachen Matten mit Kontaktsensoren, bei denen beispielsweise das Laufen auf der Stelle als Spielsteuerung diente. In den Folgejahren wurden verschiedene Eingabegeräte zur Bewegungserfassung entwickelt. Zu den bekanntesten und am weitesten verbreiteten Systemen gehören heute die Nintendo Wii® und die Microsoft Xbox Kinect®, bei denen die Bewegungen über Sensoren im Controller bzw. Kameras erfasst werden [17]. Diese werden in ver-

schiedene Spielszenarien, z.B. in Sportspielen wie Tennis oder Boxen oder in einfachen Geschicklichkeitsspielen ■■■ Abbildung 1 übertragen.

Das *American College of Sports Medicine* ordnet das Spielen von Exergames (=Exergaming) als eine technologiegetriebene körperliche Aktivität ein, bei der körperliche Bewegungen die Voraussetzung zur Bewältigung der digitalen Spielaufgaben sind [18]. Ein weiterer Definitionsvorschlag stellt den Bezug zur Beanspruchungscharakteristik her. Demnach liegt das körperliche Aktivitätsniveau im Rahmen des Exergaming über dem Niveau von sitzenden Tätigkeiten und bezieht außerdem Komponenten der Kraft, des Gleichgewichts und der Beweglichkeit ein [19].

Exergames zählen je nach zugrundeliegender Definition und Betrachtungsperspektive als Unterkategorie der *Serious Games* (engl. seriöse/ernsthafte Spiele). Im Vergleich zum klassischen Spiel, ist die primäre Intention bei dieser Spielart nicht die Unterhaltung und der vermeintliche zweckfreie Zeitvertrieb des Nutzers, sondern die Vermittlung spezifischer Inhalte (z.B. Wissen, Informationen, Verhalten) [20].

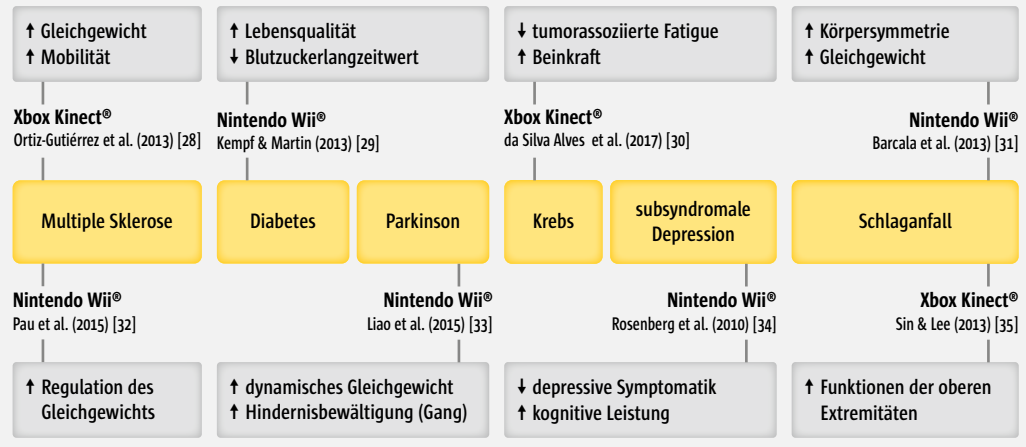
### Sport- und bewegungstherapeutische Anwendungsfelder

Innerhalb der Sport- und Bewegungstherapie liegt die wesentliche Intention von Exergames in der körperlichen Aktivierung der Nutzer inkl. Beanspruchung konditioneller, motorischer sowie kognitiver Komponenten. Zur Bewältigung der Spielaufgaben sollen Bewegungsaufgaben mit einer bestimmten Qualität erfüllt werden. Ebenfalls werden je nach Art des Spiels Anforderungen an die Planungskompetenz, Entscheidungsfindung und die inhibitorische Kontrolle gestellt. Außerdem werden Faktoren der Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Konzentration und Koordination angesprochen. Der spielerische Rahmen dient dabei als zentrale Motivationskomponente und soll sich einer Strategie bedienen, die bereits seit den Pioniertagen des digitalen Spiels ein Grundmotiv darstellt. Sollte der klassische Spielautomat Spieler motivieren weiter Münzen nachzuwerfen, beabsichtigt das Exergame den Nutzer zu weiterem Training zu ermuntern [21]. Neben den erwarteten Motivationsaspekten werden zudem weitere Wirkmechanismen diskutiert. Ergänzend zu den positiven Effekten durch eine allgemeine Erhöhung der körperlichen Aktivität, lösen die virtuellen Aufgaben kombiniert mit visuellem Feedback mög-

**Abbildung 1** Virtuelle Skiabfahrt mit dem Nintendo Wii® Balanceboard im Rahmen einer onkologischen Studie. Die Körperschwerpunktverlagerung der Probandin wird durch das Balanceboard erfasst und auf die Figur im Spiel übertragen.



**Abbildung 2** Ausgewählte Studien zum Einsatz von Spielekonsolen im bewegungstherapeutischen Kontext bei verschiedenen Krankheitsbildern inkl. der beobachteten Effekte (↑ Verbesserung, ↓ Verringerung)



licherweise neuroplastische Anpassungsprozesse aus [22–24] und könnten so die Therapiequalität erhöhen.

Auf Basis dieser Erkenntnisse leiten sich auch die bisher in Studien erprobten Anwendungsfelder ab **»** Abbildung 2. Exergames werden positive Effekte hinsichtlich der kardiovaskulären Fitness, motorischen Fähigkeiten, Balance- und Haltungskontrolle sowie kognitiven Funktionen zugeschrieben [25–27]. Diese Zieldimensionen sind für eine Vielzahl von Indikationen relevant.

Neben den bereits benannten Beispielen lassen sich weitere Indikationsgebiete wie z. B. die Orthopädie [36], Onkologie [37] oder Kardiologie [38] mit ersten Anwendungsstudien identifizieren. Auf dem Gebiet der neurologischen Erkrankungen, wie z. B. den Indikationen Schlaganfall [39], Multiple Sklerose [40] oder Parkinson [41], bei denen das motorische (Neu-)Lernen eine große Bedeutung hat, ist die Studienlage am umfangreichsten. So konnte gezeigt werden, dass Exergames in dieser Zielgruppe sicher anzuwenden sind, gut von Betroffenen angenommen werden und teilweise in ihrer Wirkung mit klassischen Therapiemethoden vergleichbar sind. Trotz dieser ersten positiven Befunde präsentiert sich die Studienlage in der Gesamtbetrachtung aufgrund der großen Studienheterogenität als inkonsistent [17, 42–44]. Deshalb kann ein gezielter Einsatz als Therapieergänzung aktuell weder klar befürwortet noch begründet abgelehnt werden.

### Körperliche Beanspruchung beim Spielen

Etwas klarer zeigt sich die Studienlage zur Frage danach, inwieweit das Spielen von Exergames zum Anstieg der körperlichen Beanspruchung führt und als körperliche Aktivität eingestuft werden kann. Laut der nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung [45] sind die Vermeidung von Inaktivität und langen Sitzphasen bedeutsame Ziele zur Gesundheitserhaltung und -förderung bei Erwachsenen einschließlich Senioren. Konkret sollten pro Woche 150 Minuten aerobe körperliche Aktivität im moderaten Intensitätsbereich angestrebt werden. Während Exergames das Ziel der Vermeidung von Inaktivität offensichtlich zumindest kurzfristig erfüllen, stellt sich die Frage inwieweit sie einen gesundheitsförderlichen Effekt in moderaten Intensitätsbereichen erreichen.

Dazu konnten mehrere Studien mit Erwachsenen einschließlich Senioren zeigen, dass beim *Exergaming* das körperliche Beanspruchungsniveau deutlich über die Ruhebedingung steigt und Intensitäten im

leichten bis moderaten Bereich möglich sind [46–50]. Es zeigte sich aber auch, dass der Beanspruchungsgrad in Abhängigkeit zum verwendeten Spiel und der damit verbundenen Anforderungscharakteristik steht. So sind es vor allem Spiele mit großer Bewegungsamplitude, komplexen Bewegungsaufgaben oder erhöhten Reaktions- bzw. Präzisionsaufgaben, die zu einem moderaten Beanspruchungsniveau führen. Gleichzeitig setzt die Bewältigung komplexer Spielaufgaben eine gewisse Handlungskompetenz des Nutzers voraus, die bei Älteren oder durch Krankheit beeinträchtigten Personen eingeschränkt sein kann.

**»»»** Eine überdauernde Beanspruchung im moderaten Intensitätsbereich scheint mit kommerziell verfügbaren Systemen, die sich kaum an spezielle Bedürfnisse des Nutzers anpassen lassen, nur bedingt möglich. Dennoch kann eine Nutzung von Exergames zur Unterbrechung körperlicher Inaktivität verhelfen und somit einen wichtigen niedrigschwelligen Schritt zur Steigerung der körperlichen Aktivität darstellen.

### Nutzerakzeptanz

Einen weiteren bedeutsamen Aspekt stellt die generelle Akzeptanz in der Zielgruppe dar. Sie ist eine zentrale Voraussetzung der Interventionseffizienz. Im Großteil der bisherigen Studien mit Erwachsenen einschließlich Senioren wird eine insgesamt positive Resonanz gegenüber Exergames berichtet. Allerdings kann vermutet werden, dass die Repräsentativität der Studienteilnehmer/-innen für die Bevölkerung eingeschränkt ist, weil die Teilnahme ein gewisses Interesse und Offenheit gegenüber den Interventionen mit Exergames erwarten lässt.

Kritisch ist festzuhalten, dass in der Mehrheit bisheriger Studien die Nutzerakzeptanz selten systematisch und mehrdimensional erfasst wurde. In der Regel wurden lediglich die Interventionsadhärenz, Probandenzufriedenheit und der Anteil an Studienabbrechern als Kerngrößen der Nutzerakzeptanz operationalisiert [43]. In eigenen Studien mit onkologischen und neurologischen Patienten [51, 52] zeigte sich, dass ein nicht unerheblicher Teil an Personen die Studienteilnahme aufgrund einer negativen Einstellung gegenüber Computerspielen ablehnte. Aktuelle Ergebnisse einer Studie mit geriatrischen Rehabilitanden [53] zeigen, dass eine schriftliche Trainingsbroschüre kurzfristig zu einer besseren Adhärenz, Motivation und Zufriedenheit führte, als die

Nutzung eines Exergames. Auch ein Discret Choice Experiment [54], bei dem ältere Patienten bei freier Wahlmöglichkeit eher die klassischen Trainingsoptionen bevorzugen, spricht für eine mögliche Akzeptanzüberschätzung insbesondere bei älteren Personen. Zudem fehlt es bisher an Belegen, dass sich das initiale Interesse und die hohe Zufriedenheit unter klinischen Bedingungen auch zu einem langfristigen Nutzungsverhalten verstetigen kann. Anzumerken ist hierzu, dass in der näheren Zukunft voraussichtlich die generelle Akzeptanz gegenüber digitalen Trainings- und Therapieoptionen in den angesprochenen Zielgruppen zunehmen wird. Zum einen finden individuelle Nutzerbedürfnisse immer mehr Berücksichtigung im Entwicklungsprozess von Exergames, andererseits könnten gerade positive Erfahrungen mit digitalen Technologien in anderen Lebensbereichen auch den Bereich der Exergames positiv beeinflussen.

### Fazit und Ausblick

Zweifelsohne unterstreichen die bisherigen Erkenntnisse zu Exergames deren Potential für die Gesundheitsförderung von Erwachsenen einschließlich Senioren. Der Bereich der digitalen Bewegungsspiele sollte aufgrund der fortschreitenden Digitalisierung im Gesundheitswesen auch in den nächsten Jahren weiter profitieren. Die internationale Entwicklung der Serious Games, die stetige interdisziplinäre wissenschaftliche Fundierung, die Etablierung akademischer Strukturen sowie die technische Neuentwicklung aus der Unterhaltungsindustrie geben dazu zukunftssträchtige Impulse. Da zu erwarten ist, dass die Nutzung von digitalen Technologien auch in den älteren Generationen zunehmen wird [55], sollte hier die Passfähigkeit der Exergames für sport- und bewegungstherapeutische Anwendungsfelder gegeben sein.



Die Entwicklungen der letzten Jahre zeigen aber auch, dass der technische Fortschritt und der Digitalisierungstrend häufig schneller verlaufen als die dezidierte wissenschaftliche Auseinandersetzung. Erste vielversprechende Entwicklungen und Pilotprojekte zum Einsatz von Exergames haben sich bisher nicht flächendeckend in die Praxis transferieren lassen und von einer Etablierung als ernstzunehmende und akzeptierte Therapieergänzung erscheinen Exergames noch entfernt.

Entsprechend hat ein bereits im Jahr 2010 gefasstes Resümee [8] zur gleichen Thematik kaum an Aktualität verloren. Es mangelt auch weiterhin an belastbaren Belegen, wie und auf welchen Ebenen Exergames genau wirken und welchen Mehrwert sie gegenüber den etablierten Standardmethoden besitzen. Aus Perspektive der Sport- und Bewegungstherapie gilt es im Sinne des eigenen biopsychosozialen Anspruchs zu beweisen, dass Exergames nicht nur bestimmte Bewegungsaufgaben abverlangen, die mit einem körperlichen Training assoziiert sind [56], sondern eine sinnvolle mehrdimensionale Therapieergänzung darstellen. Hierfür ist weitere interdisziplinäre Forschungsarbeit notwendig.

### Literatur

1. Huizinga J: Homo Ludens: Vom Ursprung der Kultur im Spiel. 24th ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt 2015
2. Wiemker M, Wimmer J: Spiel und Spielen. In: Hepp A, Krotz F, Lingenberg S, Wimmer J (eds.): Handbuch Cultural Studies und Medienanalyse. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden 2015; 247–255
3. Schmidt T, Schmidt I, Schmidt PR: Digitales Spielen und Lernen – A Perfect Match? Pädagogische Betrachtungen vom kindlichen Spiel zum digitalen Lernspiel. In: Dadaczynski K, Schiemann S, Paulus P (eds.): Gesundheit spielend fördern: Potenziale und Herausforderungen von digitalen Spieleanwendungen für die Gesundheitsförderung und Prävention, 1st ed. Weinheim: Beltz Juventa 2016; 18–49
4. Fritz J, Schmidt J-H, Lampert C (eds.): Kompetenzen und exzessive Nutzung bei Computerspielern: Gefordert, gefördert, gefährdet. Berlin: Vistas 2011
5. Schäfers A: Im Mittelpunkt der Mensch: Neue Medien und historischer Vergleich. In: Neverla I (ed.): Das Netz-Medium: Kommunikationswissenschaftliche Aspekte eines Mediums in Entwicklung. Opladen: Westdeutscher Verlag op. 1998; 89–110
6. Kharrazi H, Lu AS, Gharghabi F, Coleman W: A Scoping Review of Health Game Research: Past, Present, and Future. Games Health J 2012; 1(2)
7. Staiano AE, Calvert SL: Exergames for Physical Education Courses: Physical, Social, and Cognitive Benefits. Child Dev Perspect 2011; 5(2): 93–8
8. Wiemeyer J: Gesundheit auf dem Spiel? – Serious Games in Prävention und Rehabilitation. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 2010; 61(11): 252–7
9. Schiemann S, Dadaczynski K, Paulus P: Bildschirmzeiten zur Steigerung der körperlichen Aktivität?: Digitale Spieleanwendungen im Bereich körperliche Aktivität und ihr Wirkungen. In: Dadaczynski K, Schiemann S, Paulus P (eds.): Gesundheit spielend fördern: Potenziale und Herausforderungen von digitalen Spieleanwendungen für die Gesundheitsförderung und Prävention, 1st ed. Weinheim: Beltz Juventa 2016; 282–306
10. Schultheiss D, Wimmer J: Erwachsene spielen? Aktuelle Daten zur Computerspielnutzung im Erwachsenen- und hohem Er-

- wachsenalter. In: Dadaczynski K, Schiemann S, Paulus P (eds.): *Gesundheit spielend fördern: Potenziale und Herausforderungen von digitalen Spieleanwendungen für die Gesundheitsförderung und Prävention*, 1st ed. Weinheim: Beltz Juventa 2016; 143–156
11. Dundar U, Toktas H, Solak O, Ulasli AM, Eroglu S: A comparative study of conventional physiotherapy versus robotic training combined with physiotherapy in patients with stroke. *Top Stroke Rehabil* 2014; 21(6): 453–61
  12. Hoffmann K, Sportwiss D, Hardy S, Wiemeyer J, Göbel S: Personalized Adaptive Control of Training Load in Cardio-Exergames – A Feasibility Study. *Games Health J* 2015; 4(6): 470–9
  13. Gschwind YJ, Eichberg S, Ejupi A, Rosario H de, Kroll M, Marston HR, Drobits M, Annegarn J, Wieching R, Lord SR, Aal K, Vaziri D, Woodbury A, Fink D, Delbaere K: ICT-based system to predict and prevent falls (iStoppFalls): Results from an international multicenter randomized controlled trial. *Eur Rev Aging Phys Act* 2015; 12(10)
  14. Roth C, Krewer C: Wii-gestütztes Gleichgewichtstraining in der Gruppe? Ein Erfahrungsbericht. *neuroreha* 2014; 06(02): 80–3
  15. Ahnert J, Vogel H, Lütgemüller A, Schubmann R, Schuler M: Exergames in der Rehabilitation bei depressiven Patienten – Machbarkeit und Akzeptanz. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2014; 27(2): 174–85
  16. Brinkmann C: Sporttherapie 4.0 – Exergaming als innovative Trainingsmethode in der Bewegungsmedizin. In: *Einhäupl KM (ed.): Medizin 4.0 – Zur Zukunft der Medizin in der digitalisierten Welt* 2017; 135–138
  17. Taylor MJD, McCormick D, Shawis T, Impson R, Griffin M: Activity-promoting gaming systems in exercise and rehabilitation. *JRRD* 2011; 48(10): 1171
  18. American College of Sports Medicine: Exergaming. Online-Resource: <https://www.acsm.org/docs/brochures/exergaming.pdf> (Zugriff am 20.06.2017)
  19. Oh Y, Yang S.P.: Defining Exergames & Exergaming. Meaningful play. 2010 Conference Paper 2010
  20. Wiemeyer J: *Serious Games für die Gesundheit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden 2016
  21. Wallenfels F: Einleitung. In: Freyermuth GS, Gotto L, Wallenfels F (eds.): *Serious Games, Exergames, Exerlearning*. Bielefeld: transcript Verlag 2014
  22. Monteiro-Junior RS, Vagheti CAO, Nascimento OJM, Laks J, Deslandes AC: Exergames: Neuroplastic hypothesis about cognitive improvement and biological effects on physical function of institutionalized older persons. *Neural Regen Res* 2016; 11(2): 201–4
  23. Wiemeyer J: *Serious Games in der Neurorehabilitation – Ziele, Anforderungen und Perspektiven*. *neuroreha* 2017; 09(01): 19–23
  24. Plow MA, McDaniel C, Linder S, Albert JL: A Scoping Review of Exergaming for Adults with Systemic Disabling Conditions. *J Bioengineer & Biomedical Sci* 2013; S1:002
  25. Stanmore E, Stubbs B, Vancampfort D, Bruin ED de, Firth J: The effect of active video games on cognitive functioning in clinical and non-clinical populations: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Neurosci Biobehav Rev* 2017; 78: 34–43
  26. van Diest M, Lamoth CJC, Stegenga J, Verkerke GJ, Postema K: Exergaming for balance training of elderly: state of the art and future developments. *J Neuroeng Rehabil* 2013; 10: 101
  27. Molina KI, Ricci NA, Moraes SA de, Perracini MR: Virtual reality using games for improving physical functioning in older adults: A systematic review. *J Neuroeng Rehabil* 2014; 11: 156
  28. Ortiz-Gutiérrez R, Cano-de-la-Cuerda R, Galán-del-Río F, Alguacil-Diego IM, Palacios-Ceña D, Miangolarra-Page JC: A telerehabilitation program improves postural control in multiple sclerosis patients: a Spanish preliminary study. *Int J Environ Res Public Health* 2013; 10(11): 5697–710
  29. Kempf K, Martin S: Autonomous exercise game use improves metabolic control and quality of life in type 2 diabetes patients – a randomized controlled trial. *BMC Endocr Disord* 2013; 13: 57
  30. da Silva Alves R, Lunes DH, Pereira IC, Borges JBC, Nogueira DA, Silva AM, Lobato DFM, Carvalho LC: Influence of Exergaming on the Perception of Cancer-Related Fatigue. *Games Health J* 2017; 6(2): 119–26
  31. Barcala L, Grecco LAC, Colella F, Lucareli PRG, Salgado ASI, Oliveira CS: Visual biofeedback balance training using wii fit after stroke: a randomized controlled trial. *J Phys Ther Sci* 2013; 25(8): 1027–32
  32. Pau M, Coghe G, Corona F, Leban B, Marrosu MG, Cocco E: Effectiveness and Limitations of Unsupervised Home-Based Balance Rehabilitation with Nintendo Wii in People with Multiple Sclerosis. *Biomed Res Int* 2015; 2015: 916478
  33. Liao Y-Y, Yang Y-R, Cheng S-J, Wu Y-R, Fuh J-L, Wang R-Y: Virtual Reality-Based Training to Improve Obstacle-Crossing Performance and Dynamic Balance in Patients With Parkinson's Disease. *Neurorehabil Neural Repair* 2015; 29(7): 658–67
  34. Rosenberg D, Depp CA, Vahia IV, Reichstadt J, Palmer BW, Kerr J, Norman G, Jeste DV: Exergames for subsyndromal depression in older adults: a pilot study of a novel intervention. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010; 18(3): 221–6
  35. Sin H, Lee G: Additional virtual reality training using Xbox Kinect in stroke survivors with hemiplegia. *Am J Phys Med Rehabil* 2013; 92(10): 871–80.
  36. Brauner T, Burka P, Stamer K, Horstmann T: *Exergames in der orthopädisch-unfallchirurgischen Rehabilitation*. OUP 2015; 01: 4–10
  37. Hoffman AJ, Brintnall RA, Brown JK, Eye A von, Jones LW, Alderink G, Ritz-Holland D, Enter M, Patzelt LH, VanOtteren GM: Virtual reality bringing a new reality to postthoracotomy lung cancer patients via a home-based exercise intervention targeting fatigue while undergoing adjuvant treatment. *Cancer Nurs* 2014; 37(1): 23–33
  38. Klompstra L, Jaarsma T, Strömberg A: Exergaming to increase the exercise capacity and daily physical activity in heart failure patients: a pilot study. *BMC Geriatr* 2014; 14: 119
  39. Cheok G, Tan D, Low A, Hewitt J: Is Nintendo Wii an Effective Intervention for Individuals With Stroke? A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc* 2015; 16(11): 923–32
  40. Taylor MJD, Griffin M: The use of gaming technology for rehabilitation in people with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2015; 21(4): 355–71

41. Barry G, Galna B, Rochester L: The role of exergaming in Parkinson's disease rehabilitation: A systematic review of the evidence. *J Neuroeng Rehabil* 2014; 11: 33
42. Bonnehère B, Jansen B, Omelina L, van Sint Jan S: The use of commercial video games in rehabilitation: A systematic review. *Int J Rehabil Res* 2016; 39(4): 277-90
43. Skjæret N, Nawaz A, Morat T, Schoene D, Helbostad JL, Vereijken B: Exercise and rehabilitation delivered through exergames in older adults: An integrative review of technologies, safety and efficacy. *Int J Med Inform* 2016; 85(1): 1-16
44. Wiemeyer J, Kliem A: Serious games in prevention and rehabilitation – A new panacea for elderly people? *Eur Rev Aging Phys Act* 2012; 9(1): 41-50
45. Rütten A, Pfeifer K: Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung 2016
46. Peng W, Lin J-H, Crouse J: Is playing exergames really exercising? A meta-analysis of energy expenditure in active video games. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2011; 14(11): 681-8
47. Graves LEF, Ridgers ND, Williams K, Stratton G, Atkinson G, Cable NT: The physiological cost and enjoyment of Wii Fit in adolescents, young adults, and older adults. *J Phys Act Health* 2010; 7(3): 393-401
48. Miyachi M, Yamamoto K, Ohkawara K, Tanaka S: METs in adults while playing active video games: a metabolic chamber study. *Med Sci Sports Exerc* 2010; 42(6): 1149-53
49. Dutta N, Pereira MA: Effects of Active Video Games on Energy Expenditure in Adults: A Systematic Literature Review. *J Phys Act Health* 2015; 12(6): 890-9
50. Guderian B, Borreson LA, Sletten LE, Cable K, Stecker TP, Probst MA, Dalleck LC: The cardiovascular and metabolic responses to Wii Fit video game playing in middle-aged and older adults. *J Sports Med Phys Fitness* 2010; 50(4): 436-42
51. Boese S, Golla A, Beutner K, Mau W, Jahn P, Bauer A, Schlitt A, Lau A: Exergames als bewegungstherapeutisches Angebot – Nutzerakzeptanz und Beanspruchung im Rahmen der stationären onkologischen Rehabilitation. *Phys Med Rehab Kuror* 2016; 26(01): 32-8
52. Golla A, Müller T, Wohlfarth K, Jahn P, Mau W: Selbstständiges Gleichgewichtstraining mit dem Nintendo Wii Balanceboard in der ambulanten Schlaganfallnachsorge – Eine randomisierte kontrollierte Phase-II-Studie (Proof of Concept): German Medical Science GMS Publishing House 2016; Doc16ebmP68
53. Oesch P, Kool J, Fernandez-Luque L, Brox E, Evertsen G, Civit A, Hilfiker R, Bachmann S: Exergames versus self-regulated exercises with instruction leaflets to improve adherence during geriatric rehabilitation: A randomized controlled trial. *BMC Geriatr* 2017; 17(1): 77
54. Laver K, Ratcliffe J, George S, Burgess L, Crotty M: Is the Nintendo Wii Fit really acceptable to older people? A discrete choice experiment. *BMC Geriatr* 2011; 11: 64
55. Boissieu P de, Denormandie P, Armaingaud D, Sanchez S, Jean-del C: Exergames and elderly: A non-systematic review of the literature. *European Geriatric Medicine* 2017; 8(2): 111-6
56. Bogost I: Exergames. Rhetoriken und soziale Rituale. In: Freyermuth GS, Gotto L, Wallenfels F (eds.): *Serious Games, Exergames, Exerlearning*. Bielefeld: transcript Verlag 2014; 233-264 Virtuelle Skiabfahrt mit dem Nintendo Wii® Balanceboard im Rahmen einer onkologischen Studie. Die Körperschwerpunktverlagerung der Probandin wird durch das Balanceboard erfasst und auf die Figur im Spiel übertragen.



André Golla, M.A.

Bachelorstudium Präventions-, Rehabilitations- und Fitnesssport an der TU Chemnitz und Masterstudium Sport und Ernährung an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Seit 2013 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Rehabilitationsmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Übergeordnetes Forschungsthema: Weiterentwicklung der rehabilitativen Sport- und Bewegungstherapie.



Prof. Dr. med. Wilfried Mau

Studium der Humanmedizin in Hannover und Glasgow/Großbritannien. 1983-1990 Assistenzarzt, 1991-2002 Oberarzt in der Abteilung Rheumatologie des Zentrums für Innere Medizin der Medizinischen Hochschule Hannover. Seit 2003 Direktor des Instituts für Rehabilitationsmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Sprecher des Forschungsverbundes Rehabilitationswissenschaften Sachsen-Anhalt/Thüringen, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Übergeordnetes Forschungsthema: Gefährdung, Erhalt und Wiederherstellung der Teilhabe und selbstbestimmten Lebensführung von Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen.

# Gut informierte Kommunikation zwischen Arzt und Patient im digitalen Zeitalter – Das GAP-Projekt

Britta Lang, Katharina Kunzweiler und Sebastian Voigt-Radloff

Für das GAP Konsortium:

Cochrane Deutschland, Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät der Universität Freiburg | BKK, Landesverband Bayern | Allgemeinmedizinisches Institut, Universitätsklinikum Erlangen | Lehrbereich Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät der Universität Freiburg | Medizinische Psychologie und Soziologie, Medizinische Fakultät der Universität Freiburg | Lehrstuhl Wissenschaftsjournalismus, Institut für Journalistik, Technische Universität Dortmund | Institut für Medizinische Biometrie und Statistik, Universität Freiburg | Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung (SEVERA), Universitätsklinikum Freiburg

## Einleitung

Die informationstechnischen Entwicklungen der letzten zwanzig Jahre resultieren für alle Bürger und Bürgerinnen in einer neuen Dimension verfügbaren Wissens über Gesundheit und Medizin. Informationen, die früher nur Experten oder Spezialisten zugänglich waren, sind heute via Internet und mobile Endgeräte in einer Flut unterschiedlichster Qualität und Intentionen jederzeit und überall verfügbar. Der Verbraucher nutzt nicht nur Wissen, sondern wird auch zum Wissensproduzenten und Datenmanager, wenn er Apps benutzt, die Schritte, Schlaf, Kalorien, Gewicht oder Zuckerwerte messen und somit personenbezogene Gesundheitsdaten erheben und bereitstellen. Kommerzielle Plattformen wie „Patients like me“ ([www.patientslikeme.com](http://www.patientslikeme.com)), auf denen Patienten zu über 2.700 Krankheitsbildern die Daten ihres Krankheitsverlaufs bereitstellen, um diese mit anderen Betroffenen zu teilen (und nebenbei auch mit der Industrie), sind nur der Beginn neuer Informationsmodelle. Auch die Zugänglichkeit zu Informationen aus der Forschung ist einfacher geworden: Seien es Berichte über aktuelle Studien in den Publikumsmedien, die Angebote, die manche Selbsthilfegruppen oder Leitliniengruppen für ihre Betroffenen bereitstellen oder die Patientenprodukte von Organisationen wie Cochrane ([www.cochrane.de](http://www.cochrane.de)): Besteht der Wunsch nach dieser Information kann der Interessierte durchaus fündig werden. Jedoch: Ob klassisches Lesematerial, Online-Zeitungsartikel, YouTube-Videos oder die eigene Insulin-Spiegel-Kurve: Der Konsument von Gesundheitsinformationen

ist in den Fokus der Informationsanbieter unterschiedlichster Zielsetzung geraten, was zu einer stark fragmentierten Informationslandschaft an Angeboten geführt hat, deren qualitative Einschätzung für den Laien kaum möglich ist. Hier reicht der Bogen von öffentlichen Angeboten mit hohem Anspruch an die wissenschaftliche Basis der Information, Ausgewogenheit und Transparenz bis hin zu kommerziellen Angeboten, die eine andere Zielsetzung verfolgen wollen und müssen. Das Feld unterliegt einem raschen Wandel, der durch die Informationswirtschaft beschleunigt wird. Die klassischen ein-direktionalen Informationsangebote wie Portale und Plattformen sind nur ein Teil der oben bereits erwähnten „E-Health“-Angebote (vgl. auch die digitale Agenda für Europa 2020 und Deutschland, [1]).

## Barrieren für einen erfolgreichen Wissenstransfer

Eine entscheidende Schnittstelle für den Wissenstransfer ist die Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Um beide zu befähigen, auf eine valide und effiziente Informationsgrundlage zugreifen zu können, gilt es, die Barrieren zu überwinden, die den Wissenstransfer in der nichtenglischsprachigen Welt [2] und damit partizipative Gesundheitsentscheidungen behindern [3]. Für Deutschland weisen Untersuchungen darauf hin, dass Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich sowie Patientinnen und Patienten einen Mangel an unabhängigen, aktuellen, forschungsgestützten und niedrigschwellig erreichbaren Informationsquellen



identifizieren. Auch fühlen sie sich von der vornehmlich auf Englisch publizierten medizinischen Forschung abgeschnitten [4]. Es gibt Hinweise, dass für eine fundierte und rechtssichere Information die Muttersprache bevorzugt wird [5]. Bis heute ist jedoch der Großteil der global gewonnenen Studienergebnisse und darauf aufbauende Evidenz-Synthesen zur Wirksamkeit von Gesundheitsinterventionen nur auf Englisch verfügbar, wie das Meta-Register für systematische Übersichtsarbeiten „PubMedhealth“ eindrücklich zeigt ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/what-works/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/what-works/), besucht am 1.7.2017) [6], [7]. Neben der sprachlichen Barriere wird die bestehende Informationslandschaft insbesondere von Patientinnen und Patienten sowie Patientenorganisationen, aber auch von der niedergelassenen Ärzteschaft als unübersichtlich, in der Nutzung zeitraubend, interessengeleitet und als häufig nicht aktuell eingeschätzt [4]. Eindeutig werden die Fremdsprache, der technische Zugang, die Kosten für E-Journals und Datenbanken sowie vor allem die limitierte Zeit als Barrieren der Wissensnutzung genannt. Dies steht besonders bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im Vordergrund, die angesichts knapper zeitlicher Ressourcen in der Informationsflut mit angemessenem Aufwand die relevanten Informationen in einem geeigneten Format identifizieren möchten. Diese defizitäre Informationsversorgung ist auch an anderer Stelle schon hervorgehoben [8] und in Deutschland bisher nur vereinzelt adressiert worden, wie z.B. mit dem Patienten-Angebot des Instituts für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG, [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de)) oder der Arztbibliothek der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die aber 2015 wieder eingestellt wurde. Ausgehend von dem Axiom, dass Bürgerinnen und Bürger das Recht auf wissenschaftsbasierte Informationen haben, um Entscheidungen über ihre Gesundheitsfürsorge zu treffen, ist die konsequente Folgerung, solches Wissen auch in den Nationalsprachen bereitzustellen und auch offen zu beschreiben, wo solches Wissen fehlt [9], [10], [11]. Seit 1992 setzt sich z.B. die internationale Not-for-profit-Organisation Cochrane dafür ein, zuverlässige Evidenz für informierte Entscheidungen und damit für eine bessere Gesundheitsversorgung bereitzustellen. In systematischen Übersichtsarbeiten – z.B. den sogenannten Cochrane Reviews – wird der zu einem Thema existierende Wissens-Korpus aus Studien (body of evidence) systematisch identifiziert, hinsichtlich seiner Aussagekraft bewertet und die Ergebnisse zusammenfassend für

verschiedene Zielgruppen (Gesundheitsprofessionen, Patienten, Systemvertreter, Politiker) zur Verfügung gestellt. Dies geschieht über die Vollpublikation der Reviews in der Cochrane Library ([www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)) und über Derivat-Produkte wie in Landesprachen übersetzte kompakte Zusammenfassungen ([www.cochrane.org/de/evidence](http://www.cochrane.org/de/evidence)) oder journalistisch aufgearbeitete Beiträge zu Inhalten und Methoden im Nachrichten-Blog „Wissen was wirkt“ ([www.wissenwaswirkt.org](http://www.wissenwaswirkt.org)).

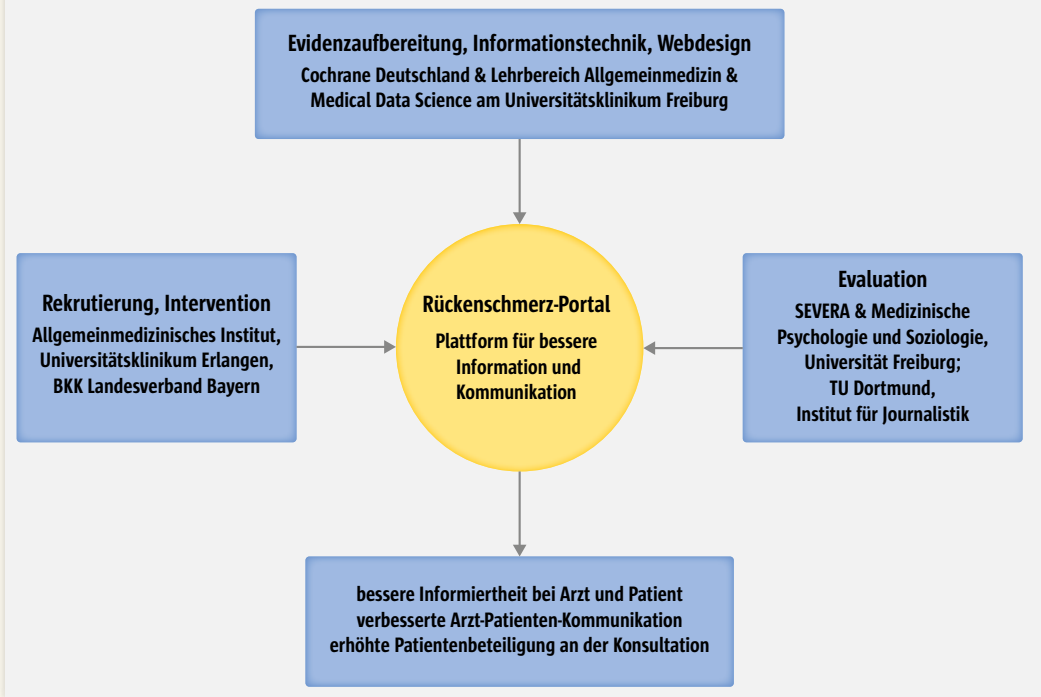
Erschwerend kommt hinzu, dass Patienten zunehmend unabhängig von ihrem Arzt, aber meist auch ohne wissenschaftlich fundierte Orientierungshilfen über allgemeine Suchmaschinen wie Google im Internet nach Gesundheitsinformationen suchen [12]. Zwar ermöglicht das Internet gerade auch die Ansprache von Nutzern, die Arztpraxen eher selten aufsuchen, für die Patienten ist die Qualität vieler Informationsangebote jedoch kaum einzuschätzen [13], [14]. Gleichwohl werden Informationen aus dem Internet als sinnvolle bzw. notwendige Ergänzung zum persönlichen Gespräch mit dem Arzt wahrgenommen [15]. Dies wird von einem Großteil der Ärzte als belastend und irreführend empfunden. Informationen aus dem Internet gelten daher aus Sicht der Ärzte weithin als Störfaktor der Arzt-Patienten-Kommunikation, der das wechselseitige Vertrauensverhältnis untergräbt und damit den Therapieerfolg gefährdet. Angesichts des Wandels der Generationen hinsichtlich der Akzeptanz und Nutzung des Internets, der sozialen Medien und virtueller Kommunikationsformen – Stichwort „Digitale Kluft“ – wird sich diese Situation eher noch verschärfen [16].

### Das GAP-Projekt

Das mit Mitteln des Innovationsfonds geförderte Projekt „Gut informierte Kommunikation zwischen Arzt und Patient (GAP)“ hat zum Ziel, eine bessere medizinische Informiertheit für Patienten und Ärzte zu ermöglichen (►► Abbildung 1).

Dies erfolgt durch einen niedrigschwelligen Online-Zugang zu evidenzbasierten, aktuellen, unabhängigen und verständlichen Informationen in deutscher Sprache über medizinische Probleme und Versorgungsangebote am Beispiel der Versorgung von Rückenschmerz-Patienten. GAP testet mit dem Design einer kontrollierten Interventions-Studie eine neue Versorgungsform in Gestalt einer speziellen Informationsplattform für die Arzt-Patienten-Kommunikation. Die Nutzung der Plattform wird durch „Arzt-KIT“ unterstützt, um so die optimale

Abbildung 1 Struktur und Akteure des GAP-Projekts



Nutzung der Plattform zu ermöglichen. Das „Arzt-KIT“ enthält Briefing-Bausteine zur optimalen Kommunikation über die Inhalte der Plattform. Diese soll Informationen für die professionelle Seite und auf Basis derselben Evidenz ein Informationsprodukt für die Patienten beinhalten. Komplementiert wird das Angebot durch Verweise auf aktuelle Studien ebenso wie auf Berichte in den Medien, die einem Fakten-Check unterzogen werden. Vorbild für diese neue Versorgungsform sind die nationalen Informationsressourcen Großbritanniens (NHS Choices) [17] und Schwedens [18] sowie die nationale norwegische Gesundheitsbibliothek [19]. Die Ergebnisse z.B. des NHS Choices Evaluationsreports des National Health Services von 2010 zeigten einen sinkenden Konsultationsbedarf durch Einsatz der Online-Ressource. Die Autoren schätzen eine Ersparnis von 44 Millionen Britischen Pfund durch das Entfallen von vermeidbaren oder überflüssigen Konsultationen gerade in der jüngeren, internetaffinen Bevölkerung [20]. Das 2006 gegründete norwegische Angebot [21], das sich primär an die Gesundheitsprofessionen richtet, wurde aber auch von Patienten, Studenten und anderen Zielgruppen genutzt [22]. Der in norwegischer Sprache vorliegende Inhalt wurde dem englischsprachi-

gen vorgezogen und die Patienten-Informationenflyer waren der am häufigsten genutzte Informationstyp sowohl bei den Patienten als auch bei den Gesundheitsprofessionen.

Die GAP-Informationen-Plattform soll komplementär und unterstützend zu der bestehenden medizinischen Versorgung existieren und den Arzt im professionellen Handeln unterstützen. Die Patienten sollen darin gestärkt werden, schnell und effizient auf vorausgewählte, evidenzbasierte Informationen zugreifen zu können und so ihren Gesundheitspräferenzen entsprechend eine Behandlungsalternative kompetent auszuwählen. Damit soll auch eine Kultur des „choosing wisely“ [23], in Deutschland als „Gemeinsam klug entscheiden“ eingeführt [24], etabliert und die Auswahl einer adäquaten Versorgung unterstützt werden (vgl. den Bericht des Sachverständigenrates 2014) [25]. Durch die integrierte Suchmaschine wird allen Nutzern damit die Möglichkeit gegeben werden, anonyme und unabhängige Recherchen zu gesundheitsrelevanten Fragen durchzuführen, was für den Patienten im Normalfall heute schwer möglich ist. Die Informationsressource soll evidenzbasiert, aktuell, unabhängig und verständlich in deutscher Sprache angeboten

werden und sich an den Bedürfnissen der Nutzer orientieren. Sie wird sowohl online als auch offline in Form einer Informationsbroschüre zur Verfügung gestellt. Durch die „Arzt-KITs“ soll eine Möglichkeit bestehen, die Informationen besser auf die individuellen Informations-Bedürfnisse abzustimmen [15]. Mittels möglichst zielgruppengerechter Entwicklung der webbasierten Versorgungsform wird neben der medizinischen Indikation auch das allgemeine Mediennutzungsverhalten sowie insbesondere das Gesundheitsbewusstsein und die Gesundheitsorientierung der Nutzer, also die Motivation und Bereitschaft zur Nutzung der bereitgestellten Informationsressource, berücksichtigt werden [9, 16]. Die Wirkungsweise der Informationsressource hängt dabei entscheidend auch von der Aufbereitung und Gestaltung (Sprache, Visualisierung, Interaktivität) der Informationen ab. Verschiedene Nutzerbefragungen (Fokusgruppengespräche, Online-Befragung, Web-Tracking, Eye-Tracking) zu mehreren Zeitpunkten der Studie werden Aufschluss über die Effektivität der Maßnahme geben und gewährleisten die optimale Anpassung der Versorgungsform an die Gewohnheiten, Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten und Ärzte.

### Potenziale und Risiken digitaler Gesundheitsinformation

Das Projekt bietet großes Potenzial, Impulse für eine verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation zu liefern und dieses Modell eines evidenzbasierten, effizienten Wissenstransfers auf seine Potenziale zu überprüfen. Kritisch fragen muss man sich, wie lange diese ein-direktionalen Informationsangebote noch zeitgemäß sein werden, angesichts der rasanten Entwicklung der Datenindustrie, in der Patientendaten zu „Bodenschätzen“ des 21. Jahrhunderts avancieren und entsprechend begehrt sind. Solange die rechtlichen Rahmenbedingungen für Datenschutz und Privatsphäre den Entwicklungen der Industrie weiter hinterhereilen, ist dem „Daten-Rausch“ keine Grenze gesetzt. Dies zeigt eindrücklich der Fall der 1,6 Millionen Patienten-Datensätze, die der National Health Service in Großbritannien der auf künstliche Intelligenz spezialisierten Google-Tochter „Deep Mind“ in einer Kooperation zur Verfügung gestellt hat, um eine Medizin-App für die Mitarbeiter des NHS anzulernen [26]. Der klassische Wirksamkeitsnachweis, den die evidenzbasierte Medizin fordert, ist damit nicht ausgehebelt – im Gegenteil [27] – nur der Fokus des Interesses ver-

schiebt sich auf „Verhalten und Entscheidungen“ der Datenlieferanten [28]. Während man in Deutschland gerade ein Set an Empfehlungen für eine „Gute Praxis Patienteninformation“ konsentiert hat [29], wird es schon Zeit, technologische Entwicklungen hinsichtlich der Daten, mit denen sie gefüttert wurden, auf den Prüfstand zu stellen. Aufklärungswillige Bürger und Bürgerinnen müssen für andere Risiken sensibilisiert werden, wenn sie Herr über die Anwendungen bleiben wollen, die mit ihren Daten modelliert wurden. Partizipation bekommt hier eine neue Dimension. Das GAP-Projekt möchte dazu beitragen, dass gut informierte Bürgerinnen und Bürger in Zeiten digitalen Wandels gemeinsam mit ihrem Hausarzt gute Entscheidungen für ihre Gesundheit treffen können.

### Ausblick

Das GAP-Projekt startet am 1. Oktober 2017 und hat eine Laufzeit von drei Jahren. Erste Ergebnisse zur Evaluation werden nach Abschluss der Interventionsphase, vermutlich 2020 vorliegen. Wenn für die neue evidenzbasierte und laienverständliche Informations- und Kommunikationsintervention positive Effekte auf die Versorgungsqualität nachgewiesen werden konnten, kann die Plattform bei entsprechender Finanzierung auf weitere Gesundheitsthemen ausgeweitet werden.

### Literatur

1. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, Bundesministerium des Inneren, Bundesministerium für Verkehr und Infrastruktur, Herausgeber. Digitale Agenda 2014–2017 [Internet]. BMWi; [zitiert 19. Juli 2017]. Verfügbar unter: [https://www.digitaleagenda.de/Content/DE/\\_Anlagen/2014/08/2014-08-20-digitaleagenda.pdf;jsessionid=98E22A92EFBE7EDF09F244E3816FDA4.s5t1?\\_blob=publicationFile&v=6](https://www.digitaleagenda.de/Content/DE/_Anlagen/2014/08/2014-08-20-digitaleagenda.pdf;jsessionid=98E22A92EFBE7EDF09F244E3816FDA4.s5t1?_blob=publicationFile&v=6)
2. Lang D phil B, Sängler S. Evidenzbasierte Medizin für den Bürger. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Juni 2005;48(6):679–84.
3. Lewis-Barned N. Shared decision making and support for self-management: a rationale for change. Future Hosp J. 1. Juni 2016; 3(2):117–20.
4. Lang B, Zok K. Informationsbedürfnisse und -verhalten von Hausärzten. WIdO Monit. 2017;14(1).
5. Gulbrandsen P, Schroeder TV, Milerad J, Nylenna M. Paper or screen, mother tongue or english: Which is better?: a randomized trial. JAMA. 5. Juni 2002;287(21):2851–3.
6. Antes G, Bluemle A, Lang B. Medizinisches Wissen – Entstehung, Aufbereitung, Nutzung. In: Rebscher H, Kaufmann S, Herausgeber. Wissensmanagement in Gesundheitssystemen:

- Vom Wissen zum Handeln. Heidelberg: medhochzwei; 2014. S. 29–49.
7. Antes G, Clarke M. Knowledge as a key resource for health challenges. *Lancet*. 21. Januar 2012;379(9812):195–6.
  8. Vollmar HC, Rieger MA, Butzlaff ME, Ostermann T. General Practitioners' preferences and use of educational media: a German perspective. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:31.
  9. EMEA EMA, Herausgeber. Information on benefit-risk of medicines: patients' and healthcare professionals' expectations [Internet]. 2009. Verfügbar unter: [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Other/2009/12/WC500018433.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Other/2009/12/WC500018433.pdf)
  10. Gigerenzer G, Gray JAM, Ernst Strüngmann Forum. Better doctors, better patients, better decisions: envisioning health care 2020 ; [the Ernst Strüngmann Forum ... was held in Frankfurt am Main, Germany, from October 25–30, 2009]. Cambridge, Mass. [u.a.]: MIT Press; 2011.
  11. Mühlhauser I, Steckelberg A. Evidenzbasierte Patienteneinfor-mation: Wünsche der Betroffenen. *Dtsch Arztebl* [Internet]. 2009 [zitiert 8. Juni 2016];106(51–562). Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/67180>
  12. Rossmann C. Gesundheitskommunikation im Internet. Erscheinungsformen, Potenziale, Grenzen. In: Schweiger W, Beck K, Herausgeber. *Handbuch Online-Kommunikation*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010. S. 338–63.
  13. Eysenbach G, Powell J, Kuss O, Sa E-R. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: a systematic review. *JAMA*. 22. Mai 2002; 287(20):2691–700.
  14. Trepte S, Baumann E, Hautzinger N, Siegert G. Qualität gesundheitsbezogener Online-Angebote aus Sicht von Usern und Experten. 53:486–506. 2005;53:486–506.
  15. Kirschning S, Kardoff E v. Welche Informationen suchen internetnutzende Angehörige krebserkrankter Frauen und Männer? Helfen die gefundenen Informationen bei der Bewältigungsarbeit? 2007;102(Nr. 2):136–40.
  16. Zillien N, Haufs-Brusberg M. *Wissenslücke und Digital Divide*. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos; 2014. 121 S. (Konzepte. Ansätze der Medien- und Kommunikationswissenschaft).
  17. Choices NHS. NHS Choices Home Page [Internet]. 2017 [zitiert 20. Juli 2017]. Verfügbar unter: <http://www.nhs.uk/pages/home.aspx>
  18. 1177.se. Startsidea [Internet]. [zitiert 20. Juli 2017]. Verfügbar unter: <https://www.1177.se/>
  19. Helsebiblioteket.no R. The Norwegian Electronic Health Library – information in English [Internet]. Helsebiblioteket.no. [zitiert 20. Juli 2017]. Verfügbar unter: <http://www.helsebiblioteket.no/om-oss/english>
  20. primary-care-consultation-report.pdf [Internet]. [zitiert 20. Juli 2017]. Verfügbar unter: <http://www.nhs.uk/aboutNHS-Choices/professionals/developments/Documents/annual-report/primary-care-consultation-report.pdf>
  21. Nylenna M, Eiring Ø, Strand G, Røttingen J-A. Wiring a nation: putting knowledge into action. *The Lancet*. März 2010;375:1048–51.
  22. Eggen R, Tjensvoll K, Nylenna M. Examining the Use of an Open Digital Health Library for Professionals. *JMIR Res Protoc*. 2014;3(4):e66.
  23. ABIM Foundation. Choosing Wisely | Promoting conversations between providers and patients [Internet]. [zitiert 20. Juli 2017]. Verfügbar unter: <http://www.choosingwisely.org/>
  24. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. Eine Choosing Wisely Initiative für Deutschland? Pressemitteilung. [Internet]. 2013 [zitiert 20. Juli 2017]. Verfügbar unter: <http://www.ebm-netzwerk.de/pdf/stellungnahmen/pm-dnebm-choosing-wisely-initiative.pdf>
  25. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2014, Gutachten, svr-gesundheit.de [Internet]. [zitiert 11. Juli 2016]. Verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465>
  26. Armbruster A. Künstliche Intelligenz: So darf Google keine Patientendaten bekommen. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* [Internet]. 4. Juli 2017; Verfügbar unter: <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/netzwirtschaft/kuenstliche-intelligenz-so-darf-google-keine-patientendaten-bekommen-15090321.html>
  27. Antes G. Ist das Zeitalter der Kausalität vorbei? *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen*. 1. Januar 2016;112:S16–22.
  28. Meixner G. Big Data: Wie die IT-Industrie die Privatsphäre aushöhlt. *sueddeutsche.de* [Internet]. 1. Januar 2017; Verfügbar unter: <http://www.sueddeutsche.de/politik/aussenansicht-die-wichtigste-grenze-1.3316714>
  29. GPGI A. Gute Praxis Gesundheitsinformation. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen* [Internet]. [zitiert 28. Januar 2016]; Verfügbar unter: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1865921715300015>



Dr. Britta Lang

Britta Lang ist seit 1999 wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Cochrane Deutschland, in 2016 kommissarische stellvertretende Leitung der Einrichtung. Sie promovierte 1997 in den Altertumswissenschaften, 2006 folgte im Rahmen ihrer Tätigkeit bei Cochrane ein Master in Science Communication an der Open University (Milton Keynes). 2003–2011 war sie Sprecherin des Fachbereichs Patienteninformation, 2009–2011 Beisitzerin des Vorstands des Deutschen Netzwerks evidenzbasierte Medizin e.V. Von 2011–2016 gehörte sie dem Expert Advisory Board des European Patient Academy Projects (EUPATI) an. Ihre Forschungsschwerpunkte sind die Arbeit von Cochrane und die Rolle dieses Netzwerks für den Wissenstransfer mit Schwerpunkt Politik und Öffentlichkeit sowie das Informationsverhalten der Nutzer von Evidenz. Zusammen mit Dr. Sebastian Voigt-Radloff führt sie das GAP-Konsortium.



Katharina Kunzweiler

Katharina Kunzweiler ist seit 2015 als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Cochrane Deutschland tätig. Zuvor war sie zuständig für Öffentlichkeitsarbeit am Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS). Sie ist ausgebildete Physiotherapeutin und hat einen Master-Abschluss in Public Health/Gesundheitswissenschaften. Der Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt im Bereich Wissenstransfer und -synthese für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe sowie medizinische Laien. Seit 2017 ist sie Mitglied des GAP-Projekt-Teams bei Cochrane Deutschland.



Dr. Sebastian Voigt-Radloff

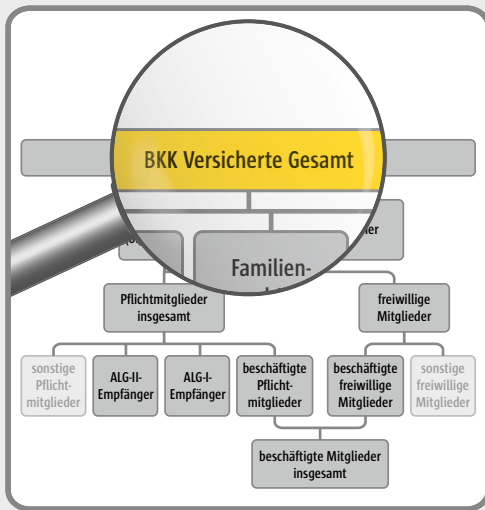
Sebastian Voigt-Radloff arbeitet seit 2012 bei Cochrane Deutschland an der Methodenentwicklung zur Evaluation und Implementierung komplexer Interventionen sowie an der Kartierung wissenschaftlicher Evidenz (Evidence Mapping) und deren laienverständlicher Aufbereitung. Er ist Gutachter für internationale medizinische Fachzeitschriften. Am Universitätsklinikum arbeitet er als Studienmanager und koordiniert federführend alle Prozesse wissenschaftlicher Projekte von der Konzeptionierung im Studienprotokoll bis zur Publikation nach aktuellen Leitlinien der Forschungsberichterstattung. Zusammen mit Dr. Britta Lang führt er das GAP-Konsortium.

# 3

## Stationäre Versorgung

Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert





Äquivalent zur ambulanten Versorgung werden auch bei der Betrachtung des stationären Sektors hauptsächlich Daten aller BKK Versicherten den Analysen zugrunde gelegt. Für das Berichtsjahr 2016 sind dabei dementsprechend rund 9,4 Mio. BKK Versicherte einbezogen worden.

## 3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

### 3.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2016

- In 2016 sind im Durchschnitt je 1.000 Versicherte 201 stationäre Behandlungen erfolgt, dabei waren die Versicherten im Mittel pro Behandlungsfall 9 Tage im Krankenhaus.
- Von allen Versicherten hat mit 13,1% tatsächlich nur ein relativ kleiner Teil eine stationäre Behandlung in Anspruch genommen.
- Die meisten Fälle sind relativ kurz, rund zwei Drittel aller Fälle sind nach höchstens einer Woche abgeschlossen, nur 3% dauern hingegen länger als 6 Wochen.

Die im Weiteren dargestellten Ergebnisse basieren auf insgesamt 1,9 Mio. voll- oder teilstationären Krankenhausfällen (ohne Entbindungsfälle und ohne ambulante Operationen) im Jahr 2016. Dies entspricht bezogen auf alle BKK Versicherten einem Durchschnitt von rund 201 Fällen je 1.000 Versicherte. In dieser Statistik werden – anders als z. B. bei den Verweildauerdaten des Statistischen Bundesamtes – auch der Aufnahme- und Entlassungstag bei der Ermittlung der Behandlungsdauer einbezogen (vgl. auch **III** Methodische Hinweise). Diesen Vorgaben entsprechend wurden im Berichtsjahr 2016 für die BKK Versicherten insgesamt 17,0 Mio. Krankenhaustage dokumentiert, was einem Durchschnitt von 1.809 Krankenhaustagen je 1.000 BKK Versicherte entspricht. Die Durchschnittswerte für Krankenhausfälle und -tage sind damit im Vergleich zum Vorjahr jeweils um rund 4% gestiegen, die daraus zu berechnende mittlere Behandlungsdauer beträgt durchschnittlich 9,0 Tage und hat sich somit im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert (2015: 8,9 Tage je Fall).

Allgemein ist für die stationäre Versorgung zu konstatieren, dass diese aufgrund ihrer zentralen Ausrichtung auf eine schwerwiegende akute Symptomatik von Erkrankungen entsprechend nur von

Tabelle 3.1.1 Stationäre Versorgung – Versichertenanteile nach Anzahl der Krankenhausaufenthalte (Berichtsjahr 2016)

Anzahl der KH-Aufenthalte	Anteile der BKK Versicherten in Prozent
kein Aufenthalt	86,9
1 Aufenthalt	9,3
2 Aufenthalte	2,3
3 und mehr Aufenthalte	1,5

einem relativ kleinen Teil der Bevölkerung in Anspruch genommen wird bzw. werden muss. Betrachtet man die Krankenhausfälle des Jahres 2016 bezogen auf alle BKK Versicherten, so zeigt sich, dass von diesen mit 86,9% die weitaus meisten ohne Kontakt zur stationären Versorgung geblieben sind (**III** Tabelle 3.1.1). Für weitere 9,3% der Versicherten wurde ein Aufenthalt, für 2,3% zwei Aufenthalte sowie für 1,5% drei und mehr Aufenthalte dokumentiert.

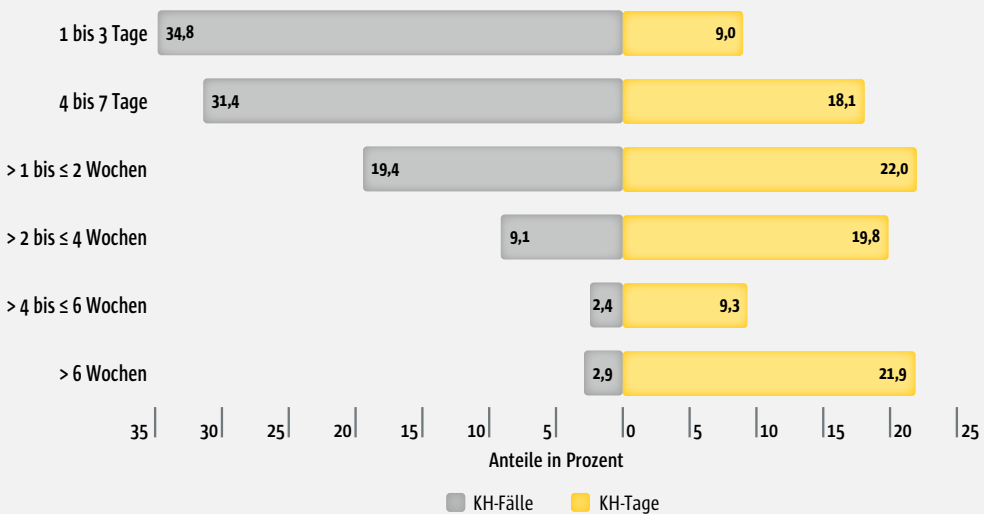
Im Falle eines Krankenhausaufenthalts ist die durchschnittliche Falldauer wiederum in der Regel mehrheitlich kurz, im Berichtsjahr 2016 wurden mit 66,1% die meisten der Krankenhausfälle innerhalb einer Woche abgeschlossen, 34,8% sogar innerhalb von 3 Tagen (**III** Diagramm 3.1.1). Auf der anderen Seite machen Fälle mit mehr als sechs Wochen Liegezeit nur 2,9% der Fälle aus, allerdings ist mehr als jeder fünfte Krankenhaustag (21,9%) auf einen solchen Langzeitfall zurückzuführen.

Hinsichtlich der Aufnahme- und Entlassungstage bei Krankenhausaufenthalten sind im Vergleich zum Vorjahr kaum Veränderungen festzustellen:

- Im aktuellen Berichtsjahr erfolgten Krankenhausaufnahmen am häufigsten an einem Montag, 20,6% aller Aufenthalte haben an diesem Tag begonnen. Am Wochenende werden in der Regel nur Notfälle aufgenommen, entsprechend sind



Diagramm 3.1.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2016)



hier die wenigsten Aufnahmen zu verzeichnen (6,1% der Aufnahmen erfolgten samstags und 7,6% der Aufnahmen sonntags).

- Die Entlassung aus stationärer Behandlung erfolgt wiederum am häufigsten vor dem Wochenende, so endeten 21,8% der Krankenhausaufenthalte freitags. Wiederum nur wenige Aufenthalte wurden an Wochenendtagen beendet, den geringsten Anteil machen hier die Sonntage mit 5,2% aus.

Langzeittrend über die zehn vorhergehenden Datenjahre wird auch eine noch größere Steigerung der KH-Fälle und -Tage deutlich. So betrug im Jahr 2006 die durchschnittliche Fallhäufigkeit nur 15,8 stationäre Behandlungsfälle je 100 Versicherte, entsprechend war das Gesamtaufkommen der stationären Behandlungstage mit 145,7 Krankenhaustagen je 100 Versicherte ebenfalls niedriger. Seitdem sind bis zum aktuellen Berichtsjahr die Fallmengen um 28% und die daraus resultierende Summe der Behandlungstage um 24% gestiegen.

### 3.1.2 Langzeittrends

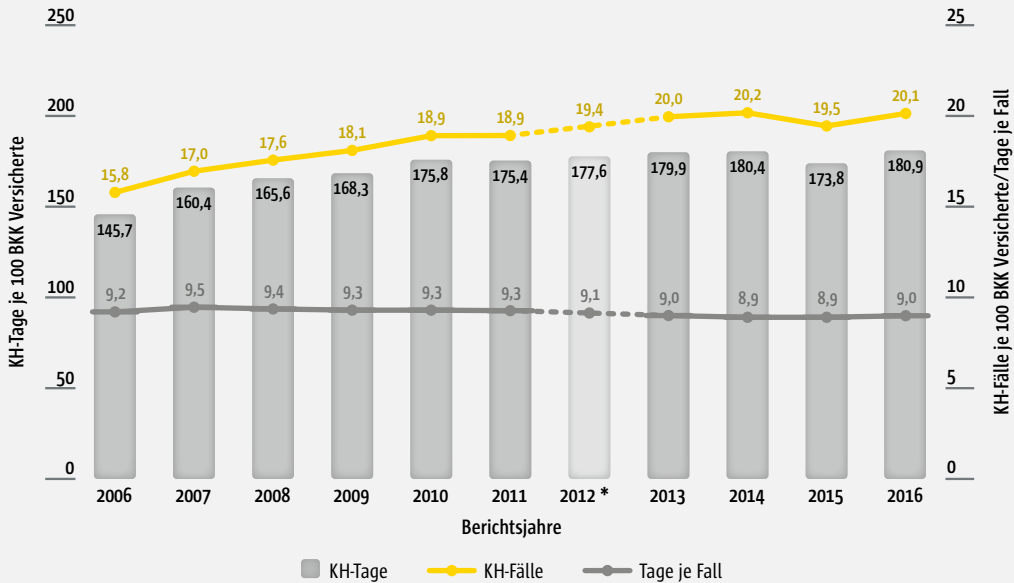
- Nach leichtem Rückgang der Kennwerte im Vorjahr stellte sich keine generelle Trendumkehr ein, aktuell ist die Anzahl der Behandlungsfälle und -tage wieder auf das Niveau von 2014 gestiegen, insgesamt jeweils um rund 4%.
- Über einen längeren Zeitraum hat sich damit eine deutliche Steigerung der Behandlungsfälle und -tage aufsummiert, so sind im aktuellen Berichtsjahr gegenüber 2006 28% mehr zusätzliche Fälle sowie fast ein Viertel mehr Behandlungstage erfolgt.

Nach einem leichten Rückgang der Kennwerte im vorherigen Jahr sind diese im aktuellen Berichtsjahr 2016 wieder gestiegen (▀▀▀ Diagramm 3.1.2). Die Steigerung beträgt bei den stationären Behandlungsfällen 3,5%, bei den Behandlungstagen sind es 4,1%. Im

#### Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems

Bemühungen um kürzere Liegezeiten haben lange vor Einführung des Klassifikationssystems der diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRG) in den Jahren 2003/2004 eingesetzt, dieses neue Entgeltsystem erzeugte hierbei aber eine deutlich stärkere Dynamik, da die Vergütung – vereinfacht ausgedrückt – pauschalisiert und unabhängig von der eigentlichen Liegezeit erfolgt. Lag die durchschnittliche Krankenhausverweildauer 1987 noch bei 16,8 Tagen (insgesamt kamen damals auf 100 Versicherte 258 Krankenhaustage im Jahr), so wurde diese in den nachfolgenden Jahren kontinuierlich abgesenkt: 1994 betrug die durchschnittliche Liegedauer nur noch 13,9 Tage, im „Optionsjahr“ der DRG-Einführung 2003 (Beteiligung auf freiwilliger Grundlage und budgetneutral, d.h. die DRG-Anwendung führte noch nicht zu Gewinnen oder Verlusten) waren es dann 9,6 Tage.

Diagramm 3.1.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2006–2016)



\* geschätzt, da keine valide Datengrundlage in diesem Berichtsjahr.

Das DRG-System findet im stationären psychiatrischen Bereich keine Anwendung. Anders als im somatischen Bereich sind hier in den letzten Jahren die durchschnittlichen Falldauern eher noch gestiegen. Nach derzeitiger Planung soll ab dem Jahr 2018 aber auch hier eine ähnliche Systematik verpflichtend wirksam werden. Deren genaue Ausgestaltung und Auswirkung auf die Falldauern bleibt abzuwarten.

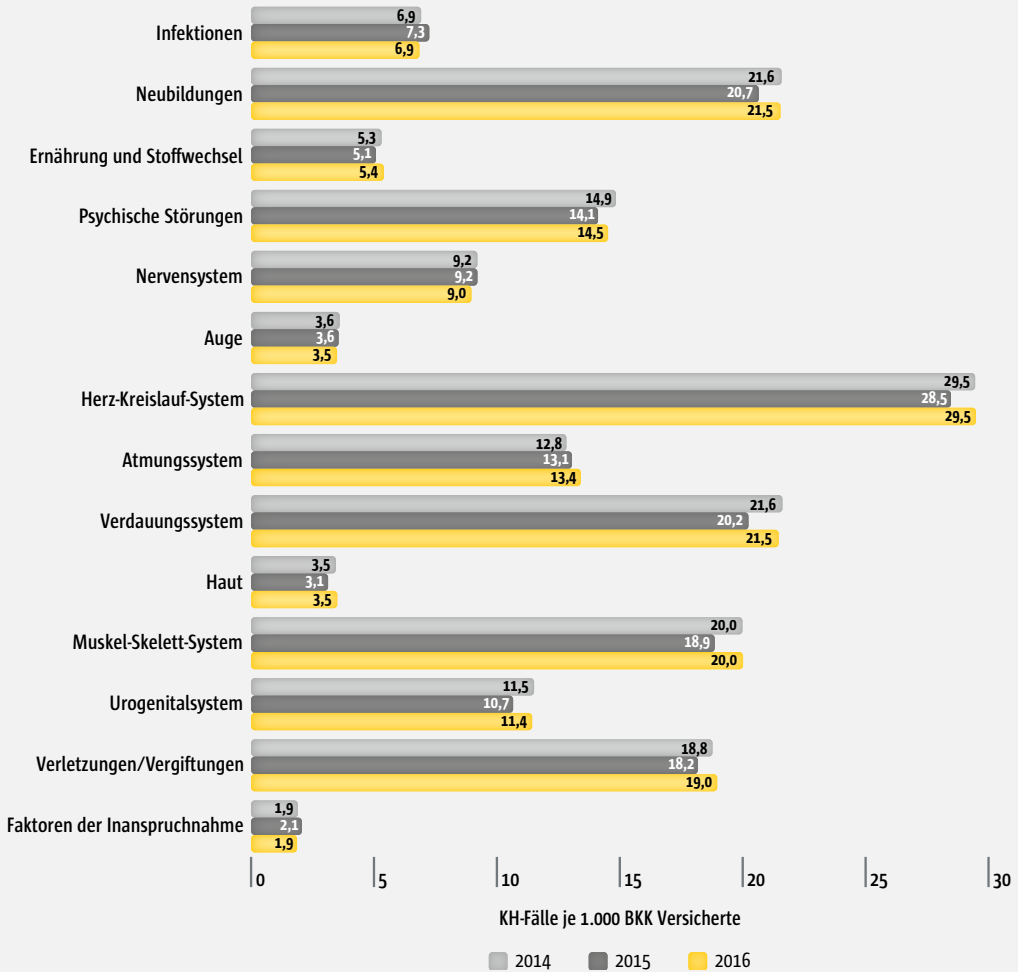
- Insbesondere stechen Depressionen (F32, F33) als Einzeldiagnosen heraus. Ohnehin gehen viele Behandlungstage auf diese zurück, außerdem sind für die rezidivierende Form dieser Krankheit die Anzahl an Behandlungsfällen (+9%) und -tagen (+11%) gegenüber dem Vorjahr stark gestiegen.
- Noch stärker sind die Steigerungsraten nur bei Hirninfarkten: +15% mehr Fälle, +12% mehr Behandlungstage gegenüber dem Vorjahr.

### 3.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen

- Die meisten Fälle in der stationären Versorgung werden durch Krankheiten des Kreislaufsystems verursacht, gefolgt von Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems.
- Die weitaus meisten Behandlungstage sind aufgrund psychischer Störungen erfolgt: Mehr als jeder fünfte Behandlungstag geht darauf zurück. Dabei sind psychische Störungen besonders langwierig: Jeder Fall dauerte in 2016 im Durchschnitt fast 27 Tage, gegenüber dem Vorjahr ist damit die Falldauer überdurchschnittlich gestiegen.

Am häufigsten haben auch im Jahr 2016 Krankheiten des Kreislaufsystems zu einem Krankenhausaufenthalt geführt, je 1.000 Versicherte sind für diese Diagnosegruppe 29,5 Fälle zu verzeichnen (III Diagramm 3.1.3). Nach Häufigkeit der Fälle folgen dahinter die Neubildungen sowie die Krankheiten des Verdauungssystems (beide jeweils 21,5 KH-Fälle je 1.000 Versicherte), Diagnosen bezüglich des Muskel- und Skelettsystems (20,0 KH-Fälle je 1.000 Versicherte) und Verletzungen (19,0 KH-Fälle je 1.000 Versicherte). Nach dem schon angesprochenen Rückgang der Kennwerte im Jahr 2015 sind auch bei den meisten Erkrankungsarten die Fallzahlen wieder etwa auf dem Niveau von 2014. Die größten Veränderungen

Diagramm 3.1.3 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Dreijahresvergleich (2014–2016)

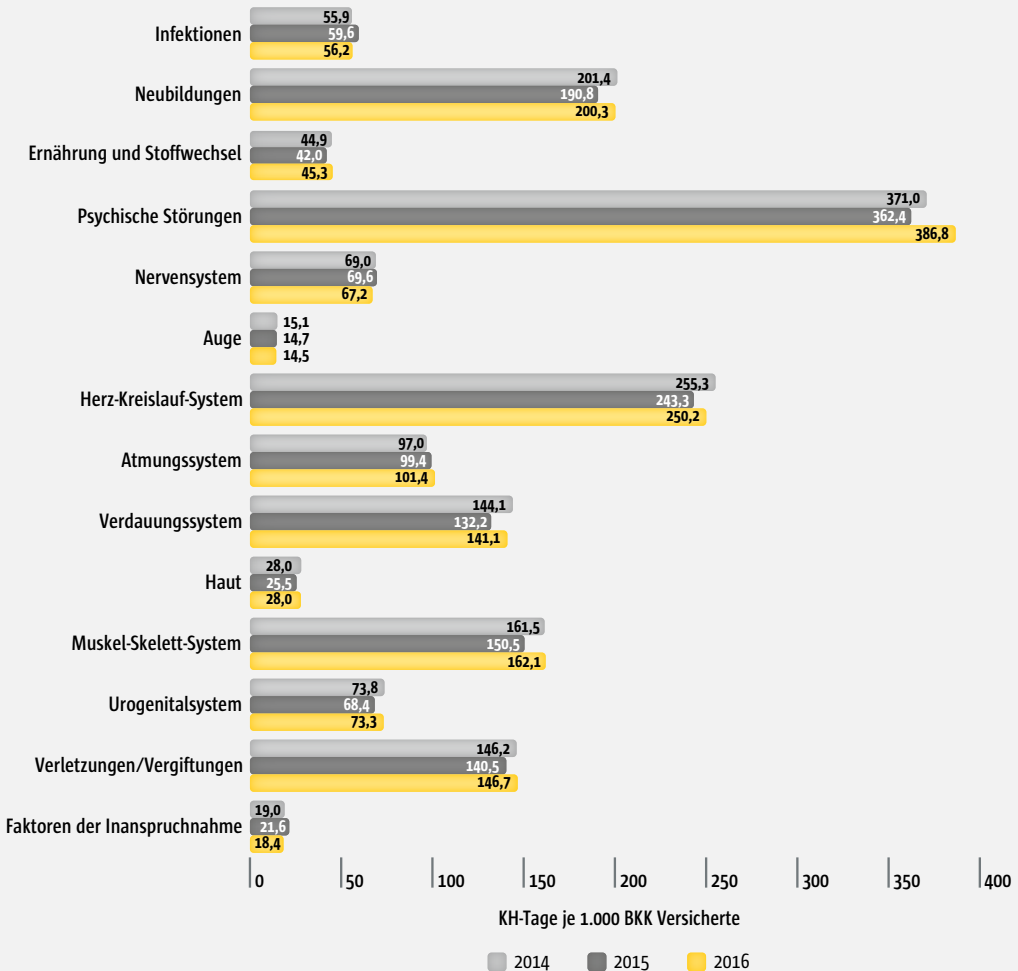


im Vergleich zum Vorjahr sind bei den relativ selten für Krankenhausaufenthalte ursächlichen Diagnosehauptgruppen zu beobachten: Die größte Steigerung ist bei Hauterkrankungen zu verzeichnen, diese stiegen im Vergleich zu 2015 um 11,8% auf aktuell 3,5 Fälle je 1.000 Versicherte. Stark zurückgegangen sind hingegen die Fallzahlen, die auf Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, zurückzuführen sind (-9,7%).

Die Diagnosehauptgruppe der psychischen und Verhaltensstörungen sticht wiederum bei der Betrachtung der Anzahl der Krankenhaustage hervor

(»» Diagramm 3.1.4). Hierbei hat diese Krankheitsart seit geraumer Zeit den Spitzenplatz inne, 2016 sind hierfür 386,8 Behandlungstage je 1.000 Versicherte erfolgt. Gegenüber dem Vorjahr ist dies ein Plus von +6,7%, mithin gehen 21,4% aller stationären Behandlungstage auf psychische Störungen zurück. Blickt man weiter zurück, so ist gerade hier eine enorme Steigerung der stationären Behandlungstage zu beobachten, in den letzten 10 Jahren immerhin ein Plus von rund 78% (2006: 217 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Wie aber schon am Anfang des Kapitels (siehe »» „Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems“) angemerkt, ist hierbei auch zu be-

Diagramm 3.1.4 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Dreijahresvergleich (2014–2016)



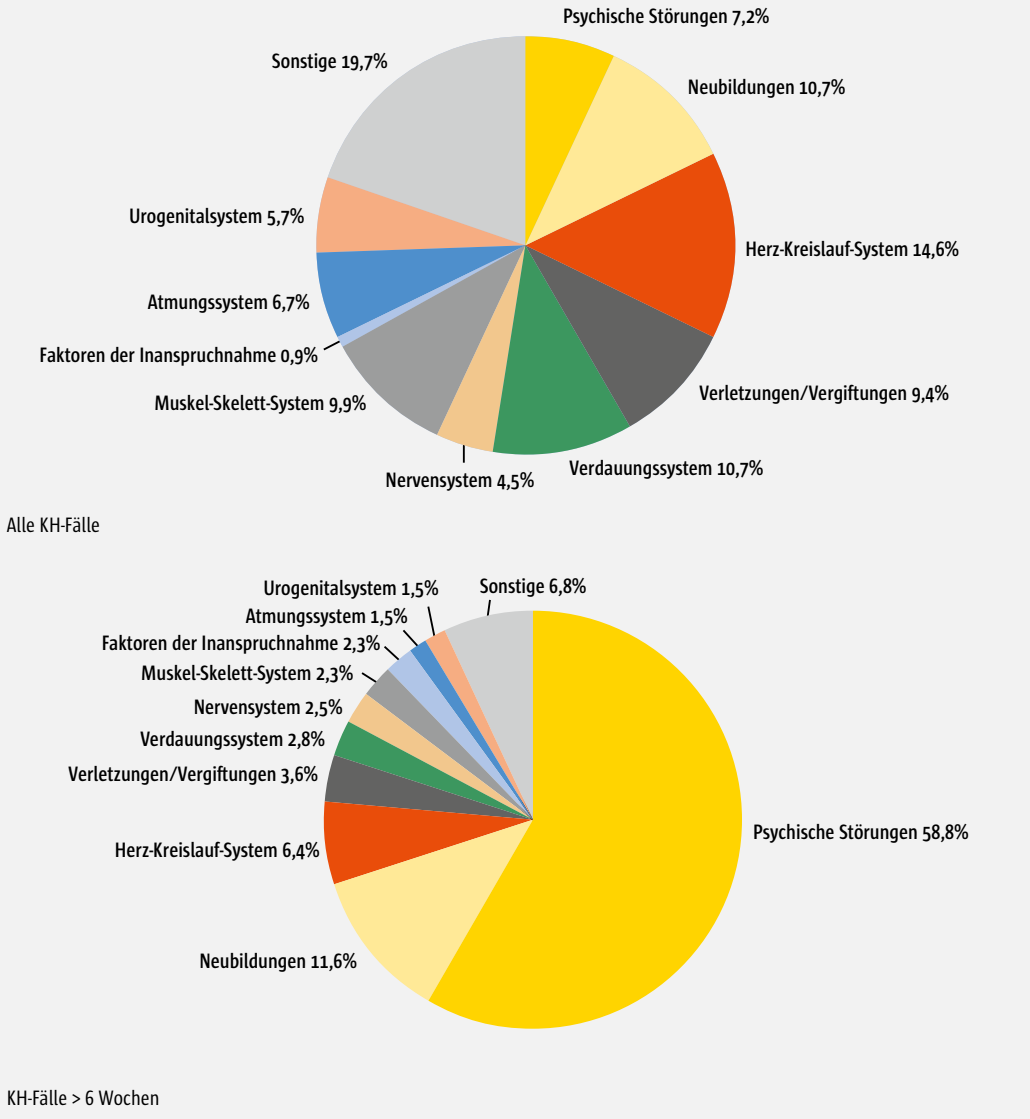
rücksichtigen, dass anders als im akut somatischen Bereich in der Psychiatrie/ Psychosomatik nicht nach dem pauschalierten Entgeltsystem DRG abgerechnet wird. Ein solches Abrechnungssystem ist derzeit auch im psychiatrischen/psychosomatischen Bereich in Einführung, eine Verweildauerreduzierung wie in den Jahren vor der DRG-Einführung in der Somatik ist aber bislang nicht zu beobachten, sondern vielmehr eine Steigerung (seit 2006 17,9% auf aktuell 26,6 Tage je Fall).

Im aktuellen Berichtsjahr 2016 ist nach den psychischen Störungen als zweithäufigste begründende Diagnose für Behandlungstage eine Erkrankung

des Herz- und Kreislaufsystems (250,2 KH-Tage je 1.000 Versicherte) angegeben, gefolgt von Neubildungen (200,3 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Entsprechend der Entwicklung bei den Fällen sind die größten Steigerungen im Vergleich zum Vorjahr hinsichtlich der Krankenhaustage jedoch bei den Hautkrankheiten (+9,6%) zu verzeichnen. Am stärksten zurück ging die Zahl der Behandlungstage hingegen bei den Faktoren der Inanspruchnahme (-14,9%).

Wie schon zuvor dargelegt, erfolgen die meisten Krankenhausbehandlungen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Bezogen auf die Grundge-

Diagramm 3.1.5 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen für alle Krankenhausfälle vs. Langzeitfälle (Berichtsjahr 2016)



samtheit entfallen allein auf diese Diagnosegruppe 14,6% aller stationären Fälle (■ Diagramm 3.1.5). Zweithäufigster Behandlungsgrund sind Neubildungen sowie Erkrankungen des Verdauungssystems (jeweils 10,7%). Psychische Störungen machen hingegen nur 7,2% aller Fälle aus. Die besondere Stellung solcher Erkrankungen im Sektor der stationären Versorgung wird hingegen deutlich, wenn man der Ge-

samtheit der Krankenhausfälle die Anteile an den Langzeitbehandlungsfällen gegenüberstellt: Langzeitbehandlungen erfolgen bei weitem am häufigsten aufgrund von psychischen Störungen, so sind 58,8% aller Fälle mit mehr als sechs Wochen Dauer darauf zurückzuführen. Die weiteren Diagnosehauptgruppen haben deutlich geringere Anteile, den zweitgrößten Teil machen Neubildungen mit 11,6%

Tabelle 3.1.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2016)

Rang	ICD-10-Code	Bezeichnung	KH-Tage	KH-Fälle	Tage je Fall
			je 1.000 BKK Versicherte		
1.	F33	Rezidivierende depressive Störung	93,5	2,3	41,0
2.	F32	Depressive Episode	70,1	1,9	37,3
3.	I50	Herzinsuffizienz	48,0	4,2	11,4
4.	I63	Hirnfarkt	32,9	2,6	12,8
5.	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	30,8	3,2	9,8
6.	F20	Schizophrenie	29,9	0,8	38,5
7.	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	22,6	2,3	9,7
8.	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	22,1	2,3	9,7
9.	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	21,8	2,0	11,0
10.	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	21,0	1,8	11,6

der Langzeitfälle aus, gefolgt von Erkrankungen des Kreislaufsystems mit 6,4%. Wie hier auch zu erkennen ist, spielen Erkrankungen des Atmungssystems, welche im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen sowie in der ambulanten Versorgung sehr häufig vorkommen, in der stationären Versorgung nur eine untergeordnete Rolle.

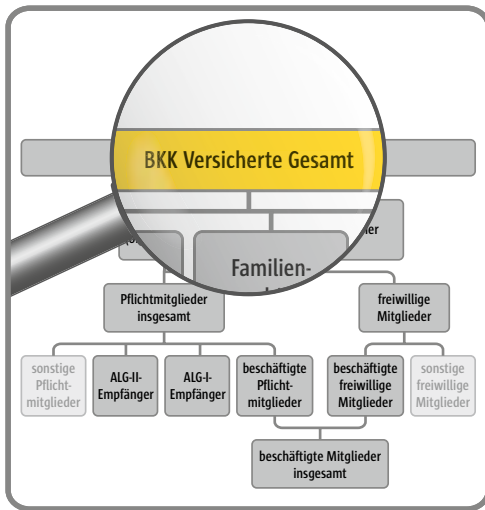
Auch in der Betrachtung von Einzeldiagnosen sind es insbesondere die psychischen Störungen, aufgrund derer viele Behandlungstage anfallen. Dies zeigt **»»** Tabelle 3.1.2, in der diejenigen zehn Einzeldiagnosen aufgeführt sind, die ursächlich für die meisten Krankenhaustage je Versicherten sind.

Es sind allen voran für die Depressionsdiagnosen F33 und F32 die meisten Behandlungstage dokumentiert. Die rezidivierende depressive Störung (F33) weist zudem eine starke Steigerung im Vergleich zum Vorjahr auf: 11,4% mehr Behandlungstage bei 8,6% mehr Fällen sind aufgrund dieser Diagnose zu verzeichnen. Zusammen mit den psychischen Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) und Schizophrenie (F20) sind vier Einzeldiagnosen aus dem Spektrum der psychischen Erkrankungen in dieser Liste der zehn wichtigsten Diagnosen zu finden. An

nach Behandlungstagen dritter und vierter Stelle sind die Herz-Kreislauf-Erkrankungen Herzinsuffizienz (I50) und Hirnfarkt (I63) zu finden. Dabei ist gegenüber dem Vorjahr besonders die Hirnfarkt-Diagnose deutlich häufiger gestellt worden (+15,2% KH-Fälle), entsprechend ist auch die durchschnittliche Zahl an Behandlungstagen pro Versichertem stark gestiegen (+12,3%). Mit der Pneumonie (J18) sowie der sonstigen chronischen obstruktiven Lungenkrankheit (J44) sind zwei Erkrankungen des Atmungssystems vertreten. Außerdem gehören noch die Muskel- und Skeletterkrankungen Kniegelenks-(M17) und Hüftgelenksarthrose (M16) zu den hier aufgeführten Einzeldiagnosen mit den meisten Behandlungstagen. Damit ist die Reihenfolge dieser Liste gegenüber 2015 unverändert. Insgesamt geht mehr als jeder fünfte stationäre Behandlungstag auf eine dieser zehn Einzeldiagnosen zurück.

Die zwei Depressionsdiagnosen stechen dabei auch deshalb besonders heraus, da diese oft Ursache von Langzeiterkrankungen sind: 38,5% aller stationär behandelten depressiven Episoden (F32) und sogar 45,4% aller dort behandelten rezidivierenden depressiven Störungen (F33) dauern länger als 6 Wochen.

## 3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen



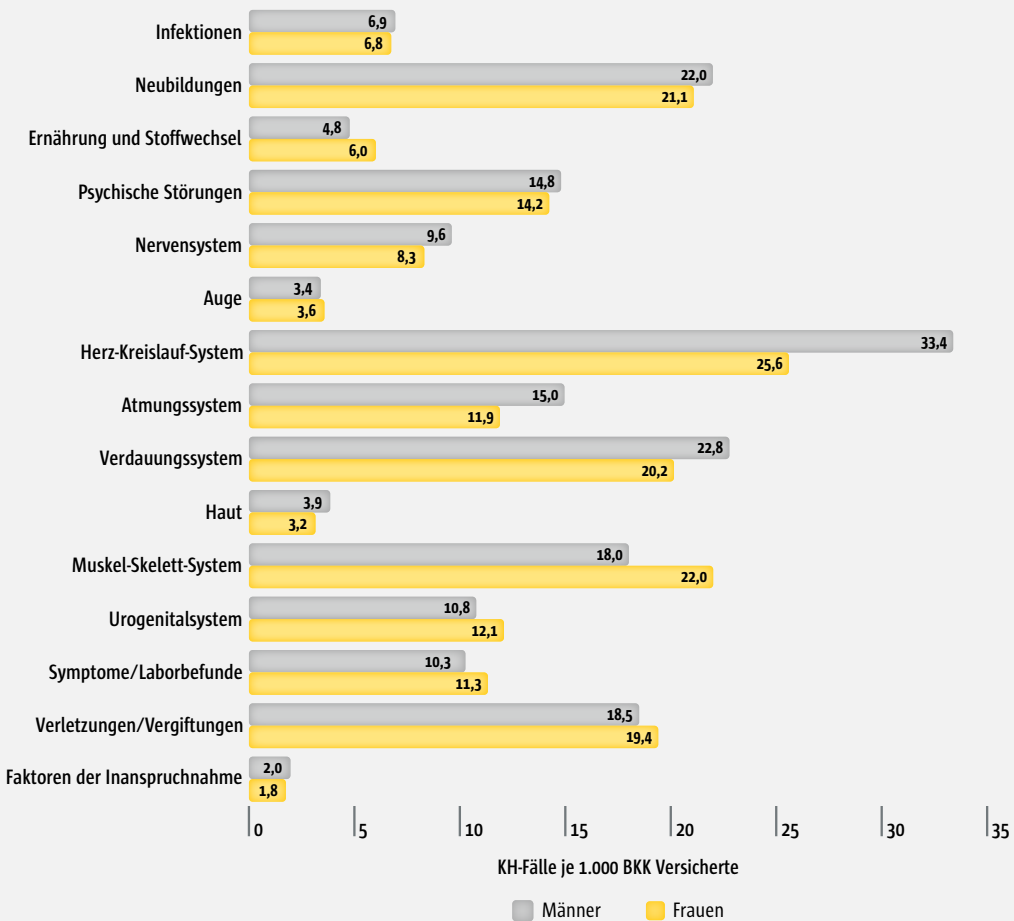
Krankenhausbehandlungen umfassen im Gegensatz zur Arbeitsunfähigkeit, die sich in der Regel nur auf erwerbsfähige Personen bezieht, alle Altersgruppen – von Kindern bis hin zu Rentnern. Entsprechend ist das Krankheitsspektrum in der stationären Versorgung auch ein anderes: Viele Erkrankungen – selbst schwerwiegende und chronische – führen nicht immer zwingend zu einem Krankenhausaufenthalt. Außerdem muss bei der Interpretation der Kennwerte wie schon erwähnt berücksichtigt werden, dass in der stationären psychiatrischen/psychosomatischen Versorgung aktuell noch kein pauschalisiertes Entgeltsystem etabliert ist.

### 3.2.1 Stationäre Versorgung nach Alter und Geschlecht

- Männer und Frauen sind etwa gleich häufig in stationärer Behandlung, Frauen dabei im Durchschnitt nur geringfügig länger.
- Herz- und Kreislauf-Erkrankungen sind vor allem „Seniorenkrankheiten“: Ab dem 65. Lebensjahr ist dies der häufigste Grund einer stationären Behandlung und die meisten Behandlungstage gehen darauf zurück. Männer sind häufiger betroffen als Frauen.
- Anders bei den psychischen Störungen: Die meisten stationären Fälle und daraus resultierende Behandlungstage bei den unter 60-Jährigen gehen auf psychische Störungen zurück.

Männer und Frauen sind in etwa gleich häufig in stationärer Behandlung. Auf 1.000 männliche BKK Versicherte kommen 202,4 Krankenhaufälle, bei den Frauen sind es 200,3 Fälle. Auch hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl von Krankenhaustagen je Versicherten unterscheiden sich die Geschlechter nur leicht (Männer: 1.790 KH-Tage je 1.000 Versicherte; Frauen: 1.828 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Deutlichere Geschlechtsunterschiede finden sich hingegen bei den Krankheitsschwerpunkten, wie sich aus **»»»** Diagramm 3.2.1 und **»»»** Diagramm 3.2.2 erkennen lässt. Männer sind mit 33,4 Fällen je 1.000 Versicherte etwa um 30% häufiger von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen als Frauen (25,6 KH-Fälle je 1.000 Versicherte), pro 1.000 männliche Versicherte fallen dabei 284 Behandlungstage an (bei den Frauen nur 217 Behandlungstage). Auch wegen Erkrankungen des Atmungssystems sind Männer etwas öfter in stationärer Behandlung (15,0 vs. 11,9 KH-Fälle je 1.000 Versicherte), dementsprechend fallen auch hier mehr Krankenhaustage pro Versichertem bei den Männern an (114,1 vs. 88,8 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Frauen werden dagegen

Diagramm 3.2.1 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

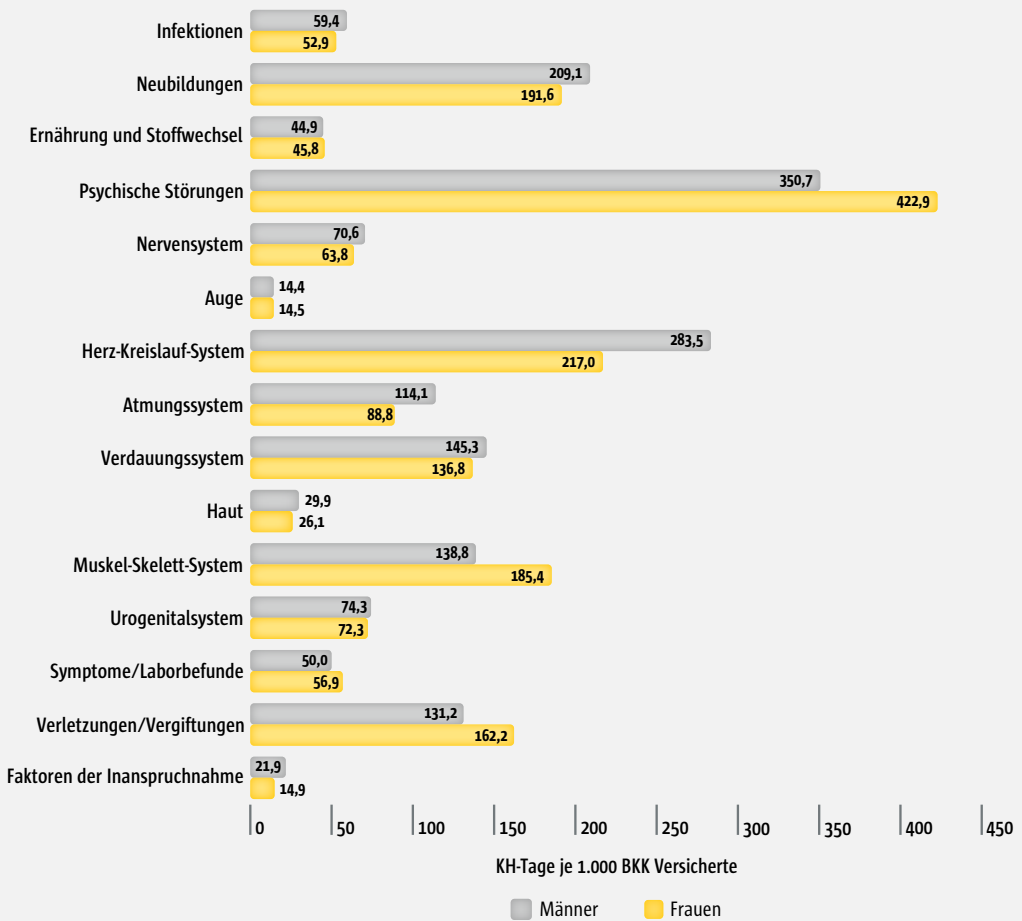


häufiger aufgrund von Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen stationär behandelt. Während bei letzteren auch die Menge der Krankenhaustage bei den Frauen im Vergleich zu den Männern höher ist (185,4 vs. 138,8KH-Tage je 1.000 Versicherte), ist hingegen bei den Stoffwechselkrankheiten nur ein geringfügiger Unterschied bei den Behandlungstagen pro Versichertem zu finden (45,8 vs. 44,9 KH-Tage je 1.000 Versicherte), womit die Männer eine höhere durchschnittliche Falldauer aufweisen. Bei den psychischen Erkrankungen sind es hingegen die Frauen, die im Schnitt länger in Behandlung sind (29,7 vs. 23,7 Tage je Fall bei Männern). Gleiches gilt auch für Verletzungen und Vergiftungen.

Erwartungsgemäß nimmt mit steigendem Alter sowohl die Anzahl der Krankenhausfälle als auch die der -tage zu. Bei den unter 15-Jährigen ist die Fallzahl mit durchschnittlich 102 Fällen je 1.000 Versicherte am geringsten. Im Renteneintrittsalter (Altersgruppe 65–69 Jahre) ist die Fallzahl mit 318 Fällen je 1.000 Versicherte demgegenüber mehr als dreimal, bei den über 80-Jährigen mit 684 Fällen je 1.000 Versicherte fast siebenmal so groß. Äquivalent nehmen auch die Krankenhaustage mit dem Alter zu: 65- bis 69-jährige waren im aktuellen Berichtsjahr 2016 durchschnittlich einen ganzen Tag mehr in stationärer Behandlung als der Gesamtdurchschnitt aller Versicherten (2,8 vs. 1,8 KH-Tage). Im Mittel war jeder Versicherte im Alter von



Diagramm 3.2.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



80 Jahren oder älter sogar 7 Tage in stationärer Behandlung.

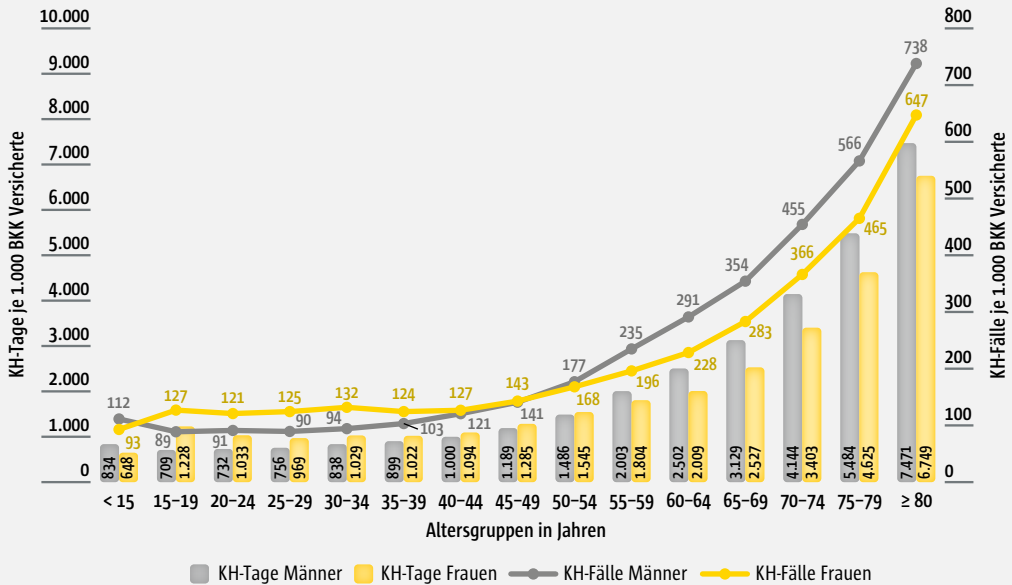
Betrachtet man zudem die stationären Behandlungsfälle und -tage der Altersgruppen getrennt nach Geschlecht werden weitere Auffälligkeiten in bestimmten Lebensabschnitten ersichtlich (»» Diagramm 3.2.3). So sind hierbei die Jungen bis zur Pubertät das „anfälliger“ Geschlecht, sie sind in der Altersgruppe bis 15 Jahre mit 112 KH-Fällen je 1.000 Versicherte deutlich häufiger in stationärer Behandlung als Mädchen (93 KH-Fälle je 1.000 Versicherte). Danach sind bei den Altersgruppen zwischen dem 15. und 39. Lebensjahr die Fallzahlen und die damit einhergehenden Mengen an Behandlungstagen bei den Frauen höher als bei den Männern. Ab

etwa 55 Jahren wiederum weisen die Männer höhere Kennzahlen auf.

»» Diagramm 3.2.4 und »» Diagramm 3.2.5 zeigen die Häufigkeit der Krankenhausfälle und Krankenhaustage je 1.000 Versicherte für ausgewählte Krankheitsarten. Dabei ist zu erkennen, dass stationäre Behandlungen von Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren recht selten sind:

Durchschnittlich 102 KH-Fälle je 1.000 Versicherte und 743 Behandlungstage je 1.000 Versicherte waren im Jahr 2016 für diese Altersgruppe zu verzeichnen. Mit relativ hohen Fallzahlen aufgrund von Atemwegserkrankungen, Infektionen und Verletzungen/Vergiftungen entsprechen die ursächlichen Diagnosen in der stationären Versorgung bei den

Diagramm 3.2.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



unter 15-Jährigen zu großen Teilen denen in der ambulanten Versorgung (vgl. III Kapitel 2). Die Erkrankungen des Atmungssystems machen dabei mehr als ein Sechstel der stationären Behandlungsfälle in dieser Altersgruppe aus (27,9 Fälle je 1.000 Versicherte). Ergänzend sei dazu erwähnt, dass Jungen zwar nicht wesentlich häufiger aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen stationär in Behandlung sind (6,0 KH-Fälle je 1.000 Jungen und 4,7 KH-Fälle je 1.000 Mädchen), dabei allerdings eine deutlich längere Falldauer aufweisen (40,2 vs. 32,5 KH-Tage je Fall).

Bereits in der Altersklasse von 15 bis 19 Jahren kehrt sich das Verhältnis der Kennwerte von männlichen und weiblichen Versicherten um: Weibliche Jugendliche dieses Alters sind deutlich häufiger in stationärer Behandlung als männliche (127,2 vs. 89,0 KH-Fällen je 1.000 Versicherte). Wie in den beiden Diagrammen zu erkennen ist, steigen vor allem die Fallzahlen (und damit auch die Krankenhaustage pro Versichertem) aufgrund von psychischen Erkrankungen stark an. Mit im Schnitt 21 Fällen je 1.000 Versicherte hat diese Diagnosehauptgruppe den größten Anteil am Geschehen in der stationären Versorgung der 15- bis 19-Jährigen: Etwa jeder fünfte Krankenhausfall und mehr als jeder zweite Krankenhaustag in dieser Altersgruppe erfolgt aufgrund

einer diagnostizierten psychischen Erkrankung. Bei zusätzlicher Differenzierung nach Geschlecht fällt außerdem auf, dass es in dieser Altersgruppe wiederum die jungen Frauen sind, die länger pro Fall in stationärer Behandlung sind – insgesamt 8 Tage mehr im Schnitt (21,6 vs. 29,5 KH-Tage je Fall). Bei Verletzungen und Vergiftungen sind hingegen männliche Jugendliche mit 18,8 Fällen je 1.000 Versicherte häufiger betroffen als weibliche (12,8 KH-Fälle je 1.000 Versicherte).

In den jüngeren Erwachsenengruppen bis etwa 39 Jahre werden Frauen häufiger als Männer stationär behandelt. Die Unterschiede erklären sich vorwiegend aus Schwangerschaft und Geburt (zwischen 25 und 39 Jahren führen Schwangerschaft und Entbindung am häufigsten zu einem Krankenhausaufenthalt) sowie frauenspezifischen Urogenitalerkrankungen und Neubildungen. Das Morbiditätsspektrum der Männer zwischen 20 und 39 Jahren ist hingegen anders geprägt: Bis Mitte zwanzig sind bei ihnen Verletzungen und Vergiftungen Hauptgrund für Krankenhausaufenthalte, etwa jeder fünfte Fall geht darauf zurück. Danach sind Männer am häufigsten aufgrund psychischer Krankheiten in stationärer Behandlung. Deren Aufenthaltstage pro Fall sind dabei aber deutlich kürzer, Frauen sind im Durchschnitt etwa 7-8 Tage länger in Behandlung als Männer.

Diagramm 3.2.4 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)

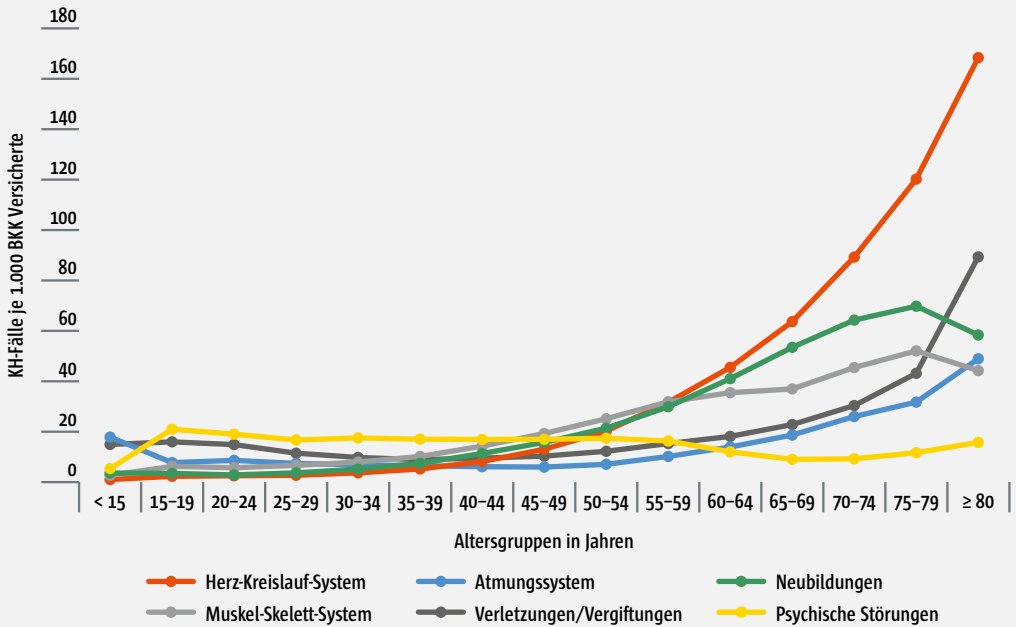
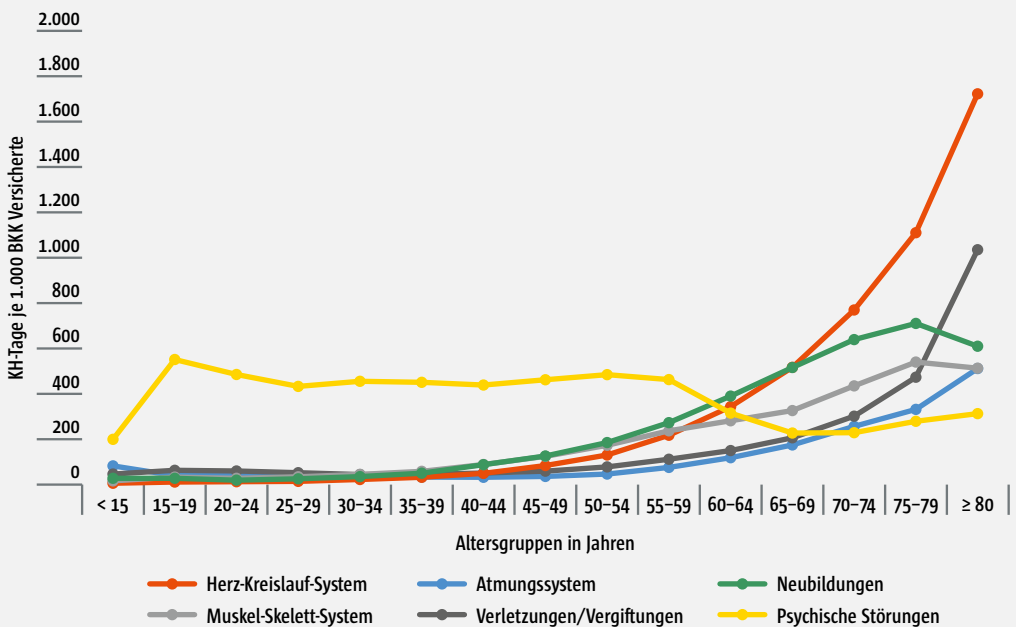


Diagramm 3.2.5 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)



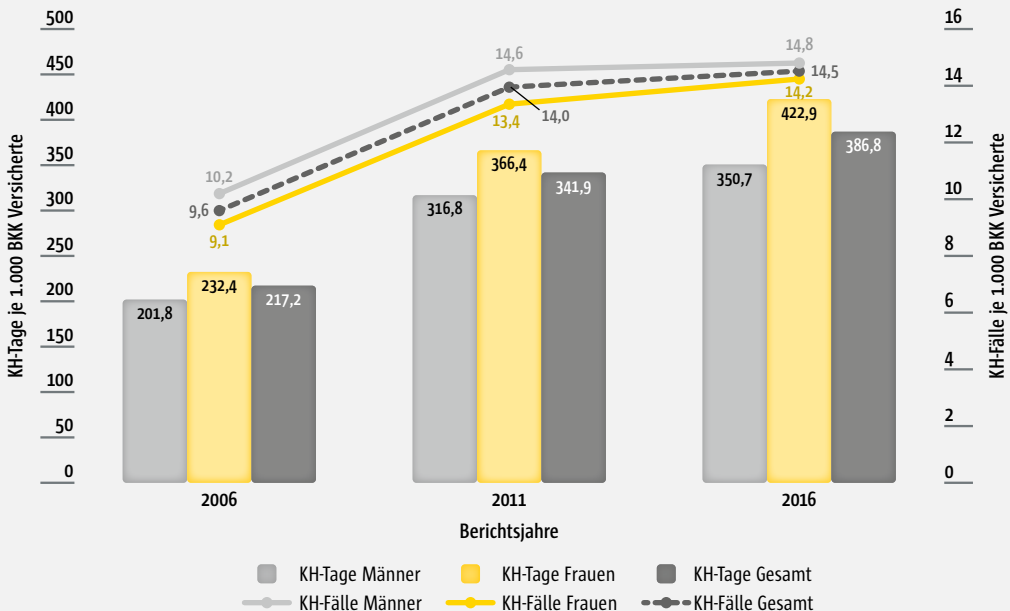
Insgesamt dominieren in den Altersgruppen bis unter 60 Jahre die psychischen Störungen bei den Mengen der Aufenthaltstage pro Versichertem. Erst danach sind es zuerst die Neubildungen sowie die Herz- und Kreislauf-Erkrankungen, aufgrund derer sich mehr Krankenhaustage summieren – wobei die Behandlungsfälle und -tage aufgrund psychischer Erkrankungen bei den Altersgruppen über 60 Jahre gleichzeitig rückläufig sind. Die Neubildungen nehmen ab 40 Jahre vor allem bei den Frauen zu, zwischen 40 und 49 Jahren sind Neubildungen die häufigste Krankheitsart der weiblichen Versicherten. Der größere Teil der Herz-Kreislauf-Behandlungsfälle sowie der daraus entstandenen Krankenhaustage sind hingegen den Männern zuzuschreiben, ab 50 Jahren ist dies bei ihnen der häufigste Grund für eine stationäre Behandlung.

Im Rentenalter ab 65 Jahren schließlich sind Krankheiten des Kreislaufsystems auch bei den Frauen die häufigste stationäre Diagnose, wobei dennoch auch im höheren Alter Frauen hierbei durchweg deutlich geringere Fallhäufigkeiten und entsprechend weniger Behandlungstage aufweisen. Selbst bei den über 80-jährigen weisen sie noch rund ein Sechstel weniger Krankenhaustage und -tage

als die gleichaltrigen Männer auf. In dieser Altersgruppe machen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen insgesamt fast ein Viertel aller Krankenhaustage aus. Zweithäufigster Behandlungsgrund sind in der höchsten Altersgruppe die Verletzungen und Vergiftungen. Dabei sind Frauen häufiger aus diesem Grund in stationärer Behandlung als Männer (103 vs. 69 KH-Fälle je 1.000 Versicherte). Hierbei dürften häufigere Sturzunfälle im Alter eine wichtige Rolle spielen, gerade auch im Zusammenhang mit bestehenden altersbedingten Schädigungen im Muskel- und Skelettsystem (u. a. Osteoporose). Die Geschlechtsunterschiede nehmen entsprechend auch mit höherem Alter zu, bei den über 80-jährigen Frauen sind über 50% mehr Behandlungsfälle und -tage aufgrund Verletzungen und Vergiftungen als bei den gleichaltrigen Männern zu verzeichnen.

Die bisherigen Auswertungen zeigen die besondere Bedeutung der Krankheiten des Kreislaufsystems, der Neubildungen und der psychischen Störungen. Im Folgenden werden daher diese drei Diagnosehauptgruppen nochmal hinsichtlich ausgewählter Einzeldiagnosen detaillierter betrachtet.

Diagramm 3.2.6 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Psychische Störungen nach Geschlecht im Fünf- bzw. Zehnjahresvergleich (2006, 2011 und 2016)



**Tabelle 3.2.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2016)**

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
Männer				
F33	Rezidivierende depressive Störung	1,7	69,7	40,1
F32	Depressive Episode	1,6	58,6	36,9
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	4,5	44,5	10,0
F20	Schizophrenie	1,0	35,5	36,9
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,6	11,1	17,2
F90	Hyperkinetische Störungen	0,2	10,6	47,8
F31	Bipolare affektive Störung	0,3	10,0	37,7
F45	Somatoforme Störungen	0,5	9,8	19,7
F25	Schizoaffective Störungen	0,2	8,8	38,3
F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	0,4	8,2	18,6
Frauen				
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,8	117,3	41,6
F32	Depressive Episode	2,2	81,5	37,5
F20	Schizophrenie	0,6	24,4	41,2
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,9	21,8	24,0
F45	Somatoforme Störungen	1,0	19,4	19,2
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	0,6	19,2	31,8
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,8	17,1	9,3
F50	Essstörungen	0,3	15,9	47,3
F25	Schizoaffective Störungen	0,4	15,4	41,3
F31	Bipolare affektive Störung	0,4	14,7	41,0

**Psychische und Verhaltensstörungen**

- Seit 2006 sind insgesamt zusätzlich mehr als 50% Krankenhausfälle und 80% Krankenhaustage aufgrund psychischer Störungen hinzugekommen.
- Depressionen (F32 bzw. F33) sind dabei die bei weitem häufigste Diagnose: Bei Frauen sind diese bei der Hälfte, bei Männern immerhin bei einem Drittel der Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen ursächlich.

Wie schon im vorherigen Abschnitt mit **»»»** Diagramm 3.1.3 und **»»»** Diagramm 3.1.4 gezeigt wurde, sind nach einem Rückgang der Fallzahlen und damit verbundenen Behandlungstagen in 2015 im aktuellen Berichtsjahr 2016 die Kennzahlen für die meisten Diagnosehauptgruppen wieder gestiegen. Nachfolgend sind in der Detailbetrachtung der Einzeldiagnosen aus den Hauptgruppen Krankheiten des Kreislaufsystems, der Neubildungen und der psychischen Störungen zudem größere Zeitintervalle für den Rückblick gewählt. Insbesondere bei den psychi-

schen Störungen zeigen sich hierbei enorme Steigerungsraten.

Wie **III** Diagramm 3.2.6 verdeutlicht, ist vor allem zwischen den Jahren 2006 und 2011 die Zahl der Fälle (+45,3%) und die daraus resultierende Menge der Behandlungstage (+57,7%) in dieser Diagnosehauptgruppe stark angewachsen. Zum aktuellen Berichtsjahr fiel die Steigerungsrate von 2011 wiederum geringer aus. Aktuell liegt die durchschnittliche Falldauer bei 26,6 Tagen je Fall, wobei Frauen im Schnitt eine um 6 Tage längere durchschnittliche Falldauer aufweisen als Männer (29,7 vs. 23,7 Tage je Fall).

Die Differenzen bei Krankenhaustagen und Falldauer zwischen den Geschlechtern sind vornehmlich durch unterschiedliche Prävalenzen bei Männern und Frauen, die sich auch in entsprechendem stationärem Behandlungsbedarf niederschlagen, zu erklären. So sind Frauen häufiger von Depressionen betroffen, in der Betrachtung der häufigsten Einzeldiagnosen zeigt sich eine deutlich höhere Fallzahl und eine damit einhergehend höhere Anzahl von Krankenhaustagen (**III** Tabelle 3.2.1). Allein die rezidivierende depressive Störung (F33) und die depressive Episode (F32) zusammengenommen verursachen fast die Hälfte aller psychisch bedingten Krankenhaustage bei den Frauen. Auch bei den Männern sind dies die häufigsten Einzeldiagnosen, zusammen verursachen diese aber „nur“ etwas mehr als ein Drittel aller psychisch bedingten Krankenhaustage. Andererseits ist bei den Männern aber eine höhere Prävalenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bekannt, was sich auch in den deutlich höheren Fallzahlen zur ICD-Diagnose F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) wiederfindet. Hierbei ist hingegen die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer mit 10,0 Tagen (Männer) bzw. 9,3 Tagen (Frauen) je Fall relativ kurz. Weiterhin zeigt sich in den dargestellten Zahlen auch ein Geschlechtsunterschied in der stationären Behandlungsdauer bei gleicher Diagnose: Dabei stehen besonders die Anpassungsstörungen (F43) heraus, bei denen Frauen mehr als sechs Tage länger stationär behandelt werden als Männer (24,0 vs. 17,2 Tage je Fall).

### Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems

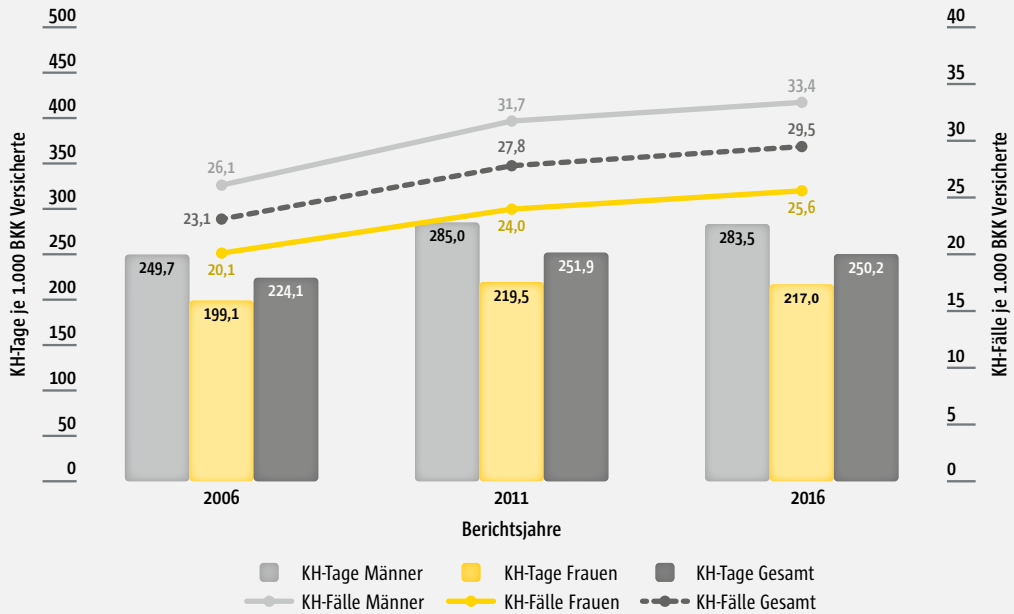
- Häufigste Einzeldiagnosen des Herz-Kreislauf-Systems sind Herzinsuffizienz (I50) und Hirninfarkt (I63), mehr als jeder fünfte Behandlungsfall (und fast jeder dritte Behandlungstag) geht auf diese beiden Diagnosen zurück.
- Deutliche Geschlechtsunterschiede zeigen sich bei der Zahl der stationären Behandlungen aufgrund der chronisch ischämischen Herzkrankheit (I25): Bei Männern sind diese dreimal so hoch wie bei Frauen. Dagegen sind Frauen doppelt so häufig wie Männer wegen Bluthochdruck (I10) im Krankenhaus.

Die Krankheiten des Kreislaufsystems sind insgesamt der häufigste Anlass für stationäre Behandlungen. Im aktuellen Berichtsjahr sind die Fallzahlen mit im Schnitt 29,5 Fällen je 1.000 Versicherte gegenüber 2006 um rund 28% gestiegen, dabei ist aber die Anzahl der Krankenhaustage pro Versichertem hingegen nur um etwa 12% höher als 2006 (**III** Diagramm 3.2.7), wobei in 2011 die durchschnittliche Zahl an Behandlungstagen sogar leicht höher lag als aktuell. Männer sind insgesamt häufiger von Herz- und Kreislauf-Erkrankungen betroffen, entsprechend ist auch deren Menge an stationären Behandlungstagen größer als bei den Frauen.

Wie anhand von **III** Tabelle 3.2.2 zu erkennen ist, fallen bei beiden Geschlechtern die meisten stationären Behandlungstage aufgrund der Einzeldiagnosen Herzinsuffizienz (I50) und Hirninfarkt (I63) an. Größere Geschlechtsunterschiede zeigen sich unter den wichtigsten Einzeldiagnosen hingegen bei anderen Erkrankungen, so ist der Unterschied bei der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25) mit mehr als dreimal so vielen KH-Fällen und KH-Tagen bei Männern im Vergleich zu den Frauen am stärksten ausgeprägt. Aber auch beim akuten Myokardinfarkt (I21) sowie bei Angina Pectoris (I20) und Atherosklerose (I70) sind die Fall- und Behandlungstage bei den Männern rund doppelt so hoch wie bei den Frauen. Wegen Hypertonie (I10) sind wiederum Frauen im Vergleich zu Männern fast doppelt so häufig in stationärer Behandlung, die Anzahl der Krankenhaustage ist entsprechend doppelt so hoch.

Schaut man in andere Leistungsbereiche der Gesundheitsversorgung, so sind ähnliche Geschlechtsunterschiede auch im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (vgl. **III** Kapitel 1.2) vorzufinden. Eine ambulante Behandlung wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen nehmen hingegen eher mehr Frauen in Anspruch

Diagramm 3.2.7 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach Geschlecht im Fünf- bzw. Zehnjahresvergleich (2006, 2011 und 2016)



(vgl. **III** Kapitel 2.2), diese bekommen auch wesentlich häufiger Medikamente für Herz- und Kreislauf-Erkrankungen als die Männer verordnet (**III** Kapitel 4.2). Ein möglicher Grund hierfür könnte ein unterschiedliches Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten sein: Frauen begeben sich allgemein öfter ambulant in Behandlung (mögliche Gründe können ein größeres Gesundheitsbewusstsein, aber auch eine generell größere Nähe zur medizinischen Versorgung im Zusammenhang mit Routineuntersuchungen, Verhütung und Schwangerschaft sein). Frauen werden entsprechend früher im Krankheitsverlauf behandelt, wobei dann auch häufiger konservativ (z.B. mit Medikamenten) behandelt werden kann. Dagegen suchen Männer medizinische Versorgung tendenziell später und mit schwerwiegenderen Symptomen auf, was wiederum mit längeren AU-Zeiten verbunden ist. Zudem ist dies bei größeren Anteilen auch mit einer stationären Behandlung verbunden, die Behandlung dauert dann möglicherweise aufgrund der Schwere länger.

### Neubildungen

- Bösartige Neubildungen der Bronchien und Lunge (C34) ist die häufigste Krebs-Diagnose, wegen der BKK Versicherte in stationärer Behandlung sind. Dies ist die häufigste Einzeldiagnose bei Männern sowie bei Frauen nach Brustkrebs (C50) die zweithäufigste.

Neubildungen haben den drittgrößten Anteil an den Krankenhaustagen im aktuellen Berichtsjahr inne, etwa jeder zehnte Krankenhaustag erfolgte aufgrund einer solchen Erkrankung. Rückblickend auf die Berichtsjahre 2006 und 2011 ist festzustellen, dass insbesondere bei den Männern Fallzahlen und Behandlungstage deutlich gestiegen sind (**III** Diagramm 3.2.8). In den letzten Jahren sind die Kennwerte aber nahezu unverändert.

Unter der Diagnosehauptgruppe der Neubildungen werden verschiedene sowohl gut- als auch bösartige Gewebewucherungen zusammengefasst. Entsprechend der Notwendigkeit einer schnellen und umfassenden Behandlung bei bösartigen Neubil-

Tabelle 3.2.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen bei den Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
Männer				
I50	Herzinsuffizienz	4,4	50,4	11,5
I63	Hirninfrakt	2,8	35,4	12,8
I70	Atherosklerose	2,6	27,5	10,7
I21	Akuter Myokardinfarkt	3,0	25,8	8,8
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	3,1	18,1	5,9
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	3,5	17,8	5,1
I20	Angina pectoris	3,4	17,6	5,1
I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten	0,8	10,1	13,1
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	1,5	7,4	4,9
I61	Intrazerebrale Blutung	0,4	7,3	19,6
Frauen				
I50	Herzinsuffizienz	4,0	45,6	11,4
I63	Hirninfrakt	2,4	30,5	12,9
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	2,8	16,6	6,0
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	2,9	15,1	5,2
I70	Atherosklerose	1,4	14,5	10,6
I21	Akuter Myokardinfarkt	1,4	12,6	9,1
I20	Angina pectoris	1,7	8,7	5,1
I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten	0,5	7,1	13,5
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	1,0	5,8	5,7
I26	Lungenembolie	0,6	5,6	9,6

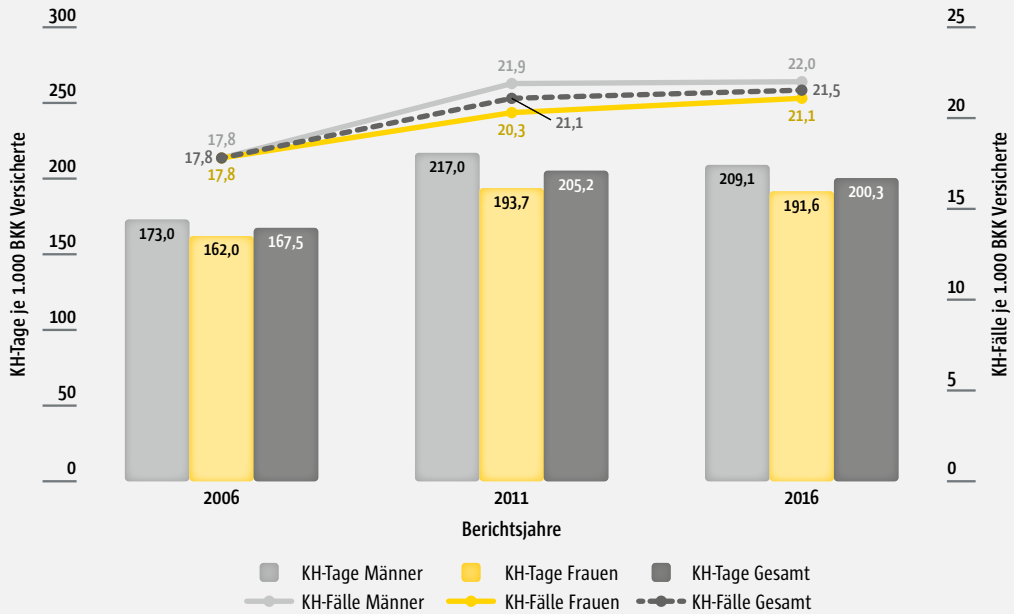
dungen sind diese vorrangig in der stationären Versorgung vorzufinden.

Die meisten Fälle und die meisten Behandlungstage sind bei den Frauen auf eine Brustkrebskrankung (C50) zurückzuführen (»»» Tabelle 3.2.3). Bei den Frauen erfolgt mehr als jeder sechste krebskrankungsbezogene Behandlungstag aufgrund dieser Diagnose. Betrachtet man nur die KH-Tage, folgen bei den Frauen an zweiter Stelle die Neubildungen in Bronchien und Lunge (C34), bei den Männern sind hingegen mit dieser Diagnose die meisten Krankenhaustage verbunden. Dies spiegelt auch die Verhält-

nisse beim Rauchverhalten – Männer rauchen deutlich häufiger als Frauen – in der Bevölkerung wider. Größer noch ist der Geschlechtsunterschied bei Neubildungen des Magens (C16) sowie des Rektums (C20): Bei beiden Einzeldiagnosen weisen Männer im Vergleich zu den Frauen etwa doppelt so viele Krankenhausfälle und -tage auf.



Diagramm 3.2.8 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Neubildungen nach Geschlecht im Fünf- bzw. Zehnjahresvergleich (2006, 2011 und 2016)



### 3.2.2 Stationäre Versorgung nach Versichertenstatus

- Neben den Rentnern sind auch Arbeitslose häufiger in stationärer Behandlung als andere Versichertengruppen.
- Bei Arbeitslosen sind psychische Störungen der häufigste Grund, es gehen mehr als die Hälfte aller Behandlungstage auf diese Krankheitsart zurück. Hierbei sind mit einem Plus von rund 20% gegenüber dem Vorjahr gerade bei ALG-I-Empfängern deutlich mehr Behandlungstage zu verzeichnen.

Anhand der zuvor dargestellten Zahlen der Inanspruchnahme stationärer Versorgung lassen sich auch die Mengen an Krankenhausfällen und -tagen insbesondere bei Familienangehörigen und Rentnern auswerten. Da zu den Familienangehörigen vor allem Kinder und Jugendliche zählen, sind hier die entsprechenden Kennzahlen am niedrigsten (»» Tabelle 3.2.4): Im aktuellen Berichtsjahr 2016 sind 116,8 Krankenhausfälle je 1.000 mitversicherte Familienangehörige erfolgt, bei 946 KH-Tagen je 1.000 ver-

sicherte Angehörige. Wie bei vornehmlich sehr jungen Versicherten zu erwarten, weisen die weiblichen Familienangehörigen dabei mehr Fälle und entsprechend mehr Tage auf als die männlichen. Ebenfalls durchschnittlich etwa ein Tag pro Versichertem waren die beschäftigten Mitglieder – die weitaus größte Versichertengruppe in diesem Vergleich – in stationärer Behandlung gewesen. Demgegenüber sind die Kennwerte der weiteren Versichertengruppen deutlich überdurchschnittlich: Die Gruppe der Rentner vereinigt dabei die meisten Krankenhausaufenthalte und -tage auf sich – so war jeder Rentner im Durchschnitt rund 5 Tage in stationärer Behandlung – und auch für Arbeitslose schlagen mehr Fälle und durchschnittlich über zwei Tage mehr als bei den Familienangehörigen und beschäftigten Mitgliedern zu Buche. Dabei stechen besonders die ALG-I-Empfänger durch hohe Steigerungsraten gegenüber dem Vorjahr heraus: +12% mehr KH-Fälle und +16% KH-Tage sind hier in 2016 zu verzeichnen.

Differenziert man für die Versichertengruppen wiederum nach Diagnosehauptgruppen, so wird ersichtlich, welche Erkrankungsarten sich hinter den Gesamtmengen an Behandlungstagen verbergen (»» Diagramm 3.2.9). Bei den Rentnern fallen bei

Tabelle 3.2.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen bei den Neubildungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
Männer				
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	2,7	25,7	9,6
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	1,7	14,4	8,7
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	1,0	12,8	13,4
C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	1,7	12,0	7,1
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	0,9	10,8	11,9
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	0,6	7,9	12,3
C16	Bösartige Neubildung des Magens	0,7	7,9	12,2
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	0,6	7,3	13,0
C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	1,1	6,2	5,8
C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	0,4	6,0	15,3
Frauen				
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	3,5	33,3	9,6
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	1,6	16,1	9,9
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	0,7	10,0	13,5
C56	Bösartige Neubildung des Ovars	0,6	8,2	13,2
D25	Leiomyom des Uterus	1,5	7,9	5,2
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	0,6	7,5	13,1
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	0,6	6,6	12,1
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	0,5	5,4	11,8
C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	0,5	5,0	9,7
C16	Bösartige Neubildung des Magens	0,4	4,5	11,8

fast jeder hier aufgeführten Diagnosehauptgruppe – Ausnahme sind die psychischen Störungen – in absoluten Zahlen mehr Behandlungstage an als bei den anderen Versichertengruppen. Wie schon die Erkenntnisse zu Erkrankungsarten in Abhängigkeit vom Alter antizipieren lassen, sind es die Krankheiten des Kreislaufsystems, die hier wiederum auch relativ betrachtet bei den Rentnern mit insgesamt 20% aller Behandlungstage den größten Anteil aus-

machen. Daneben stechen besonders die sehr hohen Mengen an Behandlungstagen aufgrund psychischer Störungen bei den Arbeitslosen hervor. Sowohl bei den ALG-I- als auch den ALG-II-Empfängern geht mindestens jeder zweite Behandlungstag auf Erkrankungen aus diesem Diagnosespektrum zurück. Dabei weisen die ALG-II-Empfänger trotz leichtem Rückgang gegenüber dem Vorjahr die meisten Behandlungstage auf, für die ALG-I-Empfänger sind

Tabelle 3.2.4 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

Versichertengruppe	Geschlecht	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
Versicherte Gesamt	Männer	202,4	1790	8,8
	Frauen	200,3	1828	9,1
	<b>Gesamt</b>	<b>201,3</b>	<b>1809</b>	<b>9,0</b>
<b>davon</b>				
Beschäftigte Mitglieder	Männer	124,9	920	7,4
	Frauen	128,7	994	7,7
	<b>Gesamt</b>	<b>126,6</b>	<b>953</b>	<b>7,5</b>
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	277,0	3007	10,9
	Frauen	255,7	2918	11,4
	<b>Gesamt</b>	<b>266,9</b>	<b>2964</b>	<b>11,1</b>
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	309,0	3429	11,1
	Frauen	273,6	2850	10,4
	<b>Gesamt</b>	<b>291,0</b>	<b>3133</b>	<b>10,8</b>
Familienangehörige	Männer	108,6	864	8,0
	Frauen	122,5	1001	8,2
	<b>Gesamt</b>	<b>116,8</b>	<b>946</b>	<b>8,1</b>
Rentner	Männer	515,1	5020	9,8
	Frauen	450,6	4542	10,1
	<b>Gesamt</b>	<b>480,8</b>	<b>4766</b>	<b>9,9</b>

hingegen mit 1.303 KH-Tage je 1.000 Versicherte rund 20% mehr Behandlungstage im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen. Für letztgenannte Versichertengruppe sind außerdem mehr stationäre Behandlungstage aufgrund von Neubildungen (+20%) und Muskel-Skelett-Erkrankungen (+16%) erfolgt. Damit liegen die ALG-I-Empfänger bei Muskel-Skelett-Erkrankungen deutlich über dem Durchschnitt aller Versicherten (258 vs. 162 KH-Tage je 1.000 Versicherte), während für sie andere Erkrankungsarten eher unterdurchschnittlich häufig Ursache einer stationären Behandlung waren.

Wie zu Anfang dieses Abschnittes beschrieben, nehmen Männer und Frauen insgesamt etwa gleich häufig eine stationäre Behandlung in Anspruch. Betrachtet man hingegen nur die Langzeitfälle, so fallen bei den Frauen rund 10% mehr Krankenhausfäl-

le und -tage an als bei den Männern: Von der Gesamtmenge der stationären Fälle und Tage sind bei Männern 2,7% Langzeitbehandlungsfälle mit mehr als 6 Wochen Dauer. Mit einem Anteil von 20,9% an allen Krankenhaustagen geht dabei etwa jeder fünfte Krankenhaustag auf einem Langzeitfall zurück. Bei den Frauen sind die Anteile mit 3,1% der Fälle und 22,8% der Tage entsprechend höher.

Für die einzelnen Versichertengruppen zeigen sich in der Gegenüberstellung der Krankenhausauffälle und -tage (III Tabelle 3.2.4) mit den darauf bezogenen Anteilen von Langzeiterkrankungen (III Diagramm 3.2.10) einige Besonderheiten: Bei den Rentnern sind trotz der Tatsache, dass diese insgesamt die meisten Fälle und Behandlungstage pro Versichertem aufweisen, mit 2,3% nur relativ wenige der Fälle Langzeitbehandlungen. Ebenso sind bei diesen

Diagramm 3.2.9 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)

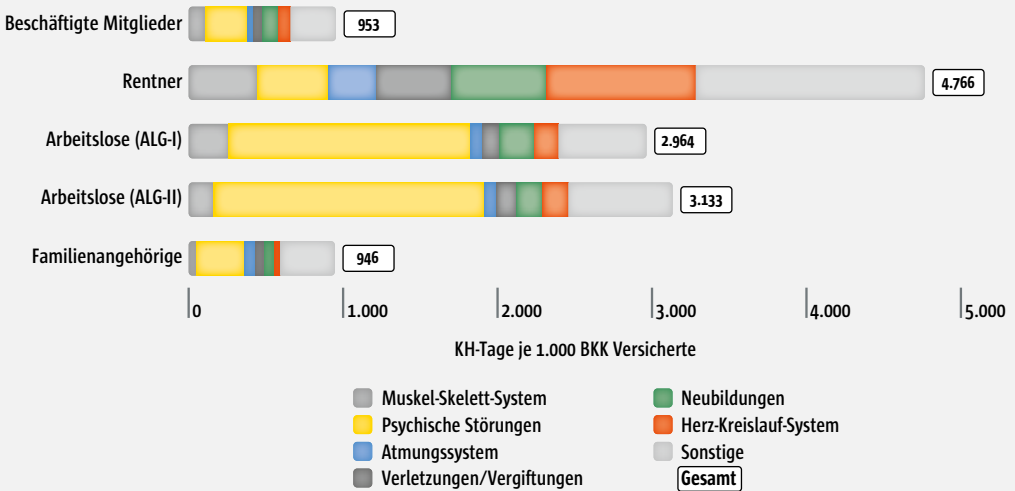
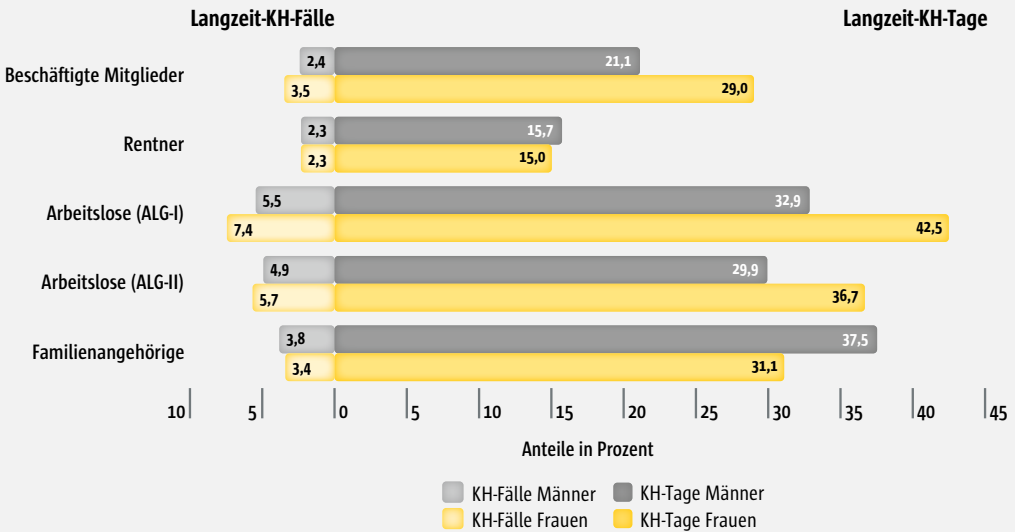


Diagramm 3.2.10 Stationäre Versorgung – Anteile der Langzeiterkrankungen (Falldauer > 6 Wochen) der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

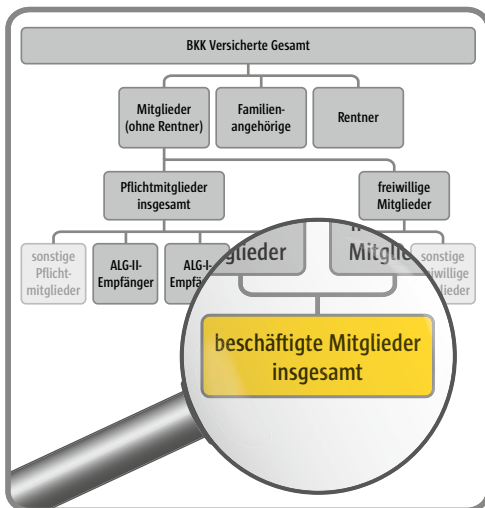


nur 15,4% aller Krankenhaustage auf eine Langzeitbehandlung zurückzuführen. Unterschiede nach Geschlecht sind dabei gering bei leicht höheren Anteilen aufseiten der Männer. Bei den beiden Arbeitslosengruppen sind hingegen deutlich mehr Fälle

Langzeitbehandlungen, hier sind mit 6,4% (ALG-I) bzw. 5,3% (ALG-II) die höchsten Anteile von allen Versichertengruppen zu verzeichnen. Dabei ist der Geschlechtsunterschied bei den ALG-I-Empfängern deutlicher ausgeprägt, wobei bei den Frauen mit

7,4% der Fälle und 42,5% der Tage größere Anteile als bei den Männern auf Langzeitbehandlungen zurückgehen. Bei den Familienangehörigen – worunter viele Kinder und Jugendliche fallen, die absolut gesehen relativ selten stationär versorgt werden müssen – gehen auch insgesamt rund ein Drittel der Behandlungstage auf Langzeiterkrankungen zurück. Der Anteil der Langzeitfälle an allen Krankenhausfällen ist aber mit 3,6% nur mäßig hoch, woraus ersichtlich wird, dass die dort aufgetretenen Langzeitfälle gegenüber anderen Versichertengruppen bei den Familienangehörigen deutlich langwieriger sind: Während Langzeitfälle bei den anderen Versicherten etwa zwischen 65 (ALG-I-Empfänger) und 67 Tagen (ALG-II-Empfänger) dauern, so werden für diese bei den Familienangehörigen im Schnitt rund 76 Tage benötigt. Auch hier kann dies zu einem großen Teil auch auf den hohen Anteil an psychischen Erkrankungen in den jungen Altersgruppen zurückgeführt werden, bei denen die durchschnittliche Falldauer lang ist. Die größte Differenz zwischen den Geschlechtern tritt hingegen bei den beschäftigten Mitgliedern auf: 3,5% der Fälle und 29,0% der Tage sind bei den Frauen auf Langzeitfälle zurückzuführen, bei den Männern sind es hingegen nur 2,4% der Fälle und 21,1% der Tage.

### 3.2.3 Stationäre Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen



Für die weitere Analyse stationärer Versorgungsdaten hinsichtlich der Unterschiede nach höchstem erreichtem Schul- und Ausbildungsabschluss wird

die Gruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt betrachtet, da nur bei dieser Versichertengruppe die Zuordnung entsprechend der Klassifikation der Berufe 2010 (KlDB 2010) vorliegt.

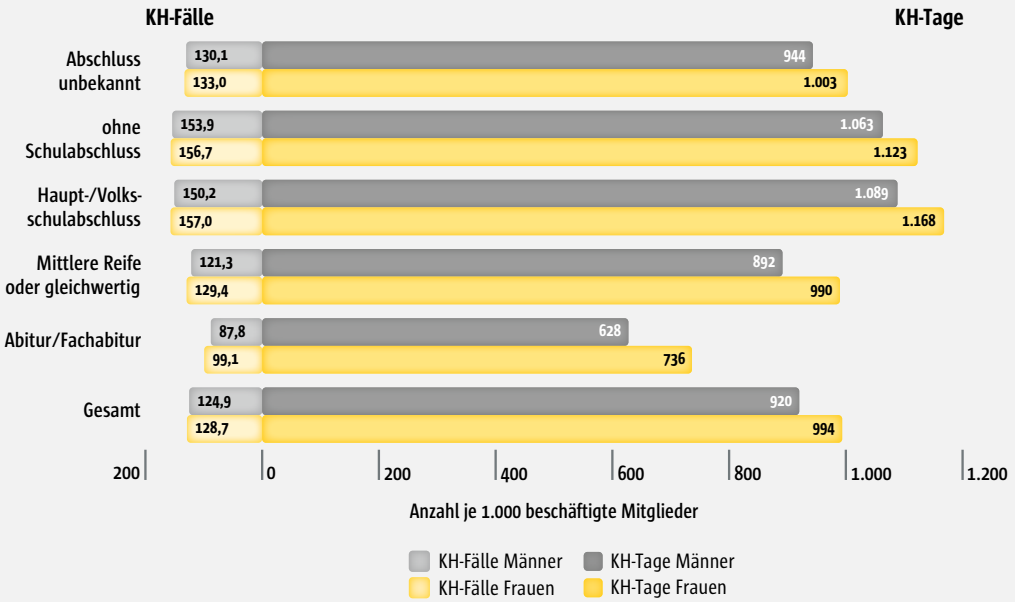
- Je höher der Schulabschluss der Beschäftigten, desto weniger wahrscheinlich ist eine stationäre medizinische Behandlung.
- Besonders deutlich wird dies bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Bei Beschäftigten mit Volks-/Hauptschulabschluss erfolgten 2,5-mal mehr Behandlungsfälle und -tage aufgrund dieser Krankheitsart als bei Beschäftigten mit (Fach-)Abitur.
- Auch bei höheren Berufsabschlüssen sind die Kennwerte geringer. So haben Beschäftigte mit einfachem Ausbildungsabschluss im Schnitt über 60% mehr Krankenhaustage als Hochschulabsolventen.

#### Höchster Schulabschluss

Im Vergleich zwischen den höchsten Schulabschlüssen (» Diagramm 3.2.11) ist die Gruppe ohne Schulabschluss diejenige, die insgesamt im Schnitt am häufigsten stationär behandelt wurde (154,6 KH-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder), knapp vor denjenigen mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss. Letzgenannte weisen wiederum insgesamt die meisten Behandlungstage auf (1.114 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder), wobei die Frauen mit einem solchen Schulabschluss den höchsten Wert bei Differenzierung nach Geschlecht haben (1.168 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Mit fast 40% weniger Fällen und Behandlungstagen gegenüber diesen beiden Schulabschlussgruppen sind für die Beschäftigten mit (Fach-)Abitur die niedrigsten Werte festzustellen. Für diese Gruppe besteht wiederum die größte relative Differenz zwischen den Geschlechtern: Für Frauen mit (Fach-)Abitur sind rund 13% mehr Krankenhausfälle und 17% mehr Behandlungstage dokumentiert.

In » Diagramm 3.2.12 sind für die drei Schulabschlussgruppen die Fallzahlen und Krankenhaustage in ausgewählten Diagnosegruppen gegenübergestellt. Sehr augenfällig ist dabei, dass durchweg bei Männern wie bei Frauen die Kennwerte in höheren Schulabschlussgruppen geringer ausfallen. Dabei stechen die Krankheiten des Kreislaufsystems besonders heraus: Für Beschäftigte mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss sind rund zweieinhalbmal so viele Fälle sowie Behandlungstage für diese beiden Erkrankungsarten im aktuellen Berichtsjahr doku-

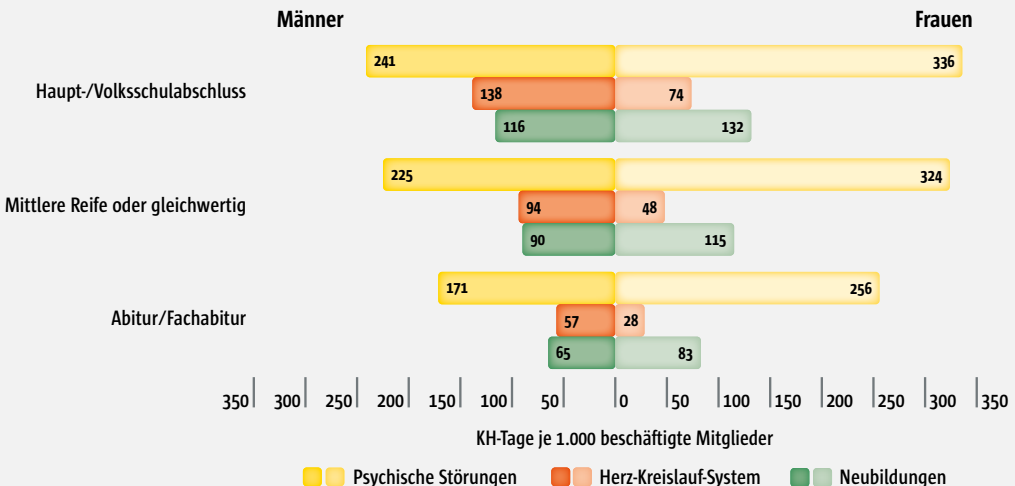
Diagramm 3.2.11 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



mentiert. Hingegen ist nur eine geringe Differenz bei den psychischen Störungen zwischen Haupt-/Volksschulabschluss und Mittlerer Reife zu erkennen. Insbesondere bei den Frauen zeigt sich bei dieser Diagnosehauptgruppe außerdem, dass mit stei-

gendem Schulabschluss die durchschnittliche Falldauer zunimmt: Die stationäre Behandlung psychischer Leiden dauert bei Haupt-/Volksschulabsolventinnen im Schnitt rund 25 Tage, bei weiblichen Beschäftigten mit (Fach-)Abitur hingegen fast

Diagramm 3.2.12 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



32 Tage. Auch bei den Männern sind es diejenigen mit Haupt-/Volksschulabschluss, die mit 22 Tagen die geringste durchschnittliche Falldauer aufweisen. Dabei spielt sicher auch eine Rolle, dass Einzeldiagnosen in den Bildungsgruppen unterschiedlich oft auftreten, so sind insbesondere die Kennwerte bei den psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) bei den Beschäftigten mit Mittlerer Reife doppelt und bei den Haupt-/Volksschulabsolventen dreimal so hoch im Vergleich zu (Fach-)Abiturienten.

Höchster Berufsabschluss

Im Vergleich der Beschäftigtengruppen (III Diagramm 3.2.13) nach höchstem beruflichem Ausbildungsabschluss sind es bei den Männern diejenigen mit einem Abschluss einer anerkannten Ausbildung, welche die meisten Behandlungsfälle und -tage aufweisen (133,3 KH-Fälle und 984 KH-Tage

je 1.000 Versicherte). Bei den Frauen sind es hingegen diejenigen ohne einen beruflichen Ausbildungsabschluss, für die die höchsten Kennwerte zu verzeichnen sind (141,0 KH-Fälle und 1.061 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass in dieser Gruppe das Durchschnittsalter rund 8 Jahre unter dem Durchschnitt aller Beschäftigten liegt, da viele Auszubildende zu dieser Gruppe zu zählen sind – es aber auch ältere Personen, die aus anderen Gründen keinen Abschluss erlangt haben, darunter gibt. Mit rund 9 Jahren Altersdifferenz zum Beschäftigtendurchschnitt sogar noch jünger sind die Bachelor-Absolventen, für die für beide Geschlechter die wenigsten Behandlungsfälle und -tage zu verzeichnen sind. Berücksichtigt man diese Besonderheiten, so lässt sich anhand der weiteren Ausbildungsabschlüsse eine ähnliche Tendenz wie bei den Schulabschlüssen zu niedrigeren Kennwerten mit höherem Abschlussniveau feststellen. Am geringsten sind dabei wiederum die Kennwerte bei den Promovierten, wobei Männer mehr als 20%

Diagramm 3.2.13 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

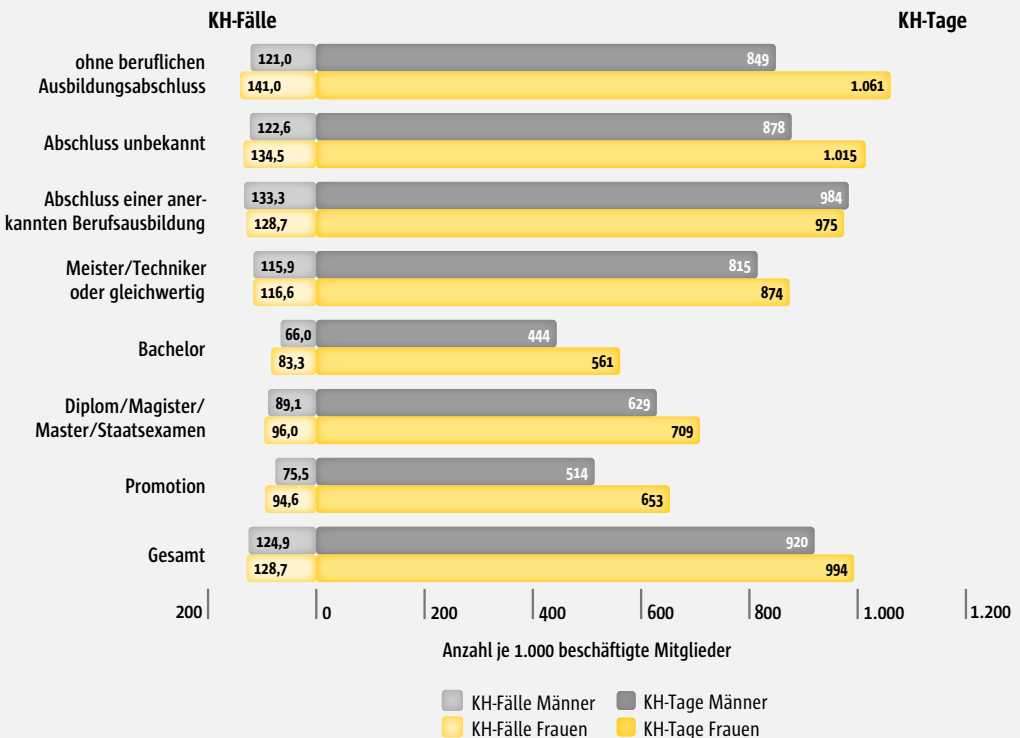
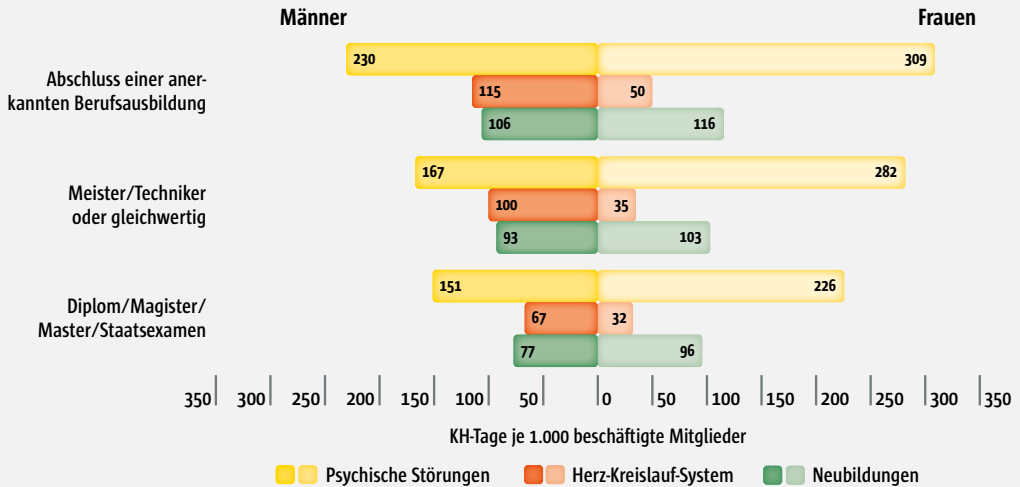


Diagramm 3.2.14 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



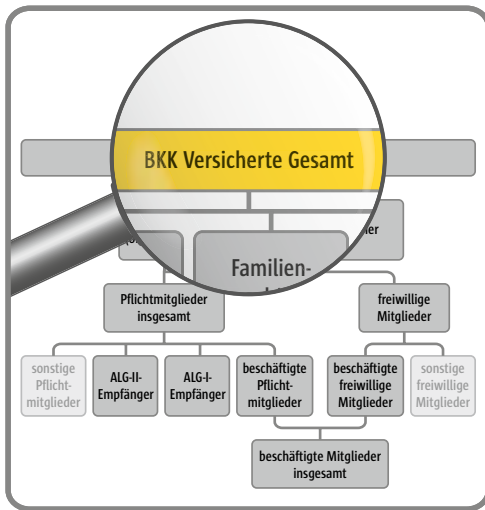
weniger Fälle und Behandlungstage aufweisen als Frauen.

Wie **»»»** Diagramm 3.2.14 verdeutlicht, zeigt sich auch bei einzelnen Diagnosehauptgruppen die Abnahme der Kennwerte mit höherem beruflichem Abschluss. In diesem Vergleich sind es die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, für die die Anzahl an Be-

handlungstagen pro Beschäftigtem am stärksten zurückgeht: Für berufliche Ausbildungsabsolventen sind gegenüber Hochschulabsolventen mit Diplom, Master, Magister oder Staatsexamen im Mittel 62% (Männer: 72%; Frauen: 54%) mehr Tage in stationärer Behandlung zu verzeichnen.



## 3.3 Stationäre Versorgung in Regionen



Die Gesundheit der Versicherten wird auch durch die Lebensbedingungen an ihren Wohnorten, der dortigen konkreten Arbeitsbedingungen genauso wie der allgemeinen Wirtschaftskraft vor Ort, der Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote sowie den soziokulturellen Bedingungen beeinflusst. Darüber hinaus spielen auch die regionalen Strukturen der medizinischen Versorgung, wie z.B. die Arzt-, Krankenhaus- und Apothekendichte eine Rolle. Nachfolgend werden die Kennwerte der stationären Versorgung auf Ebene der Bundesländer sowie der Kreise zugeordnet nach Wohnort der Versicherten ausgewertet und analysiert (für die Verteilung der BKK Versicherten nach Bundesländern sei auf die [Tabelle 1.3.1](#) im [Kapitel 1](#) verwiesen).

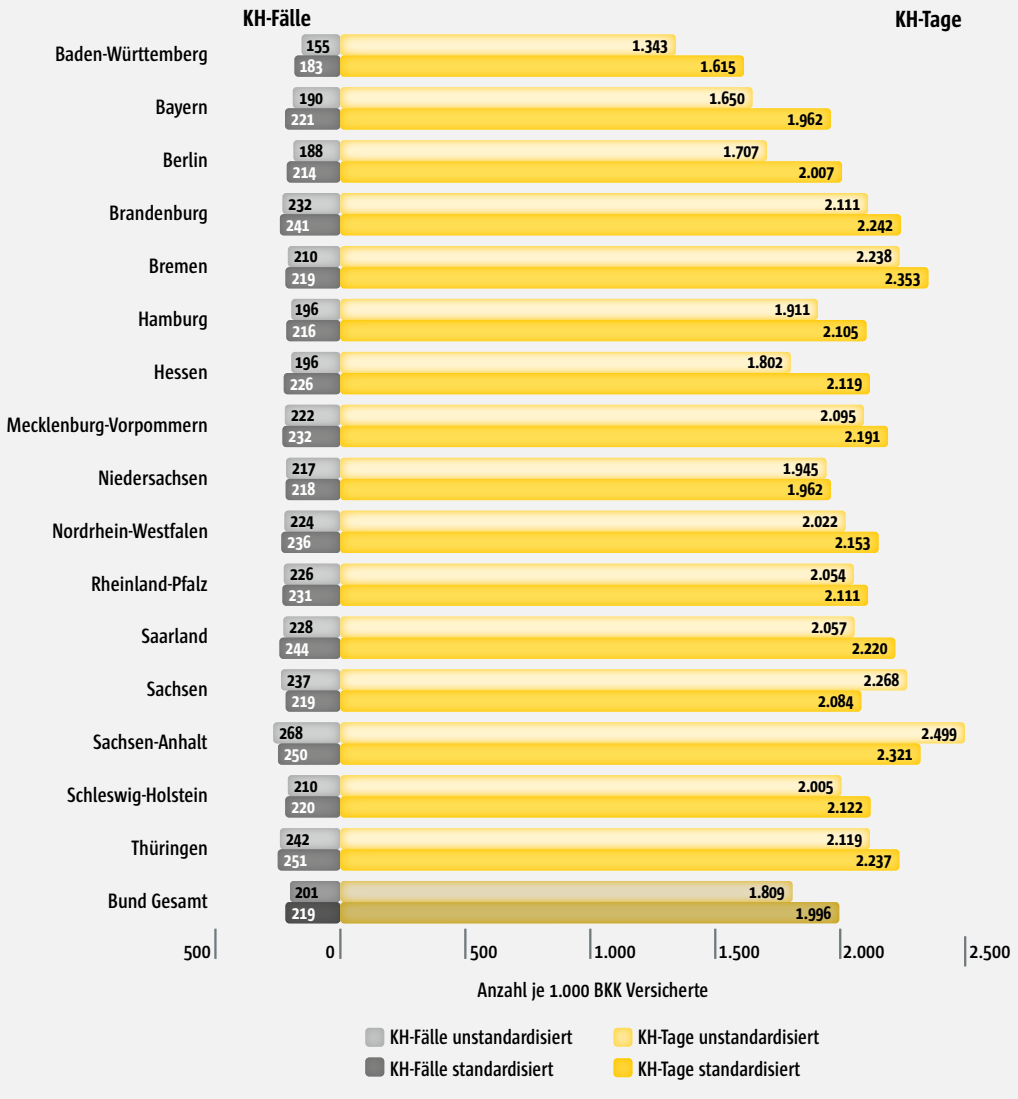
### 3.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise

- Baden-Württemberg weist die pro Kopf wenigsten, Sachsen-Anhalt die meisten Krankenhausfälle und -tage aller Bundesländer auf.
- Rechnet man Alters- und Geschlechtsunterschiede, die zwischen den Bundesländern bestehen, aus den Kennwerten heraus, ist hingegen Thüringen bei den Krankenhausfällen und Bremen bei den Krankentagen je Versicherten auf dem Spitzenplatz.
- Besonders große Differenzen bestehen zwischen den Landkreisen in Bayern: In Schweinfurt sind mehr als doppelt so viele Behandlungstage für die Versicherten zu verzeichnen wie in Memmingen.
- Bei der Gruppe der Arbeitslosen, insbesondere bei den ALG-II-Empfängern, sind Bayern und Baden-Württemberg Spitzenreiter. Dort sind selbst die Rentner kaum länger im Krankenhaus gewesen.

Die Häufigkeit, die Dauer von Krankenhausaufenthalten sowie die dafür als ursächlich diagnostizierten Erkrankungen unterscheiden sich zwischen den Bundesländern zum Teil erheblich. Um unverzerrte Vergleiche zwischen den Bundesländern zu ermöglichen, werden die Kennzahlen per Standardisierung damit um Effekte bereinigt, die einzig auf der spezifischen Bevölkerungsstruktur eines Bundeslandes hinsichtlich Alter und Geschlecht beruhen (siehe dazu auch [Methodische Hinweise](#)).

In [Diagramm 3.3.1](#) sind Krankenhausfälle und -tage der Bundesländer sowohl in unstandardisierter als auch in nach Alter und Geschlecht standardisierter Form gegenübergestellt. Nach unstandardisierten Werten – also der reell erfolgten Versorgung – weist Baden-Württemberg die wenigsten, Sachsen-Anhalt die meisten Krankenhausfälle und -tage pro Versicherten aller Bundesländer auf. Wie das Diagramm aber auch zeigt, sind in Sachsen-Anhalt, aber

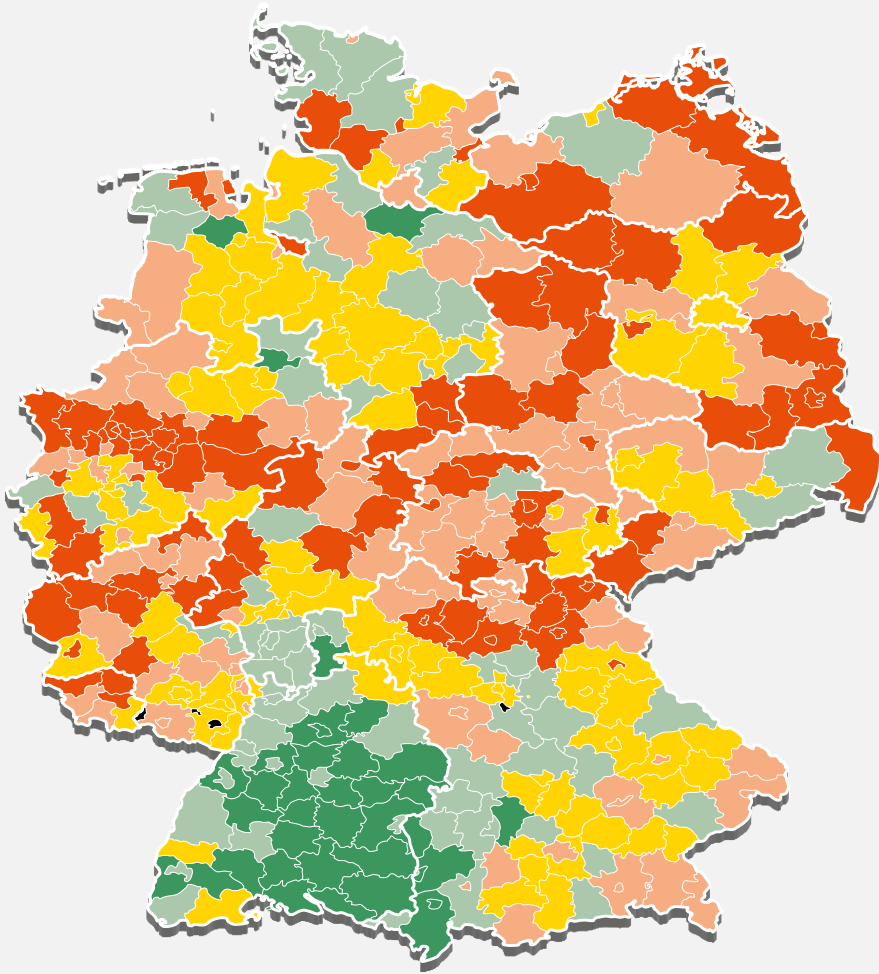
Diagramm 3.3.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2016)



auch in Sachsen die standardisierten Fall- und Tageswerte bedeutend niedriger als die unstandardisierten Werte. In diesen beiden Bundesländern sind die BKK Versicherten im Vergleich zu den anderen Bundesländern am ältesten, etwa 5 Jahre älter als der Bundesdurchschnitt. Folglich fallen die Kennwerte hier nach Bereinigung der Alters- und Geschlechtseffekte deutlich niedriger aus: Für Sachsen liegen die durchschnittlichen Behandlungsfälle und -tage nur

noch unwesentlich über dem Bundesdurchschnitt. Sachsen-Anhalt wiederum bleibt auch nach der Standardisierung sowohl bei Krankenhausfällen als auch -tagen je Versicherten deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Hingegen ist Thüringen bei den Krankenhausfällen und Bremen bei den Krankenhaustagen je Versicherten auf dem Spitzenplatz. Für das Bundesland Baden-Württemberg hingegen werden durch die Standardisierung die Fall- und Tageswerte

Diagramm 3.3.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2016)



Abweichungen der KH-Tage der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt

- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
- 5-15% unter dem Bundesdurchschnitt
- ± 5% um den Bundesdurchschnitt (1.996 KH-Tage je 1.000 Versicherte)
- 5-15% über dem Bundesdurchschnitt
- mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
- keine Angaben\*

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

zwar deutlich nach oben korrigiert, dennoch sind die Versicherten in diesem Bundesland auch dann noch am seltensten sowie am kürzesten im Krankenhaus gewesen: Im Schnitt waren es im aktuellen Berichtsjahr 1,3 Tage je Versicherten (bzw. entsprechend 1.282 KH-Tage je 1.000 Versicherte), standardisiert

sind es auch nur 1,6 Tage je Versicherten. Gegenüber dem Vorjahr sind in Berlin die Kennwerte am stärksten gestiegen (+6,9% KH-Fälle, +6,3% KH-Tage), ein Rückgang von Behandlungsfällen- und -tagen ist hingegen allein im Saarland zu verzeichnen.

Tabelle 3.3.1 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2016)

Bundesländer	Beschäftigte Mitglieder	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familienangehörige	Rentner
Baden-Württemberg	785	3.055	3.857	755	3.884
Bayern	936	3.208	4.578	877	4.754
Berlin	828	1.989	1.922	791	4.876
Brandenburg	1.069	3.054	3.373	1.015	5.166
Bremen	1.088	2.974	2.928	1.146	5.598
Hamburg	903	2.401	3.429	977	5.125
Hessen	1.001	3.144	3.101	1.085	4.875
Mecklenburg-Vorpommern	1.111	3.045	3.302	1.227	4.651
Niedersachsen	1.001	2.991	3.113	1.022	4.513
Nordrhein-Westfalen	1.001	2.806	2.954	1.007	5.314
Rheinland-Pfalz	1.053	3.505	3.785	1.143	4.979
Saarland	1.117	3.669	3.175	1.190	4.884
Sachsen	1.044	2.783	3.486	1.081	4.644
Sachsen-Anhalt	1.202	3.475	2.959	1.308	5.039
Schleswig-Holstein	961	2.797	3.345	1.018	5.050
Thüringen	1.154	2.761	3.716	1.110	4.770
<b>Bund gesamt</b>	<b>953</b>	<b>2.964</b>	<b>3.133</b>	<b>946</b>	<b>4.766</b>

Das **»»»** Diagramm 3.3.2 stellt die Krankenhaus-tage pro Versicherten auf Kreisebene als standardisierte Werte dar. Auch innerhalb der Bundesländer sind teils deutliche Unterschiede vorhanden – selbst wenn man den Einfluss von Alter und Geschlecht aus den kreisbezogenen Werten herausrechnet. So sind im Jahr 2016 die Versicherten im brandenburgischen Prignitz am längsten im Krankenhaus gewesen (rund 2,9 Behandlungstage je Versicherten) noch vor Wilhelmshaven (Niedersachsen) und Gelsenkirchen (Nordrhein-Westfalen) (jeweils 2,8 KH-Tage je Versicherten). Im baden-württembergischen Böblingen sind hingegen mit 1,4 KH-Tagen nur halb so viele Tage pro Versicherten angefallen. Die zweitwenigsten Behandlungstage (1,4 KH-Tage je Versicherten) sind im bayrischen Memmingen zu verzeichnen, wobei in diesem Bundesland die Differenzen besonders ausgeprägt sind: In Schweinfurt (2,8 KH-Tage je Versicherten) und Bayreuth (2,7 KH-Tage je Versicherten)

cherten) ist die Anzahl an Behandlungstagen nur wenig geringer als der bundesweite Höchstwert.

In der Betrachtung der verschiedenen Versichertengruppen je Bundesland werden weitere Unterschiede deutlich (**»»»** Tabelle 3.3.1). Wie auf Bundesebene sind auch in allen Bundesländern die Rentner diejenigen, die pro Kopf durchschnittlich die meisten Krankenhaustage aufweisen. Allerdings schwanken dabei die Werte je Bundesland zwischen 3.884 Behandlungstagen je 1.000 Versicherte in Baden-Württemberg und 5.598 Behandlungstagen je 1.000 Versicherte in Bremen. Da Baden-Württemberg im Bundesländervergleich für alle Versicherten die wenigsten Behandlungstage aufweist, ist es wenig überraschend, dass bei den Rentnern genauso wie bei den beschäftigten Mitgliedern und den Familienangehörigen in diesem Bundesland auch der geringste Wert zu verzeichnen ist. Allerdings sind in Baden-Württemberg die Arbeitslosen mehr Tage als

im Bundesdurchschnitt in stationärer Behandlung gewesen: Liegen die ALG-I-Empfänger im Bundesländervergleich noch im Mittelfeld, so weisen die ALG-II-Empfänger hier die zweitmeisten Behandlungstage auf (3.857 KH-Tagen je 1.000 Versicherte). In Bayern – ebenfalls ein Bundesland mit einem niedrigen Wert für alle Versicherte – war jeder ALG-II-Empfänger sogar im Schnitt rund 4,6 Tage im Krankenhaus. Damit gilt für Bayern und Baden-Württemberg: Die ALG-II-Empfänger sind im Schnitt nur geringfügig kürzer in stationärer Behandlung gewesen als die Rentner. Dies ist ein deutlicher Unterschied zu den anderen Bundesländern, beträgt doch der Unterschied zwischen den beiden Versicherungsguppen pro Kopf mindestens einen Tag. Berlin ist bei diesem Vergleich hingegen das andere Extrem, hier sind für die Rentner zweieinhalbmal so viele Behandlungstage zu verzeichnen wie für die ALG-II-Empfänger. Dies liegt auch daran, dass in Berlin beide Arbeitslosen-Gruppen die geringsten Werte aufweisen. Für die ALG-I-Empfänger bleibt zu konstatieren, dass die schon erwähnte deutliche Steigerung an Behandlungstagen gegenüber dem Vorjahr sich auch in fast allen Bundesländern wiederfindet. Einzig in Hamburg ist der Kennwert leicht rückläufig. Hingegen sind für die ALG-I-Empfänger im Saarland fast ein Drittel sowie in Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern über ein Viertel mehr Behandlungstage gegenüber dem Vorjahr erfolgt.

### 3.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen

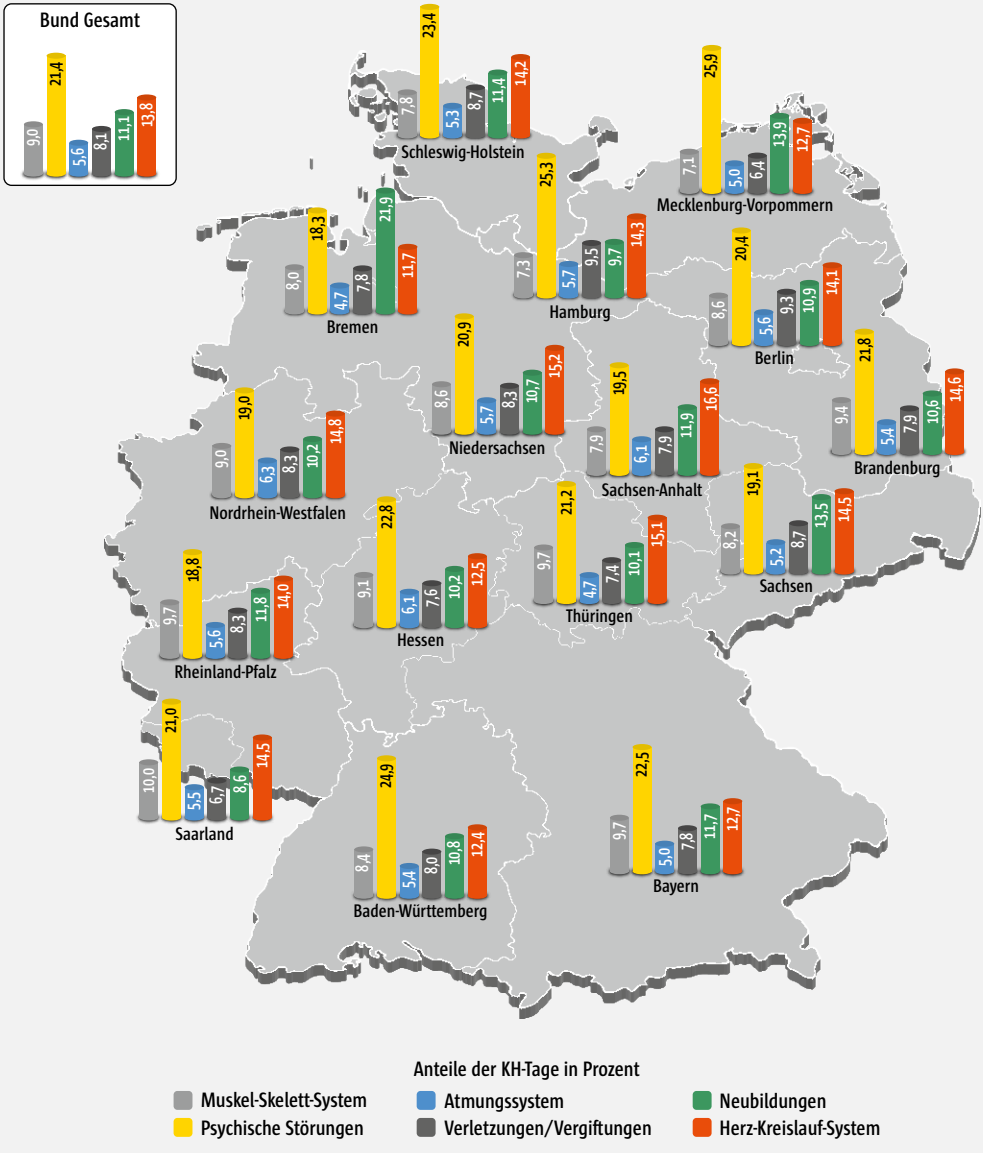
- Deutlich überdurchschnittlich viele Behandlungstage aufgrund von Herz- und Kreislauf-Erkrankungen sind in Sachsen-Anhalt zu verzeichnen, in Mecklenburg-Vorpommern sind wiederum die psychischen Störungen für überdurchschnittlich viele Behandlungstage ursächlich.
- In Bremen ist die stationäre Behandlung von Neubildungen deutlich häufiger als in irgendeinem anderen Bundesland, fast jeder 4. KH-Tag geht dort darauf zurück. Dies liegt aber wesentlich an anderen Versorgungsstrukturen, eine tatsächliche Erkrankungshäufung liegt nicht vor.

Auch die Verteilung der Krankenhausdiagnosen stellt sich in den einzelnen Bundesländern zum Teil sehr unterschiedlich dar. Das **»»»** Diagramm 3.3.3 stellt für die in **»»»** Diagramm 3.3.1 (unstandardisierte Werte) dargestellten Krankenhaustage je Versi-

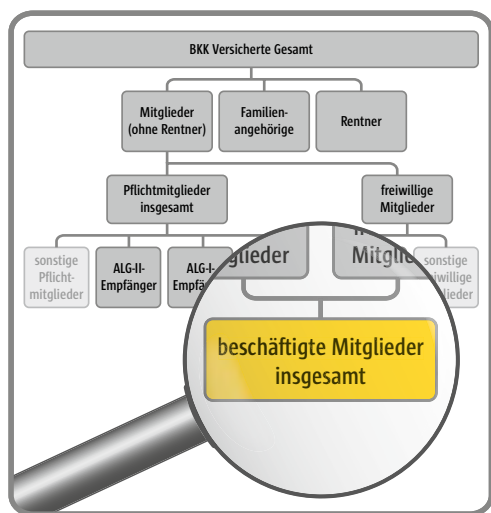
cherte dar, welche Anteile ausgewählte Diagnosehauptgruppen jeweils daran haben. Dies erlaubt eine relative Einordnung in das Gesamtkrankheitsgeschehen in den Bundesländern.

Für die Erkrankungen des Atmungssystems ist in 2016 – vermutlich auch dank der nur schwachen Grippe- und Erkältungswelle – bei den Anteilen an der Gesamtmenge der Behandlungstage eine nur relativ geringe Variationsbreite im Bundesländervergleich zu finden. So gehen auf diese Erkrankungsart in Nordrhein-Westfalen 6,3%, in Sachsen-Anhalt rund 6,1% aller KH-Tage zurück (beide Bundesländer liegen auch bei den absoluten Tagesmengen vorn), in Thüringen und Bremen sind es hingegen nur 4,7%. In Bremen dominieren hingegen die Neubildungen das Krankheitsgeschehen in der dortigen stationären Versorgung. Der Anteil an allen Krankenhaustagen aufgrund derartiger Erkrankungen ist mit 21,9% fast doppelt so hoch wie der Anteil auf Bundesebene (11,1%). In diesem Bundesland ist auch der Anteil an Langzeitbehandlungen (und darauf zurückzuführende Behandlungstage), die aufgrund von Neubildungserkrankungen anfallen, relativ hoch: Auf diese Diagnosehauptgruppe gehen in Bremen jeweils rund 40% der Langzeitbehandlungsfälle und -tage zurück. Zum Vergleich: Im Bundesdurchschnitt machen Neubildungen hingegen nur etwa 11% der Langzeitfälle und deren Behandlungstage aus. In der ambulanten Versorgung (vgl. **»»»** Kapitel 2.3) sind für Bremen allerdings keine besonders hohen Diagnoseraten weder allgemein noch speziell bei Neubildungen zu verzeichnen. Es liegt demnach also in Bremen keine besondere Häufigkeit von Neubildungserkrankungen vor, vielmehr geht die Besonderheit in der hier aufgeführten Statistik auf formale Gründe, insbesondere auf die stärker ausgebaute teilstationäre Versorgung von Krebspatienten zurück. Bei der stationären Versorgung von psychischen Erkrankungen ist wiederum in Mecklenburg-Vorpommern sowohl absolut (543 KH-Tage je 1.000 Versicherte) als auch relativ (etwa jeder vierte Krankenhaustag geht auf eine solche Erkrankung zurück) der Höchstwert auch im aktuellen Berichtsjahr zu finden. Ebenfalls eine relativ große Spannweite zwischen größtem und kleinstem Anteil an der Gesamtanzahl der Krankenhaustage eines Bundeslandes ist bezüglich der Herz- und Kreislauf-Erkrankungen vorzufinden. Hierbei ist Sachsen-Anhalt wie schon im vergangenen Jahr Spitzenreiter, mit 16,6% geht dort jeder sechste Krankenhaustag auf eine solche Erkrankung zurück (auch der absolut höchste Wert mit 415 KH-Tagen je 1.000 Versicherte), in Bremen ist es nur etwas mehr als jeder zehnte Krankenhaustag (11,7%).

Diagramm 3.3.3 Stationäre Versorgung – Anteile der KH-Tage der BKK Versicherten – nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)



## 3.4 Stationäre Versorgung und Arbeitswelt



Für die nachfolgenden Analysen wurden zahlreiche arbeitsweltliche Indikatoren einbezogen, so etwa die Betriebsgröße, die Zugehörigkeit zu einer Wirtschaftsgruppe, die Berufsgruppe, die Vertragsform sowie die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit. Eine Beschreibung insbesondere derjenigen zu analysierenden Gruppen aus der Gesamtheit der beschäftigten BKK Mitglieder, die aus dem Tätigkeitsschlüssel entsprechend der Klassifikation der Berufe der Bundesagentur für Arbeit (KldB 2010) ableitbar sind, ist im **III** Kapitel 1.4.1 zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zu finden.

### 3.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Wie auch im Vorjahr weisen die Postbediensteten – und von denen besonders die Frauen – die weitaus meisten stationären Behandlungstage von allen Wirtschaftsgruppen auf. Mehr als die Hälfte davon gehen auf psychische Störungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Neubildungen zurück.
- Die meisten Krankenhaustage für männliche Beschäftigte sind bei den im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling Tätigen vorzufinden – rund 45% mehr als bei den dort beschäftigten Frauen. Hier wirkt sich allerdings besonders stark aus, dass Männer und Frauen in dieser Branche sehr unterschiedliche Tätigkeiten ausüben.
- Die wenigsten Tage verbrachten Beschäftigte aus Verlagen und Medien in stationärer Versorgung. Ähnlich gering war der Behandlungsbedarf bei den Beschäftigten der Informationsdienstleistungen bzw. Datenverarbeitung sowie freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen.

Differenziert man die Behandlungstage in der stationären Versorgung nach Wirtschaftsgruppen, so zeigen sich teils deutliche Unterschiede. So waren im Bereich Verlage und Medien Tätige insgesamt nur 699 Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder in Behandlung. Bei den Postdiensten treten hingegen mit 1.207 Behandlungstagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder die meisten Behandlungstage auf. Damit nehmen die Postdienste wie schon im Vorjahr den Spitzenplatz nach Behandlungstagen ein, wobei hier allerdings ein leichter Rückgang zu verzeichnen ist. Mit 1.188 KH-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder liegt das Sozialwesen nur knapp dahinter. Die deutlichste Steigerung gegenüber dem Vorjahr mit einem Zuwachs von +15,2% weist hingegen die Wirtschaftsgruppe Telekommunikation auf. Am deutlichsten zurückgegangen ist die Menge der Behandlungstage

hingegen bei den Beschäftigten im Grundstücks- und Wohnungswesen (-10,7%).

Vergleicht man darüber hinaus innerhalb der Wirtschaftsgruppen die Unterschiede nach Geschlecht der Beschäftigten, so zeigt sich auch hier die größte Differenz zwischen Männern und Frauen bei den Postbediensteten (983 vs. 1.409 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder) (■ Diagramm 3.4.1). Ebenfalls eine relativ große Differenz weisen die Beschäftigten in Verlagen und Medien auf (23% mehr Behandlungstage bei den Frauen gegenüber den Männern), die Männer dieser Wirtschaftsgruppe weisen dabei die insgesamt wenigsten Krankenhaustage von allen Wirtschafts- und Geschlechtsgruppen auf. Andersherum verhält es sich bei den Beschäftigten im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling: Je 1.000 männliche Beschäftigte sind hier 1.128 Krankenhaustage zu verzeichnen – das ist der höchste Wert für männliche Beschäftigte insgesamt und 45% mehr als bei den weiblichen Beschäftigten dieser Wirtschaftsgruppe. Dabei lässt sich aber vermuten, dass hierfür die Begründung in unterschiedlichen Tätigkeiten von Männern und Frauen innerhalb der Wirtschaftsgruppe liegt (Schwerpunkt der Männer bei körperlich beanspruchenden Tätigkeiten, während Frauen vornehmlich Büroarbeiten verrichten), sodass die beiden Geschlechter jeweils wesentlich anderen gesundheitlichen Belastungen und entsprechend unterschiedlichen Erkrankungs-/Verletzungsgefahren ausgesetzt sind (siehe dazu auch nachfolgende Analysen zu den Berufen und weiteren Tätigkeitsmerkmalen).

Des Weiteren sind aber auch generelle Alters- und Geschlechtsstrukturen bei den Beschäftigten der Wirtschaftsgruppen zu berücksichtigen. So ist gerade bei den Postbediensteten das Durchschnittsalter – hier wiederum besonders bei den dort tätigen Frauen – relativ hoch. Aber auch nach Bereinigung der Werte um den Einfluss von Alter und Geschlecht weisen die Beschäftigten der Postdienste noch die zweitmeisten Behandlungstage auf (1.051 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder) (■ Diagramm 3.4.2). In der Rangliste der standardisierten Werte an erster Stelle sind die Beschäftigten im Sozialwesen mit 1.149 KH-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder. Die größte Differenz zwischen den standardisierten und unstandardisierten Werten zeigt sich bei den Beschäftigten in Unternehmen der Abfallbeseitigung und des Recyclings mit einer Korrektur um -15,4%. Die Wirtschaftsgruppe mit den wenigsten KH-Tagen je Beschäftigten ist hingegen die gleiche wie auch bei den unstandardisierten Werten: Beschäftigte in

Verlagen und Medien bleiben auch nach Bereinigung der Alters- und Geschlechtseffekte mit 705 KH-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder diejenige Wirtschaftsgruppe mit den wenigsten stationären Behandlungstagen.

Welche Diagnosen in den unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen große Anteile an der Gesamtmenge an stationären Aufenthaltstagen pro Beschäftigten ausmachen, ist im ■ Diagramm 3.4.3 ablesbar. Darin sind für sechs ausgewählte Diagnosehauptgruppen (diese sind bei den beschäftigten BKK Mitgliedern für insgesamt mehr als zwei Drittel der Krankenhaustage ursächlich, das weitere Drittel ist als „Sonstige“ dargestellt) die Anteile an allen KH-Tagen in jeder Wirtschaftsgruppe dargestellt.

Bei den Beschäftigten der Postdienste, also der Wirtschaftsgruppe mit den meisten stationären Behandlungstagen im Jahr 2016, sind allein 31,0% dieses Tagesvolumens auf die Behandlung von psychischen Störungen zurückzuführen. Mit 374 KH-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder liegt die Kennzahl deutlich über dem Bundesdurchschnitt (276 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder bzw. 28,9% Anteil an allen KH-Tagen). Zudem sind für die Postbediensteten deutlich überdurchschnittlich viele Behandlungstage aufgrund von Neubildungen zu verzeichnen, bei den Muskel- und Skeletterkrankungen ist bei dieser Wirtschaftsgruppe sogar der Spitzenwert unter allen Wirtschaftsgruppen vorzufinden. Zusammengenommen gehen mehr als die Hälfte aller Behandlungstage bei den Postbediensteten auf eine dieser drei Erkrankungsarten zurück. Bei den Beschäftigten im Sozialwesen – für diese sind im aktuellen Berichtsjahr die zweitmeisten Krankenhaustage festzustellen – ist das Ursachenspektrum nicht ganz so breit, hingegen stechen die psychischen und Verhaltensstörungen besonders heraus: Hier sind 418 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder angefallen, diese machen allein 35,1% aller KH-Tage innerhalb der Wirtschaftsgruppe aus.

Deutlich weniger als der Durchschnitt in stationärer Behandlung sind die im Sozialwesen Beschäftigten hingegen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Fast das umgekehrte Bild zeigt sich bei der Metallerzeugung und -bearbeitung: Für die dort Beschäftigten sind die meisten Krankenhaustage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Atmungssystemerkrankungen dokumentiert sowie die zweitmeisten aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen. Unterdurchschnittlich sind hingegen die Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen.



Diagramm 3.4.1 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

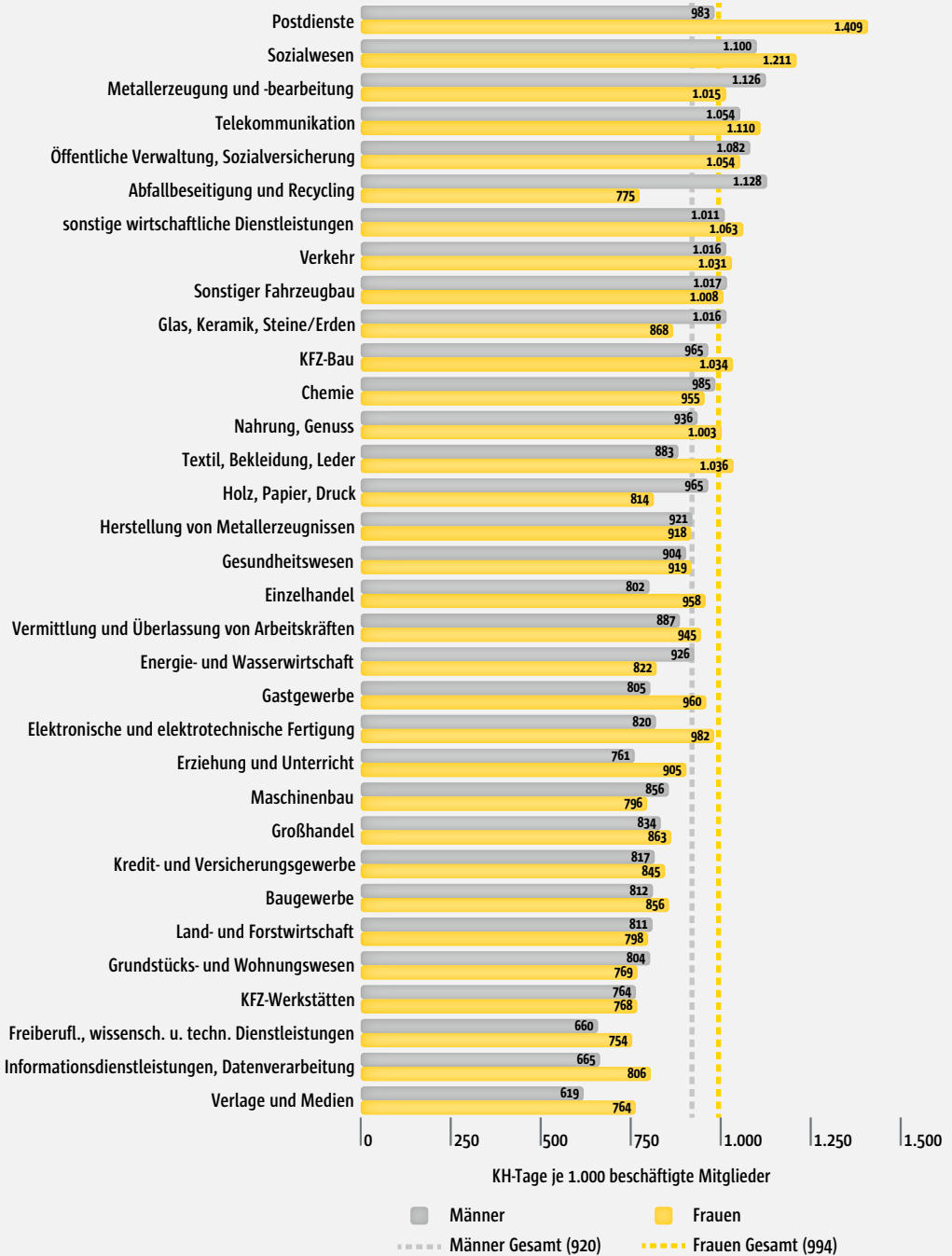


Diagramm 3.4.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2016)

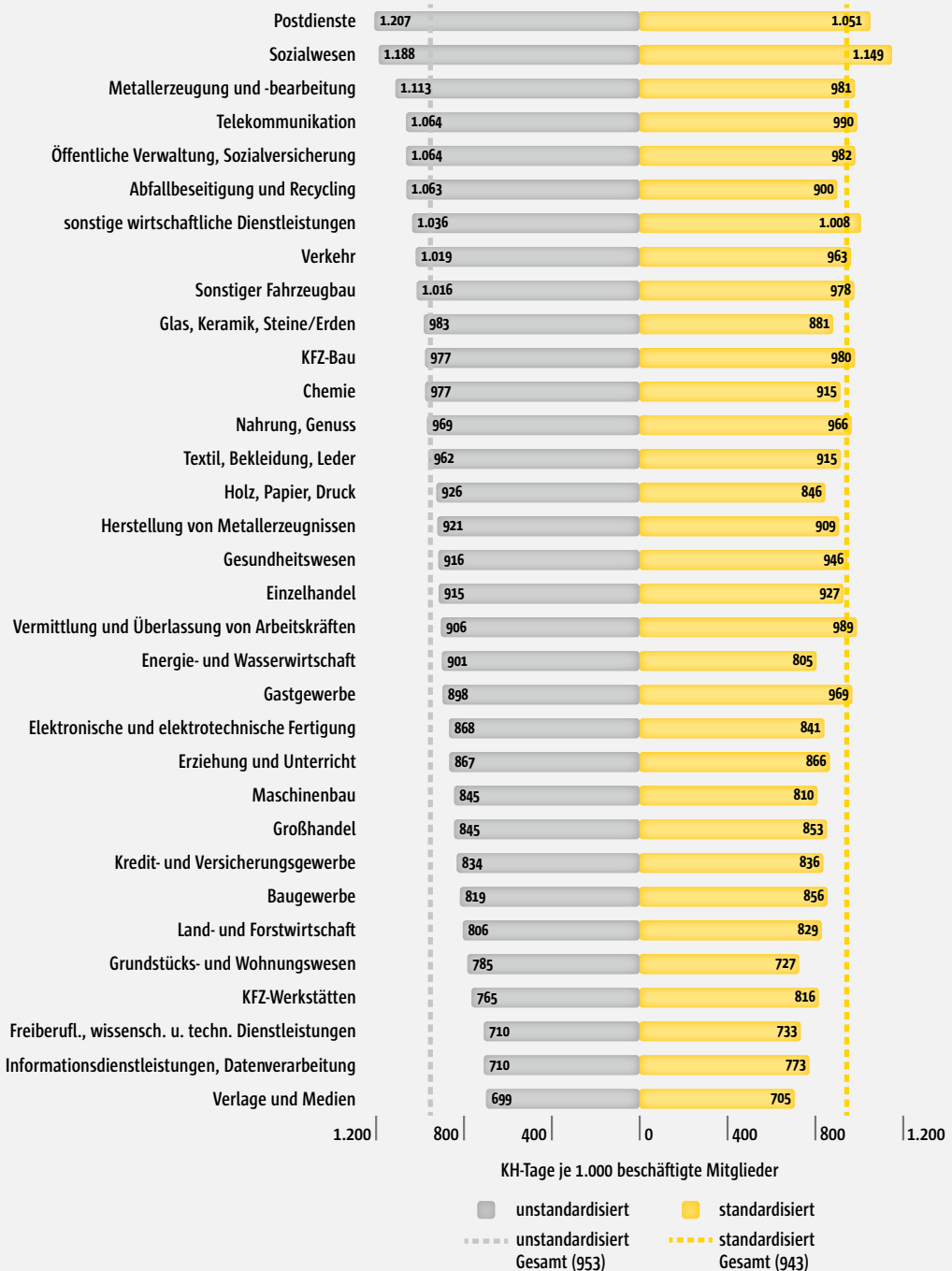
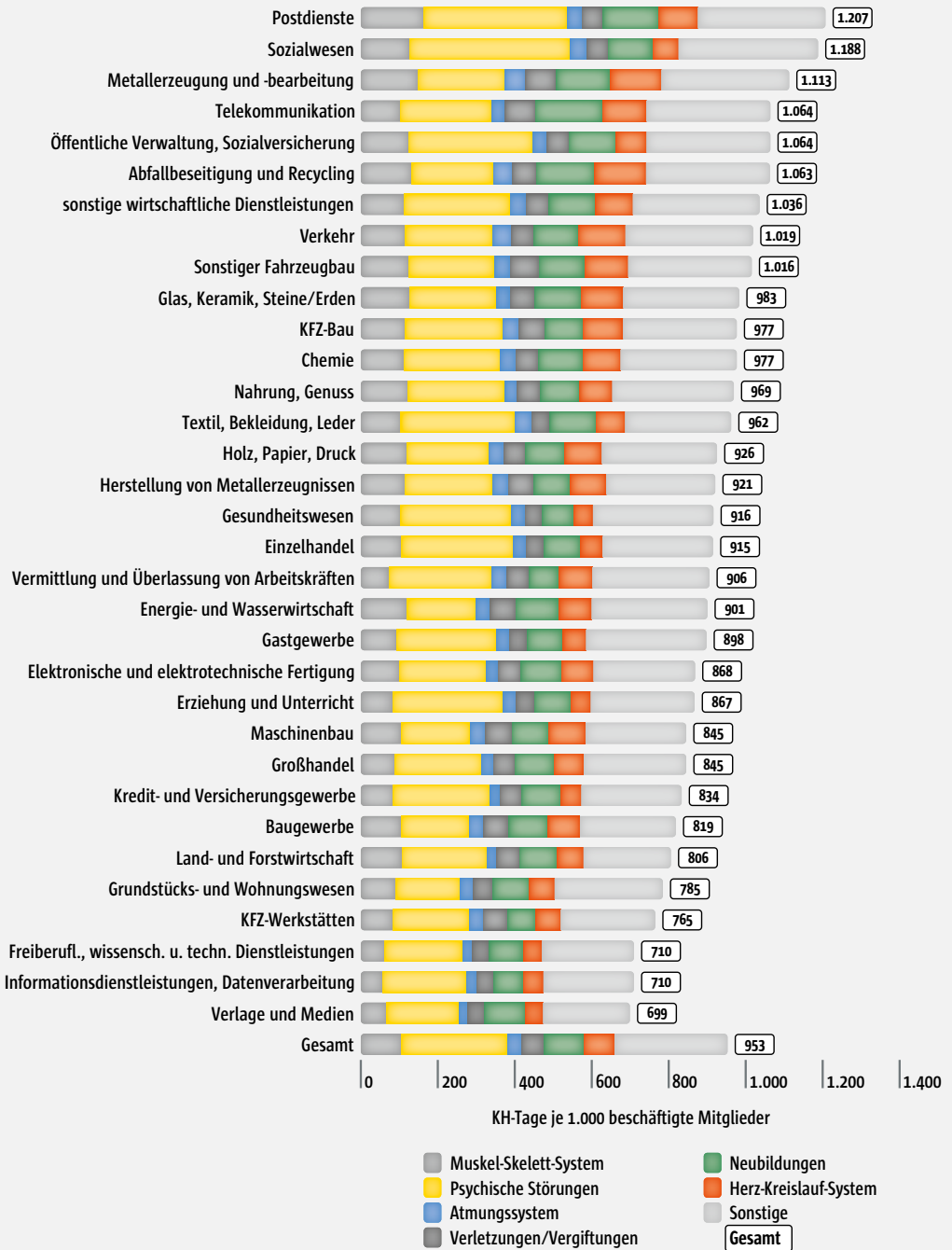


Diagramm 3.4.3 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)



### 3.4.2 Auswertungen nach Berufen

- Mit rund 1,2 Behandlungstagen je Beschäftigten weisen die Sicherheitsberufe die meisten Krankenhaustage auf, gefolgt von Reinigungsberufen und Verkehrs- und Logistikberufen.
- Die wenigsten Behandlungstage erfolgten für Personen mit IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen. Im Vergleich zu Reinigungsberufen sind dort fast ein Drittel weniger Behandlungstage zu verzeichnen.

Wie anhand ►► Diagramm 3.4.4 abzulesen ist, weisen auch in den einzelnen Berufssegmenten in der Regel die Frauen mehr Behandlungstage auf als die

Männer. Besonders ausgeprägt ist die geschlechtsbezogene Differenz bei den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen (darunter fallen insbesondere die erzieherischen, lehrenden und ausbildenden sowie sozialen Berufe) sowie bei den Handelsberufen: Hier weisen die Frauen etwa 20% mehr stationäre Behandlungstage auf als die Männer. Bei den Geschlechtsunterschieden spielt sicher auch eine Rolle, dass sich auch innerhalb der Berufsgruppen das Alter der Beschäftigten sowie das Anforderungsniveau der Tätigkeit unterschiedlich verteilen (Beispiel Handelsberufe: Frauen sind hier am häufigsten in fachlich ausgerichteten Tätigkeiten beschäftigt, diese sind auch im Durchschnittsalter rund drei Jahre älter als die männlichen Kollegen. Männer verrichten hingegen häufiger komplexe bzw. hochkom-

Diagramm 3.4.4 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

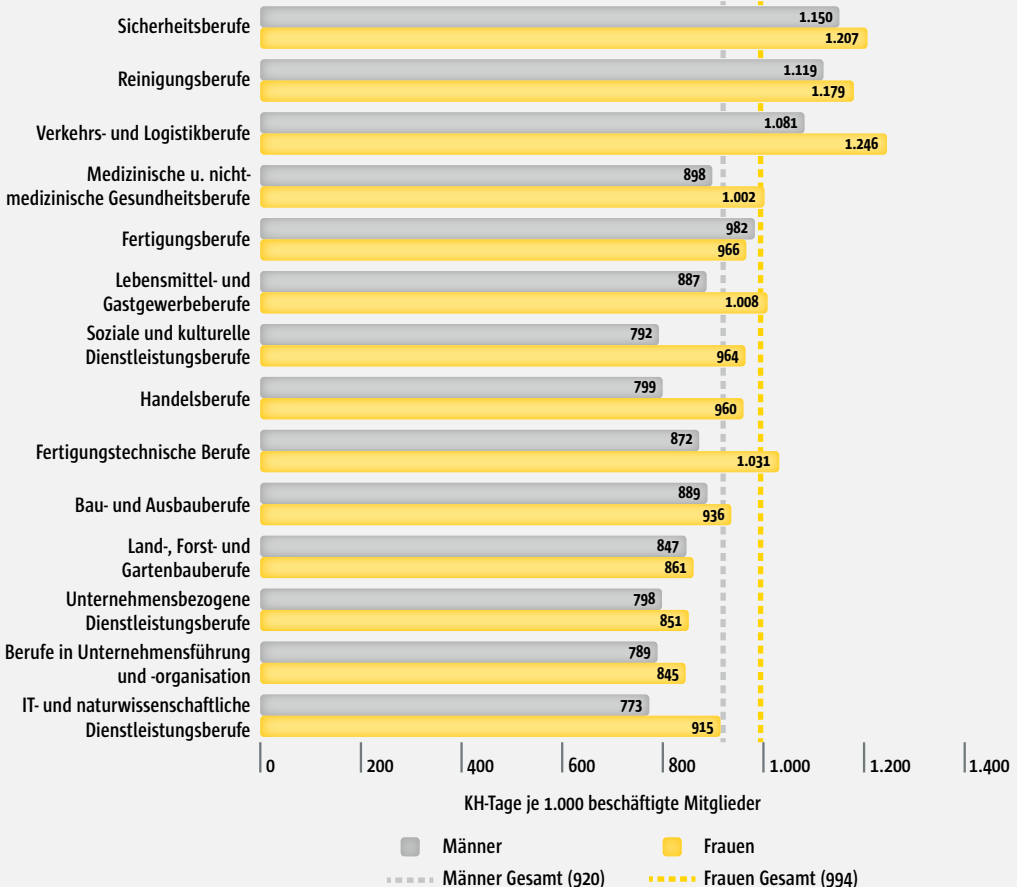
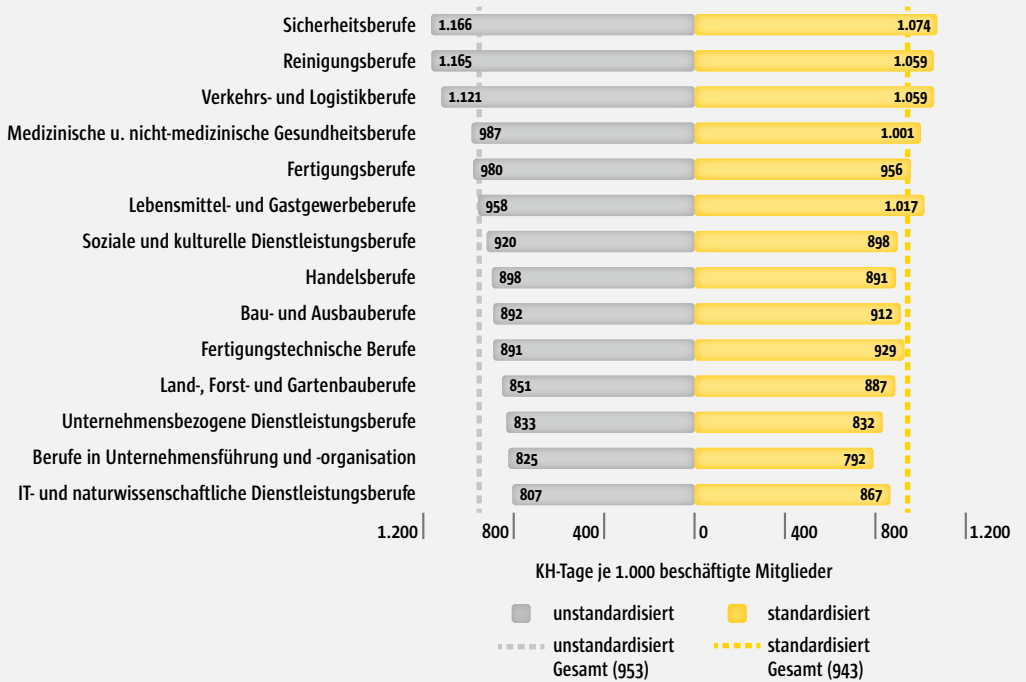


Diagramm 3.4.5 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2016)

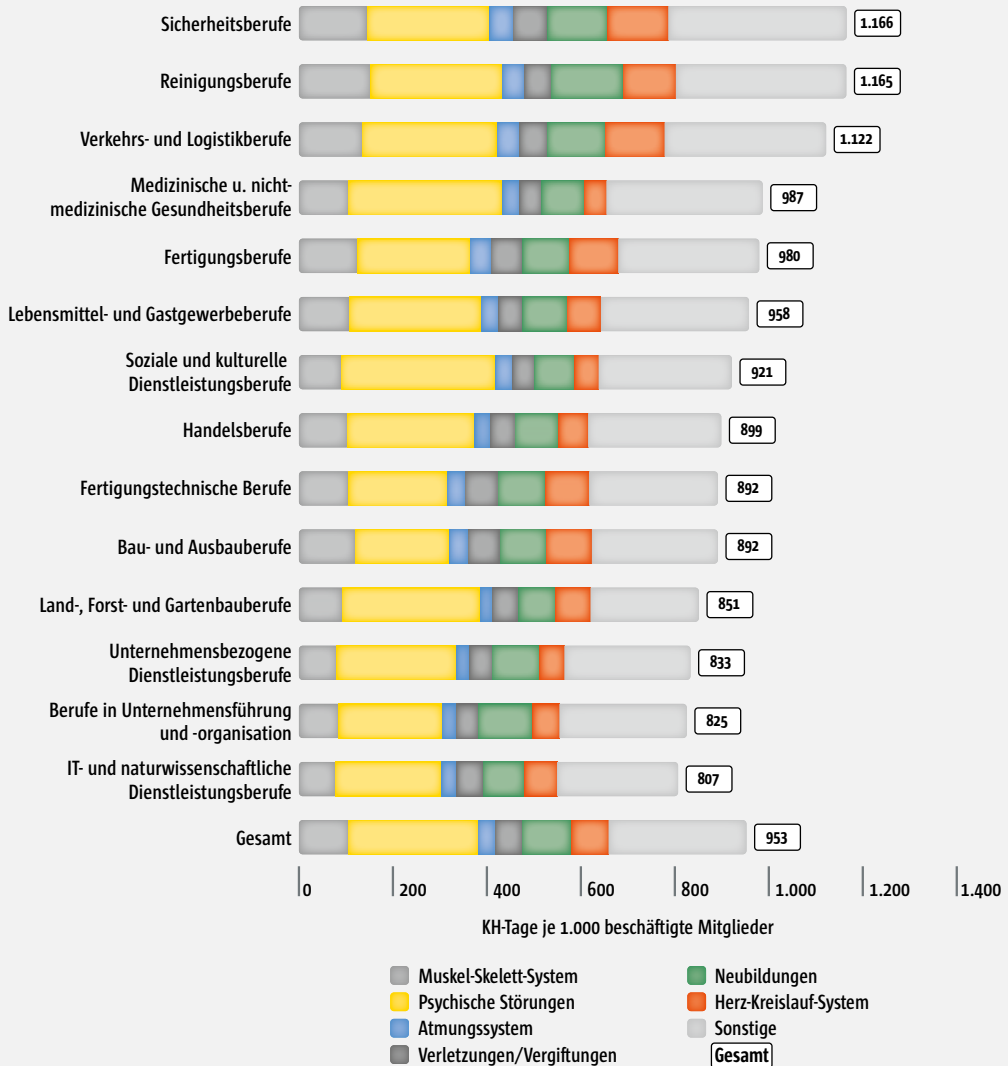


plexe Tätigkeiten, vermutlich geht dies auch mit höherem schulischem bzw. beruflichem Bildungsgrad sowie einer Position in Führung oder Aufsicht einher [vgl. auch III Kapitel 3.4.3]). Einzig bei den Fertigungsberufen sind für die Männer geringfügig mehr Krankenhaustage als bei den Frauen in diesem Berufssegment zu verbuchen. Auch auf beide Geschlechter bezogen setzen sich im Vergleich der Berufssegmente die Sicherheitsberufe, die Reinigungsberufe sowie die Verkehrs- und Logistikberufe (zu denen auch im Postdienst Tätige zählen) mit jeweils durchschnittlich mindestens einem Krankenhaustag im Jahr je Beschäftigten ab. Die größte Anzahl an Krankenhaustagen ist dabei im aktuellen Berichtsjahr für die Sicherheitsberufe dokumentiert (1.150 KH-Tage je 1.000 männliche Beschäftigte, 1.207 je 1.000 weibliche Beschäftigte). Im Kontrast dazu stehen die IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe: Bei den dort Beschäftigten sind insgesamt rund 30% weniger Krankenhaustage gegenüber den Sicherheitsberufen und etwa 15% weniger Krankenhaustage gegenüber dem Bundesdurchschnitt zu verzeichnen.

Im Vergleich der realen (unstandardisierten) Zahlen mit den um Geschlechts- und Alterseinflüsse bereinigten Werte der Behandlungstage (III Diagramm 3.4.5) zeigen sich keine großen Veränderungen in der Reihenfolge der Berufssegmente nach ihren Kennwerten. Die Behandlungstage für die Reinigungsberufe werden durch die Standardisierung noch am stärksten reduziert (-9,1%), dennoch verbleibt die Zahl der Behandlungstage mit 1.059 KH-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder auf hohem Niveau. Auch der Kennwert bei den Sicherheitsberufen sinkt um -7,9%, aber auch die nach Alter und Geschlecht standardisierte Anzahl an Behandlungstagen ist in diesem Vergleich am höchsten. Die wenigsten Behandlungstage nach Bereinigung der Geschlechts- und Alterseffekte erfolgten bei Berufen in Unternehmensführung und -organisation (792 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder), bei den unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen sowie den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen.

Die Sicherheitsberufe weisen insbesondere eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an KH-Tagen je

Diagramm 3.4.6 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2016)



Beschäftigten aufgrund von Herz- und Kreislauf-Erkrankungen auf (»» Diagramm 3.4.6): Diese machen allein rund 11% an der Gesamtmenge aller Krankenhaustage der Beschäftigten in diesem Berufssegment (Durchschnitt Gesamt: 8,6%) aus. Ebenfalls die höchsten Werte sind für die Sicherheitsberufe in diesem Vergleich bei den Krankheiten des Atmungssystems sowie bei Verletzungen und Vergiftungen zu verzeichnen. Zudem sind überdurchschnittlich vie-

le Behandlungstage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen und Neubildungen erfolgt, nur die Reinigungsberufe weisen bei beiden Diagnosegruppen einen noch höheren Wert auf. Von psychischen Störungen sind hingegen andere Berufsgruppen stärker betroffen, besonders stechen hierbei die sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe hervor: Für diese sind mit 328 KH-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder die meisten Behandlungstage

Tabelle 3.4.1 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsuntergruppen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2016)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
214	Industrielle Keramikherstellung und -verarbeitung	181,2	1.516	8,4
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	183,5	1.485	8,1
524	Fahrzeugführung im Schiffsverkehr	195,0	1.422	7,3
821	Altenpflege	174,7	1.407	8,1
115	Tierpflege	121,0	1.300	10,7
712	Angehörige gesetzgebender Körperschaften und leitende Bedienstete von Interessenorganisationen	167,1	1.277	7,6
515	Überwachung und Steuerung des Verkehrsbetriebs	156,4	1.254	8,0
946	Bühnen- und Kostümbildneri, Requisite	130,3	1.245	9,6
832	Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	148,9	1.233	8,3
531	Objekt-, Personen-, Brandschutz, Arbeitssicherheit	157,6	1.172	7,4
<b>-----</b>				
914	Wirtschaftswissenschaften	81,7	569	7,0
816	Psychologie und nicht ärztliche Psychotherapie	89,3	567	6,4
411	Mathematik und Statistik	80,2	539	6,7
931	Produkt- und Industriedesign	80,2	521	6,5
922	Öffentlichkeitsarbeit	81,7	497	6,1
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	68,1	493	7,2
815	Tiermedizin und Tierheilkunde	95,3	459	4,8
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	64,0	407	6,4
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	75,6	378	5,0
523	Fahrzeugführung im Flugverkehr	40,5	160	4,0

in diesem Vergleich angefallen – mehr als jeder dritte Krankenhaustag der Beschäftigten in sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen geht auf Diagnosen aus diesem Spektrum zurück. Nur wenig geringer sind hierbei die Kennwerte für die (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufe sowie die Land-, Forst- und Gartenbauberufe.

In Anbetracht der geringeren Fallhäufigkeit und damit einhergehender Zahl an Behandlungstagen wird im Folgenden, anders als in den vorhergehenden Kapiteln, die detailliertere Betrachtung der Be-

rufsgruppen nur auf Ebene der Gesamt-Kennwerte durchgeführt. Wie ►► Tabelle 3.4.1 zeigt, sind es die Beschäftigten mit Berufen in der industriellen Keramikherstellung und -verarbeitung, die im aktuellen Berichtsjahr am häufigsten in stationärer Versorgung die meisten Behandlungstage aufweisen (1.516 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder) – fast 60% mehr als der Gesamtdurchschnitt. In der Rangfolge nach Behandlungstagen folgen danach die Berufe in der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung, der Fahrzeugführung im Schiffsverkehr

sowie der Altenpflege mit jeweils immerhin noch mehr als 1.400 KH-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder. Dabei ist weiterhin anzumerken, dass die Altenpflege eine sehr große Berufsgruppe ist – die größte in dieser Liste. Wie auch in den Detailanalysen des **III** BKK Gesundheitsatlas 2017 aufgezeigt werden konnte, sind gerade die Altenpflegeberufe sowohl aufgrund von psychischen Störungen als auch aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen häufig in Behandlung.

Die mit einigem Abstand wenigsten Krankenhausfälle und -tage sind hingegen für die Fahrzeugführer im Flugverkehr (Piloten) dokumentiert: Die 160 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte entsprechen etwa einem Zehntel des schon erwähnten Höchstwerts bei den Berufen in der industriellen Keramikherstellung und -verarbeitung.

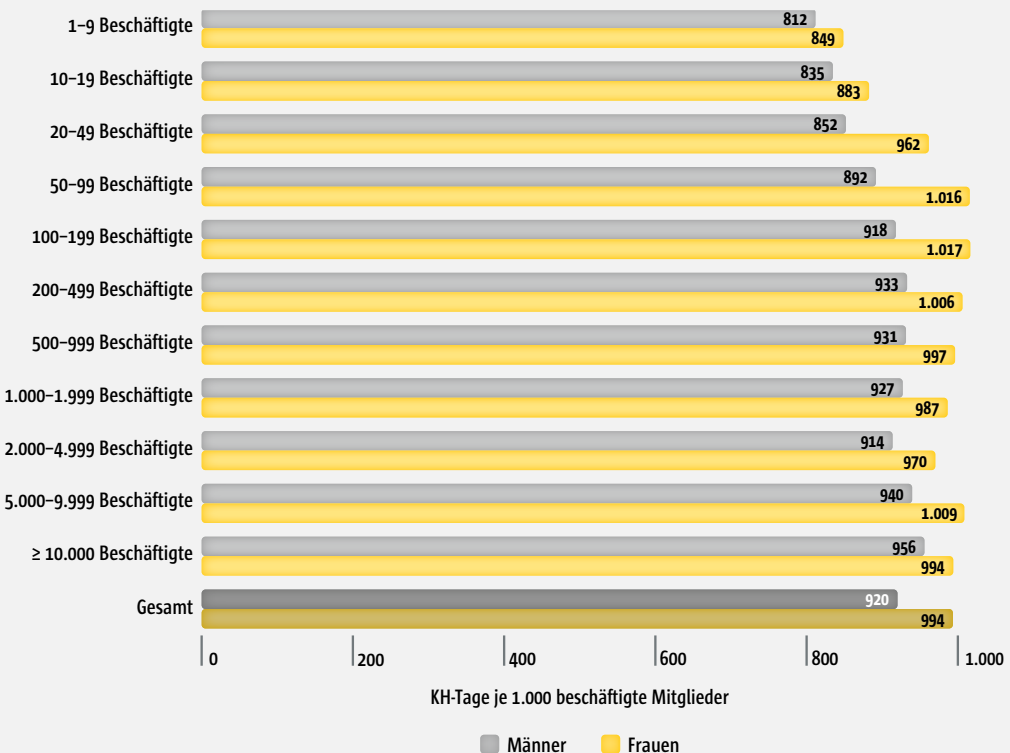
### 3.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

#### Betriebsgröße

- Beschäftigte in Kleinstbetrieben mit weniger als 9 Mitarbeitern sind am seltensten im Krankenhaus. Für diese fallen entsprechend auch die wenigsten Behandlungstage an.

Unterteilt man die Gruppe der Beschäftigten wiederum hinsichtlich der Größe des Unternehmens, in dem sie arbeiten, so zeigt sich auch hier – ähnlich wie beim Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (**III** Kapitel 1.4.4) – die geringste Zahl an Behandlungsfällen und -tagen sowohl für Frauen wie auch für Männer für die Kleinstbetriebe bis neun Mitarbeiter (**III** Diagramm 3.4.7). Mit steigender Betriebsgröße nehmen die Behandlungstage ebenfalls zu, dabei steigen die Werte insbesondere bei den Frauen stärker.

Diagramm 3.4.7 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)





ker an. Für Frauen ist der höchste Wert für die Betriebsgröße von 50 bis 99 Beschäftigte zu finden. Hingegen ist die Schwankungsbreite bei den Männern etwas geringer, der höchste Wert liegt bei den Betrieben mit mehr als 10.000 Mitarbeitern bei 956 KH-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder. Hierbei wirkt sich sicher auch aus, dass – anders als bei den Frauen, bei denen das Durchschnittsalter nicht so stark variiert – die Männer im Schnitt in größeren Betriebseinheiten älter sind (44,4 Jahre bei den Betrieben mit mehr als 10.000 Mitarbeitern).

**Anforderungsniveau der Berufstätigkeit**

- Mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit nimmt die durchschnittliche Zahl der Behandlungstage in stationärer Versorgung bei den Beschäftigten ab.
- Beschäftigte mit komplexen Tätigkeiten weisen nur rund die Hälfte der Behandlungstage und -fälle der Beschäftigten in Helfer-/Anlernertätigkeiten auf.

Als weiteres relevantes, aus dem Tätigkeitsschlüssel ableitbares, Merkmal wird im Folgenden das Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit ausgewertet.

Es sei auch an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass das Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit in der Regel mit bestimmten schulischen bzw. beruflichen Bildungsabschlüssen zusammenhängt (Beispiel: Hochschulabschluss auf Diplom-/Master-niveau als Voraussetzung für Berufe mit hoch komplexen Tätigkeiten). Entsprechend gibt es Überschneidungen zu den Kennwerten der stationären Versorgung nach dem höchsten beruflichen Bildungsabschluss (vgl. **»»** Kapitel 3.2.3).

Wie **»»** Tabelle 3.4.2 zeigt, nehmen sowohl die Fallzahlen als auch die daraus resultierenden Behandlungstage mit steigendem Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit ab. Das gilt sowohl für Männer als auch für Frauen, wobei Frauen insbesondere bei Helfer-/Anlernertätigkeiten sowie hoch komplexen Tätigkeiten höhere Kennwerte aufweisen. Entsprechend sind die höchsten Kennwerte bei den Frauen in Helfer- und Anlernertätigkeiten dokumentiert (155,8 KH-Fälle sowie 1.187 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Die niedrigsten Werte weisen hingegen die Männer in hoch komplexen Tätigkeiten auf (97,5 KH-Fälle sowie 678 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). In der Differenz weisen die Berufstätigen mit dem niedrigsten Anforderungsniveau gegenüber denen auf höchstem Anforderungsniveau rund um die Hälfte mehr Behand-

**Tabelle 3.4.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)**

Anforderungsniveau	Geschlecht	KH-Tage	
		KH-Fälle	je 1.000 beschäftigte Mitglieder
Helfer-/Anlernertätigkeiten	Männer	140,7	1.047
	Frauen	155,8	1.187
	<b>Gesamt</b>	<b>148,4</b>	<b>1.118</b>
fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Männer	129,4	942
	Frauen	127,1	955
	<b>Gesamt</b>	<b>128,3</b>	<b>948</b>
komplexe Spezialistentätigkeiten	Männer	112,4	811
	Frauen	112,1	855
	<b>Gesamt</b>	<b>112,3</b>	<b>827</b>
hoch komplexe Tätigkeiten	Männer	97,5	678
	Frauen	103,4	768
	<b>Gesamt</b>	<b>99,6</b>	<b>711</b>

lungsfälle und -tage im Durchschnitt je Beschäftigten auf.

Das **III** Diagramm 3.4.8 differenziert wiederum für Männer und Frauen auf den unterschiedlichen Anforderungsniveaustufen sowie hinsichtlich der drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen im stationären Bereich (psychische Störungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neubildungen). Auch hier zeigt sich ein recht ähnliches Bild: Mit steigendem Anforderungsniveau nehmen die Behandlungstage pro beschäftigtes Mitglied ab, wobei die größte Differenz innerhalb der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den Frauen vorzufinden ist: Bei Frauen in hochkomplexen Tätigkeiten sind weniger als halb so viele Behandlungstage dokumentiert als bei Frauen in Helfer- und Anlernertätigkeiten (34 vs. 81 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Weniger stark variieren die Kennwerte hingegen bei den Neubildungen. Insbesondere bei den Frauen sind die durchschnittlichen Behandlungstage, mit Ausnahme der höheren Werte bei den Helferinnen, auf recht ähnlichem Niveau. Gegenüber dem Vorjahr sind gerade bei den Frauen in komplexen und hochkomplexen Tätigkeiten die Zahl der Behandlungstage stark gestiegen, sodass sich hier die Kennwerte denen der weiblichen fachlich ausgerichteten Beschäftigten annähern.

### Aufsichts- und Führungsverantwortung

- Beschäftigte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung sind seltener und kürzer in stationärer Behandlung als Beschäftigte ohne eine solche Funktion.
- Dies zeigt sich besonders bei den psychischen Störungen: Frauen weisen mehr als ein Drittel, Männer sogar mehr als die Hälfte mehr Behandlungstage auf, wenn sie nicht in einer Aufsichts- oder Führungsposition arbeiten.

In der Gegenüberstellung von berufstätigen Personen mit bzw. ohne Aufsichts- bzw. Führungsfunktion (**III** Tabelle 3.4.3) sind es die Letztgenannten, deren Kennwerte rund 7% (KH-Fälle) bzw. 16% (KH-Tage) über denen der Gruppe mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion liegen. Diese Differenz ist zwar nicht so ausgeprägt wie etwa bei den zuvor dargestellten Tätigkeitsanforderungen, sie zeigt sich aber durchweg bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung. Wie erwartet, sind bei den Frauen durchschnittlich jeweils mehr Behandlungstage pro Beschäftigte zu verzeichnen, entsprechend sind die höchsten Kennwerte im Vergleich bei den Frauen ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung vor-

Diagramm 3.4.8 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

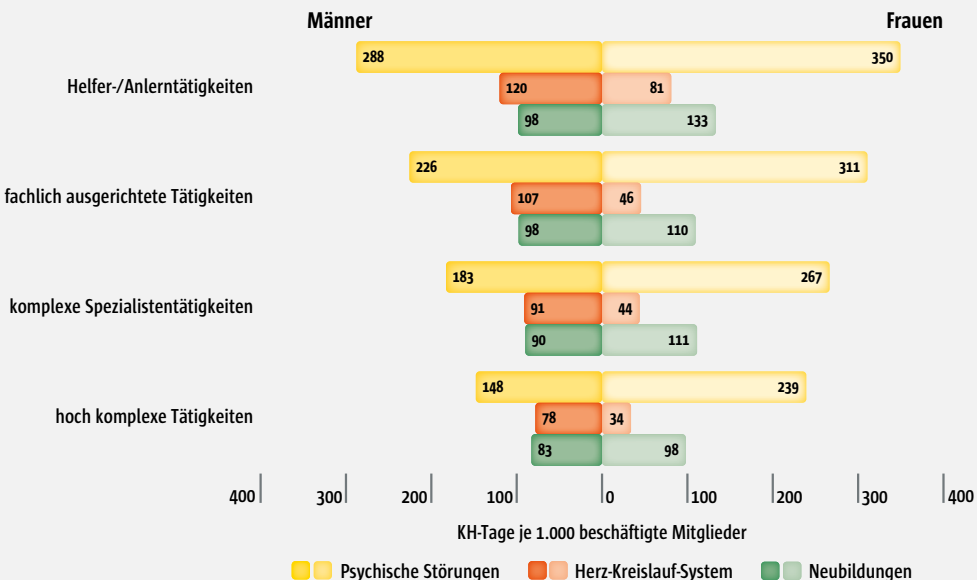


Tabelle 3.4.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

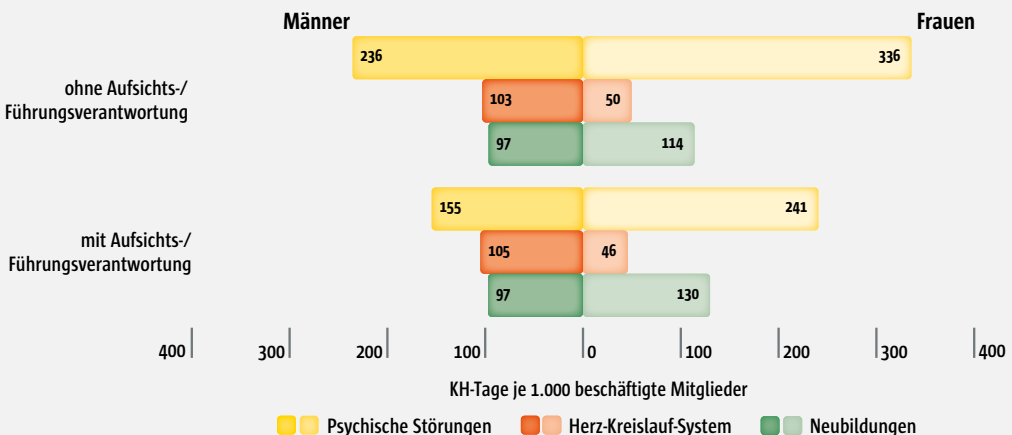
Aufsichts-/Führungsverantwortung	Geschlecht	KH-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder	
		KH-Fälle	KH-Tage
ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung	Männer	125,5	929
	Frauen	128,9	997
	Gesamt	127,1	960
mit Aufsichts-/Führungsverantwortung	Männer	117,2	806
	Frauen	121,6	896
	Gesamt	118,2	828

zufinden (128,9 KH-Fälle bzw. 997 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder).

Betrachtet man wiederum für die drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen die dadurch verursachten Behandlungstage differenziert nach Tätigkeit mit und ohne Aufsichts- bzw. Führungsfunktion (»» Diagramm 3.4.9), so sind hier die Differenzen deutlich ausgeprägter. Insbesondere unterscheiden sich die beiden Gruppen hinsichtlich der Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen: Hier weisen die männlichen Beschäftigten ohne Aufsichts- bzw. Führungsfunktion gegenüber denen mit einer solchen Funktion um die Hälfte mehr (236 vs. 155 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder) Be-

handlungstage auf, bei den Frauen sind es immerhin mehr als ein Drittel mehr Tage (336 vs. 241 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Außerdem fällt auf, dass bei den weiblichen Aufsichts- bzw. Führungskräften entgegen des allgemeinen Trends bei den Neubildungen tendenziell mehr Behandlungstage auftreten (130 vs. 114 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Ebenfalls sind tendenziell mehr Behandlungstage aufgrund von Kreislauf-Erkrankungen bei den Männern mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion zu verzeichnen, hierbei ist aber das etwa 4 Jahre höhere Durchschnittsalter dieser Subgruppe zu berücksichtigen.

Diagramm 3.4.9 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



## Vertragsform

- Befristet in Vollzeit beschäftigte Männer sind deutlich seltener in stationärer Behandlung als Beschäftigte aller anderen Vertragsformen, was aber auch damit zusammenhängt, dass diese im Durchschnitt deutlich jünger sind.
- Entsprechend sind bei dieser Vertragsform z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neubildungen im stationären Versorgungsgeschehen seltener. Hingegen sind psychische Störungen – insbesondere bei den befristet in Vollzeit beschäftigten Frauen – umso häufiger Grund für eine stationäre Behandlung.

»» Tabelle 3.4.4 stellt die Kennzahlen stationärer Versorgung für unterschiedliche Vertragsformen in Voll- und Teilzeit sowie jeweils mit und ohne Befristung dar. Von demnach vier darzustellenden Beschäftigtengruppen sind es diejenigen mit einem unbefristeten Teilzeitvertrag, die im Durchschnitt am häufigsten in stationärer Behandlung waren und die meisten Behandlungstage aufweisen (131,1 KH-Fälle bzw. 1.005 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder), wobei die Männer in einem sol-

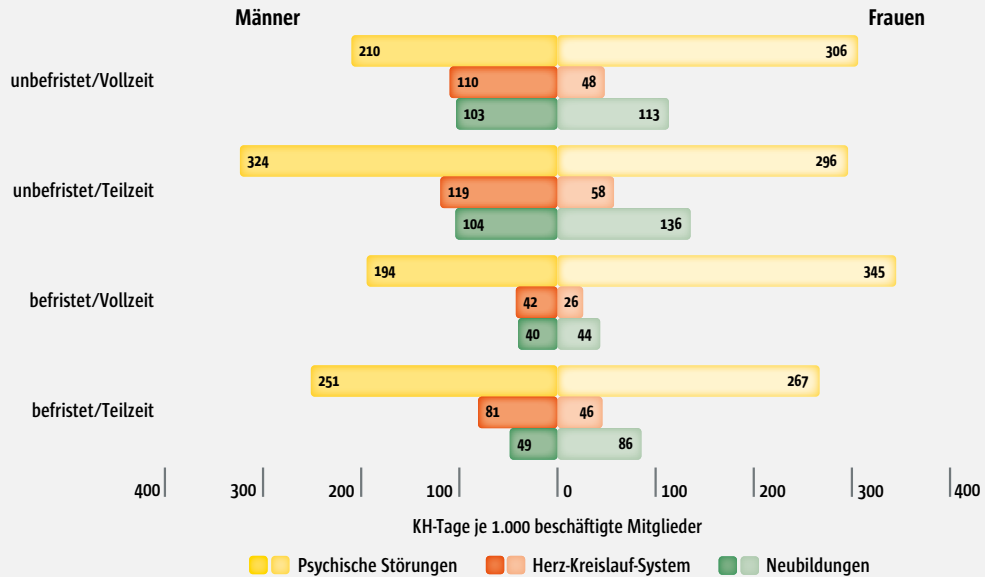
chen Arbeitsverhältnis noch etwas mehr Behandlungstage als die Frauen aufweisen. Zu berücksichtigen ist dabei aber auch, dass die Teilzeitkräfte in diesem Vergleich die älteste Gruppe sind. Für die Beschäftigten mit einem befristeten Vollzeitvertrag sind hingegen die wenigsten Behandlungsfälle und -tage dokumentiert (100,6 KH-Fälle bzw. 706 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder) – Beschäftigte mit einer solchen Vertragsform sind allerdings deutlich jünger (mehr als 9 Jahre Altersdifferenz) als die anderen hier dargestellten Gruppen. Auffällig bei befristet Beschäftigten ist ein deutlicher Geschlechtsunterschied: Während die Kennwerte sich bei den Frauen nur moderat zwischen Vollzeit und Teilzeit unterscheiden, sind es die Männer mit befristetem Vollzeitvertrag, die demgegenüber deutlich geringere Werte aufweisen. Für Männer mit anderen Vertragsformen sind zwischen 22% (befristet/Teilzeit) und 73% (unbefristet/Teilzeit) mehr Krankenhaustage zu verzeichnen.

In der Detailbetrachtung der verschiedenen Vertragsformen durch die Unterteilung nach den drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen der stationären Versorgung wird deutlich, dass bei den befristet in Vollzeit Tätigen, korrespondierend mit deren geringem Durchschnittsalter, ein relativ hoher Anteil an

Tabelle 3.4.4 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsform und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

Vertragsform	Geschlecht	KH-Kennzahlen	
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder	
		KH-Fälle	KH-Tage
unbefristet/Vollzeit	Männer	128,2	930
	Frauen	127,6	968
	<b>Gesamt</b>	<b>128,0</b>	<b>942</b>
unbefristet/Teilzeit	Männer	133,9	1.070
	Frauen	130,7	994
	<b>Gesamt</b>	<b>131,1</b>	<b>1.005</b>
befristet/Vollzeit	Männer	91,2	617
	Frauen	113,5	829
	<b>Gesamt</b>	<b>100,6</b>	<b>706</b>
befristet/Teilzeit	Männer	98,7	754
	Frauen	120,0	859
	<b>Gesamt</b>	<b>115,3</b>	<b>836</b>

Diagramm 3.4.10 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsform, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



Behandlungstagen auf psychische und Verhaltensstörungen zurückzuführen ist (»» Diagramm 3.4.10). Während bei dieser Gruppe sowohl die absoluten Zahlen als auch deren relativer Anteil an allen Krankenhaustagen für die Neubildungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen geringer als bei den anderen Beschäftigtengruppen ausfallen, ist die Menge der Behandlungstage aufgrund der psychischen Störungen insbesondere bei den weiblichen Beschäftigten groß: Die Frauen in solchen Beschäftigungsverträgen haben mit 345 Behandlungstagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder die meisten stationären Behandlungstage. Insgesamt gehen damit fast 42% der Behandlungstage der befristet in Vollzeit beschäftigten Frauen auf psychische Erkrankungen zurück.

### Arbeitnehmerüberlassung

- Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung sind im Schnitt jünger, entsprechend werden diese weniger aufgrund von Neubildungen stationär behandelt.

- Bei den in Arbeitnehmerüberlassung Tätigen ist gegenüber dem Vorjahr insbesondere die Anzahl an Behandlungstagen aufgrund psychischer Störungen zurückgegangen.

Vergleicht man bei den Berufstätigen zudem separat diejenigen, die in Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) tätig sind (»» Tabelle 3.4.5), so zeigen sich nur relativ geringe Unterschiede. Während im Jahr 2015 insbesondere die Gruppe der Frauen in Arbeitnehmerüberlassung deutlicher als andere Beschäftigte mehr Tage in stationärer Behandlung verbracht haben, hat sich für diese die Zahl der Behandlungstage im Jahr 2016 um mehr als 10% reduziert. Zwar weisen Frauen in Arbeitnehmerüberlassung immer noch die meisten Behandlungsfälle auf (138,9 KH-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder), die durchschnittliche Anzahl an Behandlungstagen ist hingegen bei diesen noch leicht geringer als bei den Frauen ohne Arbeitnehmerüberlassung (951 vs. 954 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder).

In »» Diagramm 3.4.11 werden wiederum die Unterschiede bezogen auf die KH-Tage zwischen den in bzw. nicht in Arbeitnehmerüberlassung Tätigen für ausgewählte Diagnosehauptgruppen aufgeführt.

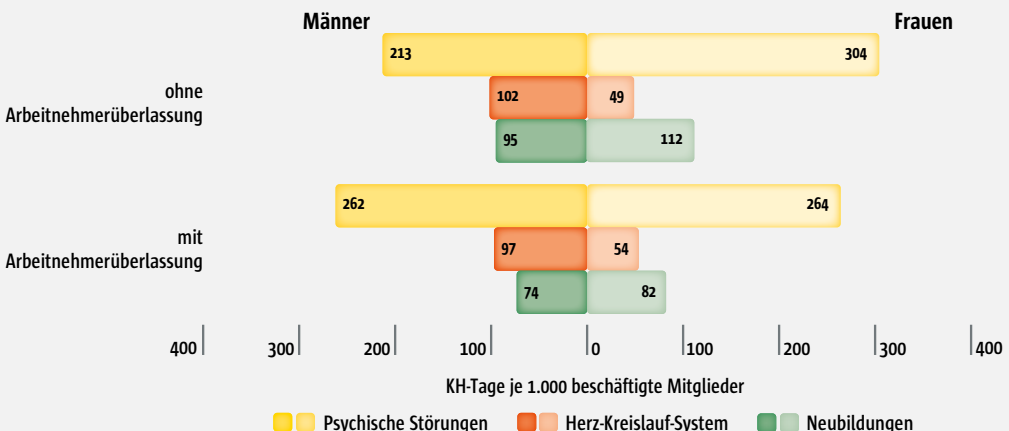
Tabelle 3.4.5 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

Arbeitnehmerüberlassung	Geschlecht	KH-Fälle		KH-Tage	
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder			
ohne Arbeitnehmerüberlassung	Männer	123,5		896	
	Frauen	126,4		954	
	Gesamt	124,8		922	
mit Arbeitnehmerüberlassung	Männer	120,0		871	
	Frauen	138,9		951	
	Gesamt	125,9		896	

Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass die Gruppe der in Arbeitnehmerüberlassung Tätigen ein niedrigeres Durchschnittsalter als die über ein reguläres Vertragsverhältnis Beschäftigten aufweist. Entsprechend weisen die Leiharbeiter im Durchschnitt rund ein Viertel weniger KH-Tage aufgrund von Neubildungen in stationärer Behandlung auf. Ein anderes Bild als im Vorjahr zeigt sich hingegen bei den psychischen Störungen: Hier sind bei den Frauen in Arbeitnehmerüberlassung mehr als 30% weniger Behandlungstage zu verzeichnen – die Veränderung des Gesamtwerts aller Behandlungstage für diese Gruppe geht also im Wesentlichen auf diese Reduktion bei den psychischen Störungen zurück. Im aktuellen Berichtsjahr weisen damit Frauen und

Männer in Beschäftigungen mit Arbeitnehmerüberlassung fast gleich viele Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen auf. Insgesamt unterscheidet sich damit die Inanspruchnahme stationärer Versorgung vom Arbeitsunfähigkeitsgeschehen: Leih- bzw. Zeitarbeiter sind zwar länger arbeitsunfähig als regulär Angestellte, wobei Frauen auch insbesondere wegen psychischer Störungen mehr Fehlzeiten aufweisen. Diese scheinen aber nicht auch häufiger oder länger in Krankenhausbehandlung zu gehen. Zumindest nicht, während sie im Verhältnis der Arbeitnehmerüberlassung arbeiten. Denkbar ist hingegen auch, dass solch schwerwiegende Erkrankungen eher dazu führen, dass Betroffene arbeitslos werden.

Diagramm 3.4.11 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



#### Ausblick

Insgesamt zeigen die arbeitsweltlichen Analysen zum Leistungsgeschehen in der stationären Versorgung viele Übereinstimmungen mit dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen: Bestimmte Wirtschaftsgruppen und Berufe fallen in beiden Leistungsbereichen durch hohe Kennwerte auf – andere sind hingegen sowohl von Arbeitsunfähigkeit als auch von stationärem Behandlungsdarf deutlich seltener betroffen. Auch zeigt sich ein dem AU-Geschehen ähnliches Muster bei den Krankenhausfällen und -tagen je nach Anforderungsniveau und Führungs- bzw. Aufsichtsfunktion: Je höher das Niveau, desto niedriger sind die Fallzahlen und die darauf zurückzuführenden Krankenhaustage. Dies passt wiederum zu den Ergebnissen bezüglich Schulabschluss- bzw. Ausbildungsniveau: Auch hier sind mit höherem Niveau die Kennwerte niedriger. Verschiedene Gründe dafür sind denkbar, so geht möglicherweise mit höherer berufsrelevanter Bildung auch größeres Gesundheitswissen sowie ein stärkeres Bewusstsein für psychische und physische Gesundheit genauso wie eine höhere Motivation, diese zu erhalten oder zu verbessern, einher. Außerdem führt ein höheres (Aus-)Bildungsniveau in der Regel zu vielfältigeren Möglichkeiten bei der beruflichen Entwicklung und größeren Aufstiegschancen. Auch sind die Tätigkeiten bei höherer beruflicher Stellung andere, die damit einhergehenden Belastungen verschieben sich hin zu mehr „Kopfarbeit“. Nicht zuletzt sind die finanziellen Mittel für gesundes Verhalten genauso wie für die Kompensation von Einschränkungen durch Erkrankungen größer. Weitere Lebensumstände wie etwa die soziale Unterstützung, Wohnumfeld etc. hängen ebenso letztendlich in großen Teilen von Bildung und Einkommen ab. Weiterhin zeigt sich auch im stationären Leistungssektor, dass die befristet in Vollzeit Beschäftigten – hier insbesondere die Männer – diejenigen sind, die am sel-

tensten behandelt wurden. Befristete Vollzeitarbeitsverträge sind besonders für den Berufseinstieg typisch, was sich auch im niedrigeren Durchschnittsalter zeigt. Dementsprechend war zu erwarten, dass diese seltener in stationärer Behandlung sind. Hier ist aber dennoch darauf zu verweisen, dass atypische Arbeitsverhältnisse bzw. allgemein Arbeitsplatzunsicherheit bei den davon betroffenen Beschäftigten langfristig größere Gesundheitsbeeinträchtigungen nach sich ziehen können – was besonders im Hinblick auf die sich wandelnde Arbeitswelt stark an Relevanz gewinnen wird.

Für diesen Wandel wird die Digitalisierung ein wesentlicher Beschleunigungsfaktor sein. Voraussichtlich werden dabei psychische Belastungen stärker ausgeprägt sein als körperliche, was sich auch in den Befragungsergebnissen zum Schwerpunktthema dieses Reports zeigt (III Ergebnisse der BKK-Umfrage „Digitalisierung, Arbeit und Gesundheit“). Von höheren Anforderungen und steigender Komplexität der Tätigkeiten ist in diesem Zusammenhang oft die Rede (siehe dazu z.B. Interviews im III Schwerpunkt Politik und III Gastbeitrag Jan Dettmers), sowohl was die Arbeitsinhalte anbelangt, als auch beispielsweise Arbeitsprozesse und Kommunikationswege. Dies wird zum einen die Bedeutung von Bildung und Qualifizierung weiter erhöhen. Zum anderen wird es aber auch neue Möglichkeiten für die Beschäftigten selbst eröffnen – für welches Unternehmen sie arbeiten, wie sie ihre Arbeit gestalten und mit ihrem Privatleben vereinbaren können und nicht zuletzt, wie gesund sie sind und bleiben. Andererseits müssen aber auch Beschäftigte in einfachen Tätigkeiten in dieser Entwicklung berücksichtigt werden, damit nicht die Chancen der einen zum Nachteil der anderen werden. Umso wichtiger wird es, den Arbeitsweltwandel auch mithilfe von Gesundheitsförderung und -management in den Betrieben umfassend, systematisch und zielgruppenspezifisch zu begleiten.

# Schwerpunkt Politik





## Interview mit Dr. Oliver Stettes



Dr. Oliver Stettes  
Leiter des Kompetenzfelds  
Arbeitsmarkt und Arbeitswelt  
des Instituts der deutschen  
Wirtschaft Köln

### Welche Chancen und Risiken birgt die Digitalisierung in der Arbeitswelt?

Die konkrete Antwort auf diese Frage hängt davon ab, was man unter Digitalisierung der Arbeitswelt versteht und aus welcher Perspektive diese Frage diskutiert wird. Digitalisierung hat viele Facetten. Viele Beschäftigte werden vor allem in den Blick nehmen, wie sich ihre Arbeit und ihr Arbeitsumfeld durch den Einsatz von mobilen Endgeräten und durch internetgestützte Arbeitsprozesse verändert bzw. verändern könnte.

Wie bei jedem Veränderungsprozess stellt sich zunächst die Frage, ob und in welchem Umfang sich dann auch die beruflichen Aufgaben bzw. Anforderungen an einem Arbeitsplatz verändern und wie sich die beruflichen Perspektiven entwickeln. Beschäftigte und Betriebe stehen vor der Herausforderung und in der Verantwortung, die erforderlichen Kompetenzen aufzubauen, zu erhalten oder weiterzuentwickeln, um künftig anfallende Aufgaben erfüllen zu können. Die Digitalisierung unterscheidet sich in dieser Hinsicht wenig von technologiegetriebenen Innovationen, die wir in der Vergangenheit beobachtet haben.

Dies sieht mit Blick auf die Organisation von Arbeit etwas anders aus. (Mobiles) Internet erlaubt den unmittelbaren Zugriff auf Informationen, die in

internen Netzwerken gespeichert sind, auch von außerhalb des Betriebs – im Extremfall unabhängig vom jeweiligen Aufenthaltsort und jederzeit. Wann, wo und wie die Beschäftigten die eigenen Arbeitsaufgaben erfüllen werden, diese Fragen können neu beantwortet werden. Aus Sicht des Unternehmens könnte sich die Digitalisierung damit als Treiber von weiteren Flexibilisierungs- und Dezentralisierungsprozessen bei der Organisation von Arbeit erweisen. Sie erhöht damit zugleich das Potenzial, Flexibilisierungsbedürfnisse der Beschäftigten und Flexibilisierungsanforderungen der Betriebe zum beidseitigen Nutzen ausbalancieren zu können.

Viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer werden dabei eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Auge haben. Beschäftigtenbefragungen legen nahe, dass mobiles Arbeiten in der Tat als Chance gesehen wird, berufliche und private Verpflichtungen besser in Einklang bringen zu können – und sei es nur, um Wegezeiten einzusparen. Auf der anderen Seite machen mobiles Internet und mobile Endgeräte zumindest aus technischer Perspektive die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für dienstliche Belange permanent erreichbar. So manchen treibt daher die Sorge um, dass sich dadurch die Flexibilisierungsanforderungen der Unternehmen mehr Geltung verschaffen können, private Zeit beanspruchen und die Arbeitsbelastung insgesamt ansteigt.

Die vorliegende Empirie zeigt: Derzeit wird nur eine Minderheit der Beschäftigten mehrmals in der Woche in der Freizeit für berufliche Belange kontaktiert. Innerhalb dieser Gruppe empfindet in der Regel auch nur ein kleiner Anteil die Kontaktaufnahme als eine starke Belastung. Permanente Erreichbarkeit ist zwar ein prominent diskutiertes, allerdings derzeit eher seltenes Phänomen. Ferner sind Termin- und Leistungsdruck und die Anforderungen an Multitasking in einem vernetzten, digitalen Arbeitsumfeld relativ hoch. Zugleich erlauben größere Handlungs- und Entscheidungsspielräume es

den betroffenen Beschäftigten aber, mit diesen potenziell höheren Anforderungen auch umgehen zu können. Es kommt also am Ende auf die Balance von Anforderungen und Ressourcen an.

Diese scheint auch zu gelingen, wenn man von dem Urteil der Beschäftigten selbst ausgeht. Wer mobil arbeitet, ist (im Durchschnitt) zumindest nicht seltener mit dem eigenen Job zufrieden als Personen, die nie mobil arbeiten. Je nach Untersuchung zeigen sich mobile Arbeiter tendenziell häufiger zufrieden. Das Ausmaß der Arbeitszufriedenheit – in den meisten Beschäftigtenbefragungen bekunden rund neun von zehn Beschäftigten hierzulande, dass sie mit ihrer Arbeit zufrieden sind – signalisiert, dass aus Sicht der Betroffenen die Qualität der Arbeit unabhängig vom Digitalisierungsgrad hierzulande hoch ist. Für eine automatische Verschlechterung in der Zukunft existiert kein Anhaltspunkt.

#### Wie kann gesunde Arbeit unter den neuen Voraussetzungen gestaltet werden?

Zunächst einmal ist es wichtig, sich bei allen Szenarien für eine Arbeitswelt 4.0 in Erinnerung zu rufen, dass in Zukunft nicht jeder räumlich und zeitlich flexibel arbeiten wird. Dies signalisieren die bereits vorliegenden empirischen Befunde über die Arbeitssituation heute. Viele Beschäftigten haben gar keinen Wunsch, zum Beispiel im Homeoffice zu arbeiten. Von betrieblicher Seite kann es zudem sein, dass die Anforderungen der Arbeitsaufgabe und der Arbeitsorganisation die Präsenz an einem bestimmten Ort zu einer bestimmten Zeit erfordern. Das Verhalten und die Einstellung der Akteure im betrieblichen Umfeld, der Führungskräfte sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, bestimmen am Ende, wie sich das Flexibilisierungspotenzial digitaler Technologien auf das Miteinander und damit auf die Arbeitsbedingungen auswirkt.

Klar ist: Flexibles Arbeiten entbindet Arbeitgeber und Führungskräfte nicht von ihren arbeitsschutzrechtlichen Verpflichtungen. Sie müssen daher gerade im Zusammenhang mit Homeoffice und mobi-

lem Arbeiten Fehlverhalten erkennen und ansprechen. Genauso bleiben sie in der Verantwortung, die Arbeitszeiten und das Arbeitsvolumen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angemessen auszutarieren und diese in die Lage zu versetzen, ihre Aufgaben adäquat erfüllen zu können. Um zum Beispiel dem Gefühl entgegenzuwirken, ständig für berufliche Belange erreichbar zu sein, bedarf es klar formulierter und kommunizierter angemessener Erwartungshaltungen hinsichtlich von Ansprech- und Reaktionszeiten.

Klar ist aber auch: Räumlich und zeitlich flexibles Arbeiten betont die Eigenverantwortung aufseiten der Beschäftigten. Wer im Rahmen von Homeoffice oder mobiler Arbeit eine größere berufliche Autonomie beansprucht, kann sich der eigenen Verantwortlichkeit auch in Sachen Gesundheitsschutz nicht entziehen. Dies gilt am Ende vor allem dort, wo wie beim Homeoffice oder mobilen Arbeiten Arbeitgeber und Führungskräfte keine unmittelbaren Zugriffsrechte auf die Beschäftigten ausüben können. Am Ende entscheidet jede und jeder auch selbst, wann und wie sie und er außerhalb der üblichen Arbeitszeiten ansprechbar sind und auf eine Kontaktaufnahme reagieren.

#### Welche Rahmenbedingungen sind dazu allgemein nötig? Was muss dabei auch die Politik an Weichenstellungen übernehmen?

Mit dem Arbeitsschutzgesetz und dem Arbeitszeitgesetz ist der Rahmen für Arbeit 4.0 gesteckt. Sowohl die Ausgangsvoraussetzungen als auch die passenden Lösungen für mobiles Arbeiten oder Homeoffice werden sich von Betrieb zu Betrieb und selbst innerhalb des gleichen Unternehmens unterscheiden. Es ist daher der Gedanke zu begrüßen, Experimentierräume zu schaffen, in denen zum Beispiel rechtssicher die Flexibilisierung von Arbeitszeiten erprobt werden kann. Damit wird die Voraussetzung geschaffen, die Potenziale digitaler Technologien zum beidseitigen Nutzen von Betrieben und Beschäftigten zu heben.

## Interview mit Dr. Elke Ahlers und Dr. Marc Schietinger



Dr. Elke Ahlers

Leiterin des Referats „Qualität der Arbeit“ am Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung



Dr. Marc Schietinger

Leiter des Referats „Strukturwandel – Innovation und Beschäftigung“ in der Abteilung Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung

### Welche Chancen und Risiken birgt die Digitalisierung der Arbeitswelt?

Die Spekulationen über Risiken und Chancen der Digitalisierung sind vielfältig und reichen von Visionen einer menschenleeren Fabrik bis hin zu permanent erreichbaren und dauerüberlasteten Beschäftigten. Sicher ist, dass die Chancen und Risiken für eine kluge Arbeitspolitik und -gestaltung erkannt und abgewogen werden sollten. Die Digitalisierung hat viele Vorteile, so können etwa durch Robotik körperlich schwere oder monotone Arbeiten erleichtert und verbessert werden – sowohl in der Produktion als auch im Gesundheitssektor. Auch entstehen über digitale Informations- und Kommunikationssysteme

neue und bereichernde Möglichkeiten sowohl in Bezug auf die Arbeitsinhalte als auch für die Organisation der Arbeit, was zu einer besseren Vereinbarung von Privat-/Familien- und Berufsleben führen kann. Die größer werdenden Optionen für eine freie Wahl der Arbeitszeit und des Arbeitsortes sind in historischer Betrachtung ein enormer Fortschritt für die Beschäftigten. Selbstbestimmtes Arbeiten passt zu dem gestiegenen Bildungsniveau heutiger Beschäftigter sowie dem Wunsch nach Selbstverwirklichung in der Arbeit. Gleichzeitig führt die Digitalisierung zu neuen Belastungen und Unsicherheiten, unter anderem, weil über das ihr innewohnende Rationalisierungspotenzial ein ungekanntes Ausmaß an Arbeitsplätzen in Gefahr ist. Zugleich entstehen neue, flexible und oftmals sozial ungesicherte Beschäftigungsformen (u. a. Crowdfunding).

### Wie kann gesunde Arbeit unter den neuen Voraussetzungen gestaltet werden?

Über die digitalen Technologien ist es möglich geworden, räumlich und zeitlich entgrenzt und somit deutlich flexibler zu arbeiten. Der geregelte Acht-Stunden-Arbeitstag, Pausenregelungen und vorgeschriebene Höchstarbeitszeitgrenzen stehen für viele nur noch auf dem Papier. Daher gilt es, die geltenden Schutznormen aus dem Arbeitszeit- und Arbeitsschutzgesetz wiederzubeleben.

Dies ist jedoch nicht einfach: Die Beschäftigten sind immer weniger räumlich in den Betrieb eingebunden und damit für Akteure des Gesundheitsschutzes schwerer zu erreichen. Die Leistungsanforderungen in Bezug auf Selbstorganisation und Erreichbarkeit steigen, sodass es für die Beschäftigten immer schwieriger wird, Grenzen zwischen Arbeitszeit und Privatheit zu setzen. Die ohnehin hohe Arbeitsintensität und der Termin- und Leistungsdruck unter Beschäftigten wird durch das Arbeiten mit dem Internet und durch die Erwartung, dass E-

Mails zeitnah beantwortet werden, noch einmal deutlich erhöht.

Mobile Endgeräte sind als Arbeitsmittel nicht mehr kontrollierbar und entziehen sich dem (ergonomischen) Arbeits- und Gesundheitsschutz. Weder die Arbeitsstättenverordnung noch die Bildschirmarbeitsverordnung gelten für mobile Arbeit. Dadurch unterliegen regulär Beschäftigte nicht mehr dem Arbeitsschutz, sobald sie mobil und flexibel tätig sind.

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass Arbeitsanforderungen und Arbeitsbelastungen komplexer geworden sind. Die althergebrachte Frage nach der einen betrieblichen Ursache und der daraus folgenden gesundheitlichen Auswirkung ist überholt. Komplexe Arbeitsbelastungen (z. B. Gleichzeitigkeit von Zeitdruck, hohe Arbeitsverdichtung und ständige Erreichbarkeit) können vielmehr zu diffusen psychischen oder körperlichen Beschwerden führen. Sinnvoll sind daher Ansätze, die die Komplexität in den Zusammenhängen zwischen Arbeitsbedingungen und psychosozialen Gefährdungen berücksichtigen und auf gesund erhaltende Maßnahmen im Betrieb setzen (Führungskräfteverhalten, soziale Unterstützung, ausreichend Personal, etc.). Das Instrument der Gefährdungsbeurteilungen (§ 5 ArbSchG) bietet die Chance über einen partizipativen und prozessualen Ansatz, das Gefährdungsrisiko zu minimieren. Dieses Instrument gilt es, im Angesicht der digitalen Arbeitswelt zu stärken.

**Welche Rahmenbedingungen sind dazu allgemein nötig? Was muss dabei auch die Politik an Weichenstellungen vornehmen?**

Einzelne und einseitige Gestaltungsansätze reichen nicht aus. Sinnvoll wäre ein gebündelter Ansatz, der sowohl beim Individuum, der betrieblichen Ebene als auch auf der staatlichen Ebene ansetzt.

Auf individueller Ebene müssen die Beschäftigten zunächst für die Zusammenhänge zwischen Leistungsanforderungen sowie den erlebten Arbeitsbelastungen sensibilisiert werden. Nur so kann die Sachzwanglogik in Bezug auf die Arbeitsverdichtung durchbrochen und die Arbeitsbedingungen als gestaltbar wahrgenommen werden. Mit dieser Aufgabe können die Beschäftigten aber keineswegs allein gelassen werden. Es muss auch auf betrieblicher Ebene angesetzt werden. Denkbar ist, im Sinne einer qualitativen Tarifpolitik (Gesundheits-Tarifverträge oder Demografie-Tarifverträge) bzw. über Betriebs- und Dienstvereinbarungen (z. B. zu mobilem Arbeiten oder dem „Recht auf Nichterreichbarkeit“) und der Verbriefung individueller Verhandlungsrechte und Verfahrensregeln die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass der gesetzliche Arbeits- und Gesundheitsschutz ergänzt und bedarfsgerecht flexibilisiert werden kann. Auf staatlicher Ebene muss dafür gesorgt werden, dass den Beschäftigten verbrieft Schutz- und gestärkte Mitbestimmungsrechte zuteilwerden. Im Arbeitszeitgesetz müssen im Zuge der steigenden Anforderungen an Flexibilität verlässliche und planbare Arbeitszeiten garantiert werden. Die bestehenden Regelungen des Arbeitsschutzgesetzes wie z. B. die so selten durchgeführten Gefährdungsbeurteilungen psychischer Belastungen müssen in den Betrieben angewandt, umgesetzt und kontrolliert werden. Die staatliche Kontrolle muss gestärkt werden, denn bislang bleibt die Missachtung der Auflagen des Arbeitsschutzgesetzes zur Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen meist folgenlos.

## Interview mit Dr. Klaus Reinhardt



Dr. Klaus Reinhardt  
Vorsitzender des Hartmannbundes

Welche Chancen und Risiken birgt die Digitalisierung im Gesundheitswesen sowohl für Patienten als auch für die Leistungserbringer?

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist längst Realität. Mit dem Anfang 2016 in Kraft getretenen E-Health-Gesetz hat die Bundesregierung den Fahrplan festgelegt: Moderne Kommunikations- und Informationstechnologien sollen die Gesundheitsversorgung verbessern, ohne dabei die Prämissen Patientensicherheit und Datenschutz zu gefährden.

Digitalisierung verändert die Art und Weise, wie wir unsere Lebens-, aber auch unsere Arbeitswelt gestalten. Dabei sind die Anforderungen im Gesundheitsbereich besonders hoch. Denn jenseits technischer Prozesse – wie zum Beispiel in der Industrie – erfordert die Implementierung der digitalen Welt in das Arzt-Patienten-Verhältnis ganz besondere Sensibilität und ein hohes Verantwortungsbewusstsein – auf beiden Seiten!

E-Health wird die Rolle des Arztes ebenso wandeln, wie das Selbstverständnis von Patientinnen und Patienten.

Digitalisierung erlaubt es, Raum- und Zeitdistanzen im gesellschaftlichen Wandel überwinden zu können. Digitale Produkte sind ein wesentlicher Bestandteil unserer Kommunikationsstrategie geworden. Es bedarf somit für das ärztliche Arbeiten Stra-

tegien, welche eben diese neuen Kommunikations-ebenen mit einbeziehen. Eine weitere Form digitaler Produkte, als Beispiel sei hier IBM mit Watson benannt, löst eine Diskussion über die zukünftige Aufgabe und Rolle von Ärztinnen und Ärzten aus. Intelligente Systeme analysieren eine Vielzahl von Daten und leiten aus den Ergebnissen Entscheidungen ab. Es gibt jedoch Faktoren, die durch die maschinellen Systeme nicht erfasst werden können. Gerade das emotional-zwischenmenschliche Zusammenspiel liefert wichtige Anhaltspunkte zur Steuerung und Individualisierung von Therapien. Somit kann Gesundheit nicht wie ein Auto produziert, sondern muss zwischen den medizinischen Akteuren und dem Patienten gestaltet werden.

Wie ist aus Sicht der Ärzteschaft Stand und Fortschritt der Digitalisierung im Gesundheitswesen zu bewerten?

Die Bereitschaft innerhalb der Ärzteschaft, den Einsatz und die Weiterentwicklung von E-Health aktiv mitzugestalten und Möglichkeiten der Digitalisierung unter dem Aspekt einer Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten zu nutzen, wächst – das hat die Hauptversammlung des Hartmannbundes und der kürzlich in Freiburg getagte Deutsche Ärztetag deutlich gemacht.

Auch eine Umfrage des Hartmannbundes gemeinsam mit dem Digitalverband Bitkom hat gezeigt, dass jeder dritte Mediziner glaubt, dass Start-ups mit digitalen Versorgungsangeboten zur Verbesserung des Gesundheitswesens beitragen können. Sieben von zehn Ärzten begreifen digitale Technologien als Chance; sie erhoffen sich vor allem Zeitersparnis, zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten und bessere Versorgung auf dem Land. Damit sich der Mut zu kreativen Ideen auch lohnt, bedarf es einheitlicher und verbindlicher Marktzugangsregeln für E-Health-Anwendungen, die die Dynamik der Gesundheitsbranche widerspiegeln müssen. Die Ko-

operation von Start-ups und Medizinern hilft Ärzten und Patienten – und gleichzeitig dem Technologiestandort Deutschland.

Mit Blick auf die Optimierung von Arbeitsprozessen von Ärztinnen und Ärzten ist es sinnvoll, alle Facetten von E-Health bestmöglich zu nutzen und deren Entwicklung voranzutreiben. (Gemeint ist hier die WHO-Definition von E-Health als den kostengünstigen und sicheren Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien mit dem Ziel, die allgemeine Gesundheit und gesundheitsbezogene Bereiche zu fördern). Dies birgt große Chancen sowohl für die Gesundheitsversorgung, Prävention, Forschung und Lehre als auch für die Vereinfachung administrativer Prozesse.

#### Was müssen die Akteure in Gesundheitswesen und Politik tun, dass eine positive Entwicklung durch Digitalisierung entsteht und vorankommt?

Die Forcierung des Einsatzes von E-Health ist nicht nur Ausdruck gestiegener technischer Möglichkeiten oder originär versorgungsrelevanter Gesichtspunkte. Sie erklärt sich auch aus gesellschaftlichen Veränderungen. So hat sich der Stellenwert von Arbeit verändert. Der zunehmende Wunsch nach Flexibilisierung oder auch nach Verkürzung von Arbeitszeiten erfordert neues Denken – was durch den Einsatz neuer technischer Möglichkeiten einfacher umzusetzen ist. So bietet etwa die arztgeführte sektorenübergreifende elektronische Fallakte – neben den versorgungsrelevanten Vorteilen – auch die Möglichkeit, Teilzeitbeschäftigung besser zu koordinieren.

Besondere Herausforderungen bei der Weiterentwicklung von E-Health sind unter anderem der Ausbau der Telematik-Infrastruktur, die Implementierung entsprechender Hardware in Klinik und Praxis, die Schaffung höchstmöglicher Datensicherheit sowie die Zertifizierung sogenannter Gesundheits-Apps. Hier sind – mit Blick auf den Ausbau leistungsfähiger Datennetze (vor allem in bisher unterversorgten Gebieten) – Telekommunikationsunternehmen ebenso gefragt wie Start-Up-Unternehmen bei der Entwicklung von Gesundheits-Apps oder die Gematik mit der termingerechten Zertifizierung datensicherer Kommunikationstechnik. Zweifel bestehen darüber, ob der bevorstehende Rollout bis Mitte 2018 tatsächlich erfolgen wird.

Der Gesetzgeber hat die gesamtgesellschaftliche Bedeutung von E-Health erkannt und den Rahmen geschaffen, der einen geregelten und qualitätsgesicherten Zugang zu digitalisierbaren Prozessen ermöglicht. Dieser Rahmen ist nun so auszugestalten, dass E-Health einen Mehrwert für Patienten und Ärzte hat. Dazu gehören auch mehr staatliche Investitionen. Hessen hat bereits zugesagt, für die Förderung von Innovationsprojekten in Telemedizin und E-Health jährlich 1,5 Mio. Euro zur Verfügung zu stellen.

Bei aller Veränderung wird eines bleiben: Ärztinnen und Ärzte werden im Kern des ärztlichen Handelns, bei der Zuwendung zum Patienten und dem Eruiieren aller nötiger Informationen zur Diagnosestellung und Therapie immer verantwortungsvoll und im Sinne des ärztlichen Berufsethos und eines vertrauensvollen Arzt-Patientenverhältnisses handeln. Davon bin ich fest überzeugt.

## Interview mit Kai Helge Vogel



Kai Helge Vogel  
Leiter Team Gesundheit und  
Pflege, Verbraucherzentrale  
Bundesverband e.V.

Angesichts der neuen Möglichkeiten der Digitalisierung kann und darf niemand die Augen vor den aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen mit all ihren Chancen und Risiken verschließen – egal ob Verbraucher, Versicherter oder Patient, selbstverständlich aber auch kein Leistungserbringer, Kostenträger oder Politiker.

Es sind allerdings nicht nur gute Ideen notwendig. Es braucht in der Gesellschaft auch einen breiten Konsens über die Nutzung und zum Umgang mit den neuen digitalen Angeboten und Möglichkeiten. Nicht zuletzt deshalb ist aus Verbrauchersicht eine stärkere Einbindung der Nutzer als in der Vergangenheit grundlegend und zwingend notwendig.

Oft werden hierbei allerdings verschiedenste Aspekte ausgehend von den leider (zu) langwierigen Diskussionen um die elektronische Gesundheitskarte und die dahinterliegende Telematikinfrastruktur über Gesundheits-Apps bis hin zur Videosprechstunde in einen Topf geworfen – das ist nicht zielführend.

**Welche Chancen und Risiken birgt die Digitalisierung im Gesundheitswesen sowohl für Patienten als auch für Leistungserbringer?**

Die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland bietet ein großes Potenzial, sowohl für die Verbesserung der individuellen Versorgung von Patienten als auch für das System als Ganzes. Es gibt

neue und innovative Produkte sowie Dienstleistungen wie die ärztliche Videosprechstunde, die überflüssige Wege zum behandelnden Arzt ersparen kann, oder Apps, die Patienten interessante Möglichkeiten eröffnen, sich selbst aktiver für ihre Gesundheit zu engagieren.

Entscheidend ist jedoch, dass seriöse und datensichere digitale Anwendungen und Produkte zur Verfügung stehen. Gesundheitsdaten gehören zu den besonders sensiblen Daten und dürfen daher keinesfalls in die falschen Hände gelangen. Viele Verbraucher sind hier in Sorge um ihre Daten. Um Entscheidungen treffen zu können, benötigen Verbraucher beispielsweise gesicherte Informationen über den konkret nachgewiesenen Nutzen von Apps und den Umgang mit ihren persönlichen Daten. Abzulehnen sind in diesem Zusammenhang, Krankenversicherungstarife, die finanzielle Anreize mit der fortlaufenden, dauerhaften Offenlegungsverpflichtung von Daten verknüpfen. Hier besteht ein hohes Risiko der Entsolidarisierung. Nach aktuellem Prinzip finanzieren die Jungen und Gesunden die Alten und Kranken. Doch sobald eine Kasse genügend Daten besitzt, um jeweils das individuelle Risiko zu berechnen, wird dieses Grundprinzip aufgelöst. Wer krank oder schwach ist, darf dafür aber auch zukünftig nicht bestraft werden.

Insgesamt ist jedoch eine große grundsätzliche Aufgeschlossenheit gegenüber neuen technischen Möglichkeiten bei Verbrauchern vorhanden, wie zahlreiche Erhebungen zeigen. Allerdings muss festgehalten werden, dass digitale Anwendungen, wie eine ärztliche Videosprechstunde, in der Regel nur eine Ergänzung zu den traditionellen Versorgungsangeboten darstellen können und sollten. Die Nutzung digitaler Anwendungen in der Gesundheitsversorgung durch Patienten muss freiwillig erfolgen. Auch darf seitens der Ärzte oder Krankenkassen kein Druck ausgeübt werden, dass Patienten ihre Daten preisgeben oder telemedizinische Angebote nutzen.



Wie ist aus Sicht von Verbrauchern bzw. Patienten Stand und Fortschritt der Digitalisierung im Gesundheitswesen zu bewerten?

Bislang spielen E-Health-Angebote auf dem stark regulierten und weitgehend sicheren „Ersten Gesundheitsmarkt“ kaum eine Rolle. Dies birgt erhebliche Risiken für Verbraucher, da ihnen aktuell meist nur Angebote des „Zweiten Gesundheitsmarktes“ (Selbstzahlermarkt) offenstehen. Problematisch ist dies vor allem aufgrund der fehlenden Transparenz über das unüberschaubare Angebot von beispielsweise weit über 100.000 Gesundheits-Apps. Angebote im zweiten Gesundheitsmarkt gewinnen aber natürlich an Attraktivität, wenn in der Regelversorgung hohe Hürden bei der Einführung und Finanzierung digitaler Innovationen aufgebaut werden.

Im Unterschied zu vielen anderen europäischen Ländern gibt es in Deutschland leider noch kein zentrales Portal, in dem die bestverfügbaren Gesundheitsinformationen zusammengefasst und verlinkt sind. Das ist schlecht für die Nutzer, die sich individuell als Laie rückversichern müssen, welche Interessenkonflikte Portalbetreiber oder Leistungserbringer möglicherweise haben. Ebenso fehlen vielfach verlässliche Informationen über den Sinn und den nachgewiesenen Nutzen der digitalen Angebote. Das ist selbstverständlich aber auch für das ganze System äußerst problematisch.

Die intelligente Einbindung innovativer Informations- und Kommunikationstechnologien bietet über einzelne Versorgungsangebote hinaus viele Optionen, grundlegenden Reformbedarf im Gesundheitswesen anzugehen. Defizite liegen bekanntermaßen auf verschiedenen Ebenen und zwischen verschiedenen Protagonisten, vor allem im Bereich der Kommunikation und der Vernetzung.

Die Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung hat das Potential die Patientenautonomie zu stärken und wird die Kommunikation – insbesondere mit dem Arzt – verändern. Für die Patienten kann es dadurch zum Beispiel einfacher und auch selbstverständlicher werden, Einsicht in die eigene Patientenakte zu nehmen.

Was müssen die Akteure im Gesundheitswesen und Politik tun, dass eine positive Entwicklung durch Digitalisierung entsteht und vorankommt?

Die Nutzung von Fernbehandlungen über Video- oder Online-Sprechstunde kann bei bestimmten Indikationen zu einer Vereinfachung, Verbesserung und Sicherstellung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung führen. Die telemedizinische Behandlung hat das Potential, vorhandene Versorgungslücken zu schließen und kann zugleich eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherstellen. Im Übrigen sollte bei einer Diskussion der Digitalisierung im Gesundheitswesen unbedingt auch der Pflegebereich zukünftig stärker mit in den Blick genommen werden und die Digitalisierung insgesamt aus Sicht der Verbraucher weiterentwickelt werden.

Es bedarf transparenter, gut verständlicher Qualitätsstandards für digitale Anwendungen im Gesundheitswesen, deren Kostenübernahme durch Krankenkassen nur erfolgen sollte, wenn eine ausreichende und gesicherte Evidenz über die jeweilige Funktionsfähigkeit, Wirkung und Datensicherheit vorliegt.

Transparenz über die angebotenen telemedizinischen Leistungen und deren Möglichkeiten muss gegeben sein – nicht nur Leistungserbringern und Kostenträgern, auch Verbrauchern müssen qualitätsgesicherte Informationen zur Verfügung stehen. Abhilfe kann eine öffentliche, nationale Plattform schaffen, die hochwertige Gesundheitsinformationen und unabhängige Bewertungen digitaler Produkte aufführt, um Verbraucher besser zu informieren. Nur so kann sichergestellt werden, dass gute Informationen und gute Leistungserbringer von Nutzern gefunden werden. Es reicht nicht aus, wenn sie theoretisch gefunden werden können. Über ein derartiges Portal könnte für Patienten u. a. auch der Zugang zu den eigenen medizinischen Daten ermöglicht werden. Gute Ideen im Sinne der Verbraucher sind vorhanden – sie kommen in Deutschland vielfach nur (noch) nicht in der Praxis an!

## Interview mit Dirk Heidenblut, MdB



Dirk Heidenblut, MdB  
Mitglied im Gesundheits-  
ausschuss für die SPD-Bundes-  
tagsfraktion

### Welche Chancen und Risiken birgt die Digitalisierung im Gesundheitswesen sowohl für den Patienten auch als für die Leistungserbringer?

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens birgt große Potentiale für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung. Durch digitale Angebote und Vernetzung kann die Versorgung leichter über Sektorengrenzen hinweg, patientenorientierter, niedrighschwelliger und interdisziplinär gestaltet werden. Wir können Versorgungsengpässe überwinden und neue Behandlungsmöglichkeiten schaffen. Sie ermöglicht zudem eine bessere Kommunikation der Leistungserbringer untereinander und zwischen Leistungserbringer und Patientinnen und Patienten. Sie versetzt Patientinnen und Patienten in die Lage, ihre Patientenrechte wahrzunehmen, informiert Entscheidungen zu treffen und zum Manager ihrer eigenen Gesundheit zu werden. Aber natürlich, der Datenschutz muss in jeder Situation gewährleistet sein und auch die vollständige Hoheit des Patienten über den Zugriff auf seine Daten muss sichergestellt sein. Beim Zugriff auf die Daten liegt ganz sicher ein Risiko. Daher sorgen wir für eine sichere Infrastruktur und werden das auch beim Datenzugang entsprechend regeln. Es gibt auch Risiken bei der Frage der Zulassung von neuen Produkten, bei der Nutzung von Apps. Ich bin aber davon überzeugt, dass dafür

Lösungen zu finden sind und wir dürfen auf die Chancen der Digitalisierung, die klar überwiegen, nicht verzichten.

**Die digitale Gesundheitsversorgung soll nach dem Solidaritätsprinzip bedingungslos jeder und jedem überall in Deutschland zur Verfügung stehen. Wie ist aus Sicht der Politik Stand und Fortschritt der Digitalisierung im Gesundheitswesen zu bewerten?**

Da ist deutlich Luft nach oben. Ja, bei den sektorinternen Vernetzungen ist viel geschehen, etwa was die KIS-Krankenhausinformationssysteme angeht. Die wirkliche Vernetzung geht aber bei weitem noch nicht weit genug. Jeder ist für sich digitalisiert, aber wir müssen erreichen, dass alle miteinander verbunden sind. Hier setzt ja auch unser E-Health-Gesetz an. Zudem werden wir über den Innovationsfonds von guten Einzelprojekten in Regionen profitieren, die es dann bundesweit umzusetzen gilt. Wichtig ist aber, dass am Ende alle Patienten daran teilhaben und auch alle Leistungserbringer eingebunden sind. Nur dann macht das Ganze Sinn. Auch was den Einsatz von Telemedizin oder anderen digitalen Hilfsmitteln angeht, ist die Digitalisierung noch lange nicht überall angekommen. Insgesamt haben wir noch viel Nachholbedarf und die Zeit drängt.

**Was müssen die Akteure in Gesundheitswesen und Politik tun, dass eine positive Entwicklung durch Digitalisierung entsteht und vorankommt?**

Erst einmal die Chancen für alle Beteiligten deutlich machen und auch selbst erkennen und nutzen. Die Telematikinfrastruktur muss endlich fertig werden, denn sie ist als Grundlage unverzichtbar. Hier, wie bei den Rahmenbedingungen für die elektronische Patientenakte, müssen wir über Strukturen für Betrieb und Festlegungen sprechen. Da stößt das

Selbstverwaltungssystem an Grenzen; hier gilt es Alternativen zu finden. Zudem müssen Interoperabilität, Datenschutz und die Qualitätssicherung der Netze gewährleistet sein. Neue Anwendungen müssen unter technischen Gesichtspunkten zugelassen werden. Ebenso muss gewährleistet werden, dass sowohl Patientinnen und Patienten als auch alle Leistungserbringer in Gesundheit und Pflege diskriminierungsfrei an der Vernetzung teilhaben können.

Für die wichtige Innovation im Gesundheitswesen ist ganz sicher eine dauerhafte Einrichtung eines Innovationsfonds nützlich, der aber nicht nur aus Geldern der gesetzlich Versicherten gespeist werden sollte. Für innovative Start-ups muss zudem eine Möglichkeit der Förderung gefunden werden, vor allem auch was die Frage der Evaluation und damit die Übertragung ins Regelsystem angeht. Damit zielführende Innovationen, zum Beispiel telemedizinische

Anwendungen, schnell und sicher in die Regelversorgung überführt werden können, sind Zulassungsbedingungen an die digitale Welt anzupassen, ohne dabei die Sicherheitsstandards zu verringern.

Nach dem erfolgreichen Onlinerollout der Telematikinfrastruktur sollte zudem die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit einer Aufklärungs- und Imagekampagne für die elektronische Gesundheitskarte und ihren neuen Möglichkeiten beginnen; denn nur wer informiert ist, kann sich auch entscheiden. Und die Anwendungen sind ja immer freiwillig.

Für mich ist ganz klar: die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzubringen ist eine zentrale Aufgabe aller Beteiligten in der neuen Legislaturperiode. Eine Aufgabe übrigens, der sich der Staat insgesamt stellen muss, was auch bedeutet, dass hier die Finanzierungslast nicht nur bei den gesetzlichen Krankenkassen bleiben darf.

# Rechtliche Herausforderungen der Digitalisierung des Gesundheitswesens

Benedikt Buchner

Institut für Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht, Universität Bremen

Mitte Juni 2017 fand in Ludwigshafen der Digitalgipfel der Bundesregierung statt, in dessen Zentrum diesmal die Digitalisierung des Gesundheitswesens stand [1]. Allseits betont und beschworen wurden wieder einmal die Chancen, die mit einer Digitalisierung des Gesundheitswesens und der Vernetzung und Zentralisierung von Patientendaten einhergehen: Sie sollen der Schlüssel für eine personalisierte Medizin sein, mehr Wissen und damit bessere Behandlungsmethoden schaffen und eine Vielzahl von Möglichkeiten eröffnen, angefangen bei der Videosprechstunde bis hin zum jederzeit verfügbaren Medikationsplan [2]. Wie mit fast jeder Innovation gehen mit der Digitalisierung des Gesundheitswesens aber auch Risiken und neue Herausforderungen einher, die im Folgenden aus rechtlicher Perspektive beleuchtet werden sollen. Je mehr (personenbezogenes) Wissen geschaffen und geteilt wird, desto mehr rücken Aspekte des Datenschutzes und der Datensicherheit in das Zentrum der rechtlichen Betrachtung. Ebenso geht es um Fragen des sog. Rechts auf Nichtwissen, welches sich mit dem stetigen Wissenszuwachs nur noch schwer vereinbaren und gegenüber diesem absichern lässt. Und nicht zuletzt stellt sich die Frage, inwieweit die Digitalisierung des Gesundheitswesens möglicherweise auch zu einer Aushöhlung des bislang unser Gesundheitswesen prägenden Solidarprinzips führt.

## Datenschutz und Datensicherheit

Das Projekt elektronische Gesundheitskarte ist ein Beispiel dafür, dass die Digitalisierung des Gesundheitswesens in vielerlei Hinsicht nicht so sehr eine rechtliche Herausforderung des Datenschutzes, sondern vielmehr eine technische Herausforderung der Datensicherheit ist. Aus datenschutzrechtlicher Perspektive hat der deutsche Gesetzgeber mit § 291a SGB V einen Regelungsrahmen konzipiert, der den datenschutzrechtlichen Idealvorstellungen schon sehr nahe kommt. Zu Recht wird gesagt, dass die gesetzliche Regelung der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematik-Infrastruktur aus Datenschutzsicht „fast vorbildlich“ ist [3]. Die Prin-

zipien der Patientenautonomie und der informationellen Selbstbestimmung haben in § 291a SGB V eine konsequente Umsetzung gefunden. Die Regelung zielt darauf ab, das Recht auf informationelle Selbstbestimmung bestmöglich abzusichern, indem die Einwilligung des Versicherten als Legitimationsgrundlage für eine Datenverarbeitung in das Zentrum gestellt wird und die Voraussetzungen für eine wirksame Einwilligung (Informiertheit, Bestimmtheit, Freiwilligkeit) ebenso wie die klassischen Betroffenenrechte (Widerruf, Löschung) in vielerlei Hinsicht eine rechtliche Absicherung erfahren [4: 662f.].



Das zentrale Problem der elektronischen Gesundheitskarte ist und bleibt aber die technische Umsetzung dieses rechtlich vorgegebenen Datenschutzes, also die Datensicherheit. Gerade weil es sich bei Gesundheitsdaten um besonders sensible Daten handelt und diese Daten in einem digitalisierten Gesundheitssystem zentralisiert zusammengeführt werden sollen, sind die Anforderungen an die Datensicherheit so hoch an- und damit aber offensichtlich auch so schwierig umzusetzen.

Betrachtet man den ursprünglichen Fahrplan, den der Gesetzgeber bei Inkrafttreten des § 291a SGB V Anfang 2004 vor Augen hatte, muss man ernüchert feststellen, dass dieser Fahrplan mittlerweile um mehr als zehn Jahre überschritten worden ist, ohne dass absehbar wäre, wann all die anvisierten Funktionen der Karte wie etwa das elektronische Rezept oder das Patientenfach Realität werden.

### § 291a SGB V a.F.

Nach § 291a SGB V sollte die elektronische Gesundheitskarte „bis spätestens zum 1. Januar 2006“ inkl. aller Zusatzfunktionen einsatzbereit sein.

Und nur einen Tag nach dem eingangs erwähnten Digitalgipfel mit all seinen rosigen Prognosen für das digitalisierte Gesundheitswesen war zum Projekt elektronische Gesundheitskarte nachzulesen, dass es – wieder einmal – zu technischen Umsetzungsschwierigkeiten gekommen ist, aktuell weil die rechtzeitige und flächendeckende Versorgung der Arztpraxen mit den Kartenlesegeräten offensichtlich nicht gewährleistet werden kann [5].

Vor diesem Hintergrund ist es naheliegend und auch sachgerecht, dass sich das E-Health-Gesetz von 2015 vornehmlich darauf konzentriert, die technische Umsetzung des Projekts elektronische Gesundheitskarte voranzutreiben. Soweit es um die datenschutzrechtliche Fest- und Fortschreibung eines angemessenen Datenschutzniveaus geht, hat der Gesetzgeber seine „Hausaufgaben“ bereits erledigt. Die eigentliche Herausforderung ist beim Projekt elektronische Gesundheitskarte nunmehr darin zu sehen, auch einen Regelungsrahmen zu finden, der die Akteure im Gesundheitswesen dazu anhält, die technische Umsetzung des Datenschutzes, die Datensicherheit, zu realisieren. Beim E-Health-Gesetz stützt sich der Gesetzgeber hierfür auf verschiedene Regelungsansätze; ob diese die technische Umsetzung erfolgreicher voranbringen werden, bleibt abzuwarten. Zu begrüßen ist jedenfalls, dass sich das E-Health-Gesetz nicht nur darauf beschränkt, die technischen Zielvorgaben ganz klassisch mittels Fristen und Sanktionen einzufordern, sondern darüber hinaus auch andere Wege beschritten werden [4: 662f.]. So setzt das E-Health-Gesetz etwa auch darauf, mittels positiver Anreize die Akteure zum Einsatz neuer Techniken zu bewegen.

#### Beispiel

§ 291f Abs. 1 SGB V: zusätzliche Honorierung einer Übermittlung elektronischer Briefe von Arzt zu Arzt.

Ebenso sollen Entscheidungen forciert werden, soweit diese bislang an Abstimmungs- und Einigungsschwierigkeiten zwischen den Institutionen im Gesundheitswesen gescheitert sind.

#### Beispiel

§ 87 Abs. 2a SGB V: Sanktionen für den Fall, dass der einheitliche Bewertungsmaßstab nicht fristgerecht angepasst wird.

## Digitalisierung auf dem „zweiten Gesundheitsmarkt“

Zu kurz gegriffen wäre es, die bisherigen Schwierigkeiten und Verzögerungen beim Projekt elektronische Gesundheitskarte lediglich als einen weiteren Beleg für das Scheitern staatlicher Großprojekte in Deutschland zu werten. Gedeutet werden sollten die bisherigen Misserfolge vielmehr dahingehend, dass bei der Datensicherheit bislang eben trotz aller Schwierigkeiten keine Abstriche gemacht worden sind und die hohen datenschutzrechtlichen Anforderungen nicht gelockert worden sind.



Der weiteren Digitalisierung des Gesundheitswesens soll gerade nicht um jeden Preis der Weg geebnet werden.

Private Anbieter sind demgegenüber naturgemäß weniger zögerlich, wenn es um die Realisierung neuer digitaler (Geschäfts-)Modelle geht. Daher erstaunt es nicht, dass gerade auf dem sog. „zweiten Gesundheitsmarkt“ die Digitalisierung derzeit den größeren Fortschritt erlebt.

Der **erste Gesundheitsmarkt** wird dominiert von Organen der gemeinsamen Selbstverwaltung und stützt sich auf eine solidarische Finanzierung durch Kostenträger, z.B. gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherungen. Der **zweite Gesundheitsmarkt** zeichnet sich hingegen durch einen stärkeren Fokus auf eigenfinanzierte Gesundheitsdienstleistungen aus und wird von privaten Anbietern dominiert [6: 191f.].

Egal ob Apple mit HealthKit, Microsoft mit Vitabook oder das Hasso-Plattner-Institut mit der Gesundheitscloud: All diese Anbieter präsentieren voller Zuversicht ihre Alternativangebote zur elektronischen Gesundheitskarte, die dem Einzelnen ebenfalls Funktionen wie eine persönliche Patientenakte oder einen persönlichen Medikationsplan eröffnen sollen. Die Zielsetzung dieser Anbieter ist ganz im Sinne der elektronischen Gesundheitskarte: mehr Patientensouveränität und -selbstbestimmung, der Patient als „Herr“ seiner Daten, eine sicherere und bessere Behandlung dank vollständiger Datengrundlage usw. Und all dies soll nicht nur genauso sicher, sondern vor allem auch schneller als das Projekt Gesundheitskarte zu realisieren sein. Oder, um die Worte von Microsoft aufzugreifen:

*„Die Politik plant seit fast 20 Jahren erfolglos die Einführung eines Notfalldatensatzes, den Online-Medikationsplan, das*

*e-Rezept, eine Gesundheitsakte und vieles mehr. All das bietet vitabook bereits jetzt.“ [7].*

Ungeachtet all der möglicherweise innovativeren und auch schneller umsetzbaren Alternativen, die private Anbieter realisieren könnten, bleibt es aber zweifelhaft, ob das hohe Datenschutz- und Datensicherheitsniveau, wie es mit der elektronischen Gesundheitskarte verfolgt wird, bei einer Überantwortung der Digitalisierung des Gesundheitswesens an private Dienstleister gleichermaßen gewährleistet wäre. Die rechtlichen und technischen Schutzmechanismen, wie sie in § 291a SGB V vorgesehen sind, lassen sich bei einer Datenverarbeitung durch private Akteure nicht in vergleichbarer Weise umsetzen. Verwiesen sei hier beispielhaft auf das zentrale Zwei-Schlüssel-Prinzip mit der Kombination aus elektronischer Gesundheitskarte und elektronischem Heilberufsausweis, die einen besonderen Schutz vor Datenmissbrauch gewährleisten soll [8]. Und auch die Einwilligung als Erlaubnistatbestand für eine Verarbeitung von Gesundheitsdaten kann nur als Ausdruck einer freien Entscheidung eines Patienten verstanden und ihr mithin nur dann eine Legitimationswirkung zugeschrieben werden, wenn sie mit einem engen rechtlichen Korsett versehen ist, wie es bislang § 291a SGB V vorsieht: Insbesondere muss gewährleistet sein, dass die Einwilligung unter einer strengen Erforderlichkeitsmaxime steht und nicht als Einfallstor für eine denkbar weite Datenverarbeitung instrumentalisiert wird, wie es gerade im Bereich der privaten Datenverarbeitung regelmäßiger der Fall ist [9]. Je mehr die Digitalisierung des Gesundheitswesens privatisiert wird, desto größer ist das Risiko, dass die Einwilligung der betroffenen Patienten in ein bloßes Kommerzialisierungsinstrument mündet. Auch im Gesundheitsbereich gibt es genügend Mittel und Wege, Versicherte und Patienten durch die Aussicht auf entsprechende Gegenleistungen zu einer großzügigen Preisgabe all ihrer sensiblen Gesundheitsdaten zu bewegen. Verwiesen sei hier nur auf erste Modelle im Bereich der Privatversicherung, „gute“ Gesundheitsdaten zu Lebensstil und Fitness mit günstigeren Versicherungsprämien zu belohnen [10]. Und nicht zuletzt sei auf die teils gravierenden Datenschutzdefizite verwiesen, die die Angebote privater Anbieter auf dem Markt für digitale Gesundheit prägen, etwa bei sog. Wearables wie Fitness-Armbändern und Smart Watches samt zugehörigen Apps [11]. Gleichzeitig darf aber auch nicht vergessen werden, dass Patienten eine Modernisierung des Gesundheitswesens im Allgemeinen und insbesondere digitale Angebote zur eigenen Kontrol-

le des Gesundheitszustandes, zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs und zur Prävention einfordern. Nicht ohne Grund können private Anbieter mit ihren Angeboten teils sehr erfolgreich sein [6: 192].

» Aus all den genannten Gründen darf die Digitalisierung des Gesundheitswesens jedenfalls dann, wenn man Datenschutz und Datensicherheit ernst nimmt, nicht allein privaten Akteuren auf dem zweiten Gesundheitsmarkt überlassen werden. Auch wenn greifbare Fortschritte wie beim Projekt elektronische Gesundheitskarte sehr lange auf sich warten lassen, müssen gesetzliche Krankenkassen und andere Akteure auf dem ersten Gesundheitsmarkt das Projekt „Digitalisierung“ weiter vorantreiben.

### Recht auf Nichtwissen und Big Data

Das stetige Mehr an Gesundheitsdaten, das mittels Digitalisierung zu einem Mehr an Wissen führen soll, nährt vor allem die Hoffnung auf ein Mehr an Gesundheit. Oder, um die Worte unserer Bundesforschungsministerin aufzugreifen: „Datenmengen müssen zusammengebracht und ausgewertet werden – dann können sie uns helfen, Krankheiten besser zu verstehen und zu behandeln“. Das Ziel ist ein „lernendes, digital vernetztes Gesundheitssystem, in dem stets die richtige Person die richtige Information zur richtigen Zeit hat.“ [2] Für das Recht auf Nichtwissen scheint unter dieser Zukunftsvision von Big Data kaum noch Platz zu sein, zielt dieses Recht doch darauf ab, dass Informationen nicht an die „richtige Person“ gelangen, sondern stattdessen überhaupt nicht zur Kenntnis genommen werden. Das Recht auf Nichtwissen zielt auf ein Weniger, nicht ein Mehr an Informationen. Es soll den Patienten gerade davor bewahren, alle möglichen Informationen über seinen Gesundheitszustand zu erlangen, auch wenn er ein derartiges Wissen gar nicht erhalten möchte. In den 90er-Jahren standen in diesem Zusammenhang u. a. heimliche HIV-Tests und ihre routinemäßige Durchführung bei Blutentnahmen im Zentrum der Debatte [12]. Nunmehr ist anerkannt, dass der Einzelnen zunächst einmal davor zu schützen ist, ohne seine Zustimmung in Kenntnis über seinen HIV-Status gesetzt zu werden [13].

Das Recht auf Nichtwissen wurzelt dabei im allgemeinen Persönlichkeitsrecht und berücksichtigt, dass die Kenntnis von bestimmten Informationen möglicherweise die Lebensplanung und Lebensführung einer Person ganz erheblich beeinträchtigt und deshalb das von Art. 2 Abs. 1 GG gewährleistete

Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Person berührt ist [14: 2191]. Es präsentiert sich damit insgesamt als wissens- und damit fortschrittsfeindlich und vor allem in Zeiten einer zunehmenden Big-Data-Euphorie als zu rückwärtsgewandt.

Abgesehen von diesem grundsätzlichen Akzeptanzproblem sieht sich das Recht auf Nichtwissen gerade unter Big Data auch einem „strukturellen“ Problem gegenüber. Um überhaupt sein Recht auf Nichtwissen ausüben zu können, bedarf der Einzelne zunächst einmal der Kenntnis dahingehend, welches Wissen denn zur Wahl steht [15: 667]. Eben dieses potenzielle Wissen ist aber unter Big Data überhaupt nicht mehr überschaubar oder eingrenzbare. Die Philosophie von Big Data ist dadurch gekennzeichnet, dass Daten ohne Ziel und Zweck gesammelt und ausgewertet werden. Es ist an den Algorithmen, frei von jeder Ziel- und Zwecksetzung ergebnisoffen nach Verknüpfungsmustern zu suchen und nicht intendierte „Nebeninformationen“ zu gewinnen, deren Art und Umfang von vornherein in keiner Weise absehbar sind [16: 92f.]. Damit bleibt aber die Frage offen, wie ein Recht auf Nichtwissen im Gesundheitsbereich überhaupt noch ausgeübt werden kann, wenn medizinisches Wissen derart unstrukturiert und jenseits der bislang üblichen Kausalitätsmuster gewonnen wird.

Umgekehrt ist das Recht auf Nichtwissen aber gerade in Zeiten von Big Data von besonderer Bedeutung [15: 668f.]. Allein schon die schiere Menge an Wissen, die durch Big Data geschaffen wird, bringt es mit sich, dass der Einzelne mit immer mehr Wissen konfrontiert wird, das möglicherweise mehr belastet als nützt. So produziert Big Data oftmals ein Wissen, das keine eindeutigen Aussagen, sondern lediglich Wahrscheinlichkeiten präsentiert. Wie aber soll eine Person etwa mit einer Wahrscheinlichkeitsprognose dergestalt umgehen, auf Grundlage einer Auswertung ihrer Daten aus sozialen Netzwerken sei mit einer 80%igen Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sie künftig einmal zu Drogen-, Tabak- oder Alkoholmissbrauch neigen werde? [17] Oder soll sich etwa eine Frau, der ein erhöhtes Brustkrebsrisiko prognostiziert wird, präventiv die Brust entfernen lassen? [18] Problematisch sind solcherlei Wahrscheinlichkeitsaussagen vor allem dann, wenn sich deren Qualität und Richtigkeit nur schwer oder gar nicht verifizieren lassen [19]. Und nicht zuletzt ist der schiere Wissenszuwachs infolge von Big Data auch deshalb problematisch, weil sich damit regelmäßig auch die Schere zwischen bloßem Wissen und möglichen Reaktionen auf diesen Wissenszuwachs weiter vergrößert. Das bloße Wissen um einen (mehr oder weniger

wahrscheinlichen) schicksalhaften Verlauf von Leben und Gesundheit ohne die Möglichkeit, auf dieses Wissen reagieren und das prognostizierte Schicksal beeinflussen zu können, stellt für den Einzelnen eine ganz erhebliche Belastung und Beeinträchtigung seiner Persönlichkeit und Lebensführung dar.

All die genannten Aspekte sind nicht neu und nicht auf Big Data beschränkt, sondern haben sich als solche insbesondere auch schon mit den Fortschritten der Gendiagnostik gezeigt. Eben deshalb ist unter dem Gendiagnostikgesetz auch dem Recht auf Nichtwissen eine besondere Beachtung geschenkt und dieses Recht im Gendiagnostikgesetz entsprechend abgesichert worden.

#### § 9 Abs. 2 Nr. 5 GenDG

Vor Einholung einer Einwilligung muss über das Recht auf Nichtwissen aufgeklärt werden.

#### § 11 Abs. 4 GenDG

Das Ergebnis der genetischen Untersuchung darf der betroffenen Person nicht mitgeteilt werden, soweit die betroffene Person entschieden hat, dass das Ergebnis der genetischen Untersuchung zu vernichten ist oder sie ihre Einwilligung widerrufen hat.

Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang allerdings, dass es sich bei genetischen Daten um eine ganz bestimmte, eng eingegrenzte Wissenskategorie handelt, deren Nutzung detailliert reguliert werden kann. Vor allem auch der Umgang mit diesem Wissen kann unter einen strengen Arztvorbehalt gestellt werden. Eben darin unterscheidet sich das spezifisch gendiagnostische Wissen von dem allumfassenden Wissen, wie es durch Big Data allgemein produziert wird. Und eben deshalb wird es trotz aller Chancen, die Big Data mit sich bringt, eine besondere Herausforderung sein, ein Recht auf Nichtwissen auch in Zeiten von Big Data weiterhin als Schutzinstrumentarium für den einzelnen Betroffenen zu erhalten.

#### Ausblick: Digitalisierung, Big Data und Solidarprinzip

Nicht zuletzt ist der stetige Gewinn an Wissen bzw. der Verlust an Nichtwissen eine Bedrohung für das Solidarprinzip, wie es bislang in vielerlei Hinsicht den gesellschaftlichen Zusammenhalt prägt. Mit jedem Wissenszuwachs hinsichtlich der Eigenheiten und damit auch Ungleichheiten der einzelnen Individuen einer Gesellschaft sinkt auch die potenzielle

Bereitschaft, sich im Sinne einer Risikogemeinschaft solidarisch zu verhalten und unabhängig von der eigenen „Stärke“ die „Schwächen“ der Anderen mitzutragen [20: 194ff.]. Selbst im Bereich der Privatversicherung, bei der Beiträge schon immer auch risikobasiert bemessen worden sind, gibt es bislang einen Restschleier von Nichtwissen, der letztlich die Gewähr dafür bietet und vor allem Motivation dafür ist, dass sich unterschiedliche Risiken in einer Risikogemeinschaft zusammenfinden. Digitalisierung und Big Data werden demgegenüber einer weiteren Individualisierung massiven Vorschub leisten und letztlich den für jede Versicherungsgemeinschaft nötigen Schleier des Nichtwissens weiter lüften und damit für Versicherungsmodelle herkömmlicher Art immer weniger Raum lassen. Vor diesem Hintergrund spricht viel dafür, dass in Zeiten eines schier grenzenlosen Wissenszuwachses letztlich nur solche Versicherungssysteme zukunftsfest sind, die das Risikoprinzip von vornherein ausblenden und stattdessen auf ein Solidarprinzip setzen, welches überhaupt keiner Wissensgrundlage bedarf – egal was Digitalisierung und Big Data zukünftig an Wissen im positiven und im negativen Sinne schaffen werden.

## Literatur

1. Pressemitteilung des BMWi. Zypriens eröffnet Digital-Gipfel 2017: „Digital-Gipfel sendet starke Impulse für die digitale Vernetzung der Regionen, des Gesundheitswesens und der Wirtschaft“. URL: <https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Pressemitteilungen/2017/20170613-zypriens-eroeffnet-digital-gipfel-2017.html> (Zugriff am: 02.07.2017)
2. Pressemitteilung 062/2017 des BMBF. Mit digitaler Gesundheit an die Spitze. URL: <https://www.bmbf.de/de/mit-digitaler-gesundheit-an-die-spitze-4300.html> (Zugriff am: 02.07.2017)
3. Stellungnahme des ULD zum Referentenentwurf für ein eHealth-Gesetz vom 11.2.2015. URL: <https://www.datenschutzzentrum.de/artikel/874-ULD-Stellungnahme-zum-Referentenentwurf-fuer-ein-E-Health-Gesetz.html> (Zugriff am: 02.07.2017)
4. Buchner B. Datenschutz und Datensicherheit in der digitalisierten Medizin. MedR 2016; 660
5. Ludwig K. Gesundheitskarte sorgt für neue Probleme. SZ-online vom 14.06.2017. URL: <http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/krankenversicherung-gesundheitskarte-sorgt-fuer-neue-probleme-1.3544753> (Zugriff am: 02.07.2017)
6. Meister S., Becker S., Leppert F., Drop L. Digital Health, Mobile Health und Co. – Wertschöpfung durch Digitalisierung und Datenverarbeitung. In: Pfannstiel/Da-Cruz/Mehlich. Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen I. Wiesbaden 2017, S. 185
7. vitabook GmbH. URL: <https://www.vitabook.de/> (Zugriff am: 02.07.2017)
8. Heldt-Andreas K. In: Bergmann/Paue/Steinmeyer. Gesamtes Medizinrecht. 2. Aufl. 2014. § 291a SGB V Rn. 6ff.
9. Kühling J. BeckOK-Datenschutzrecht. 20. Ed. § 4a BDSG Rn. 62ff.
10. Generali Vitality GmbH. URL: <https://www.generalivitality-erleben.de/> (Zugriff am: 02.07.2017)
11. Pressemitteilung vom 26.04.2017 der Verbraucherzentrale NRW. Wearables und Fitness-Apps: Daten außer Kontrolle. URL: <http://www.verbraucherzentrale.nrw/wearables-und-fitness-apps-daten-ausser-kontrolle> (Zugriff am: 02.07.2017)
12. Der Spiegel vom 29.11.1993, Zweifler auf der Zinne. URL: <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-13682546.html> (Zugriff am: 02.07.2017)
13. LG Köln. NJW 1995; 1621
14. BGH. NJW 2014; 2190
15. Duttge G. Das Recht auf Nichtwissen in einer informationell vernetzten Gesundheitsversorgung. MedR 2016; 664
16. Ladeur K.H. Wissenserzeugung im Sozialrecht und der Aufstieg von „Big Data“. In: Buchner/Ladeur. Wissensgenerierung und -verarbeitung im Gesundheits- und Sozialrecht. Tübingen 2016, S. 89
17. Studie der Conell University. Social Media-based Substance Use Prediction. URL: <https://arxiv.org/abs/1705.05633> (Zugriff am: 02.07.2017)
18. Lossau, N. Wann ist präventive Brustentfernung sinnvoll? Welt-online vom 30.03.2017. URL: <https://www.welt.de/gesundheit/article163269488/Wann-ist-praeventive-Brustentfernung-sinnvoll.html> (Zugriff am: 02.07.2017)
19. Hoeren T. Big Data und Datenqualität – ein Blick auf die DS-GVO. ZD 2016; 459
20. Buchner B. Informationelle Selbstbestimmung. Tübingen 2006



Prof. Dr. Benedikt Buchner, LL.M. (UCLA)

Professor für Bürgerliches Recht an der Universität Bremen; Direktor des Instituts für Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht (IGMR) der Universität Bremen.

Studium der Rechtswissenschaften in Augsburg, München und Los Angeles; 1999 bis 2005 wissenschaftlicher Assistent an der Ludwig-Maximilians-Universität München; 2005 Habilitation an der Juristischen Fakultät der Universität München mit einer Arbeit zum Thema „Informationelle Selbstbestimmung im Privatrecht“ (Bayerischer Habilitationsförderpreis; Wissenschaftspreis 2005 der Deutschen Stiftung für Recht und Informatik); Vorsitz Ethikkommission und Vorstandsmitglied DSRI; zahlreiche Publikationen zum Gesundheits- und Datenschutzrecht.



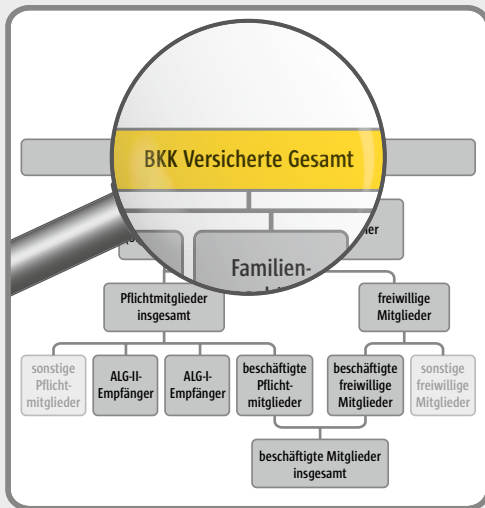


# 4

## Arzneimittelverordnungen

Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter





Nach der Betrachtung des AU-Geschehens sowie der ambulanten und stationären Versorgung schließen die Auswertungen zu den Arzneimittelverordnungen der BKK Versicherten die Analysen der Routedaten in diesem Report ab und ergänzen somit das Gesamtbild zum Krankheitsgeschehen. Zusätzlich zu den BKK Versicherten insgesamt wird im Folgenden insbesondere bei der arbeitsweltlichen Betrachtung wieder auf die Gruppe der beschäftigten BKK Mitglieder fokussiert.

Die Auswertung der Arzneimittelverordnungen erfolgt anhand ihrer anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (kurz: ATC-Klassifikation). Eine Auflistung der anatomischen Hauptgruppen bzw. der therapeutischen Untergruppen ist im **»» Anhang B in »»** Tabelle B.2 zu finden. Diese Klassifikation ordnet Arzneistoffe anhand ihrer chemischen Eigenschaften, ihres therapeutischen Einsatzgebiets sowie anhand anatomischer Kriterien. Deren Anwendungsgebiete sind nach Organsystemen in 14 Hauptgruppen gegliedert.

# 4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

## 4.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2016

Insgesamt sind im Jahr 2016 72,3 Millionen Einzelverordnungen (EVO) an die rund 9,4 Millionen BKK Versicherten vergeben worden. Das entspricht einem durchschnittlichen Wert von 7,7 EVO je BKK Versicherten, dabei sind im Durchschnitt 486 definierte Tagesdosen (DDD) je BKK Versicherten verordnet worden. Knapp drei Viertel (74,0%) aller BKK Versicherten haben demnach im Jahr 2016 mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten. Dieser Anteil hat sich im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügig verändert (2015: 73,8%).

In **»** Tabelle 4.1.1 sind die wichtigsten Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen nach Versichertengruppen im Jahr 2016 dargestellt. Den mit deutlichem Abstand größten Anteil der Versicherten (91,1%) mit mindestens einer Arzneimittelverordnung hat die Gruppe der Rentner inne. Gleiches gilt auch für die Anzahl der Einzelverordnungen (19,0 EVO je Rentner) sowie auch für die definierten Tagesdosen (1.381 DDD je Rentner). Mit großem Abstand folgen dann die Familienversicherten, bei

denen 69,4% mindestens eine Verordnung im Berichtsjahr erhalten haben. Allerdings sind hier die Einzelverordnungen (5,1 EVO je Familienversicherten) und v. a. die definierten Tagesdosen (190 DDD je Familienversicherten) im Vergleich zu allen anderen Versichertengruppen am niedrigsten. Dies ist vor allem dadurch begründet, dass in dieser Gruppe zum Großteil Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren (69,0%) zu finden sind. Da in dieser Altersgruppe häufig akute Erkrankungen von kurzfristiger Dauer auftreten, ist zwar der Verordnungsanteil relativ groß, es werden aber meist nur Medikamente mit einer geringen Applikationsdauer verschrieben, die zu der durchschnittlich geringen Anzahl an definierten Tagesdosen (DDD) in dieser Gruppe führen. Nicht einmal die Hälfte (46,9%) aller Arbeitslosen mit ALG-I-Bezug haben im aktuellen Berichtsjahr eine Arzneimittelverordnung erhalten. Damit zeigt diese Gruppe den niedrigsten Anteil von allen auf, hat hingegen bei den Einzelverordnungen (7,3 EVO je Arbeitsloser im ALG-I-Bezug) sowie auch bei den definierten Tagesdosen (463 DDD je Arbeitsloser im ALG-I-Bezug) zusammen mit den ALG-II-Empfängern

Tabelle 4.1.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der einbezogenen BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2016)

Versichertengruppen	Versicherte in Mio.	EVO je Versicherten	DDD je Versicherten	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent	Durchschnittsalter in Jahren
Beschäftigte Mitglieder	4,48	4,7	286	67,7	42,2
Rentner	1,83	19,0	1.381	91,1	72,1
Arbeitslose (ALG-I)	0,11	7,3	463	46,9	43,8
Arbeitslose (ALG-II)	0,24	7,0	421	60,0	39,4
Familienangehörige	2,31	5,1	190	69,4	19,9
Versicherte gesamt	9,36	7,7	486	74,0	42,5

die nach den Rentnern höchsten Verordnungsmengen bei den Arzneimitteln. Weitere Detailbetrachtungen der Arzneimittelverordnungen nach Versichertengruppen sind auch in **»»** Kapitel 4.2.2 zu finden.

**4.1.2 Langzeittrends**

- Der Trend der letzten 4 Jahre setzt sich auch in 2016 fort: Die Anzahl der Einzelverordnungen und der Anteil der Versicherten mit mindestens einer Verordnung bleiben nahezu unverändert.
- Dagegen sind die definierten Tagesdosen je Versicherten zwischen 2012 und 2016 um 12% angestiegen.

Da im Bereich der Arzneimittelverordnungen ab dem Berichtsjahr 2012 eine Umstellung der Auswertungsmethodik stattfand (siehe **»»** Methodische Hinweise), ist eine Betrachtung der Verordnungskennzahlen im Zeitverlauf nur in den letzten 5 Jahren möglich (vgl. **»»** Tabelle 4.1.2).

Wie zu erkennen ist, ist der Anteil der Versicherten, die mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten haben, von 2012 bis 2016 nahezu unverändert geblieben. Ein etwas höherer Anteil an Versicherten mit einer Verordnung ist im Jahr 2013 zu erkennen. Dieser ist, wie nachfolgend noch zu sehen sein wird, vor allem durch die im Jahr 2013 ausgeprägte Grippewelle verursacht. Im gleichen Zeitraum ist dagegen die durchschnittliche Anzahl der definierten Tagesdosen um 12,0% angestiegen, während sich hingegen die Anzahl der Einzelverordnungen

**Tabelle 4.1.2** Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2012–2016)

Berichts-jahre	EVO je Versicherten	DDD je 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

gen kaum verändert hat, was unter anderem mit der Zunahme von Langzeiterkrankungen und damit verbundener und zunehmender Langzeitmedikation zusammenhängen kann.

In **»»** Diagramm 4.1.1 ist der prozentuale Anteil der BKK Versicherten mit einer Arzneimittelverordnung differenziert nach den nach ihrer Verordnungshäufigkeit wichtigsten anatomischen Hauptgruppen im Zeitverlauf zwischen 2012 und 2016 dargestellt. Sowohl in der Reihung als auch in der Ausprägung der Anteile sind im Betrachtungszeitraum für die hier dargestellten Wirkstoffgruppen nur minimale Änderungen zu erkennen. Der mit +1,5 Prozentpunkten größte Anstieg im Beobachtungszeitraum ist bei den hier dargestellten Verordnungshauptgruppen bei Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zu verzeichnen. Der demografische Wandel und die damit verbundene Zunahme von kardiovaskulären Erkrankungen können als eine Ursache dieses Zuwachses verantwortlich sein. Der deutlichste Rückgang ist dagegen mit -2,2 Prozentpunkten bei den Antiinfektiva zur systemischen Gabe zu erkennen, ein Umstand der auf eine gering ausgeprägte Grippewelle in 2016, aber auch auf eine erhöhte Sensibilisierung gegenüber oftmals unnötigen Antibiotikaverreibungen zurückzuführen ist.

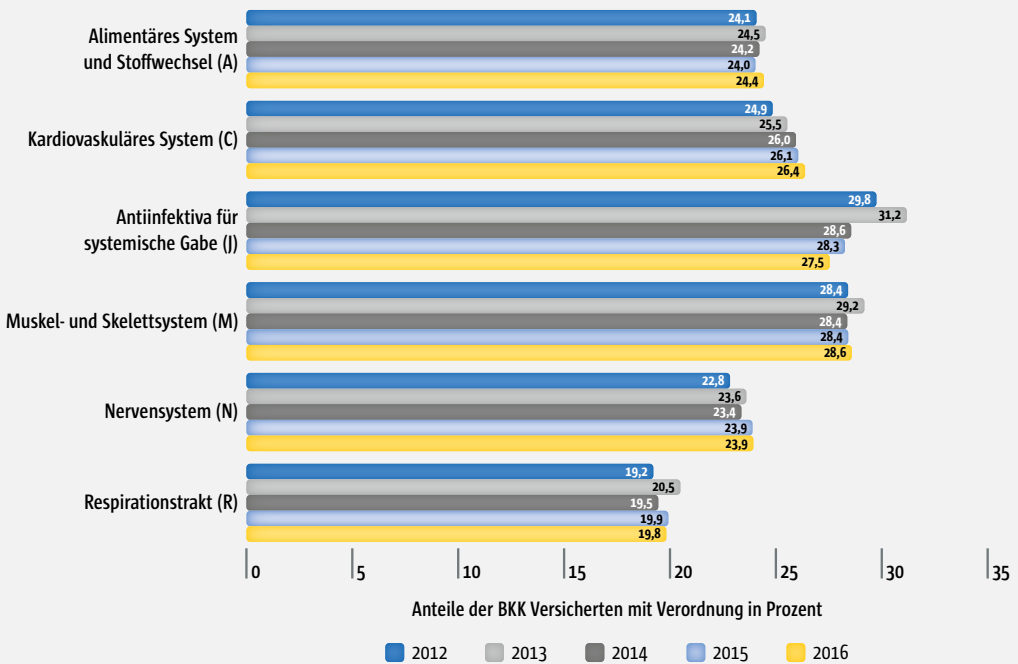
Eine Besonderheit betrifft das Datenjahr 2013 und damit verbunden die Verordnungsanteile für die ATC-Hauptgruppen Antiinfektiva zur systemischen Gabe, Muskel- und Skelettsystem sowie Respirationstrakt: In besagtem Jahr sind die Anteile der BKK Versicherten mit einer Verordnung aus den genannten Wirkstoffgruppen besonders hoch. Vermutlich ist dies, wie bereits eingangs erwähnt, auf die stark ausgeprägte Grippewelle in 2013 zurückzuführen: Alle drei genannten Wirkstoffgruppen werden unter anderem auch zur Behandlung von Erkältungs- bzw. Grippeerkrankungen und deren Begleitsymptomen, wie z.B. Schmerzen, Fieber usw., verordnet.

**4.1.3 Die wichtigsten Arzneimittelverordnungen nach ATC-Klassifikation**

- Mehr als jede vierte Einzelverordnung (26,6%) sowie mehr als vier von zehn verordneten Tagesdosen (44,2%) gehen auf Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zurück.

Neben den Verordnungsanteilen der BKK Versicherten gibt ein Blick auf die Einzelverordnungen sowie die definierten Tagesdosen getrennt nach den

Diagramm 4.1.1 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2016)



anatomischen Hauptgruppen weiteren Aufschluss über das Verordnungsgeschehen im Arzneimittelbereich.

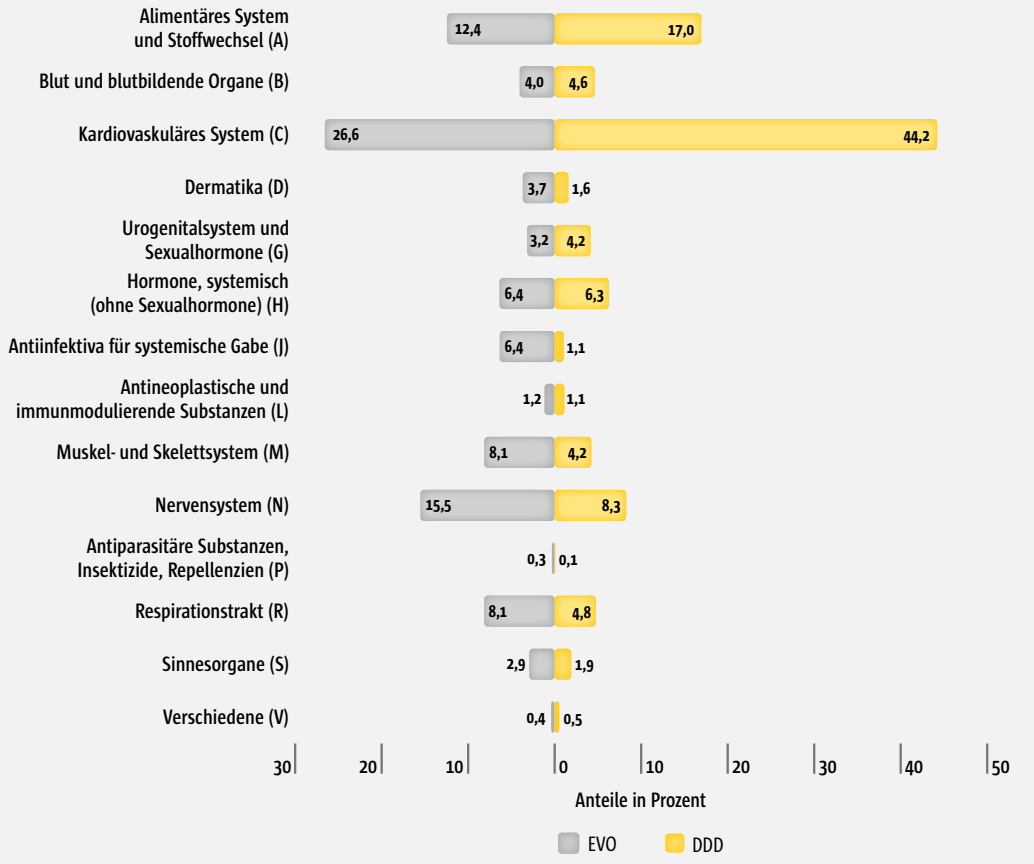
Wie in **»»»** Diagramm 4.1.2 zu erkennen ist, dominieren die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System die Anteile der Einzelverordnungen sowie der definierten Tagesdosen. Mehr als jede vierte Einzelverordnung (26,6%) sowie 44,2% aller definierten Tagesdosen gehen insgesamt allein auf diese anatomische Hauptgruppe zurück. Im Vergleich zum Jahr 2015 haben sich die hier berichteten Prozentanteile nahezu nicht verändert (EVO: 26,3%; DDD: 44,1%). Ähnlich verhält es sich mit den Medikamenten mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel. Diese verursachen mit 12,4% den drittgrößten Anteil der Einzelverordnungen und sind für 17,0% aller verordneten Tagesdosen verantwortlich. Im Vorjahresvergleich zeigen sich auch hier nahezu keine Änderungen (EVO: 12,5%; DDD: 16,8%). Auch bei den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem, auf das Muskel- und Skelettsystem sowie auf den Respirationstrakt sind für die berichteten Kennzahlen nahezu keine Veränderungen im Vergleich zum Jahr 2015 feststellbar.

Neben der allgemeinen Übersicht zum Arzneimittelverordnungs geschehen soll im Folgenden noch ein detaillierter Blick auf die nach Verordnungsanteilen wichtigsten therapeutischen Untergruppen erfolgen.

In **»»»** Tabelle 4.1.3 sind die zehn Wirkstoffgruppen, die bei den BKK Versicherten die größten Anteile an allen Verordnungen ausmachen, auf Ebene der therapeutischen Untergruppen im Vergleich zwischen 2012 bis 2016 dargestellt. Zunächst lässt sich feststellen, dass sowohl bei den zu den Top 10 gehörenden Wirkstoffgruppen selbst, als auch in ihrer Reihung im Berichtszeitraum keine Änderungen aufgetreten sind.

Die Antibiotika zur systemischen Gabe (J01) sind im aktuellen Berichtsjahr mit einer Verordnungsquote von 26,0% zwar wiederum als am meisten verordnete Wirkstoffgruppe zu finden, allerdings hat dieser Anteil in den letzten fünf Jahren sukzessive abgenommen, im Vergleich zwischen 2012 und 2016 um 2,4 Prozentpunkte. Inwieweit die zahlreichen nationalen und internationalen Bemühungen der Reduktion von nicht notwendigen Antibiotikaverschreibungen bzw. dem Entgegenwirken von Anti-

Diagramm 4.1.2 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2016)



biotikaresistenzen der letzten Jahre hier Wirkung zeigen, muss auch in den kommenden Jahren weiter beobachtet werden. Trotz der insgesamt abnehmenden Tendenz der Verordnungsanteile im Vergleich zu den Vorjahren, liegt deren Anteil aber weiterhin auf einem hohen Niveau – mehr als jeder vierte BKK Versicherte bekommt mindestens einmal pro Jahr ein Antibiotikum verordnet.

Nach Verordnungsanteilen bei den BKK Versicherten auf Platz 2 folgen mit 25,6% die Antiphlogistika (Entzündungshemmer) und Antirheumatika (Mo1), die vorwiegend bei Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems Anwendung finden. Weitere 18,6% der BKK Versicherten erhielten im Jahr 2016 mindestens eine Verordnung eines Mittels mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (Co9), die vor allem bei Herz- und Kreislauferkrankungen An-

wendung finden. Wie schon bei den Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System, zeigt sich auch bei dieser Untergruppe ein deutlicher Anstieg der Verordnungsanteile um +1,9 Prozentpunkte über die vergangenen 5 Jahre. Dies korrespondiert unter anderem mit den in der ambulanten (vgl. [III](#) Kapitel 2) und stationären Versorgung (vgl. [III](#) Kapitel 3) berichteten hohen Behandlungs- bzw. Prävalenzahlen bei dieser Diagnosehauptgruppe, die insbesondere in den höheren Altersgruppen zu erkennen sind. Entsprechend sind auch zwei weitere Wirkstoffgruppen, die Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten (Co7) sowie die Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen (C10), unter den zehn nach Verordnungsanteilen wichtigsten Arzneimittelgruppen zu finden.

Tabelle 4.1.3 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung – die zehn häufigsten Verordnungen im Zeitverlauf (2012–2016)

ATC-Code	Therapeutische Untergruppen	Berichtsjahre				
		2012	2013	2014	2015	2016
		Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent				
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	28,4	29,7	27,2	26,8	26,0
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	25,4	26,3	25,5	25,5	25,6
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	16,7	17,5	18,0	18,2	18,6
N02	Analgetika	14,7	15,5	15,2	16,0	16,0
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	13,5	14,1	14,8	15,0	15,3
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten	12,6	12,9	13,0	12,9	12,9
H03	Schilddrüsenherapie	9,6	10,2	10,5	10,7	11,1
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	8,8	9,3	9,3	9,4	9,5
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	7,9	8,2	8,4	8,5	8,9
S01	Ophthalmika	8,5	8,9	9,0	8,8	8,9

Ein gleichartiger Anstieg (+1,8 Prozentpunkte) ist bei den Mitteln bei säurebedingten Erkrankungen (A02) zu beobachten. Vermutlich hängt deren Zunahme auch mit dem Anstieg bei den Mitteln mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09) zusammen, da diese häufig verwendet werden, um den mit deren (meist oraler) Einnahme verbundenen

magenschädlichen Wirkungen prophylaktisch entgegenzuwirken.

Weitere bedeutsame Zuwächse bei den Verordnungsanteilen zwischen 2012 und 2016 sind bei den Analgetika (N02; +1,3 Prozentpunkte) sowie bei Mitteln für die Schilddrüsenherapie (H03; +1,5 Prozentpunkte) zu verzeichnen.



## 4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Wie auch schon in den anderen Kapiteln dieses Buches deutlich wurde, übt die Soziodemografie der BKK Versicherten einen nicht unwesentlichen Einfluss auf deren Versorgungsgeschehen bzw. deren Gesundheitszustand aus. Dass dies auch bei den Arzneimitteln gilt, soll im folgenden Abschnitt näher beleuchtet werden. Parallel zu den bereits berichteten Leistungsbereichen wird neben dem Alter und dem Geschlecht auch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe sowie der höchstschulische bzw. berufliche Abschluss an dieser Stelle betrachtet.

### 4.2.1 Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht

Das **III** Diagramm 4.2.1 zeigt die Anteile der BKK Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung im Jahr 2016 differenziert nach Alter und Geschlecht.

Arzneimittelverordnungen bei Kindern und Jugendlichen bis zu einem Alter von 14 Jahren sind bei beiden Geschlechtern nahezu gleich häufig, wobei die Anteile vom Kleinkind- bis zum frühen Jugendalter deutlich sinken. In dieser Altersgruppe sind – analog zu den ambulanten Diagnosedaten – vor allem den Respirationstrakt betreffende, entzündungshemmende und fiebersenkende Arzneimittel die am häufigsten verordneten Wirkstoffe. Eine Begründung für den hohen Anteil bei den jungen BKK Versicherten mit einer Verordnung kann die Erstattungsfähigkeit beispielsweise von Mund- und Rachentherapeutika sowie Erkältungsmedikamenten für Kinder bis zu zwölf Jahren sein. Durch die Verordnung auf ein Kassenrezept werden dann auch solche Medikamente erfasst, die für Patienten anderer Altersklassen i. d. R. nicht erstattungsfähig sind und somit durch die BKK Statistik nicht abgebildet werden.

Ab einem Alter von 15 Jahren unterscheiden sich die geschlechtsspezifischen Verordnungshäufigkeiten deutlich. In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen ist dieser Unterschied am prägnantesten – die jungen Frauen erhalten hier 26,0 Prozentpunkte mehr Arzneimittelverordnungen als die jungen Männer, was vor allem durch Verordnungen im Bereich der Kontrazeptiva (ATC-Gruppe G) bei den Frauen begründet ist. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der BKK Versicherten mit einer Verordnung insgesamt an, wobei gleichzeitig die Geschlechtsunterschiede abnehmen und jenseits des Renteneintrittsalters nahezu nicht mehr sichtbar sind. Insbesondere in den Altersgruppen der über 80-Jährigen erhält nahezu jeder BKK Versicherte mindestens eine Arzneimittelverordnung (Gesamt: 95,3–96,3%) pro Jahr. Entsprechend der in der ambulanten Versorgung (vgl. **III** Kapitel 2) in dieser Altersgruppe primär bestimmenden Herz- und Kreislauferkrankungen geht die Mehrzahl der Verordnungen somit auch auf die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System (ATC-Gruppe C) zurück.

Auch bei der Betrachtung der Einzelverordnungen sowie definierten Tagesdosen der BKK Versicherten zeigt sich sowohl bezogen auf das Alter als auch auf das Geschlecht ein ähnliches Bild wie bei den Verordnungsanteilen (vgl. **III** Diagramm 4.2.2). Auch hier sind es die 15- bis 19-jährigen Frauen, die vorrangig aufgrund von Kontrazeptiva-Verordnungen deutliche höhere definierte Tagesdosen bzw. Einzelverordnungen aufweisen als die Männer.

Besonders deutlich steigen beide Verordnungs-kennzahlen noch einmal im Alter zwischen 60 und 69 Jahren an, was unter anderem mit dem Übergang von der Arbeits- in die Ruhestandsphase zusammenhängen kann. Ein ähnliches Verlaufsmuster zeigt sich auch in der ambulanten (vgl. **III** Kapitel 2) und in der stationären (vgl. **III** Kapitel 3) Versorgung z. B. bei den kardiovaskulären Erkrankungen.

Diagramm 4.2.1 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

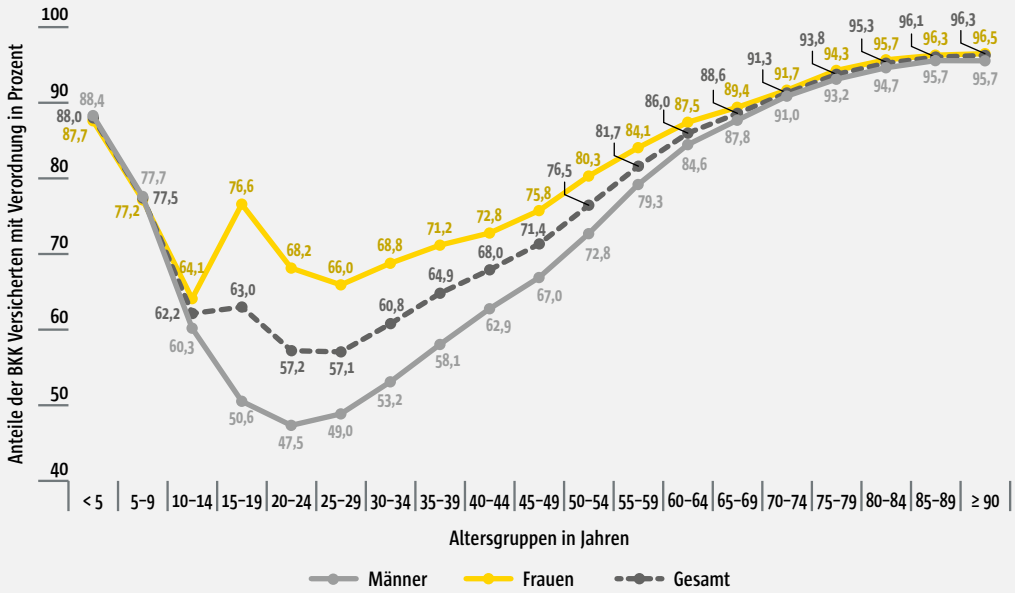
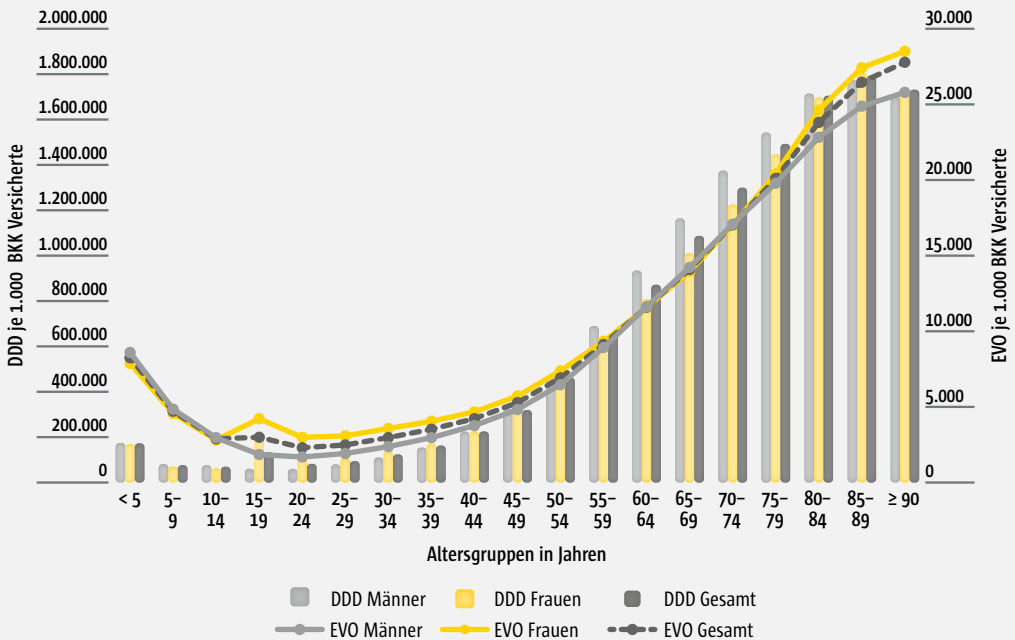


Diagramm 4.2.2 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



- Bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislaufsystem sowie auf den Stoffwechsel, zeigt sich mit zunehmendem Lebensalter der deutlichste Anstieg bei den Verordnungsmengen.
- Dieser Anstieg korrespondiert mit den altersabhängigen Prävalenzen chronischer Erkrankungen, wie z.B. Bluthochdruck oder Diabetes.

In **III** Diagramm 4.2.3 sind die zehn bereits in **III** Tabelle 4.1.3 aufgeführten und nach Anteilen häufigsten Verordnungen auf Ebene der therapeutischen Untergruppen nochmals differenziert nach Alter und Geschlecht dargestellt. Sichtbar wird, dass sich die Verordnungsanteile je therapeutische Untergruppe sowohl zwischen Männern und Frauen als auch zwi-

schen den verschiedenen Altersgruppen zum Teil sehr stark unterscheiden. Deutliche, vom Alter der Versicherten abhängige Verordnungsanteile sind unter anderem für die Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09) und bei Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten (C07) erkennbar, die unter anderem mit der höheren Prävalenz von Herz- und Kreislauferkrankungen in der Gruppe der älteren Versicherten erklärbar sind (vgl. **III** Kapitel 2). Gleiches gilt für die Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen (C10). Diese drei therapeutischen Untergruppen, die ihre Wirkung primär auf das kardiovaskuläre System ausüben, werden faktisch in der Gruppe der unter 20-jährigen nicht verordnet, da in dieser Altersgruppe entsprechende Krankheitsbilder nur sehr selten auftreten. Wesentlich geringere Alters-

Diagramm 4.2.3 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung – die zehn häufigsten Verordnungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

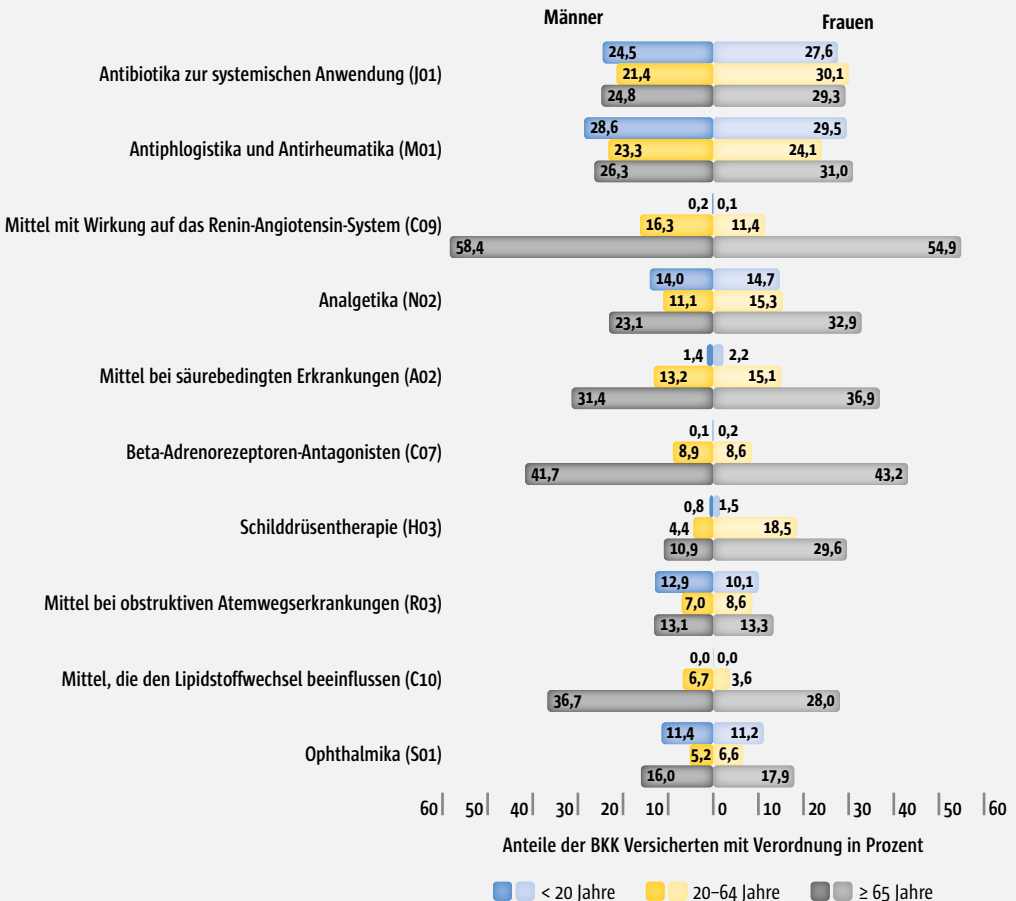
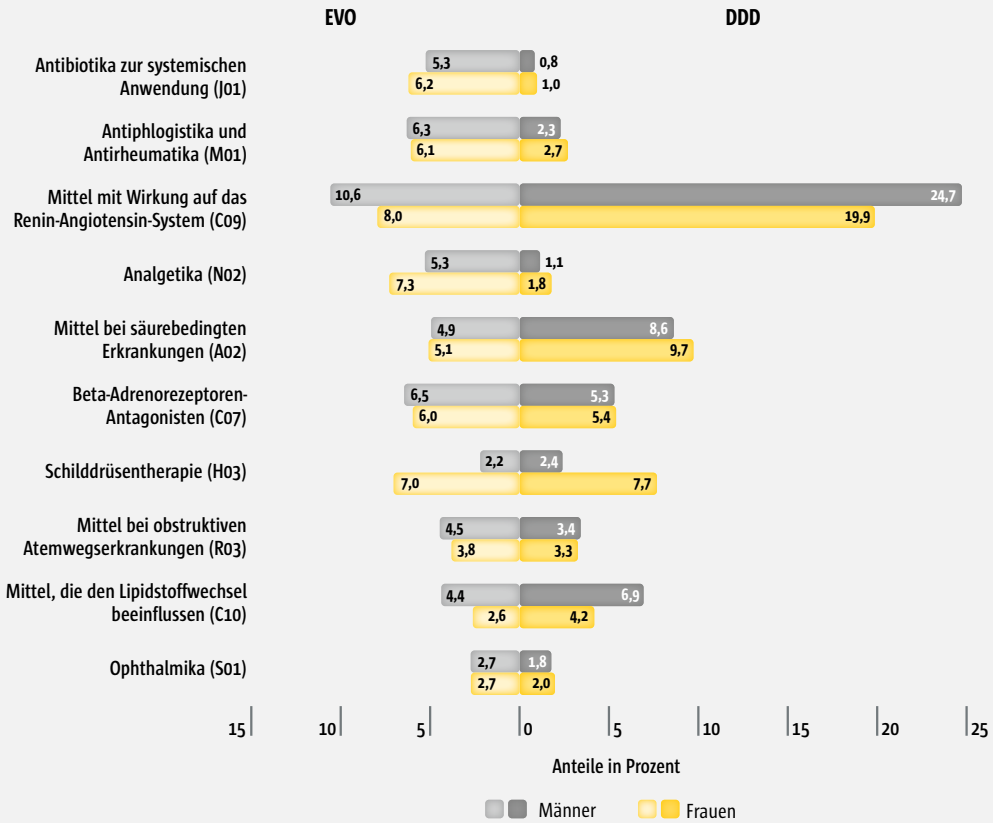


Diagramm 4.2.4 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der zehn häufigsten Verordnungen der BKK Versicherten nach Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



unterschiede sind dagegen bei Arzneimitteln, die beispielsweise bei Atemwegserkrankungen verordnet werden (Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen; R03) erkennbar. Gleiches gilt auch für die Antibiotika zur systemischen Verwendung (J01) und die Antiphlogistika und Antirheumatika (M01).

Auch Geschlechtsunterschiede treten deutlich zu Tage: Frauen weisen insgesamt bei der Schilddrüsen-therapie (H03) einen Verordnungsanteil von 17,4% auf – das ist der mehr als dreieinhalbfache Anteil im Vergleich zu den Männern (4,8%). Begründet ist dies durch die Tatsache, dass Frauen im Vergleich zu den Männern wesentlich häufiger von Schilddrüsen-erkrankungen betroffen sind. Insbesondere Mittel zur Behandlung von Erkältungen, wie Rhinologika (R01) oder Antiphlogistika und Antirheumatika (M01) sind in den vorliegenden Statistiken unterrepräsentiert, da diese Präparate meist nur bei Kindern und Jugendlichen erstattungsfähig sind und somit

bei den älteren Versichertengruppen nicht in den Leistungsdaten auftauchen.

- Auf die zehn am häufigsten verordneten Wirkstoffgruppen gehen jeweils mehr als die Hälfte aller Einzelverordnungen (53,8%) bzw. definierten Tagesdosen (57,5%) insgesamt zurück.

Für die 10 Wirkstoffgruppen mit den höchsten Verordnungsanteilen (vgl. **III** Tabelle 4.1.3) sind in **III** Diagramm 4.2.4 die jeweiligen Anteile der Einzelverordnungen bzw. definierten Tagesdosen dargestellt. Neben den Verordnungsanteilen geben diese Kennzahlen in ihrem Verhältnis zueinander vor allem Aufschluss darüber, ob es sich primär um Arzneimittel für Kurz- oder Langzeiterkrankungen handelt. Zudem sind, im Vergleich zu den Verordnungsanteilen, die ja lediglich die Anteile der BKK Versicherten mit mindestens einer Verordnung zählen,

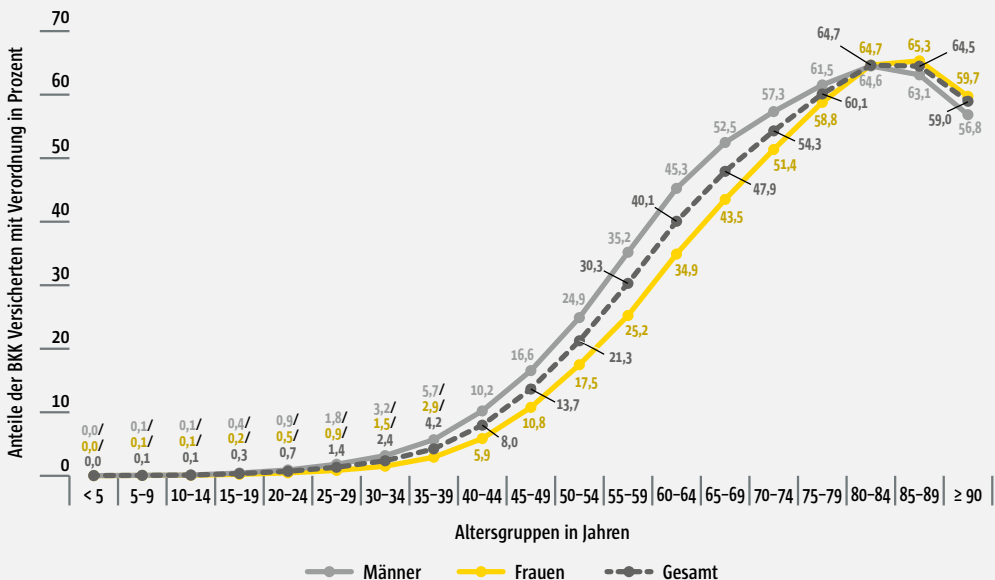
hier auch Mehrfachverordnungen derselben Wirkstoffklasse abgebildet.

Allein durch diese 10 therapeutischen Untergruppen werden mehr als die Hälfte aller Einzelverordnungen (53,8%) bzw. aller definierten Tagesdosen (57,5%) verursacht. Nahezu jede zehnte Einzelverordnung (9,2%) bzw. mehr als jede fünfte definierte Tagesdosis (22,2%) geht auf ein Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (Co9) zurück. Insgesamt vereinen die hier aufgeführten drei Arzneimittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System (ATC-Hauptgruppe C) allein 18,8% aller Einzelverordnungen und 33,1% aller definierten Tagesdosen auf sich. Dabei liegen die Verordnungskennzahlen der drei der ATC-Gruppe C zugehörigen Wirkstoffe – äquivalent zu den höheren Prävalenzen der Herz- und Kreislauferkrankungen – bei den Männern (EVO: 21,4%; DDD: 37,0%) deutlich über denen der Frauen (EVO: 16,5%; DDD: 29,4%). Auch die Mittel bei säurebedingten Erkrankungen (Ao2), die der mit der Einnahme verbundenen magenschädlichen Wirkungen einer Vielzahl der Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System prophylaktisch entgegenwirken, sind dieser Erkrankungsart indirekt zuzuordnen und weisen mit 5,0% aller Einzelverordnungen bzw. 9,2% aller definierten Tagesdosen ebenfalls einen nicht unerheblichen Anteil an allen Arzneimittelverord-

nungen auf. Die beiden nach dem Anteil der BKK Versicherten mit einer Verordnung am stärksten vertretenen Wirkstoffgruppen, die Antibiotika zur systemischen Anwendung (Jo1) sowie die Antiphlogistika und Antirheumatika (Mo1), weisen zwar relativ viele Einzelverordnungen (5,8% bzw. 6,2%) aber gleichzeitig niedrige Anteile an Tagesdosen (0,9% bzw. 2,5%) auf. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es sich hier um Arzneimittel handelt, die zwar relativ häufig verordnet, meist aber nur zur Behandlung von Kurzzeiterkrankungen eingesetzt werden.

Abschließend soll noch einmal ein Blick auf die alters- und geschlechtsabhängigen Verordnungsanteile bezogen auf die Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (Co9) geworfen werden. Wie in **»»»** Diagramm 4.2.5 zu sehen ist, steigt hier der Anteil der BKK Versicherten, die eine Verordnung aus dieser Wirkstoffgruppe erhalten, mit zunehmendem Alter deutlich an. Spielt diese Wirkstoffgruppe bis zum Lebensalter von 25 Jahren bei beiden Geschlechtern nahezu keine Rolle, da hier die zugrundeliegenden Herz- und Kreislauferkrankungen nur äußerst selten auftreten, so ist ab dem mittleren Erwachsenenalter bis hin zu den 80- bis 84-jährigen ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. Dabei sind es die Männer, die in der Mehrzahl der betrachteten Altersgruppen häufiger eine Verordnung aus dieser Wirk-

Diagramm 4.2.5 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit einer Verordnung von Mitteln mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (Co9) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



stoffgruppe erhalten. In der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen ist dieser Geschlechtsunterschied bezogen auf die Verordnungsanteile am größten (Männer: 45,3%; Frauen: 34,9%). Der hier dargestellte Altersverlauf korrespondiert in hohem Maße mit dem Leistungsgeschehen im ambulanten (vgl. **»»** Kapitel 2) und stationären (vgl. **»»** Kapitel 3) Versorgungsgeschehen bezogen auf die Herz- und Kreislauferkrankungen.

#### 4.2.2 Arzneimittelverordnungen nach Versichertenstatus

- Mehr als zwei Drittel aller Beschäftigten (67,7%) haben im Jahr 2016 mindestens einmal ein Arzneimittel verordnet bekommen, wobei in dieser Gruppe ein großer Unterschied zwischen Frauen (73,9%) und Männern (62,8%) auftritt.

Wie bereits in den vorhergehenden Kapiteln beschrieben, ist der Versichertenstatus bzw. die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe ein mittelbarer Indikator der Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht des Versicherten, die einen nicht unerheblichen Einfluss auf dessen gesundheitliche Lage nehmen kann. Dass dies auch auf die Arzneimittelverordnungen zutrifft, zeigt eindrucksvoll die **»»** Tabelle 4.2.1.

Erwartungsgemäß sind insgesamt die meisten Verordnungsanteile (91,1%) bei der Gruppe der Rentner zu finden, was weniger durch deren soziale Lage, denn durch das höhere Lebensalter und die damit verbundene höhere Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung und somit auch einer Medikation gegeben ist. In ähnlichem Maße gilt dies auch für die Familienangehörigen, da in dieser Gruppe zum Großteil meist minderjährige Kinder eingeschlossen sind. In dieser Gruppe erhalten mehr als zwei Drittel (69,4%) aller Versicherten mindestens eine Verordnung im Jahr 2016 – Frauen deutlich häufiger als Männer. Insgesamt nur geringfügig weniger Verordnungsanteile (67,7%) weisen die beschäftigten Mitglieder auf, auch hier erhalten die Frauen pro Jahr häufiger mindestens einmal Arzneimittel als die Männer verordnet. Insgesamt deutlich geringer sind dagegen die Verordnungsanteile der ALG-II-Empfänger (60,0%), mit 46,9% sind die geringsten Verordnungsanteile bei den ALG-I-Empfängern zu finden. Ein ähnliches Muster dieser Verordnungsanteile findet sich auch in der ambulanten Versorgung wieder (vgl. **»»** Kapitel 2.2.2): Dort weisen die ALG-I-Empfänger den niedrigsten Anteil von Personen mit mindestens einer Diagnose auf, gefolgt von den ALG-II-Empfängern und den beschäf-

**Tabelle 4.2.1** Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit einer Verordnung nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

Versichertengruppen	Geschlecht	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent
Alle Versicherten	Männer	69,4
	Frauen	78,7
	Gesamt	74,0
davon sind:		
Beschäftigte Mitglieder	Männer	62,8
	Frauen	73,9
	Gesamt	67,7
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	41,6
	Frauen	53,0
	Gesamt	46,9
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	52,0
	Frauen	68,0
	Gesamt	60,0
Familienangehörige	Männer	64,5
	Frauen	72,8
	Gesamt	69,4
Rentner	Männer	90,0
	Frauen	92,1
	Gesamt	91,1

tigten Mitgliedern. Eine mögliche Erklärung liegt darin, dass die Arbeitslosen, insbesondere bei Kurzeiterkrankungen, seltener ambulante Leistungen in Anspruch nehmen, für die zum Beispiel Beschäftigte in der Regel eine AU-Bescheinigung benötigen und entsprechende Arzneimittel verordnet bekommen.

- Langzeitarbeitslose (ALG-II) erhalten deutlich häufiger Verordnungen für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem (24,9%) als Beschäftigte (18,2%).
- Bei den Psychoanaleptika (No6), die v.a. bei psychischen Störungen eingesetzt werden, ist der Unterschied besonders groß (ALG-II: 11,7% vs. Beschäftigte: 5,9%).

Altersbedingt sind für nahezu alle anatomischen Hauptgruppen die meisten Verordnungsanteile bei der Gruppe der Rentner zu finden (vgl. ►► Tabelle 4.2.2). Besonders auffällig ist hier wieder der hohe Anteil der Verordnungen bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System. Ebenfalls mit Abstand die höchsten Werte zeigen sich bei den Verordnungsanteilen für Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem. Altersbedingt in umgekehrter Relation gilt dies auch für die Familienangehörigen, da zu dieser Gruppe zum Großteil minderjährige Kinder zählen, was sich unter anderem an dem jeweils höchsten Anteil der Verordnungen von Mitteln mit Wirkung auf den Respirationstrakt (31,8%) bzw. der Antiinfektiva zur sys-

temischen Gabe (26,5%) zeigt. Interessanterweise sind in dieser Gruppe auch die Verordnungsanteile für die Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem (26,5%) hoch, da hier auch Schmerzmittel wie z.B. Ibuprofen (Mo1AE01) hinzugehören, die vor allem bei Kleinkindern besonders häufig als Fiebersenker Anwendung finden.

Das Verordnungsgeschehen bei Rentnern bzw. Familienangehörigen wird im großen Maße auch durch das Alter der jeweiligen Versichertengruppe definiert und unterscheidet sich somit bedeutsam von dem der Arbeitslosen bzw. beschäftigten Mitglieder. Die beiden letztgenannten Gruppen unterscheiden sich hingegen in ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur nur unwesentlich, sodass hier zu beobachtende Unterschiede beim Arzneimittelge-

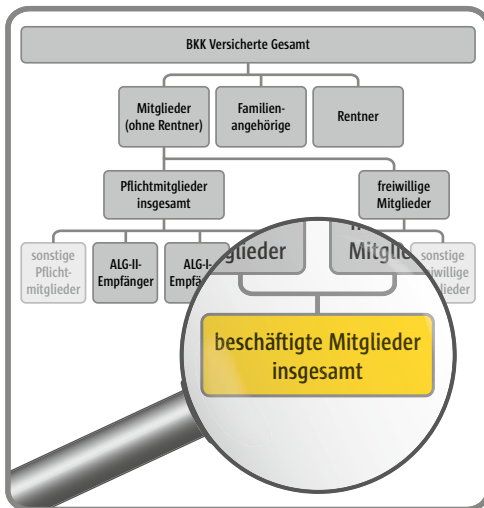
Tabelle 4.2.2 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit einer Verordnung nach Versichertengruppen und Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2016)

ATC-Code	Verordnungshauptgruppen	Versicherte insgesamt	davon				
			Beschäftigte Mitglieder	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familienangehörige	Rentner
			Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent				
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	24,4	17,8	12,9	19,7	17,7	47,9
B	Blut und blutbildende Organe	9,9	5,4	4,4	6,8	3,5	28,8
C	Kardiovaskuläres System	26,4	18,5	15,2	16,7	6,9	71,6
D	Dermatika	15,2	11,1	6,1	9,6	17,9	20,0
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	8,5	6,4	4,0	6,4	7,1	15,4
H	Hormone, systemisch (ohne Sexualhormone)	15,8	13,9	9,8	10,7	9,6	27,7
J	Antiinfektiva für systemische Gabe	27,5	26,2	12,3	22,5	26,5	28,0
L	Antineoplastische und immunmodulierende Substanzen	2,5	1,6	1,4	1,3	2,1	4,9
M	Muskel- und Skelettsystem	28,6	24,7	13,1	21,2	26,5	38,2
N	Nervensystem	23,9	18,2	16,7	24,9	17,9	42,6
P	Antiparasitäre Substanzen, Insektizide, Repellenzien	1,6	1,0	0,7	1,5	2,3	1,6
R	Respirationstrakt	19,8	13,3	7,7	12,7	31,8	18,9
S	Sinnesorgane	10,0	6,6	3,2	4,7	11,1	16,5
<b>Alle Verordnungen</b>		<b>74,0</b>	<b>67,7</b>	<b>46,9</b>	<b>60,0</b>	<b>69,4</b>	<b>91,1</b>

brauch maßgeblich auch von der sozioökonomischen Lage der jeweiligen Gruppe bestimmt werden.

Besonders häufig erhalten ALG-II-Empfänger Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem verordnet, nahezu jeder vierte Versicherte (24,9%) aus dieser Gruppe erhält mindestens eine Verordnung aus dieser Wirkstoffgruppe im Berichtsjahr. Dagegen sind die entsprechenden Verordnungsquoten bei den ALG-I-Empfängern (16,7%) bzw. den beschäftigten Mitgliedern (18,2%) wesentlich geringer. Auf Ebene der therapeutischen Untergruppen zeigt sich zudem, dass die Unterschiede in den Verordnungsanteilen vor allem auf die Gruppe der Psychoanaleptika (No6) zurückzuführen sind. Mehr als jeder Zehnte (11,7%) ALG-II-Empfänger hat in 2016 mindestens eine Verordnung aus dieser Wirkstoffgruppe erhalten, immerhin 9,0% bei den ALG-I-Empfängern, aber deutlich weniger bei den beschäftigten Mitgliedern (5,9%). Auch hier sind Parallelen zum Krankheitsgeschehen im ambulanten Bereich erkennbar: Langzeitarbeitslose (ALG-II) sind am häufigsten aufgrund einer psychischen Störung in ambulanter Behandlung, gefolgt von den ALG-I-Empfängern und den beschäftigten Mitgliedern.

### 4.2.3 Arzneimittelverordnungen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen



Wie auch in den vorangegangenen Kapiteln werden im Folgenden die Arzneimittelverordnungen nach den, auf Basis des Tätigkeitsschlüssels, vorliegenden Informationen zu höchstem Schul- bzw. Berufsab-

schluss dargestellt. Da diese ausschließlich für die beschäftigten Mitglieder vorliegen, ist ein Vergleich der Kennzahlen in den vorhergehenden Abschnitten nur mit dieser Versichertengruppe möglich.

#### Höchster Schulabschluss

- Je höher der Schulabschluss eines Beschäftigten ist, desto seltener bzw. desto weniger Arzneimittel bekommt er verordnet.
- Bei den definierten Tagesdosen wird dieser Zusammenhang besonders bei den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System sichtbar.

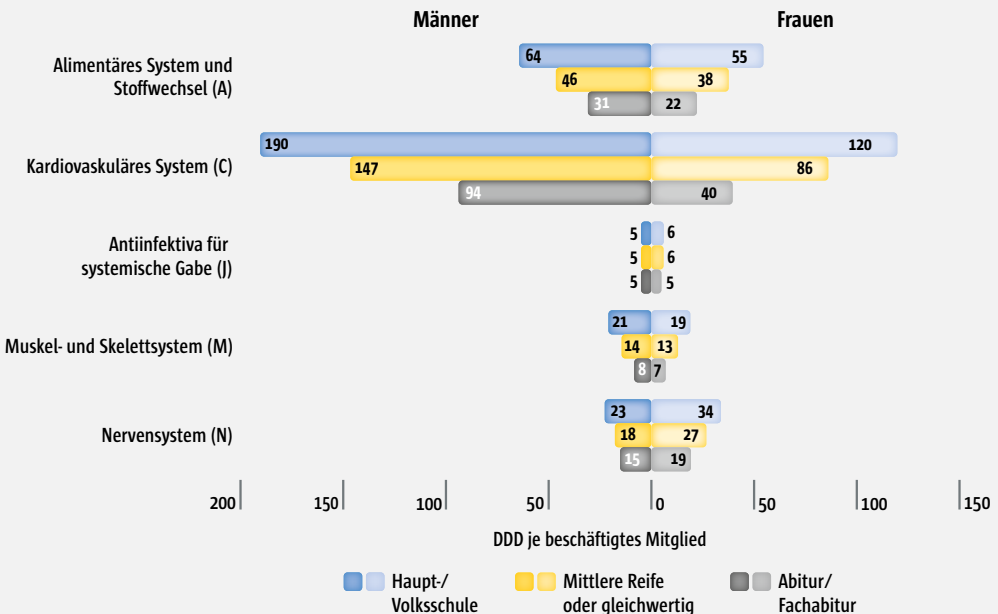
Welchen Einfluss der höchste Schulabschluss der beschäftigten Mitglieder auf die Arzneimittelverordnungen im Allgemeinen ausübt, ist in **III** Tabelle 4.2.3 zu sehen. Für den Anteil der Beschäftigten mit mindestens einer Verordnung im Jahr 2016 zeigt sich für beide Geschlechter, dass die Berufstätigen mit einem Haupt- bzw. Volksschulabschluss jeweils die höchsten Anteile aufweisen. Die geringsten Verordnungsanteile finden sich hingegen bei den Beschäftigten mit einem (Fach-)Abitur. Bezogen auf die Einzelverordnungen und die definierten Tagesdosen zeigt sich ein relativ eindeutiges Muster: Je höher der Schulabschluss, desto weniger EVO und DDD werden im Durchschnitt verordnet. Dieser Zusammenhang deckt sich auch mit den Befunden zur Arbeitsunfähigkeit (vgl. **III** Diagramm 1.2.13). Lediglich bei den Frauen zeigt sich, dass Beschäftigte mit einem Haupt-/Volksschulabschluss marginal mehr EVO und DDD aufweisen als die Beschäftigten ohne Schulabschluss. Vermutlich ist dieser Effekt altersbedingt, da beschäftigte Frauen mit Volks-/Hauptschulabschluss im Mittel ca. 2 Jahre älter sind als solche ohne Schulabschluss. Bei den Männern tritt hingegen für beide Schulabschlüsse kein Altersunterschied bei den Beschäftigten auf. Zudem zeigen sich bei Beschäftigten ohne Schulabschluss parallel in der ambulanten Versorgung auch die niedrigsten Inanspruchnahmequoten. Die daraus resultierenden geringeren Verordnungsanteile gehen aber mit in Relation dazu höheren Werten bei den Einzelverordnungen und Tagesdosen einher, was vermutlich damit begründet ist, dass diese Gruppe vor allem dann bei Erkrankungen den Arzt aufsucht, die dann mit einer längeren und höheren Dosierung von Arzneimitteln verbunden sind.



Tabelle 4.2.3 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

höchster Schulabschluss	Männer			Frauen		
	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO je 1.000 beschäftigte Mitglieder	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO je 1.000 beschäftigte Mitglieder	DDD
Abschluss unbekannt	59,9	4.606	316.156	71,8	5.428	298.467
ohne Schulabschluss	59,1	5.569	385.071	66,4	6.054	332.102
Haupt-/Vollabschluss	67,6	5.378	372.345	77,1	6.321	355.998
Mittlere Reife oder gleichwertig	62,6	4.228	287.852	75,2	5.181	280.893
Abitur/Fachabitur	54,2	3.164	203.640	67,1	3.831	183.021
Gesamt	62,8	4.392	299.000	73,9	5.055	270.594

Diagramm 4.2.6 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen, höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



In **»»** Diagramm 4.2.6 sind die definierten Tagesdosen der Beschäftigten für die wichtigsten anatomischen Hauptgruppen sowie die drei wichtigsten Schulabschlussformen nach Geschlecht dargestellt. Auch hier zeigt sich relativ deutlich, dass mit höhe-

rem Schulabschluss durchschnittlich weniger Dosen von Arzneimitteln verordnet bzw. eingenommen werden. So weisen berufstätige Frauen mit einem Haupt-/Volksschulabschluss mehr als dreimal so viele Tagesdosen bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardio-

vaskuläre System auf wie solche mit einem (Fach-)Abitur, bei den Männer unterscheiden sich beide Gruppen um mehr als das Doppelte. Ähnliche große Unterschiede zeigen sich auch bei den Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel. Lediglich bei den Antiinfektiva sind keine Unterschiede zwischen den betrachteten Schulabschlüssen zu beobachten, was auch mit den entsprechenden Anteilen der von einer Atemwegserkrankung Betroffenen in der ambulanten Versorgung korrespondiert. Da es sich hier in der Regel um akute und übertragbare Erkrankungen, wie z.B. die saisonale Erkältung, handelt, sind hier alle Beschäftigten, unabhängig von der Höhe des Schulabschlusses, in gleichem Maße betroffen und zeigen entsprechend auch keine relevanten Unterschiede bei den Medikationsmengen.

### Höchster Berufsabschluss

- Auch beim beruflichen Ausbildungsabschluss der Beschäftigten zeigt sich, dass ein höherer Abschluss mit niedrigeren Verordnungsanteilen und -mengen von Arzneimitteln einhergeht.

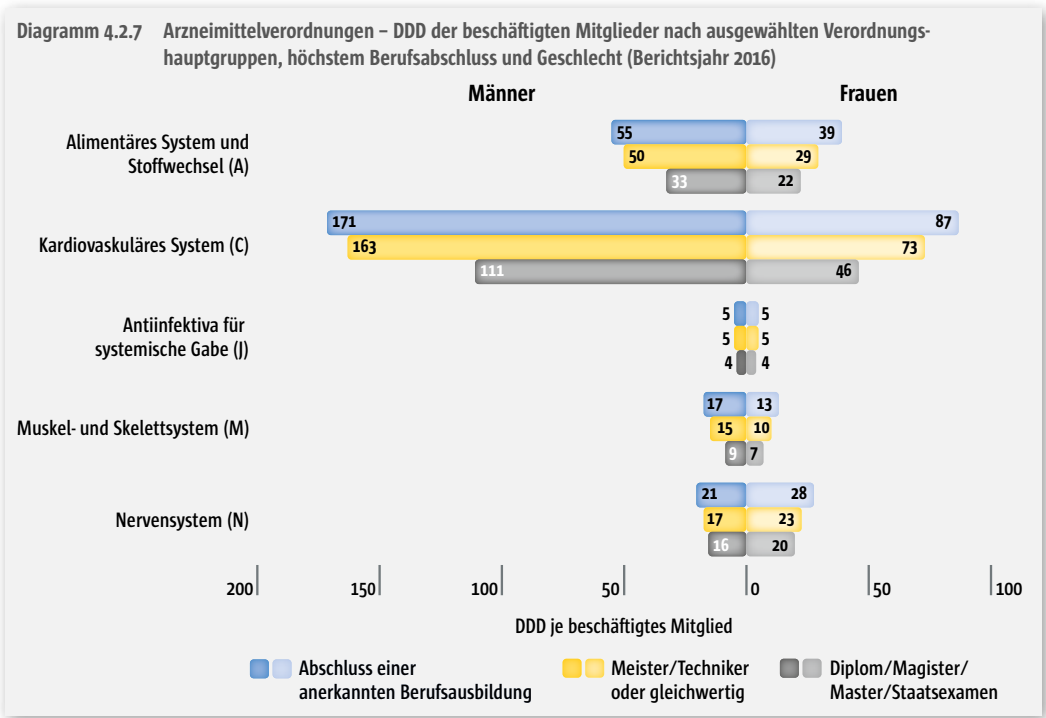
- Hiervon ausgenommen sind Beschäftigte ohne beruflichen Ausbildungsabschluss bzw. mit Bachelorabschluss, da in diesen beiden Gruppen v.a. das deutlich geringere Durchschnittsalter die niedrigeren Arzneimittelkennzahlen triggert.

Ähnlich wie beim höchsten Schulabschluss zeigt sich auch im Vergleich der Kennzahlen zu den Arzneimittelverordnungen, dass ein höherer beruflicher Abschluss mit weniger Einzelverordnungen und Tagesdosen einhergeht. Beschäftigte ohne beruflichen Ausbildungsabschluss sowie solche mit einem Bachelorabschluss fallen aus dem beschriebenen Muster heraus, da sie im Vergleich zu den anderen dargestellten Gruppen ein deutlich niedrigeres Durchschnittsalter aufweisen und entsprechend weniger Arzneimittel verordnet bekommen (vgl. »»» Tabelle 4.2.4).

Das im »»» Diagramm 4.2.7 dargestellte Muster der verordneten Tagesdosen im Vergleich zwischen den drei ausgewählten Berufsabschlussarten ist nahezu identisch mit dem des höchsten Schulabschlusses. Beschäftigte mit einer anerkannten Berufsausbildung erhalten zum Teil wesentlich mehr

Tabelle 4.2.4 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

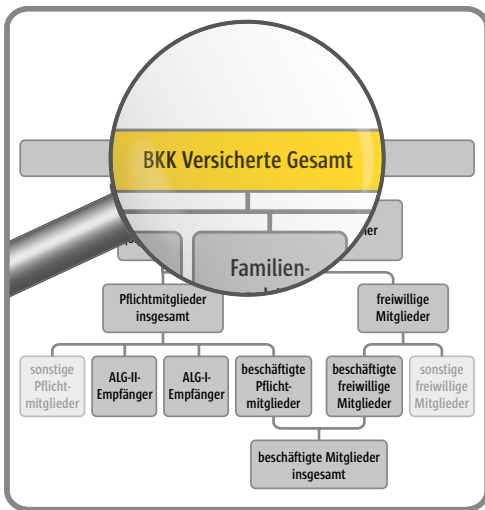
höchster Berufsabschluss	Männer			Frauen		
	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO je 1.000 beschäftigte Mitglieder	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO je 1.000 beschäftigte Mitglieder	DDD
Abschluss unbekannt	53,8	4.152	276.527	69,2	5.367	294.848
ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	52,0	3.720	222.762	71,6	5.539	294.047
Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	65,9	4.808	334.129	75,0	5.188	279.702
Meister/Techniker oder gleichwertig	65,3	4.521	315.647	72,2	4.580	241.953
Bachelor	45,4	2.260	125.579	59,2	3.034	122.237
Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	56,3	3.365	228.506	65,2	3.791	189.784
Promotion	51,5	3.031	208.131	59,0	3.355	166.342
<b>Gesamt</b>	<b>62,8</b>	<b>4.392</b>	<b>299.000</b>	<b>73,9</b>	<b>5.055</b>	<b>270.594</b>



Tagesdosen verordnet als die beiden anderen betrachteten Gruppen. Insbesondere ist hier bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System ein deutlicher Geschlechtsunterschied innerhalb

der einzelnen Berufsabschlüsse erkennbar. Dabei gilt, dass die Männer jeweils durchschnittlich mehr als die doppelten Tagesdosen im Vergleich zu den Frauen erhalten.

## 4.3 Arzneimittelverordnungen in Regionen



- Dagegen zeigen sich bei der Betrachtung der Tagesdosen die neuen Bundesländer mit den höchsten Verordnungsmengen, wobei Sachsen-Anhalt mit 708 DDD je Versicherten den höchsten Wert aufweist.

In **»»** Tabelle 4.3.1 sind zunächst die Verordnungsanteile sowie die Tagesdosen der BKK Versicherten im Vergleich zwischen den Bundesländern für das Jahr 2016 zu sehen. Während 77,9% der Versicherten im Saarland mindestens einmal im Berichtsjahr ein Arzneimittel verordnet bekommen haben, liegt dieser Anteil in Berlin lediglich bei 69,0%. Die Anteile korrespondieren dabei in hohem Maße mit der Regionalverteilung in der ambulanten Versorgung (vgl. **»»** Kapitel 2.3). Ein eindeutiges regionales Muster zeigt sich bezogen auf die Verordnungsanteile zwar nicht, allerdings tritt dies sehr deutlich bei der Betrachtung der definierten Tagesdosen zu Tage. Die fünf neuen Bundesländer weisen hier die mit Abstand meisten verordneten Tagesdosen auf. Spitzenreiter ist hierbei Sachsen-Anhalt mit durchschnittlich 708 DDD je Versicherten wohingegen der mit 395 DDD je Versicherten geringste Wert in Baden-Württemberg zu finden ist. Dies ist zum Teil auch mit der Altersstruktur der dort wohnhaften BKK Versicherten zu begründen. So sind die in Baden-Württemberg wohnhaften Versicherten im Durchschnitt 40,4 Jahre alt, die in Sachsen-Anhalt hingegen 47,8 Jahre. Wie auch bereits im **»»** Kapitel 4.2.1 gezeigt werden konnte, nehmen insbesondere die verordneten Tagesdosen mit zunehmendem Lebensalter zu. Die Stadtstaaten Berlin und Hamburg fallen aus dem oben beschriebenen Muster insofern heraus, da sie bei beiden Kennzahlen im Bundeslandvergleich im unteren Drittel zu finden sind. Zu vermuten ist, dass in Großstädten bzw. Ballungsräumen mehr nichtmedikamentöse Therapiemöglichkeiten (z.B. Physio- bzw. Psychotherapie) zur Verfügung stehen und auch genutzt werden.

Auch für die Arzneimittelverordnungen zeigen sich im regionalen Vergleich Unterschiede, die neben den soziodemografischen Merkmalen der Versicherten auch maßgeblich von der medizinischen Versorgung und den sozioökonomischen Bedingungen vor Ort bestimmt werden. Im Folgenden werden hierzu entsprechende Vergleiche auf Ebene der Bundesländer bzw. der Kreise vorgenommen. Dieser Abschnitt bezieht sich wiederum auf alle BKK Versicherten.

### 4.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise

- Bezogen auf den Anteil der Versicherten, die im Jahr 2016 mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten haben, ist das Saarland mit 77,9% an der Spitze zu finden.

**Tabelle 4.3.1** Arzneimittelverordnungen – DDD und Anteile der BKK Versicherten mit einer Verordnung nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2016)

Bundesländer	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent	DDD je BKK Versicherten
Baden-Württemberg	71,9	395
Bayern	72,5	420
Berlin	69,0	471
Brandenburg	73,5	570
Bremen	73,7	503
Hamburg	69,7	457
Hessen	73,5	448
Mecklenburg-Vorpommern	76,4	609
Niedersachsen	76,4	556
Nordrhein-Westfalen	75,9	532
Rheinland-Pfalz	76,8	566
Saarland	77,9	561
Sachsen	73,8	649
Sachsen-Anhalt	77,7	708
Schleswig-Holstein	73,3	517
Thüringen	74,1	588
<b>Gesamt</b>	<b>74,0</b>	<b>486</b>

Die durchschnittlichen Tagesdosen der BKK Versicherten auf Ebene der Kreise sind im **»»** Diagramm 4.3.1 dargestellt. Zunächst zeigt sich das bereits auf Ebene der Bundesländer erwähnte Muster – in den neuen Bundesländern werden im Mittel wesentlich mehr Tagesdosen verordnet als in den Altbundesländern. Aber auch im Saarland, in Rheinland-Pfalz, in Nordrhein-Westfalen sowie in Niedersachsen sind für eine nicht unerhebliche Anzahl von Kreisen deutlich überdurchschnittliche Verordnungsmengen zu erkennen. Spitzenreiter mit durchschnittlich 852 DDD je BKK Versicherten ist wie im Jahr 2015 auch der Saalekreis in Sachsen-Anhalt. Das sind im Verhältnis mehr als doppelt so viele Tagesdosen, wie sie im Unterallgäu in Bayern (304 DDD je BKK Versicherten) verordnet werden.

Wie inhomogen das Verordnungsgeschehen auch innerhalb eines Bundeslandes sein kann, sei wiederum am Beispiel Bayerns gezeigt: Der Landkreis Wunsiedel liegt mit 735 DDD je BKK Versicherten deutlich über den Bundesdurchschnittswert (486 DDD je BKK Versicherten) und dessen Wert ist damit mehr als doppelt so groß wie der Wert im Unterallgäu. Es zeigt sich an diesem Beispiel, dass eine differenziertere Regionalbetrachtung für eine gezielte Steuerung und Planung der Versorgung vor Ort unerlässlich ist.

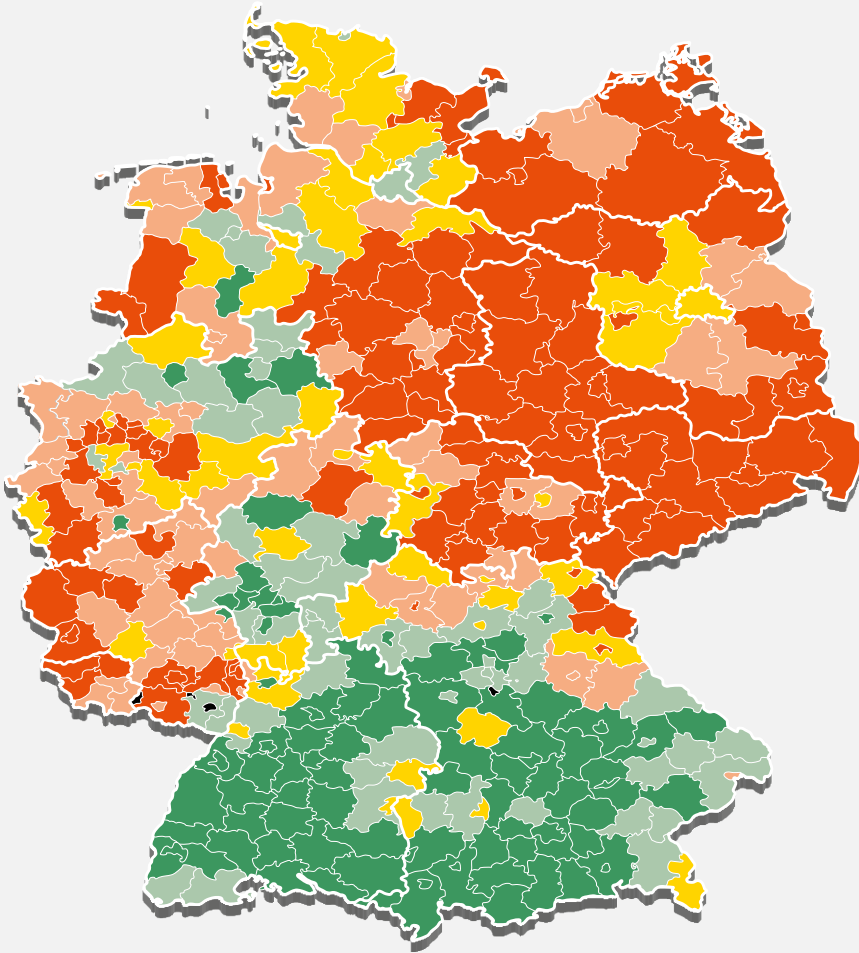
### 4.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Verordnungen

- In den neuen Bundesländern sowie im Süden Bayerns und Baden-Württembergs werden die wenigsten Tagesdosen bezogen auf die Antibiotika (J01) verordnet.
- Von den zehn Landkreisen mit den meisten verordneten Tagesdosen von Psychoanaleptika (N06) liegen allein sieben in Bayern, von den zehn Landkreisen mit den geringsten Werten dagegen allein acht in Baden-Württemberg.

Neben der Betrachtung der Verordnungen insgesamt lohnt es sich auch, einen Blick auf die regionalen Variationen von verordneten Tagesdosen bezogen auf einzelne therapeutische Untergruppen zu werfen, insbesondere dann, wenn diese im Zusammenhang mit der Behandlung von ausgewählten Krankheitsarten stehen.

Betrachtet man zunächst die durchschnittliche Anzahl der Tagesdosen der BKK Versicherten auf Landkreisebene für Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01), so zeigt sich ein beeindruckender Ost-West-Unterschied. In den neuen Bundesländern liegen die verordneten Tagesdosen deutlich unter denen der Altbundesländer mit Ausnahme von Teilen Bayerns und Baden-Württembergs (vgl. **»»** Diagramm 4.3.2). Die Spannweite reicht dabei von durchschnittlich 2,8 verordneten Tagesdosen je Versicherten im Ostallgäu (Bayern) bis hin zu 6,8 Tagesdosen je Versicherten in Gelsenkirchen (Nordrhein-Westfalen). Dabei zeigen sich keine relevanten regionalen Zusammenhänge mit der Auftretenshäufigkeit einschlägiger Diagnosen im ambulanten Bereich, wie zum Beispiel bei den akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06) oder bei der Mittelohrentzündung (H66). Als Ursache dieses Regionalmusters kann ein unterschiedlich sozialisiertes Verordnungsgeschehen

Diagramm 4.3.1 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2016)



Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt

- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
  - 5-15% unter dem Bundesdurchschnitt
  - zwischen  $\pm 5\%$  unter bzw. über dem Bundesdurchschnitt (486 DDD je BKK Versicherten)
- 5-15% über dem Bundesdurchschnitt
  - mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
  - keine Angaben\*

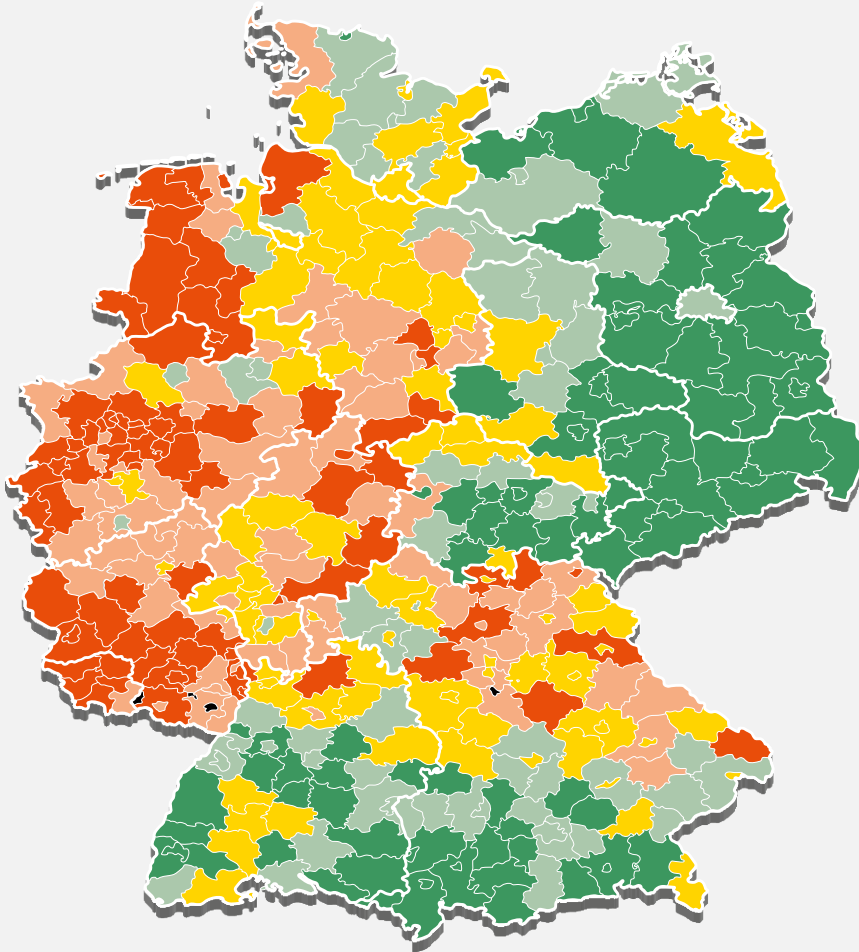
\*Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund zu geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

verhalten der niedergelassenen Ärzte in Ost und West vermutet werden.

Unabhängig von den regionalen Unterschieden bleibt insgesamt festzuhalten, dass Antibiotika insbesondere bei Erkrankungen mit primär viralem Ursprung, wie zum Beispiel der akuten Infektion der

oberen Atemwege (Jo6), immer noch zu häufig fälschlicherweise verordnet werden, obwohl sie in diesen Fällen keine Wirkung zeigen (können), sondern eher unerwünschte Nebenwirkungen verursachen und auch eine Zunahme von Resistenzen begünstigen können.

Diagramm 4.3.2 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) für Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2016)



Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt

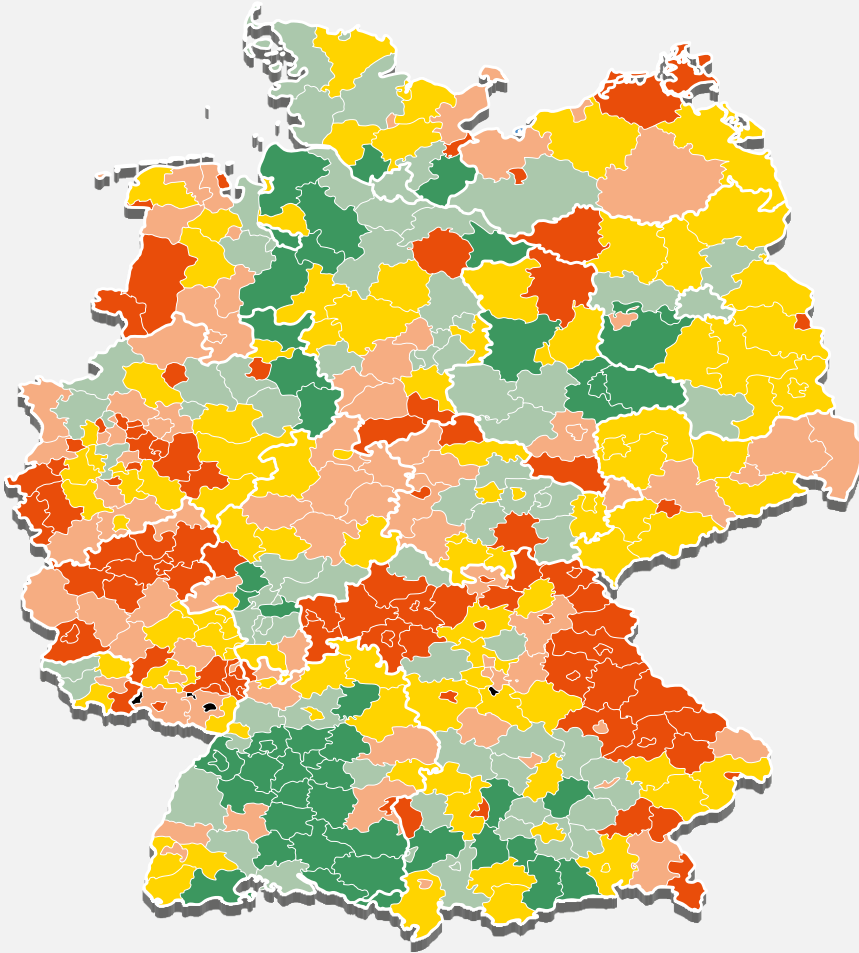
- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
- 5–15% unter dem Bundesdurchschnitt
- zwischen ± 5% unter bzw. über dem Bundesdurchschnitt (4,4 DDD je BKK Versicherten)
- 5–15% über dem Bundesdurchschnitt
- mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
- keine Angaben\*

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

Abschließend soll noch ein Blick auf die regionale Variation der verordneten Tagesdosen bezogen auf die Psychoanaleptika (No6) geworfen werden, deren größter Anteil sich aus Verordnungen aus dem Bereich der Antidepressiva (No6A) speist. Wie in **»»** Diagramm 4.3.3 zu sehen ist, sind besonders hohe

Verordnungsmengen gehäuft in Nordrhein-Westfalen und in Rheinland-Pfalz zu verzeichnen. Auch hier, wie schon bei den Antibiotikaverordnungen, zeigen sich die Kreise im östlichen bzw. südlichen Bayern mit besonders hohen Tagesdosen. Wie im vergangenen Jahr ist es wieder der Landkreis

Diagramm 4.3.3 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) für Psychoanaleptika (N06) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2016)



Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt

- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
  - 5-15% unter dem Bundesdurchschnitt
  - zwischen ± 5% unter bzw. über dem Bundesdurchschnitt (20,5 DDD je BKK Versicherten)
- 5-15% über dem Bundesdurchschnitt
  - mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
  - keine Angaben\*

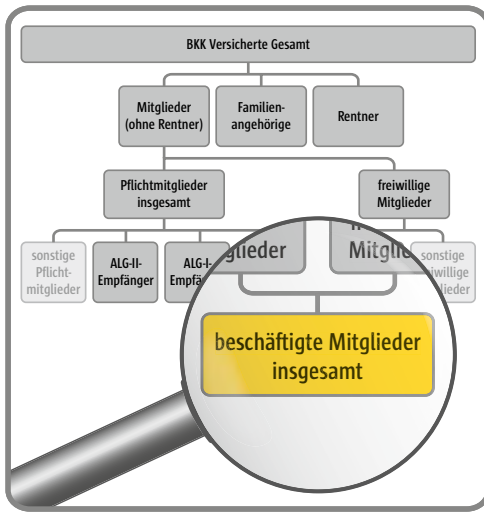
\*Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund zu geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

Weiden, der mit durchschnittlich 35,5 DDD je Versicherten die Rangliste anführt. Das sind mehr als dreimal so viele Tagesdosen wie in dem Landkreis in Baden-Württemberg mit den wenigsten Verordnungen (Calw: 12,6 DDD je Versicherten). Allein sieben der zehn Landkreise mit den meisten verordneten

Tagesdosen in dieser Wirkstoffgruppe sind im Bundesland Bayern zu finden. Dagegen sind acht der zehn Landkreise mit den wenigsten Tagesdosen je Versicherten im Nachbarbundesland Baden-Württemberg verortet.



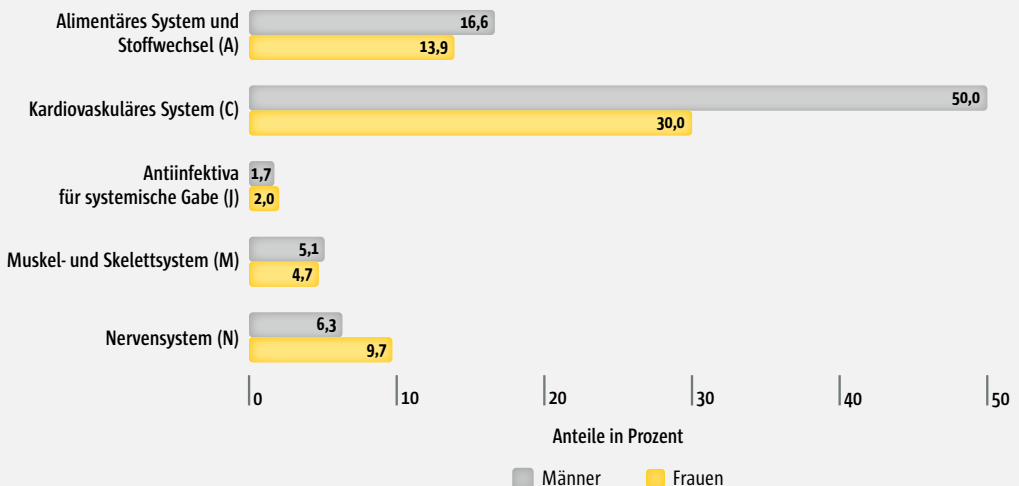
## 4.4 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt



- Jede zweite verordnete Tagesdosis (50%) geht bei den beschäftigten Männern auf Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zurück.

Die folgenden arbeitsweltlichen Betrachtungen beziehen sich auf die beschäftigten BKK Mitglieder insgesamt. In **»»»** Diagramm 4.4.1 sind zunächst noch einmal die Anteile der Tagesdosen für die wichtigsten anatomischen Hauptgruppen nach Geschlecht für die beschäftigten BKK Mitglieder dargestellt. Wie bei den Versicherten insgesamt bilden auch hier die Tagesdosen von Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System für beide Geschlechter den größten Anteil an allen verordneten Arzneimitteln. Im Schnitt vier von zehn verordneten Tagesdosen (41,6%) gehen insgesamt allein auf diese Wirkstoffgruppe zurück, bei den Männern liegt deren Anteil dabei um

Diagramm 4.4.1 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder – Anteile nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



20 Prozentpunkte deutlich über dem der Frauen (50% vs. 30%). Auf Platz 2 folgen die Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel, die insgesamt 15,5% aller verordneten definierten Tagesdosen auf sich vereinen. Allein diese beiden Verordnungsgruppen sind für mehr als die Hälfte (57,1%) aller verordneten Tagesdosen bei den Beschäftigten verantwortlich. Mit etwa jeder zehnten Tagesdosis (9,7%) nehmen die Tagesdosen der Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem bei berufstätigen Frauen einen größeren Stellenwert als bei den Männern (6,3%) ein. Den größten Anteil haben hierbei – sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern – die Psychoanaleptika (ATC: No6) inne, die insbesondere bei psychischen Erkrankungen Anwendung finden. Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem sowie Antiinfektiva werden zwar relativ häufig, allerdings meist nur für Kurzzeiterkrankungen und somit in geringeren Dosierungen verordnet, was sich in den entsprechenden Anteilen an allen Tagesdosen widerspiegelt.

#### 4.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Den weiblichen Beschäftigten der Postdienste und den männlichen Beschäftigten im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling werden im Wirtschaftsgruppenvergleich die meisten Tagesdosen an Arzneimitteln verordnet.

Wie sich die verordneten Tagesdosen zwischen den verschiedenen Wirtschaftsgruppen in Abhängigkeit vom Geschlecht unterscheiden, zeigt das **»»** Diagramm 4.4.2. Wie zu erkennen ist, differieren die Verordnungsmengen zwischen den einzelnen Wirtschaftsgruppen zum Teil deutlich. Bei den Frauen sind es die Beschäftigten der Postdienste, die mit durchschnittlich 432 DDD je Beschäftigten die meisten Tagesdosen aufweisen – im Vergleich zu den beschäftigten Frauen im Bereich Verlage und Medien (218 DDD je Beschäftigten) sind das fast doppelt so viele Tagesdosen. Eine ähnlich große Spannweite ist auch bei den Männern zu beobachten. Erhalten Beschäftigte in der Abfallbeseitigung und im Recycling im Schnitt 414 DDD je Beschäftigten verordnet, so sind es im Gastgewerbe lediglich 190 DDD je männlichen Beschäftigten. Die Spannweite der Verordnungsmengen zwischen den verschiedenen Wirtschaftsgruppen zeigt, dass u. a. auch die dort vorzufindenden Arbeitsbedingungen einen Einfluss auf Höhe und Umfang des Arzneimittelverbrauchs der

jeweiligen Beschäftigten ausüben. Die hier vorliegenden Ergebnisse decken sich u. a. in hohem Maße mit den Auswertungen zum Fehlzeitengeschehen (vgl. **»»** Diagramm 1.4.3). Auch dort sind es die Beschäftigten der Postdienste sowie der Bereiche Abfallbeseitigung und Recycling bzw. Verkehr, welche die meisten Fehltage aufweisen. Gleichzeitig sind es u. a. die Beschäftigten der Verlage und Medien, die in beiden Leistungsbereichen deutlich unter den Werten des Bundesdurchschnitts liegen.

Da unterschiedliche Arbeitsbedingungen mit anderen Arbeitsbeanspruchungen und -belastungen verbunden sind und somit auch zu unterschiedlichen Erkrankungen führen, liegt es nahe, dass damit auch eine differierende Medikation verbunden ist. Deshalb kann ein Blick auf einzelne, für bestimmte Erkrankungen einschlägige Wirkstoffgruppen weiteren Aufschluss darüber geben. Exemplarisch soll dies im Folgenden bei den Beschäftigten für die Antidepressiva (No6A) gezeigt werden.

- Überdurchschnittlich hohe Tagesdosen bei verordneten Antidepressiva (No6A) sind bei den Beschäftigten im Sozialwesen, in der öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung sowie bei den Postdiensten zu finden.

In **»»** Diagramm 4.4.3 sind die Verordnungsmengen von Antidepressiva (No6A) im geschlechtsspezifischen Vergleich zwischen den Wirtschaftsgruppen dargestellt. Deutlich wird, dass hier die Frauen in allen Wirtschaftsgruppen deutlich höhere Verordnungskennzahlen als die Männer aufweisen. Dies korrespondiert auch mit den entsprechenden Ergebnissen aus den anderen Leistungsbereichen: Frauen weisen sowohl im AU-Geschehen als auch in der ambulanten und stationären Versorgung, insbesondere bei den depressiven Störungen, deutlich mehr AU-/KH-Fälle bzw. -Tage sowie auch Diagnoseanteile auf. Bei den Frauen sind es auch wiederum die Beschäftigten der Postdienste, welche die meisten Tagesdosen (26,4 DDD je Beschäftigten) von Antidepressiva (No6A) verordnet bekommen. Ebenfalls überdurchschnittliche Verordnungsmengen zeigen sich auch im Sozialwesen sowie in der öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung, die zudem bei den männlichen Beschäftigten die ersten beiden Plätze auf der Rangliste innehaben. Wirtschaftszweige mit Tätigkeiten, die vor allem durch starke psychische Arbeitsbelastungen geprägt sind, sind im Gegensatz zu den mit stärkerer körperlicher Belastung hier wesentlich häufiger von einer entsprechend hohen Medikationsmenge betroffen.

Diagramm 4.4.2 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

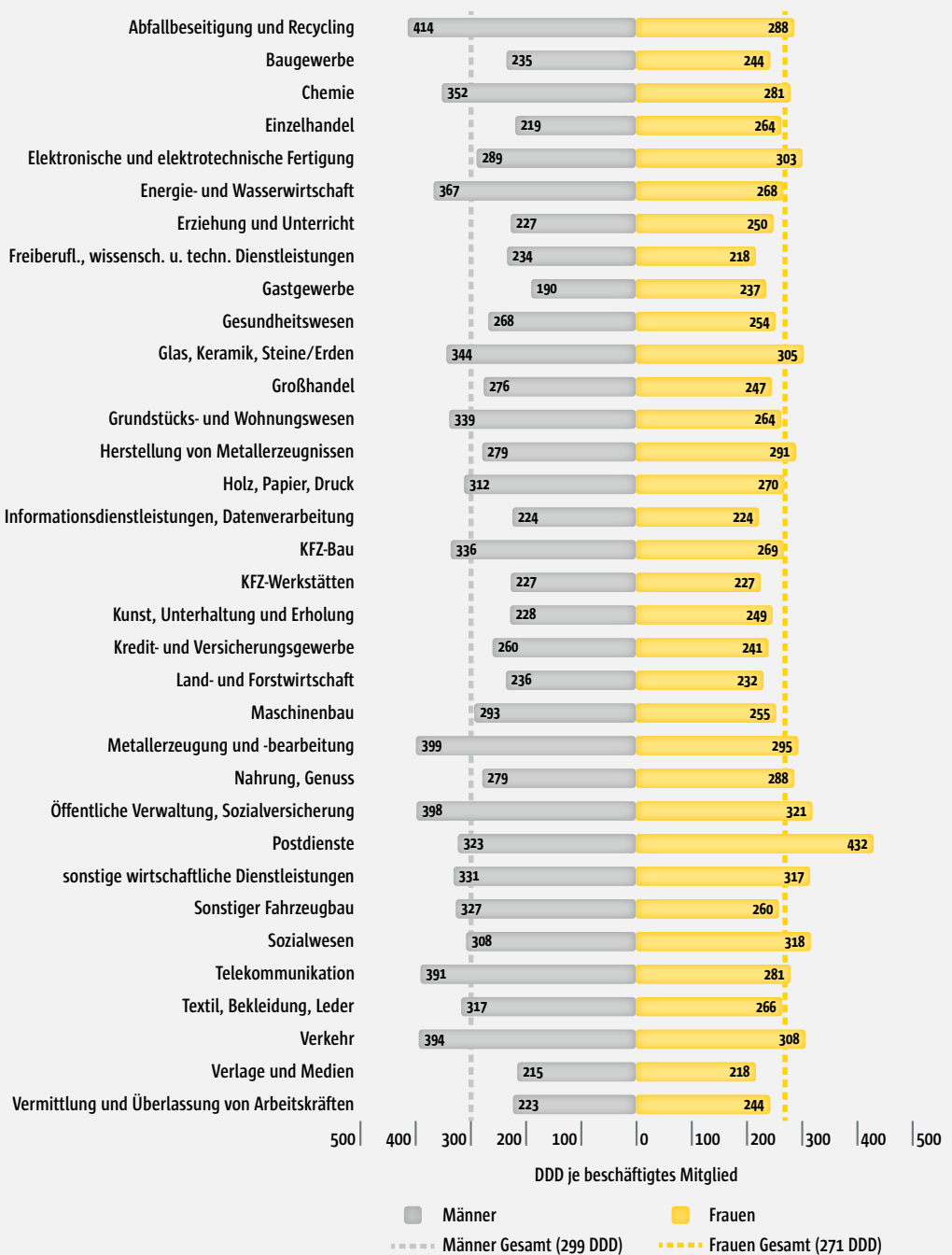
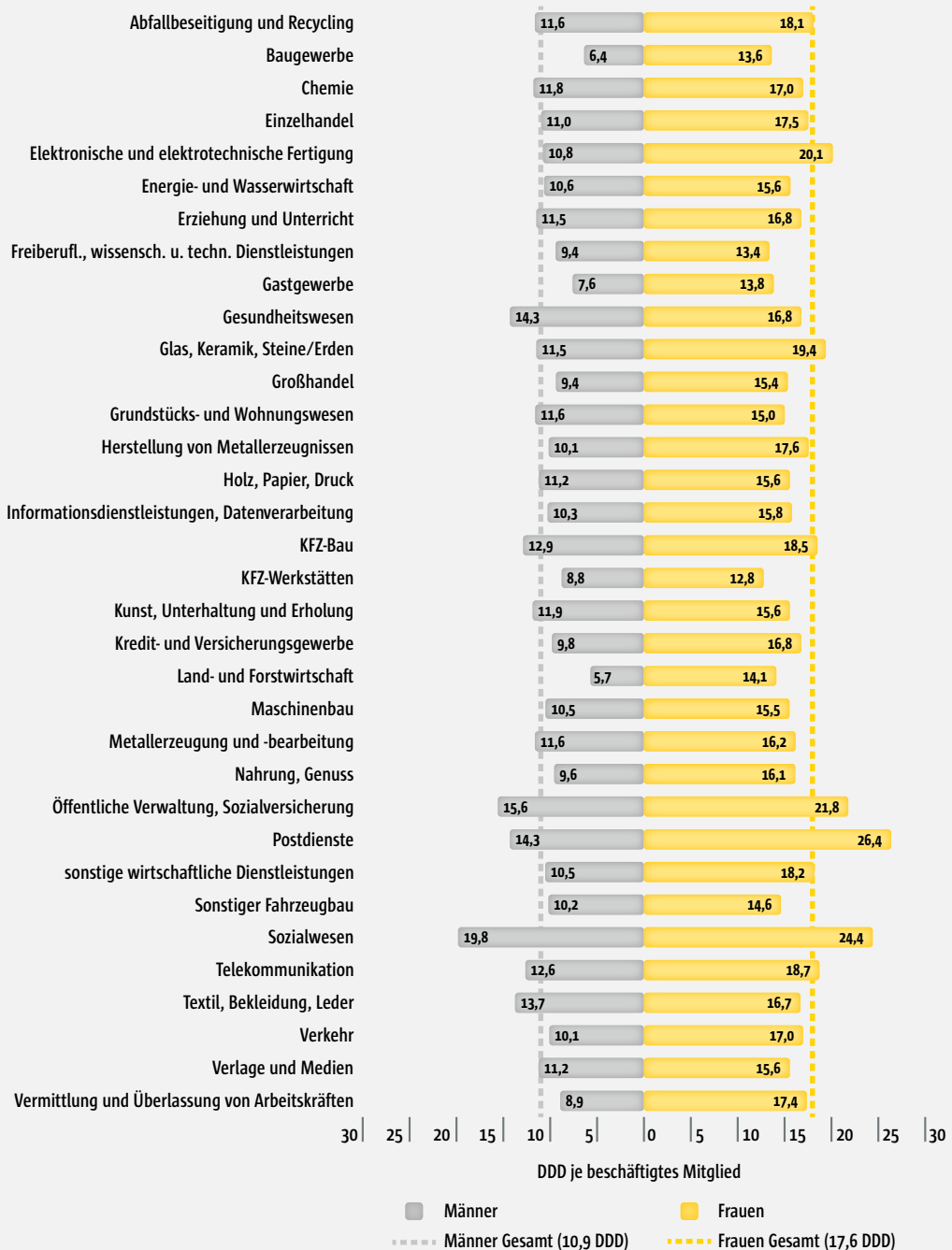


Diagramm 4.4.3 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antidepressiva (N06A) nach BKK Wirtschaftsgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



- Während Beschäftigte der Postdienste in den neuen Bundesländern deutlich mehr Tagesdosen verordnet bekommen, sind es dagegen in den Altbundesländern die Beschäftigten im KFZ-Bau, die überdurchschnittlich hohe Verordnungsmengen aufweisen.
- Neben Bayern und Baden-Württemberg sind auch in Hamburg und in Berlin meist im Vergleich zum Bundesdurchschnitt deutlich unterdurchschnittliche Mengen an verordneten Tagesdosen zu finden.

Arbeitsbedingungen variieren nicht nur zwischen verschiedenen Wirtschaftsgruppen, sondern auch innerhalb dieser Gruppen zwischen den verschiedenen Regionen. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern bezogen auf die verordneten Tagesmengen insgesamt für ausgewählte Wirt-

schaftsgruppen sind in **»»** Tabelle 4.4.1 zu sehen. Auch hier fallen die Beschäftigten der Postdienste besonders ins Auge, weisen sie doch zwischen dem Bundesland mit den meisten Tagesdosen (Mecklenburg-Vorpommern: 513 DDD je Beschäftigten) und dem mit den wenigsten Verordnungsmengen (Baden-Württemberg: 331 DDD je Beschäftigten) mit einer Differenz von 182 DDD je Beschäftigten eine große Spannweite auf. Für diese Gruppe ist zudem ein deutlicher Ost-West-Unterschied feststellbar – die neuen Bundesländer (außer Berlin) stehen hier an der Spitze mit den höchsten Tagesdosen. Im Bereich des Sozialwesens steht zwar auch Mecklenburg-Vorpommern an der Spitze mit den meisten Tagesdosen (365 DDD je Beschäftigten), wird aber auf Platz 2 dicht gefolgt vom Saarland mit 361 DDD je Beschäftigten. Das Bundesland Sachsen weist mit durchschnittlich 307 DDD je Beschäftigten hier deut-

**Tabelle 4.4.1** Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2016)

Bundesländer	Wirtschaftsgruppen				
	Postdienste	Sozialwesen	Informationsdienstleistung/ Datenverarbeitung	KFZ-Bau	Gesamt
	DDD je beschäftigtes Mitglied				
Baden-Württemberg	331	278	200	283	252
Bayern	335	295	214	297	258
Berlin	363	308	190	327	280
Brandenburg	489	351	299	317	344
Bremen	395	330	196	360	288
Hamburg	379	256	165	312	228
Hessen	371	316	225	354	283
Mecklenburg-Vorpommern	513	365	293	329	358
Niedersachsen	347	333	227	384	311
Nordrhein-Westfalen	358	334	242	381	309
Rheinland-Pfalz	379	335	260	351	316
Saarland	404	361	241	375	319
Sachsen	476	307	273	279	322
Sachsen-Anhalt	509	353	328	316	372
Schleswig-Holstein	342	318	226	305	290
Thüringen	490	353	308	366	352
<b>Gesamt</b>	<b>381</b>	<b>316</b>	<b>224</b>	<b>324</b>	<b>286</b>

lich geringere Verordnungsmengen als der Bundesdurchschnitt in dieser Wirtschaftsgruppe auf. Ähnlich wie bei den Postdiensten zeigen sich auch im Bereich Informationsdienstleistung und Datenverarbeitung die fünf neuen Bundesländer mit den höchsten Verordnungsmengen an der Spitze. Im KFZ-Bau hingegen sind Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und das Saarland an der Spitze nach verordneten Tagesdosen zu finden. Thüringen ist in dieser Wirtschaftsgruppe das einzige der neuen Bundesländer, welches höhere Verordnungsmengen als der Bundesdurchschnitt aufweist.

Neben Baden-Württemberg und Bayern, die in allen Fällen zum Teil deutlich unter den Werten des Bundesdurchschnitts liegen, sind es auch hier die Metropolen Hamburg und Berlin, die für alle betrachteten Wirtschaftsgruppen unterdurchschnittliche Verordnungsmengen aufweisen. Neben den regionalen sozioökonomischen Unterschieden und den differierenden Arbeitsbedingungen üben sicherlich auch die medizinischen Versorgungsangebote vor Ort sowie das regionale Ordnungsverhalten der niedergelassenen Ärzte einen Einfluss auf die regionale Variabilität des Arzneimittelverbrauchs aus.

#### 4.4.2 Auswertungen nach Berufen

- Wie auch im Vorjahr sind die meisten verordneten Arzneimitteltagesdosen bei den Beschäftigten der Sicherheitsberufe, der Reinigungsberufe und der Verkehrs- und Logistikberufe zu finden.

Innerhalb einer Wirtschaftsgruppe sind oftmals Beschäftigte verschiedener Professionen tätig. So sind zum Beispiel im Bereich der Postdienste neben den Postzustellern auch Personen aus der Informations- und Datenverarbeitung tätig. Beide Berufsgruppen sind dabei vermutlich deutlich unterschiedlichen Arbeitsbedingungen und somit auch anderen Beanspruchungen und Belastungen ausgesetzt. Hierfür soll im Folgenden ein Blick auf den Arzneimittelverbrauch auf Ebene der Berufe geworfen werden.

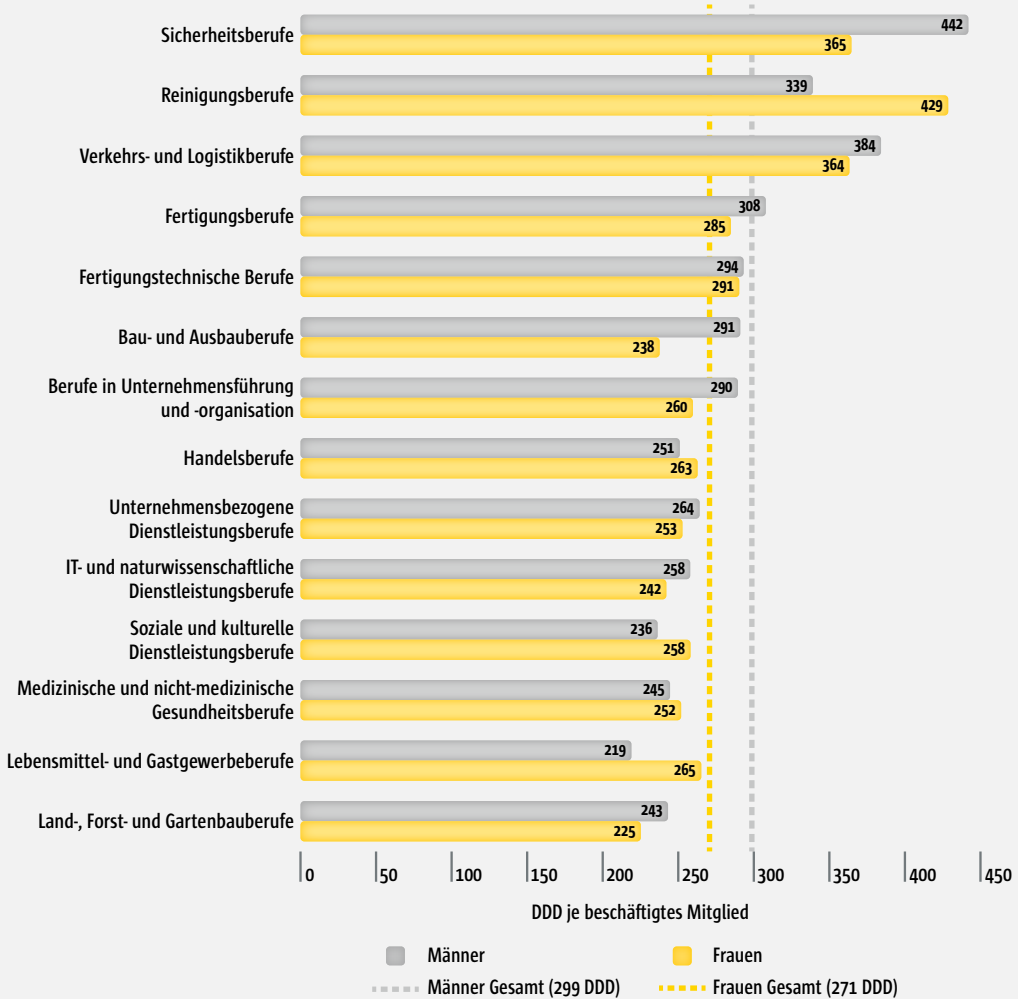
Einleitend werden zunächst die verordneten Tagesdosen der beschäftigten Männer und Frauen in den unterschiedlichen Berufssegmenten betrachtet (vgl. ►► Diagramm 4.4.4). Mit insgesamt 422 DDD je Beschäftigten erhalten die in Sicherheitsberufen Tätigen die meisten Tagesdosen verordnet, wobei die Männer (442 DDD je Beschäftigten) im Vergleich zu den Frauen (365 DDD je Beschäftigten) deutlich höhere Werte aufweisen. Es folgen die im Bereich der

Reinigungsdienste Beschäftigten, wobei hier wiederum die Frauen deutlich mehr Tagesdosen verordnet bekommen (429 DDD je Beschäftigten) als die Männer (339 DDD je Beschäftigten). Auf Platz 3 sind die Verkehrs- und Logistikberufe (zu denen auch die Postdienste zählen) zu finden, wobei sich hier die Geschlechter nicht so stark voneinander unterscheiden. Die wenigsten Tagesdosen werden im Durchschnitt hingegen bei den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen (vgl. auch ►► BKK Gesundheitsatlas 2017), im Lebensmittel- und Gastgewerbe sowie auch bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen verordnet.

Die Betrachtung der einzelnen Wirkstoffgruppen (anatomische Hauptgruppen) innerhalb der Berufssegmente lässt Rückschlüsse auf deren Schwerpunkte bezogen auf die verordneten Tagesdosen zu (vgl. ►► Diagramm 4.4.5). Für die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System sind die identischen drei Berufssegmente, wie auch schon in der Gesamtbeurteilung, an der Spitze nach Verordnungsmengen zu finden. Es zeigt sich zudem eine enorme Spannweite: Die Beschäftigten der Sicherheitsberufe weisen fast dreimal so viele verordnete Tagesdosen auf wie die medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe (201 DDD vs. 70 DDD je Beschäftigten). Die Beschäftigten der Reinigungsberufe, der Sicherheitsberufe und auch der Verkehrs- und Logistikberufe weisen zudem auch die höchsten Verordnungsmengen bei den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System, das Muskel-Skelett-System und den Respirationstrakt auf. Bei den Hormonen zur systemischen Gabe und den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem weisen besonders die Berufssegmente hohe Verordnungsmengen auf, in denen überproportional viele Frauen beschäftigt sind (z.B. Reinigungsberufe oder medizinische und nichtmedizinische Gesundheitsberufe). Die weiblichen Beschäftigten sind häufiger von für die Medikation ursächlichen Krankheiten betroffen (z.B. Erkrankungen der Schilddrüse sowie psychische Störungen).

- In der Gruppe der Verkehrs- und Logistikberufe finden sich die Beschäftigten mit den meisten verordneten Tagesdosen insgesamt – allein fünf der zehn Berufe mit den höchsten Tagesdosen stammen aus dieser Gruppe.
- Berufe mit einer besonders hohen psychischen Arbeitsbelastung, wie zum Beispiel die Alten- und Krankenpflege, weisen dagegen überdurchschnittlich hohe Verordnungsmengen bei Antidepressiva (N06A) auf.

Diagramm 4.4.4 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

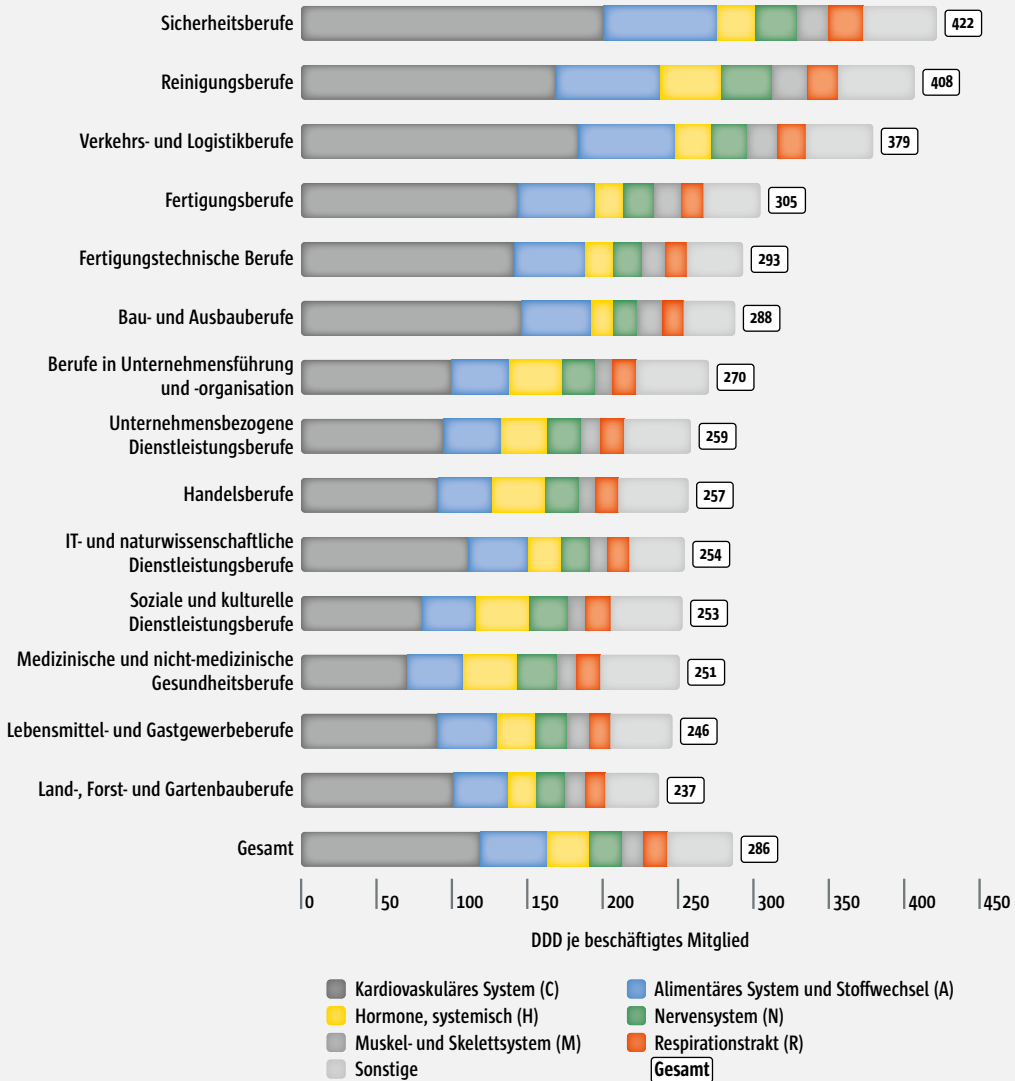


Die Klassifikation der Berufe erlaubt – neben der groben Kategorisierung der Berufssegmente – auch einen detaillierteren Blick auf Ebene der Berufsgruppen. In **III** Tabelle 4.4.2 sind jeweils die zehn Berufsgruppen mit den nach Tagesmengen meisten bzw. wenigsten Arzneimittelverordnungen aufgeführt. Allein die Hälfte der Berufsgruppen mit den meisten Tagesdosen entstammt den Verkehrs- und Logistikberufen (Überwachung und Steuerung des Verkehrsbetriebs; Fahrzeugführung im Schiffsverkehr; Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur; Bau- und Transportgeräteführung; Fahrzeugfüh-

rung im Straßenverkehr) sowie weitere zwei den Sicherheitsberufen (Polizeivollzugs- und Kriminaldienst, Gerichts- und Justizvollzug; Objekt-, Personen-, Brandschutz, Arbeitssicherheit). Diese beiden Berufssegmente sind auch in den vorhergehenden Betrachtungen diejenigen mit den meisten verordneten Tagesdosen. Die Reinigungsberufe sind zwar in dieser Rangliste nicht vertreten, nehmen aber nach verordneten Tagesdosen den zwölften Platz ein.

Die zehn Berufsgruppen mit den wenigsten verordneten Tagesmengen sind unter anderem den medizinischen Gesundheitsberufen (Tiermedizin und

Diagramm 4.4.5 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2016)



Tierheilkunde; Human- und Zahnmedizin), den geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufen (Lehr-, Forschungstätigkeit an Hochschulen; Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst) und den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen (Geologie, Geografie und Meteorologie; Umweltschutztechnik) zuzuordnen. Dabei handelt es sich überwiegend um Berufe, die mit einem höheren Schul- bzw. Ausbildungsabschluss einhergehen und

die in der Regel durch weniger körperlich belastende Arbeitsbedingungen geprägt sind.

Ein etwas anderes Bild zeigt sich bei den Verordnungsmengen bezogen auf die Antidepressiva (No6A). Hier sind es vor allem die medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe (z.B. Altenpfleger bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger), die die Rangliste nach Verordnungen anführen. Mit der Mehrzahl der hinter den Berufsbezeich-



Tabelle 4.4.2 Arzneimittelverordnungen – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten Arzneimittelverordnungen (DDD) insgesamt (Berichtsjahr 2016)

KldB- 2010- Code	Berufsgruppen	EVO	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
712	Angehörige gesetzgebender Körperschaften und leitende Bedienstete von Interessenorganisationen	6.967	519.444	74,7
515	Überwachung und Steuerung des Verkehrsbetriebs	6.619	514.441	72,2
524	Fahrzeugführung im Schiffsverkehr	6.307	485.978	65,5
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	6.438	448.304	76,6
512	Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur	5.882	439.190	70,8
341	Gebäudetechnik	5.952	435.333	67,7
521	Fahrzeugführung im Straßenverkehr	5.863	433.752	65,8
525	Bau- und Transportgeräteführung	5.958	429.073	65,0
532	Polizeivollzugs- und Kriminaldienst, Gerichts- und Justizvollzug	6.693	425.145	66,0
531	Objekt-, Personen-, Brandschutz, Arbeitssicherheit	6.133	424.513	66,7
422	Umweltschutztechnik	2.733	146.437	54,6
814	Human- und Zahnmedizin	2.654	145.997	49,5
261	Mechatronik und Automatisierungstechnik	2.703	143.996	51,9
113	Pferdewirtschaft	2.816	141.547	49,5
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	2.527	138.146	50,6
931	Produkt- und Industriedesign	2.609	130.329	53,0
815	Tiermedizin und Tierheilkunde	2.759	128.478	54,8
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	2.426	123.122	47,8
523	Fahrzeugführung im Flugverkehr	1.937	89.545	46,8
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	2.120	88.050	30,1

nungen stehenden Tätigkeiten sind besonders psychisch belastende Arbeitsbedingungen verbunden, die vermutlich zu diesen überdurchschnittlich hohen Medikationsmengen von Antidepressiva führen. Entsprechend findet man in der ambulanten Versorgung bezogen auf die depressive Episode (F32) die meisten Versicherten mit einer solchen Diagnose bei den Reinigungsberufen, den (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen und den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen. Eine weitere aber nicht alleinige Ursache ist sicherlich auch der

überproportional hohe Frauenanteil in den genannten Berufen.

Die Berufe mit den niedrigsten Verordnungsmengen dieser Wirkstoffgruppe, wie zum Beispiel die Bau- und Ausbauberufe (Trockenbau, Klempnerei, Maler, Stuckateur) sind vor allem durch körperlich belastende Arbeitsbedingungen geprägt und erhalten deshalb im Schnitt deutlich weniger Tagesdosen dieser Mittel verordnet als z.B. Beschäftigte in der Alten- bzw. Krankenpflege (vgl. »»» Tabelle 4.4.3).

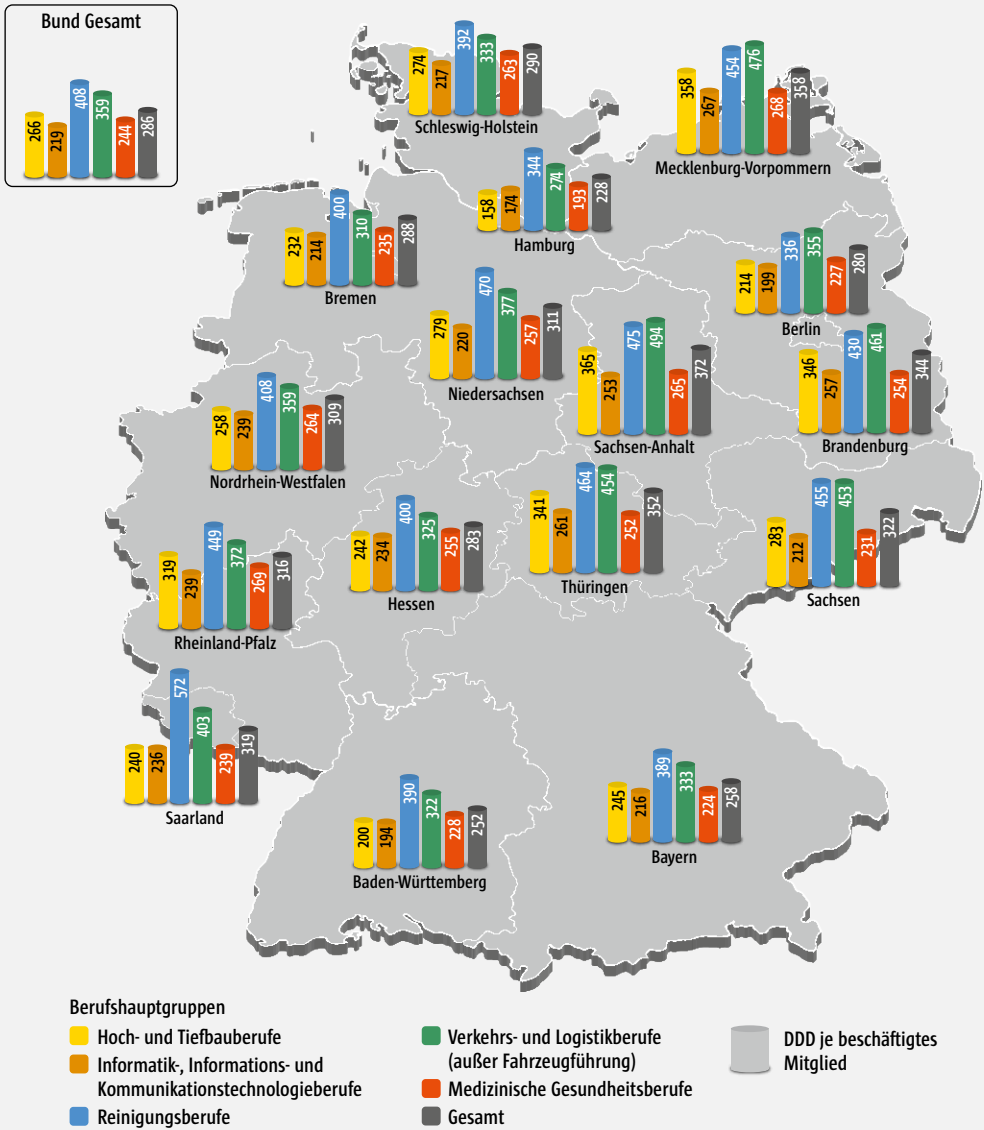
Tabelle 4.4.3 Arzneimittelverordnungen – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten Arzneimittelverordnungen (DDD) von Antidepressiva (N06A) (Berichtsjahr 2016)

KldB- 2010- Code	Berufsgruppen	EVO	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent
		je 1.000 beschäftigte	Mitglieder	
821	Altenpflege	339	24.950	9,7
832	Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	351	24.787	9,3
733	Medien-, Dokumentations- und Informationsdienste	298	23.473	8,1
533	Gewerbe- und Gesundheitsaufsicht, Desinfektion	316	22.796	8,4
911	Sprach- und Literaturwissenschaften	398	21.583	8,9
541	Reinigung	297	20.526	8,3
732	Verwaltung	271	20.191	8,0
625	Buch-, Kunst-, Antiquitäten- und Musikfachhandel	234	19.642	6,4
831	Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	260	19.407	7,5
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	252	19.380	7,4
<hr/>				
422	Umweltschutztechnik	96	6.907	3,1
331	Bodenverlegung	88	6.713	2,6
342	Klempnerei, Sanitär-, Heizungs- und Klimatechnik	92	6.639	2,8
332	Maler- und Lackierer-, Stuckateurarbeiten, Bauwerksabdichtung, Holz- und Bautenschutz	94	6.528	2,9
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	69	6.231	1,4
261	Mechatronik und Automatisierungstechnik	81	6.069	2,3
815	Tiermedizin und Tierheilkunde	79	5.737	2,6
321	Hochbau	77	5.452	2,3
333	Aus- und Trockenbau, Isolierung, Zimmerei, Glaserei, Rollladen- und Jalousiebau	77	5.423	2,4
931	Produkt- und Industriedesign	67	4.443	2,1

In **»»»** Diagramm 4.4.6 sind für ausgewählte Berufshauptgruppen die verordneten Tagesdosen im Vergleich zwischen den Bundesländern dargestellt. Auch hier zeigen sich deutliche Unterschiede in den Verordnungsmengen. Die mit 236 DDD je Beschäftigten größte Differenz zwischen den Bundesländern findet sich bei den Beschäftigten der Reinigungsberufe. Nach Tagesdosen steht hier das Saarland mit 572 DDD je Beschäftigten an der Spitze, lediglich 336 DDD je Beschäftigten verzeichnet hingegen Berlin. Bei den Hoch- und Tiefbauberufen sowie in den

Verkehrs- und Logistikberufen sind dagegen die neuen Bundesländer mit den meisten definierten Tagesdosen zu finden. Anders verhält es sich bei den medizinischen Gesundheitsberufen – hier wird die Rangliste mit den meisten Tagesdosen von Rheinland-Pfalz angeführt. Für nahezu alle betrachteten Berufshauptgruppen fällt wiederum auf, dass die Großstädte Berlin und Hamburg mehrheitlich bei den definierten Tagesdosen unterhalb des Bundesdurchschnitts liegen. Mögliche Gründe hierfür wurden bereits im **»»»** Kapitel 4.3.2 diskutiert.

Diagramm 4.4.6 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufshauptgruppen (Berichtsjahr 2016)



### 4.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

#### Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

- Je höher das Anforderungsniveau der Tätigkeit, desto geringer sind die durchschnittlichen Mengen an verordneten Tagesdosen.
- Dieser Zusammenhang ist bei den weiblichen Beschäftigten besonders stark ausgeprägt.

Die im Tätigkeitsschlüssel enthaltene Information zum Anforderungsniveau einer Beschäftigung im Zusammenhang mit dem Arzneimittelverbrauch ist Gegenstand der folgenden Betrachtung. In »» Diagramm 4.4.7 sind die definierten Tagesdosen für drei ausgewählte anatomische Hauptgruppen nach dem Anforderungsniveau der Tätigkeit und Geschlecht dargestellt. Es zeigt sich ein relativ eindeutiger Zusammenhang dahingehend, dass ein zunehmendes Anforderungsniveau der Berufstätigkeit mit einer Abnahme der durchschnittlich verordneten Tagesmengen der hier dargestellten Wirkstoffgruppen einhergeht. Deutlich wird, dass dieser Zusammenhang bei den Frauen ausgeprägter ist als bei den Männern. So ist bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zu erkennen, dass männliche Beschäftigte mit fachlich ausgerichteten Tätigkeiten im Vergleich die höchsten durchschnittlichen

Tagesdosen erhalten. Nur bei den männlichen Beschäftigten mit hoch komplexen Tätigkeiten sind im Vergleich zu den anderen Anforderungsniveaustufen deutlich geringere Tagesdosen aus dieser Wirkstoffgruppe feststellbar. Aber auch in allen anderen Leistungsbereichen (AU-Geschehen sowie ambulante und stationäre Versorgung) zeigt sich in der Grundtendenz die gleiche Richtung des Zusammenhangs.

#### Aufsichts- und Führungsverantwortung

- Männliche Aufsichts- und Führungskräfte weisen v.a. aufgrund ihres höheren Lebensalters größere Verordnungsmengen bei den Herz- und Kreislaufmedikamenten auf.
- Bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem bzw. das Nervensystem bekommen hingegen die Beschäftigten beider Geschlechter ohne Führungsverantwortung die größeren Mengen verordnet.

Zunächst überraschend ist die Erkenntnis, dass berufstätige Männer, die als Aufsichts- bzw. Führungskräfte tätig sind, deutlich mehr Verordnungsmengen bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zu verzeichnen haben als solche ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung. Ein Grund hierfür liegt wahrscheinlich in dem höheren Durch-

Diagramm 4.4.7 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

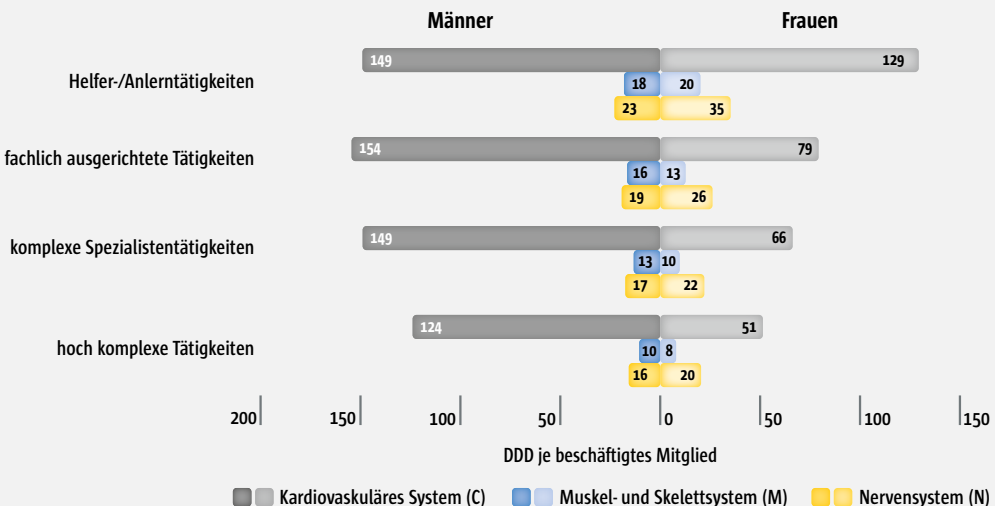
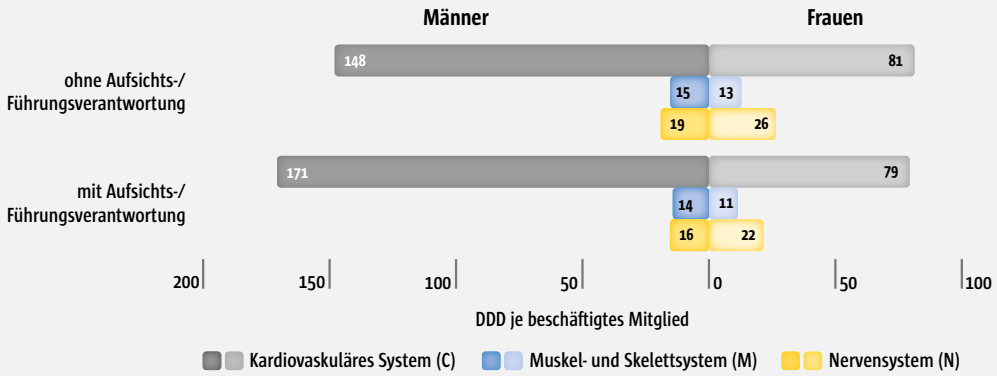


Diagramm 4.4.8 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



schnittsalter der männlichen Beschäftigten mit Aufsichts- bzw. Führungsposition im Vergleich zu denen ohne eine solche Position (47,0 vs. 42,1 Jahre). Äquivalent hierzu finden sich auch in der ambulanten Versorgung bei den männlichen Führungskräften höhere Anteile mit einer Herz- und Kreislauferkrankung im Vergleich zu den Beschäftigten ohne Führungsverantwortung. Dass das Alter nicht der alleinige Grund für höhere Verordnungsmengen sein kann, zeigt sich im Vergleich der Tagesdosen bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem bzw. auf das Nervensystem. Hier sind es jeweils die Beschäftigten ohne Aufsichts- bzw. Führungsrolle, die deutlich höhere Tagesdosen aufweisen. Etwas anders stellt sich das Bild bei den weiblichen Beschäftigten dar. Hier weisen die Berufstätigen ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung für alle dargestellten Verordnungshauptgruppen höhere Tagesdosen als die Beschäftigten mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion auf (vgl. Diagramm 4.4.8). Dabei ist anzumerken, dass der Altersunterschied zwischen Frauen mit bzw. ohne Führungsverantwortung (43,7 vs. 41,8 Jahre) nicht so hoch wie bei den Männern ausfällt.

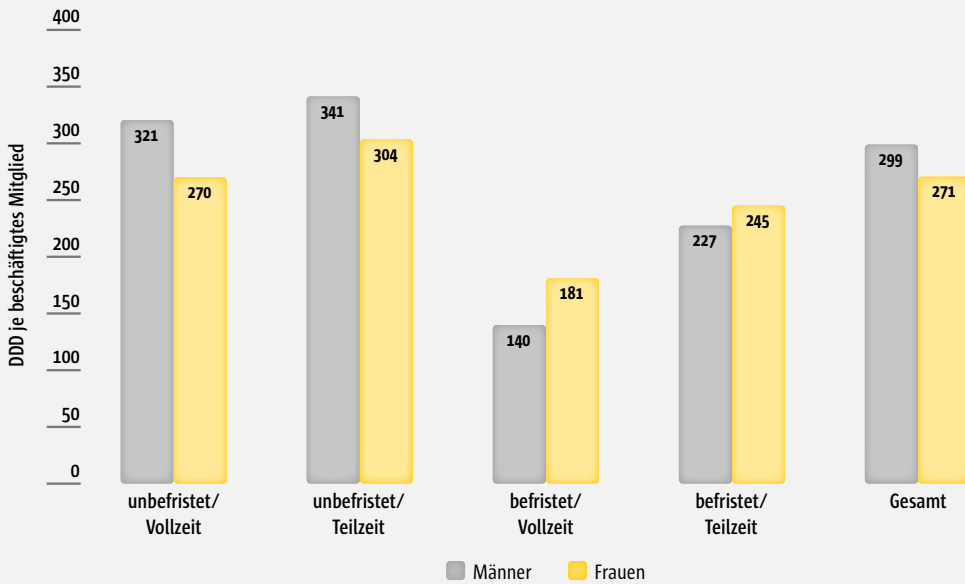
Vertragsform

- Die wenigsten verordneten Tagesdosen sind bei den befristet Vollzeitbeschäftigten – meist junge Berufsanfänger oder Auszubildende – zu finden.
- Abgesehen von altersbedingten Differenzen unterscheiden sich unbefristet in Vollzeit bzw. in Teilzeit Tätige nicht wesentlich bei den verordneten Arzneimittelmengen.

Die nach Vertragsform und Geschlecht eines Beschäftigten verordneten Tagesdosen insgesamt sind in Diagramm 4.4.9 dargestellt. Die geringsten Verordnungsmengen sind – wie auch bei der Betrachtung der krankheitsbedingten Fehltag – bei den Vollzeitbeschäftigten mit einer befristeten Anstellung zu finden, was maßgeblich mit dem niedrigen Durchschnittsalter in dieser Gruppe zusammenhängt. Beschäftigte in dieser Vertragsform sind vorrangig Personen, die meist noch am Anfang ihres Berufslebens stehen und sich entweder noch in der Berufsausbildung befinden bzw. im Berufseinstieg eine befristete Anstellung (z.B. Probezeit) bekommen haben.

Unbefristet Teilzeitbeschäftigte weisen tendenziell größere Verordnungsmengen auf als unbefristet Vollzeitbeschäftigte, wobei dieser Unterschied insbesondere bei den Frauen teilweise auf Altersdifferenzen zwischen beiden Gruppen zurückgehen kann (unbefristet Vollzeit: 41,4 Jahre vs. unbefristet Teilzeit: 46,2 Jahre). Aber auch wenn man diesen Altersunterschied in die Interpretation einbezieht, zeigt sich, dass eine Teilzeitbeschäftigung nicht zwangsläufig zu einer Entlastung bezogen auf die Gesundheit und somit auch den Arzneimittelverbrauch der Beschäftigten wirkt. Oftmals sind Beschäftigte deshalb in Teilzeit, weil keine anderen Stellenumfänge angeboten werden oder weil sie sich (insbesondere Frauen) zusätzlich um die Betreuung von Kindern bzw. die Pflege von Angehörigen kümmern.

Diagramm 4.4.9 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsform und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)



### Arbeitnehmerüberlassung

- Männer, die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, erhalten deutlich weniger Arzneimittel verordnet als solche in einem regulären Anstellungsverhältnis.
- Zwischen den einzelnen Berufssegmenten zeigen sich aber deutliche Variationen – ein Hinweis darauf, dass die jeweiligen Arbeitsbedingungen zusätzlich einen starken Einfluss auf die Arzneimittelverordnungsmengen ausüben.

Inwieweit sich Beschäftigte, die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, von solchen, die regulär angestellt sind, in ihrem Arzneimittelgebrauch unterscheiden, zeigt **»»»** Diagramm 4.4.10. Insbesondere bei den Männern ist deutlich zu erkennen, dass Beschäftigte, die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, deutlich weniger definierte Tagesdosen erhalten als solche in einem regulären Anstellungsverhältnis. Im Unterschied zum AU-Geschehen, wo Leih- bzw. Zeitarbeiter deutlich mehr AU-Fälle und -Tage aufweisen, scheint sich hier das Alter der Beschäftigten in Kombination mit der Anstellungsform stärker auszuwirken. Männer, die als Leiharbeiter angestellt sind, sind im Schnitt

4,2 Jahre jünger als solche ohne Leiharbeitsvertrag, während der Altersunterschied bei den Frauen lediglich 2,4 Jahre beträgt. Besonders deutlich zeigt sich dies bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System: Erhalten über eine Arbeitnehmerüberlassung beschäftigte Männer hier im Mittel nur 101 DDD je Berufstätigen verordnet, so sind es bei den regulär angestellten 150 DDD je Berufstätigen. Bei den Frauen ist der Unterschied hingegen weniger deutlich ausgeprägt (74 vs. 82 DDD je Beschäftigten).

Dass dieser Unterschied nicht für alle Beschäftigten mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung in gleichem Maße besteht, zeigt sich in **»»»** Diagramm 4.4.11. Bei der Betrachtung nach Berufssegmenten ist der größte Unterschied zwischen Beschäftigten mit und ohne Arbeitnehmerüberlassung bei den Verkehrs- und Logistikberufen zu finden. In diesem Berufssegment erhalten die Beschäftigten mit einer regulären Anstellung im Schnitt 165 Tagesdosen pro Jahr und Beschäftigten mehr verordnet als die in Leih- bzw. Zeitarbeit Tätigen. Ähnliche Unterschiede in gleicher Richtung sind auch bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen, den Fertigungsberufen sowie den Sicherheitsberufen zu finden. Für diese Berufssegmente zeigen sich auch im AU-Geschehen bei den Leiharbeitern deutlich niedrigere Fehlertage als bei den regulär angestellten Berufstätigen

Diagramm 4.4.10 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

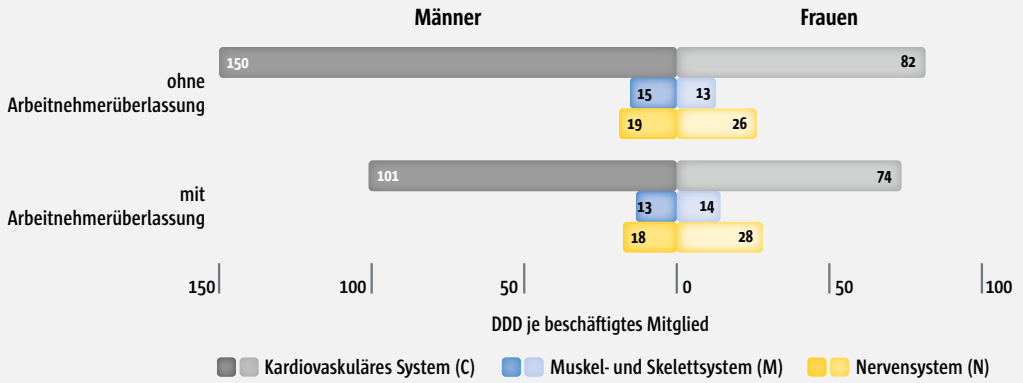
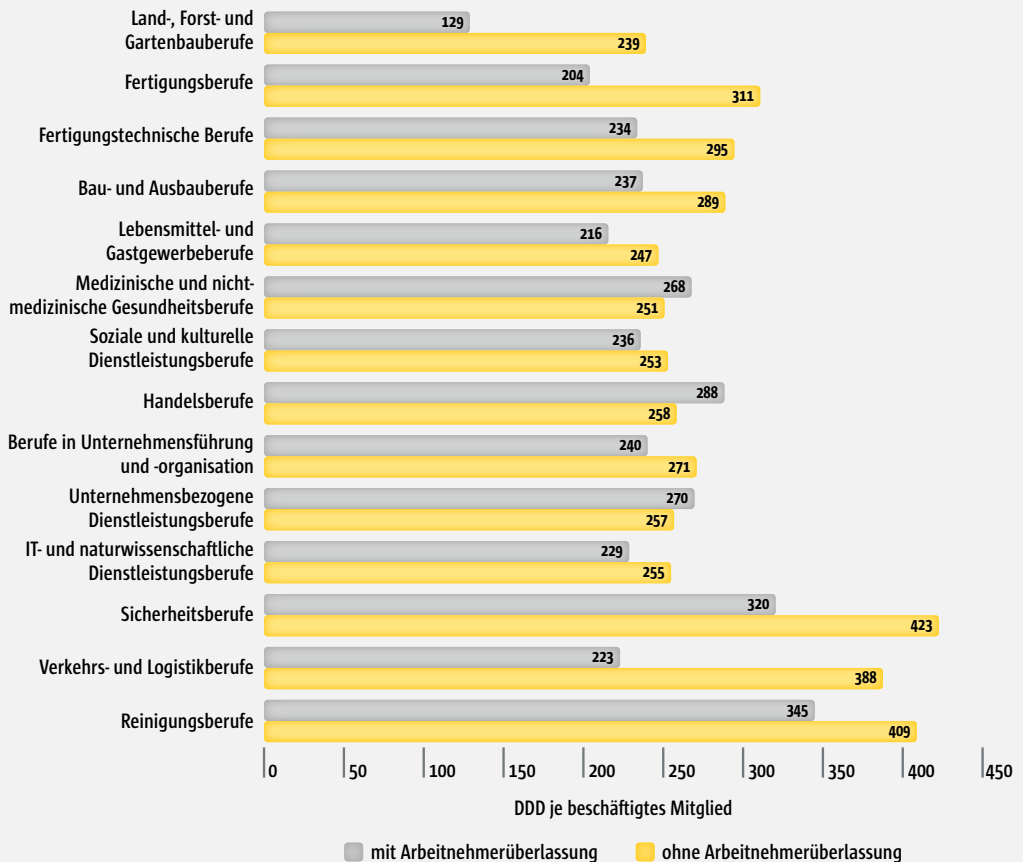


Diagramm 4.4.11 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2016)



(vgl. **»»** Diagramm 1.4.19). Bezogen auf die Berufssegmente zeigt sich insgesamt ein höchst unterschiedliches Bild. Es ist davon auszugehen, dass auch hier die berufsbezogenen Arbeitsbedingungen und Belastungen einen wesentlichen Einfluss auf den Arzneimittelverbrauch bei den verschiedenen Berufssegmenten in Kombination mit den bereits erwähnten Altersunterschieden haben.

### Ausblick

Wie die Auswertungen zu den Arzneimittelverordnungen zeigen konnten, sind deren Anteile bzw. deren Höhe unter anderem vom Alter, vom Geschlecht, dem sozialen Status, dem Wohnort und den Tätigkeitsmerkmalen eines Versicherten abhängig. Die Verordnungsanteile korrespondieren dabei in besonderem Maße mit den Daten der ambulanten Versorgung. Aber nicht ausschließlich empirisch nachvollziehbare Mechanismen spielen hierbei eine Rolle. So zeigen sich zum Beispiel bei den Antibiotikaverordnungen Ost-West-Unterschiede, die sich nicht in der Regionalverteilung entsprechender Diagnosen widerspiegeln, sondern maßgeblich durch das sozialisierte Ordnungsverhalten von Ärzten und Patienten beeinflusst werden.

Auch die zunehmende Pathologisierung und Medikalisierung der Gesellschaft muss bei der Interpretation der vorliegenden Daten Berücksichtigung finden und steigende Kosten und Verbräuche dürfen nicht nur als Folge des demografischen Wandels gesehen werden. Insbesondere auch deshalb ist es mehr als notwendig, verstärkt den Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung wie auch auf den selbstbestimmten Patienten zu setzen. Genau hier sind vor allem im arbeitsweltlichen Kontext Ansatzpunkte deutlich erkennbar, zeigen sich doch Wirtschafts- und Berufsgruppen, die durch bedeutsame Unterschiede im Arzneimittelgebrauch auffallen.

Auch die Digitalisierung im Gesundheitswesen kann hierzu beitragen, indem z. B. die bei Mehrfachmedikation häufig auftretenden unerwünschten Wechselwirkungen durch einen digitalen Medikationsplan verhindert werden können. Dieser wurde zwar bereits 2016 beschlossen, allerdings bis dato noch nicht endgültig eingeführt. Dadurch könnten nicht allein die Verordnungsmengen reduziert, sondern auch schwerwiegende Folgen durch gefährliche Wechselwirkungen vermieden werden. Aber auch die aktuelle Lösung greift noch zu kurz, da in der Gesetzgebung die sogenannten OTC-Mittel (freiverkäufliche Medikamente, die nicht verschreibungspflichtig sind) noch nicht inkludiert sind, aber zwingend auch mit eingeschlossen werden müssen.





# Schwerpunkt Praxis



# Fit@Job – Gesünder arbeiten, besser leben!

## Gesundheitsinformationen für Beschäftigte im Zeitalter der digitalen Möglichkeiten

Anke Siebeneich

Betriebliche Gesundheitsförderung, BKK Dachverband e.V., Berlin

Das Wissen und die Befähigung der erwerbstätigen Bevölkerung, eigenverantwortlich und gesundheitsorientiert zu handeln, werden in einer zunehmend räumlich und zeitlich flexibleren Arbeitswelt immer wichtiger. Die Digitalisierung bietet die Chance, die klassischen Themen der Prävention und Gesundheitsförderung zur Vermeidung zentraler gesundheitlicher Risiken für verschiedene, vor allem für schwer erreichbare, Zielgruppen attraktiv zu machen. Mit dem Online-Gesundheitscoaching „Fit@Job“ fördern die Betriebskrankenkassen bei Beschäftigten ein Gesundheitsbewusstsein und vermitteln Ansätze zu einer gesünderen Arbeits- und Lebensweise.

Zahlreiche, vor allem chronische Krankheiten haben oftmals ihre Ursache in der Lebens- und Arbeitsweise der Menschen. Bewegungsmangel, schlechte Ernährungsgewohnheiten, chronischer Stress ebenso wie übermäßiger Alkohol- oder Tabakkonsum sind nur einige der Herausforderungen in der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung. Die Folgen für die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten machen eine ungesunde Arbeits- und Lebensweise zu einer gesellschaftlichen und betriebswirtschaftlichen Herausforderung. Die Themen sind nicht neu, sie werden auch in Zeiten von „Arbeiten und Industrie 4.0“ nicht an Bedeutung verlieren.

Menschen unterschätzen die eigenen gesundheitsförderlichen Potenziale. Gerne wird die Verantwortung auf andere übertragen: Auf den Arbeitgeber, der sich um die gesundheitlichen Belange der Beschäftigten kümmern soll, oder den Arzt, der bei gesundheitlichen Einschränkungen Hilfe leistet. Das digitale Zeitalter bietet Chancen! Digitale Medien können ein Ansatz sein, gesundheitsbezogene Themen für verschiedene Adressaten attraktiv zu gestalten – vor allem für bisher schwer erreichbare oder nicht-gesundheitsaffine Zielgruppen. Sie können einen niedrigschwelligen Zugang ermöglichen, bei-

spielsweise über eine einfache Sprache oder über eine kurze und leicht verständliche Themenaufbereitung. Eine potenzielle Zielgruppe sind Personen, die zeitlich sehr eingespannt und beruflich bedingt an verschiedenen Orten arbeiten, ebenso wie Beschäftigte, die noch am Anfang ihres Berufslebens stehen. Das Wissen und die Befähigung der erwerbstätigen Bevölkerung, eigenverantwortlich und gesundheitsorientiert zu handeln, wird zunehmend wichtiger, so das Bundesministerium für Arbeit und Soziales in seinen Schlussfolgerungen im Weißbuch „Arbeiten 4.0“ [1].

### Wissen als Voraussetzung für eigenverantwortliches Handeln

Ohne kontinuierliche Information und Sensibilisierung schafft man kein Bewusstsein für die Möglichkeiten eigenverantwortlichen Handelns. Prävention und Gesundheitsförderung sind auf eine umfassende Gesundheitskommunikation angewiesen, weil ohne ausreichende gesundheitsbezogene Information, so Ose und Hurrelmann [2], keine Akzeptanz für Interventionen und keine Nutzerkompetenz entwickelt werden können.

Immer mehr Unternehmen erkennen den Stellenwert gesundheitsbewusster Beschäftigter und investieren in den Aufbau gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen. Um Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich im Unternehmen zu integrieren, müssen nicht nur die Unternehmen kontinuierlich überzeugt werden, sondern auch diejenigen, die von den gesundheitsförderlichen Angeboten ihres Betriebes profitieren, und die mit dem Wissen um die eigenen Handlungsmöglichkeiten einen wesentlichen Teil selbst dazu beitragen, ihre Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten.

Die Betriebskrankenkassen haben ein hohes Interesse, die Beschäftigten gesund durch das Arbeitsleben zu begleiten und ihnen zu helfen, bis ins hohe Alter fit und leistungsfähig zu bleiben. Das Gesundheitsprogramm „Fit@Job“ ist hier ein Baustein, um das Gesundheitsbewusstsein der Beschäftigten zu stärken sowie Ansätze zu einer gesünderen Arbeits- und Lebensweise zu vermitteln.

Fit@Job ist ein onlinebasiertes Einzelcoaching, das den Beschäftigten über 3 Monate hinweg wöchentlich zu einem arbeitsweltbezogenen Gesundheitsthema informiert (»» Abbildung 1).

Eine Gruppe von betrieblichen Gesundheitsexperten aus den Betriebskrankenkassen identifizierte die Inhalte und erarbeitete diese gemeinsam mit Experten für digitale Medien und zielgruppengerechte Kommunikation. Über eine gesundheitswissenschaftliche Begleitung wurde sichergestellt, dass die aufbereiteten Inhalte auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren.

### Aufbau von Handlungs- und Effektwissen in 12 Wochen

Der Einstieg in das Gesundheitscoaching erfolgt über eine Webseite, auf der interessierte Beschäftigte zu nächst Allgemeines und Wissenswertes zu den Zusammenhängen von Gesundheit und Arbeit erfahren. Wie „gesund“ ihr persönlicher Berufsalltag ist, können die Nutzer über einen Test herausfinden. Sie erfahren, in welchen Bereichen sie konkret einen Verbesserungsbedarf haben. Dieser einstimmende Test enthält Fragen zu körperlichen Belastungen, zum Ernährungs-, Bewegungs- und Trinkverhalten. Er berücksichtigt zudem Aspekte zum Arbeitsklima und zum sozialen Miteinander. Ziel der Ergebnisdarstellung ist es, beim Empfänger ein Bild zu erzeugen, dass es eigentlich ganz einfach ist, sich den Themen zu nähern. Hierüber findet eine sensible Überleitung zur Programm Anmeldung statt.

Der Fit@Job-Coach unterscheidet sich von anderen E-Coaches durch eine spezifische Abfrage, die einen optimalen Zuschnitt der Coaching-Inhalte an die Bedürfnisse des Nutzers gewährleistet.

Abbildung 1 Fit@Job Online-Oberfläche



Abbildung 2 Fit@Job-Anmeldung zum 12-Wochen-Programm



**IHR ONLINE-COACH**

**12**  
WOCHEN  
12 THEMEN

- So gelingt's: mehr Gesundheit am Arbeitsplatz
- Spannend & praxistauglich: Coach-Lektionen mit Videos und Screening-Tools
- Vielfältige Tipps für den Joballtag: Fit essen, gesunder Schreibtisch, Bürofitness u.v.m.

**KOSTENLOS TEILNEHMEN**

Bei der Registrierung müssen die Interessenten angeben, wie sie überwiegend arbeiten. Denn trotz Digitalisierung, Wissensgesellschaft und diverser die Arbeit erleichternder technischer Errungenschaften arbeitet ein großer Teil der Beschäftigten in einem körperlich anstrengenden Beruf, z.B. Bauarbeiter, Pflegekräfte. Es gibt zudem eine Reihe von Berufen, beispielhaft zu nennen sind Friseur\*innen oder Verkäufer\*innen, in denen die Beschäftigten stundenlang stehen. Vor allem männliche Beschäftigte empfinden die stehende Tätigkeit als anstrengend, fast jeder zweite fühlt sich dadurch subjektiv belastet [3]. Im Gegensatz dazu verbringen immer mehr Menschen ihr Leben überwiegend sitzend. Sei es im Büro vor dem Computer oder in Besprechungen, im Auto oder in den öffentlichen Verkehrsmitteln auf dem Weg von und zur Arbeit. In ihrer Freizeit sitzen sie vor dem Fernseher, chatten mit Bekannten oder lassen ganz einfach „alle Fünfe gerade“ sein. Die Weltgesundheitsorganisation warnt bereits eindringlich vor dieser Entwicklung und den mit Bewegungsmangel zusammenhängenden Gesundheitsproblemen [4].

Die Tendenz, regelmäßig oder ständig in Schichten zu arbeiten, nimmt seit Jahren zu. Schon heute stellt der Online-Handel eine 24h-Lieferung sicher, der Einkauf wird direkt vor die Tür geliefert. Wir vergessen häufig, dass dies Menschen leisten müssen, die sehr früh aufstehen oder in der Nacht arbeiten. Viele dieser Menschen arbeiten gegen ihre innere Uhr. Vor allem nachts zu arbeiten, ist für den Körper besonders anstrengend und nicht jeder kommt damit gleich gut zurecht [5].

Über einen Zeitraum von 12 Wochen führt der Fit@Job-Coach die Beschäftigten mit kleinen Impulsen und wöchentlichen Aufgaben Schritt für Schritt zu einem besseren Verständnis von Gesundheit am Arbeitsplatz, gibt wirkungsvolle Hinweise und praktische Tipps an die Hand, wie Gesundheit mit dem Arbeitsalltag in Einklang zu bringen ist (» Abbildung 2). Jede Einheit setzt einen anderen Fokus. Von der Ergonomie, über die Kunst der richtigen Pausengestaltung, zu mehr Bewegungsausgleich und mentaler Balance. Das Programm ist modulartig aufgebaut mit thematisch aufeinander aufbauenden Einheiten. Zwischen den zu absolvierenden Modulen liegt mindestens eine Woche. Das Folgemodul wird erst nach erfolgreicher Beendigung des vorherigen Moduls freigeschaltet. Die Teilnehmenden erhalten eine wöchentliche Aufgabe, deren Umsetzung zu Beginn des Folgemoduls abgefragt wird. Bei der Vermittlung des Handlungswissens wird auf mögliche Fehler beim Einüben hingewiesen und deren Vermeidung durch entsprechende Hinweise unterstützt.

» Die im Rahmen des Online-Angebotes erhobenen Daten liegen auf einem geschützten Server in Deutschland, auf die die anbietende Krankenkasse keinen Zugriff hat. Es findet darüber hinaus keine personenbezogene Verwertung der Daten statt.

## Erkenntnisse über Nutzen und Wirkung

Jede sechste Betriebskrankenkasse bietet ihren beschäftigten Versicherten bereits dieses Coaching-Angebot an.

Beispiele von Betriebskrankenkassen, die Fit@Job in ihrem Design anbieten:

- BKK Diakonie, <https://bkk-diakonie.e-coaches.de/job>
- BKK Freudenberg, <https://bkk-freudenberg.e-coaches.de/job>
- pronova BKK, <https://pronovabkk.e-coaches.de/job>
- BKK PFAFF, <https://bkk-pfaff.e-coaches.de/job>
- Bertelsmann BKK, <https://bertelsmann-bkk.e-coaches.de/job/startseite.html>
- BKK Wirtschaft & Finanzen, <https://bkkwf.e-coaches.de/job/startseite.html>
- BKK Melitta Plus, <https://bkk-melitta.e-coaches.de/job/startseite.html>

Gegenwärtig sind rund 1.900 Nutzer bei Fit@Job registriert. Die Abbruchrate ist mit 4,5 Prozent niedrig. Hinter diesem Prozentwert stehen Nutzer, die den ersten Newsletter bekommen haben, die aber darüber hinausgehend nicht aktiv geworden sind.

Die Autoren einer kürzlich veröffentlichten Studie zu den Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps betonen den hohen Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung in der Öffentlichkeit, die durch digitale Programme eine große individuelle Aufmerksamkeit erfahre [6]. Sie kommen darüber hinaus zu dem Schluss, dass diese durchaus Anreize für Verhaltensänderung schaffen können. Ihr Nutzen bestehe insbesondere in dem niedrigschwelligen Zugang. Die Studie macht aber auch deutlich, dass wissenschaftliche Langzeitstudien zu den Anforderungen der digitalen Helfer für einen nachweisbaren Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung notwendig sind.

### Fit@Job

- vermittelt wertfrei, leicht verständlich und praxisnah grundlegendes Wissen zu gesundheitsförderlichem Verhalten im Betrieb;
- erinnert die Beschäftigten durch wöchentliche Impulse daran, dass sie in Sachen Gesundheit vieles selbst in der Hand haben und legt damit den Grundstein für eine sukzessive Einstellungsänderung;
- schafft eine Grundlage, dass Prävention und Gesundheitsförderung auf der gesellschaftlichen Tagesord-

nung bleiben, dass über einzelne Themen individuell nachgedacht und ggf. im Unternehmen weiter diskutiert wird;

- kann ohne größere Aufwendungen inhaltlich angepasst und ergänzt werden;
- bietet einen niedrigschwelligen Zugang, über den sich ggf. bisher nur schwer erreichbare Zielgruppen erreichen lassen.

## Ausblick und Weiterentwicklungen

Die Krankenkassen stehen in der Prävention und Gesundheitsförderung noch am Anfang der digitalen Transformation. Sie tasten sich an die Möglichkeiten heran, lernen aus den Erfahrungen und entwickeln darauf aufbauend ihre Angebote, im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten, ständig weiter.

Bisher ist Fit@Job ein Programm, das den Mitarbeiter/die Mitarbeiterin und den Aufbau der individuellen Gesundheitskompetenzen in den Mittelpunkt stellt. Fit@Job könnte zu einer Ausgangsplattform entwickelt werden, die die Informationen zu den verschiedenen Themen mit den betrieblichen und/oder krankenkassenspezifischen Angeboten verknüpft und mit Einverständnis des Beschäftigten auf dessen Bedarf passende Empfehlungen zu Maßnahmen vermittelt. So könnte die Verbindung von der digitalen zur realen Welt hergestellt werden. Auch eine Ergänzung um eine direkte qualifizierte Online-Beratung ist denkbar, ebenso wie eine Vernetzung mit den Themen des Arbeitsschutzes, z.B. Onlineunterweisung.

Im Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung kann Fit@Job in der Vorbereitungsphase zur Sensibilisierung und Motivierung der Beschäftigten eingesetzt werden oder zur kontinuierlichen Sensibilisierung während des gesamten Prozesses [7]. Zur Erhöhung der Akzeptanz solcher Produkte bei den Beschäftigten im Unternehmen wäre auch eine Anpassungsmöglichkeit im Corporate Design denkbar, wie es im Rahmen des Projekts „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – psyGA“ möglich ist. Online-basierte Gesundheitsprogramme, die auf die Bedürfnisse und Herausforderungen von Beschäftigten angelegt sind, wären ggf. auch für kleine und mittelständische Unternehmen interessant. Ihnen fehlen nicht selten die zeitlichen Kapazitäten für eine umfangreiche Platzierung von Gesundheitsförderungsthemen.

Digitale Tools zur Sensibilisierung der Beschäftigten ersetzen jedoch nicht die Anstrengungen jedes einzelnen Unternehmens, das betriebliche Um-

feld so zu gestalten, dass sich die Wirkungen betrieblicher Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen nachhaltig entfalten können.

Die Digitalisierung schafft viele Möglichkeiten. Dabei dürfen mögliche Risiken nicht ausgeblendet werden. Wer aber den Fokus zu stark auf die Risiken lenkt, verkennt die Chancen, Prävention und Gesundheitsförderung zum Vorteil der Beschäftigten und der Unternehmen voranzubringen.

## Literatur

1. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2017) Weisbuch. Arbeiten 4.0. S. 137. Berlin
2. Ose D, Hurrelmann K (2007) Mediale Kommunikationsstrategien der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 397–406. Bern
3. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2017) Die Arbeitswelt im Wandel. Zahlen, Daten, Fakten. Dortmund
4. World Health Organization (WHO) (2015) Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025). Kopenhagen
5. BKK Dachverband (2015) Besser leben mit Schichtarbeit. Hilfen für Schichtarbeiterinnen und Schichtarbeiter. Berlin
6. Rutz M, Kühn D, Dierks M-L (2016) Kapitel 5. Gesundheits-Apps und Prävention. In: Albrecht U-V (Hrsg.) Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). 116–135. Medizinische Hochschule Hannover
7. GKV-Spitzenverband (2014) Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. Berlin.



Dr. Anke Siebeneich

Studium an der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) und Promotion am Institut für Hygiene und Arbeitsmedizin am Universitätsklinikum Essen. Beim BKK Dachverband im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung unter anderem für den Deutschen Unternehmenspreis Gesundheit und das Netzwerk „Unternehmen für Gesundheit“ zuständig.



# Selbsthilmöglichkeiten bei psychischen Erkrankungen

Kerstin Mehrholz  
BKK Pfalz, Ludwigshafen

Wir alle kennen die Fakten: Die Anzahl der Krankenschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen wächst ebenso kontinuierlich wie die Wartezeiten (im Durchschnitt mehr als drei Monate; [1]) auf einen Termin beim niedergelassenen Psychiater oder Psychotherapeuten.

Auch bei der BKK Pfalz berichten die Fallmanagement-Teams „Arbeitsunfähigkeit“ und „Krankenhausmanagement“ von einem deutlichen Anstieg der Wartezeiten für einen Termin beim Facharzt bzw. Therapeuten. In persönlichen Gesprächen mit den Fallmanagern schildern die Versicherten ihre oft ergebnislose Suche nach Unterstützung: Anrufe bei Psychotherapeuten, bei denen sie selten jemanden persönlich erreichen, im Bedarfsfall auf eine lange Warteliste rutschen oder direkt per Anrufbeantworter eine Absage erhalten. Die Versicherten werden mutlos und schämen sich für ihr „Betteln“, wenn sie um Unterstützung fragen müssen. Die Konsequenzen sind steigende Fälle von Chronifizierung und stationären Aufenthalten – was auch die Zahlen in diesem Gesundheitsreport wiederholt untermauern. Folgen, die bei frühzeitiger Unterstützung weitgehend vermeidbar wären. Inwieweit hier die seit dem 1. April 2017 in Kraft getretenen Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie Abhilfe schaffen und für eine Verkürzung der Wartezeiten sorgen, bleibt noch abzuwarten. Aktuell besteht weiter großer Bedarf.

Aufgrund des zunehmenden Bedarfs haben wir uns bereits 2013 auf die Suche nach einer Lösung gemacht, die den Versicherten mit psychischen Erkrankungen dank der fortschreitenden technischen Möglichkeiten eine schnelle und professionelle Hilfe bietet und der drohenden Chronifizierung vorbeugt. Wichtigste Kriterien bei der Suche waren der niedrigschwellige Zugang, zeitnahe Startmöglichkeiten mit variablen Therapiezeiten sowie eine effektive therapeutische Intervention.

novego ist als E-Mental-Health-Anbieter seit über fünf Jahren am Markt führend und bietet Menschen mit psychischen Problemen individualisierte Online-Selbsthilfe-Programme an. Die Inhalte und Wirksamkeit der novego-Programme wurden in den letzten Jahren mit großem Erfolg evaluiert.

Das niedrigschwellige, therapeutische Online-Programm bietet Unterstützung bei der Bewältigung von Depressionen, Ängsten und Burn-out. Nach einem anfänglichen Assessment werden die Programme auf die persönlichen Bedürfnisse der Patienten zugeschnitten. Sie sind anonym, können überall und jederzeit genutzt und ohne Wartezeit gestartet werden. novego kombiniert psychotherapeutische Methoden mit modernen E-Learning-Ansätzen, gilt aber – wie alle Online-Selbsthilfe-Programme – nicht als Behandlung oder Therapie, sondern als Soforthilfe zur Symptomstabilisierung und -verbesserung.

Anbieter von Online-Selbsthilfe-Programmen gibt es mittlerweile zahlreiche. Die BKK Pfalz hat sich für novego entschieden, weil es ein bewährtes Konzept darstellt, ein CE-gekennzeichnetes Medizinprodukt ist, das neuesten therapeutischen Ansätzen folgt, kontinuierlich weiterentwickelt wird und dessen Wirkung wissenschaftlich untersucht ist. Die wissenschaftliche Evaluation von novego wird im Laufe dieses Beitrages noch detaillierter betrachtet und erläutert.

Die Versicherten mit leichten und mittelschweren psychischen Erkrankungen werden von uns im Rahmen des AU-Fallmanagements oder des Krankenhausmanagements beraten und ohne großen Aufwand in das Online-Selbsthilfe-Programm eingesteuert: Sie erhalten einen Zugangscode für das jeweilige Programm, mit dem sie unmittelbar, ohne Wartezeiten oder Anfahrtsweg starten können. Die novego-Programme sind multimedial aufbereitet und werden dynamisch, auch mit SMS-Unterstüt-

Abbildung 1 Die novego-Programme im Überblick (Quelle: IVP Networks GmbH)

Online-Programme	Zielgruppe	Dauer	Funktionen	Wichtige Kontraindikationen
Depressionen bewältigen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leichte bis mittelschwere Depressionen</li> </ul>	12 Wochen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modulartiger Aufbau: Jede Woche abgeschlossene Themen</li> <li>Zeitbedarf: 45 – 60 Min. pro Woche Patient bestimmt Zeiteinteilung selber</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schwere Depressionen</li> <li>Bipolare Störungen</li> <li>Persönlichkeitsstörungen</li> <li>Suizidale Absichten</li> </ul>
Raus aus dem Burnout	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnostiziertes Burnout-Syndrom</li> <li>Starke Stressbelastung</li> </ul>	4 Wochen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abwechslungsreiche, z.T. überraschende Präsentation therapeutischer Inhalte</li> <li>Übungen / Wochenaufgaben zur praktischen und einfachen Anwendung im Alltag und Vertiefung des Erlernten</li> </ul>	
Ängste überwinden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Panik</li> <li>Phobien</li> </ul>	4 Wochen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auf Wunsch Email-Kontakt zu Psychologen</li> </ul>	



zung bereitgestellt. Auf Patientenwunsch werden die novego-Programme psychologisch begleitet: Das wöchentliche Feedback der Nutzer wird individuell und persönlich von Diplom-Psychologen beantwortet. Die Inhalte sind für die Versicherten nach Abschluss des Programmes noch ein ganzes Jahr online abrufbar. Sämtliche Kosten werden von der BKK Pfalz getragen (III Abbildungen 1 und 2).

Allgemein liegen mittlerweile umfangreiche Belege für die positiven Effekte onlinebasierter Interventionen vor (III siehe dazu auch den Beitrag von Bauereiß, Bending, Ebert und Baumeister in diesem Buch). Die Wirksamkeit speziell von novego ist darüber hinaus von Experten des Uniklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) und der Leuphana Universität Lüneburg wissenschaftlich untersucht worden:

- novego reduziert depressive Symptome deutlich [2]
  - nachgewiesene Wirksamkeit des Depressionsprogramms mit hohen Effektstärken bei Versicherten mit Arbeitsunfähigkeit (N = 180)
  - signifikant stärkere Reduktion depressiver Symptome in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe
- Auch bei **schizophrenen Patienten** und **Angstpatienten** werden Symptome durch novego signifikant reduziert.
  - Reduktion von depressiven Symptomen durch Depressionsprogramm mittels CES-D, PANSS,

Paranoia Checklist & PHQ-9 bei Schizophrenie-Patienten nachgewiesen (N = 58) [3]

- Reduktion der Angstsymptomatik von Patienten mit mittleren bis hohen Effektstärken in verschiedenen Parametern durch das Angstprogramm (N = 179) nachgewiesen [4]
- besondere Wirksamkeit von novego bei **starker Anfangsbelastung** [5]
  - bedeutsame Reduktion der depressiven Symptomatik (PHQ-9) und der subjektiv erlebten Lebenseinschränkung durch Depressionsprogramm (N = 438)
  - besonders hohe Effekte bei stärkerer Anfangsbelastung

Wir nutzen das Programm zur „Bewältigung von Depressionen“ als Basisprogramm und ergänzen es bei Bedarf mit den Programmen „Raus aus dem Burnout“ oder „Ängste überwinden“. Die Reaktionen der Versicherten sind äußerst positiv, was sich in persönlichen Feedbacks und einer hohen Compliance der Teilnehmer zeigt (novego-Teilnehmer sind nach neun Wochen noch mit 80% Wahrscheinlichkeit aktiv dabei [5]). Durch die selbstständige Anmeldung im Internet sind sie sich ihrer Anonymität sicher. Viele sind sehr motiviert, weil sie weiterhin arbeiten gehen können und sich im Alltag flexibel ihre Freiräume zur Selbsthilfe schaffen. Sie sind stolz, wenn sie sich eigenständig aus ihrem „Tief“ befreit haben. Besonders gute Erfahrungen haben wir mit sozio-

Abbildung 2 Online-Selbsthilfe: Multimediale Umsetzung therapeutischer Inhalte (Quelle: IVP Networks GmbH)



phoben und generell angstbesetzten Versicherten gemacht, die teilweise gar nicht in der Lage sind, das Haus zu verlassen, um einer geregelten Psychotherapie nachzugehen. Auch die Burn-out-Patienten fühlen sich in dem Programm aufgehoben und ernst genommen. Novego ist prinzipiell als Unterstützungsprogramm und Ergänzung der klassischen (psycho-)therapeutischen und medikamentösen Behandlung zu verstehen. Neben der Vermeidung von Chronifizierungen kann novego insbesondere bei milden Formen von Ängsten und Depressionen zu einer merklichen Reduktion der Krankheitslast beitragen und dem Versicherten eine vollständige Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben ermöglichen.

Es gibt aber auch Versicherte, die nach dem persönlichen novego-Eingangs-Assessment zur Pro-

grammeignung und Überprüfung von Kontraindikationen nicht teilnehmen können. Diese Versicherten sind in der Regel zu stark betroffen, um über ein Online-Selbsthilfe-Programm adäquate Unterstützung zu erhalten. Auch diese Fälle werten wir für uns als positiv. Unser Fallmanagement erhält so den Hinweis, dass der Versicherte seine Symptomatik am Telefon wohl eher unterschätzt hat, im anonymen Internet dann offener damit umgehen konnte. In diesen Fällen suchen wir nach anderen Unterstützungsmöglichkeiten.

Insgesamt bewerten wir den Einsatz der novego-Selbsthilfe in den letzten drei Jahren sowohl für unsere Versicherten als auch für uns als Krankenkasse als sehr erfolgreich. Für unsere Versicherten haben sich insbesondere folgende Vorteile in der Praxis gezeigt:

- Soforthilfe zur Symptomstabilisierung und -verbesserung
- niedrighschwelliges Angebot mit hohem Grad an Anonymität
- Unabhängigkeit von Zeit und Ort im Hinblick auf die Durchführung
- uneingeschränkte Verfügbarkeit, da software- und onlinebasiert
- Überbrücken von Lücken im Behandlungsverlauf

Das zeigt sich auch in den Feedbacks der Teilnehmer:

- „Ich finde Ihr Programm super und freue mich darüber, dass ich noch einige Monate nachschauen kann. So ein Programm sollte möglichst vielen Betroffenen als zusätzliche Hilfe zu anderweitiger Therapie und vor allem zu Medikamenten zur Verfügung gestellt werden, um baldigst wieder von diesen wegzukommen.“ (Weiblich, 49 Jahre)
- „Ich finde es toll, dass unter Nutzung moderner Medien ein solches Programm durchaus beachtenswerte Unterstützungsmaßnahmen anbietet, insbesondere nach einer langen Therapie immer wieder auf das Erlernte und Neue im Selbsterkennen und täglichen Leben hinweist!“ (Männlich, 53 Jahre)
- „Danke für dieses schön gestaltete Programm, ich habe mich jede Woche auf ein neues Thema gefreut und finde es super, dass ich noch Zeit habe, manches zu vertiefen.“ (Weiblich, 31 Jahre)
- „Ich bin froh, dieses Programm gemacht zu haben, denn an schlechten Tagen fallen mir immer wieder Sätze ein, die mir dann helfen.“ (Weiblich, 58 Jahre)

Und auch für uns als Krankenkasse ergeben sich klare Vorteile:

- kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten, teilweise Abwendung von Arbeitsunfähigkeit

- Vermeidung von Krankenhausaufenthalten
- Erleichterung der Steuerung von leichten bis mittelschwer psychisch erkrankten Versicherten
- kein Ressourcenaufwand bei der Implementierung des Programms
- zufriedene Mitarbeiter, da sie ein wertvolles Angebot für die Versicherten haben
- zufriedene Versicherte, die die Unterstützung ihrer Krankenkasse wertschätzen

Versicherte der BKK Pfalz, die Hilfe aufgrund einer psychischen Erkrankung, wie zum Beispiel Depressionen, Ängsten oder Burn-out, suchen, können sich gern an die jeweiligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wenden. Weitere Informationen sind auch auf der Homepage der BKK Pfalz ([www.bkkpfalz.de](http://www.bkkpfalz.de)) unter dem Stichwort „novego“ oder direkt unter [www.novego.de](http://www.novego.de) zu finden.

### Literatur

1. Bundespsychotherapeutenkammer (2011) PtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. URL: [http://www.bptk.de/uploads/media/110622\\_BPtK-Studie\\_Langfassung\\_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie\\_01.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf) (abgerufen am 10.07.2017)
2. Beiwinkel T, Eißing T, Telle NT, Siegmund-Schultze E, Rössler W (2017) Effectiveness of a Web-Based Intervention in Reducing Depression and Sickness Absence: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 19(6), e213
3. Moritz S, Schröder J, Klein JP, Lincoln TM, Andreou C, Fischer A, Arlt S (2016) Effects of online intervention for depression on mood and positive symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res* 175(1-3), 216-22
4. Schröder J, Jelinek L, Moritz S (2017) A randomized controlled trial of a transdiagnostic Internet intervention for individuals with panic and phobias – one size fits all. *Behav Ther Exp Psych* 54, 17-24
5. Novego Verlaufsbeobachtung 2011–2015. Interne Analysen, unveröffentlichtes Manuskript



Kerstin Mehrholz, Gesundheitsmanagerin, Dipl. VWA

Ausbildung zur Krankenschwester an der Raphaelsklinik Münster/Westfalen, langjährige Tätigkeit in verschiedenen Bereichen von Krankenhäusern, Seniorenheimen und ambulanten Pflegediensten, Weiterbildung zum Qualitätsmanager und Studium des Gesundheitsmanagements an der Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie Mannheim. Danach Assistenz der Pflegedirektion/Qualitätsmanagement im Krankenhaus Hetzelstift/Neustadt (Weinstraße). Seit 2016 bei der BKK Pfalz als Abteilungsleiterin für die Bereiche Krankenhaus, Hochkostenmanagement und Krankengeldfallmanagement verantwortlich.

# TeleArzt – Ihr Arzt vor Ort

Anita Nuding und Johannes Thormählen  
GWQ ServicePlus AG, Düsseldorf

## Einleitung

Die demografische Entwicklung in Deutschland führt zu einer zweifachen Herausforderung für das Gesundheitssystem. Einerseits wird die Zahl der (niedergelassenen/praktizierenden) Ärzte sinken, andererseits steigt die Zahl der multimorbiden Versicherten – und damit der Versorgungsbedarf. Die Hausarztpraxis in Wohnungsnahe ist in ländlichen Regionen schon heute nicht mehr die Regel, aber auch in städtischen Regionen ist dieser Ärztemangel mittlerweile zu spüren. Notwendig sind daher neue Wege, um die flächendeckende Versorgung von chronisch erkrankten und mobilitätseingeschränkten Versicherten zu sichern. Eine Methode hierzu ist die Entlastung der Ärzte mithilfe der Telemedizin und durch den Einsatz besonders qualifizierten nicht-ärztlichen Personals. Ein solches Modell hat die GWQ ServicePlus AG (GWQ) gemeinsam mit der TeleArzt GmbH entwickelt und über einen bislang in vier Bundesländern geltenden Vertrag eingeführt.

## GWQ

Die GWQ ServicePlus AG ist ein von Betriebskrankenkassen gegründetes Dienstleistungsunternehmen und repräsentiert aktuell 67 Aktionärs- und Kundenkassen mit mehr als 12 Millionen Versicherten. Sie versteht sich als Gemeinschaft mittelständischer Krankenkassen, für die sie innovative Lösungen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung entwickelt. Die Verträge und Dienstleistungen der GWQ können von allen Krankenkassen als Aktionärs- oder Kundenkasse in Anspruch genommen werden.

Seit 01.07.2017 können die Versicherten über den Vertrag TeleArzt der GWQ in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Bayern, Rheinland-Pfalz und Hessen versorgt werden. Voraussetzung für die Zulassung der Hausärzte ist, dass sie an dem Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung mit der GWQ teil-

nehmen. Versicherte können sich hingegen unabhängig von einer Teilnahme am Hausarztvertrag einschreiben.

## Hintergrund

Nach Angaben der Bundesärztekammer (BÄK) sind 38% der niedergelassenen Allgemeinmediziner 60 Jahre und älter [1], doch es fehlt an Nachfolgern, welche die Praxen übernehmen und weiterführen wollen. Weil gerade in ländlichen Regionen viele Praxen nicht weitergeführt werden können, müssen die Versicherten oft weite Wege zu einem Hausarzt in Kauf nehmen. Dies ist insbesondere für viele ältere, häufig multimorbide oder chronisch kranke Versicherte eine kaum zu überwindende Hürde. Eine Ausweitung der Hausbesuche ist aufgrund der Entfernungen und des steigenden Bedarfs allein aus Zeitgründen keine praktikable Alternative. Die Ärzte können sich deshalb oft nur auf die Kernversorgung in der Praxis beschränken, die notwendige Zeit für Hausbesuche oder „sprechende“ Medizin fehlt häufig, die flächendeckende hausärztliche Versorgung ist damit ernsthaft gefährdet.

Das gilt mittlerweile auch für die vergleichsweise dicht versorgten städtischen Regionen. Denn am Beispiel Berlin wird deutlich: Auch wenn die Stadt statistisch einen hohen Versorgungsgrad hat (110,5), so gibt es deutliche Diskrepanzen zwischen den einzelnen Stadtteilen. Wohlhabende Viertel verfügen über einen überdurchschnittlichen Versorgungsgrad, z.B. Berlin Charlottenburg mit 148,3, während weniger attraktive Stadtteile deutlich unterversorgt sind (Lichtenberg 86,1; Treptow-Köpenick 89,3). In anderen Großstädten wie München ist die Situation ähnlich [2; 3].

Der **Versorgungsgrad** beschreibt die Ressourcenmengen, die für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen und berechnet sich aus dem Vergleich

der Ist- und Sollzahlen. Ein Versorgungsgrad von 100 v.H. bedeutet, dass genau so viele Ärzte zugelassen sind, wie auch statistisch benötigt werden.

Immer häufiger ersetzt hier der Notruf offenkundig den Gang zum Arzt. So meldete der Ärztenachrichtendienst unter aend.de unter dem Titel „Sonst kolabiert das System“ am 11.02.2016:

„Die Berliner Feuerwehr schlägt Alarm. Der Rettungsdienst stoße an seine Grenzen. Hausärzte machten kaum noch Hausbesuche. Dies führe zu erheblichen Problemen. Eine Reform des Systems sei daher dringend erforderlich – bundesweit 333.199 Rettungseinsätze hat die Berliner Feuerwehr eigenen Angaben zufolge durchgeführt. Diese Zahl steige seit Jahren kontinuierlich an. Zum einen wachse die Zahl der Einsätze mit dem Durchschnittsalter der Bevölkerung. Weiterer Grund sei die in der Fläche mangelhafte hausärztliche Versorgung. Statt einen Allgemeinmediziner aufzusuchen, riefen viele lieber die 112.“ [4]

Auf einen Hausbesuch hoffen diese Patienten offenbar nicht, obwohl laut einer Veröffentlichung des GKV Spitzenverbandes 96% der befragten Hausärzte Hausbesuche bei Kassenpatienten durchführen und dafür eigenen Angaben zufolge durchschnittlich ca. 8 Stunden pro Woche aufwenden [5]. Allerdings, hier wird der Handlungsbedarf evident, verbringen sie oft weniger als die Hälfte dieser Zeit mit ärztlichen

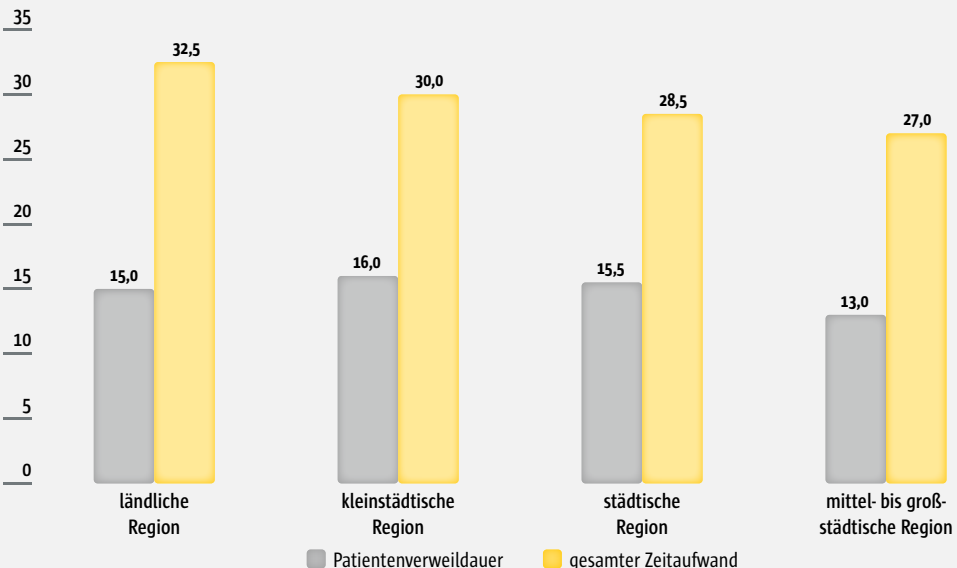
Tätigkeiten. Tatsache ist: Ein Großteil dieser „Arbeitszeit“ wird durch die langen Anfahrtszeiten verursacht. Ca. 54% des Zeitaufwandes von Hausbesuchen im ländlichen Raum, aber auch 52% im mittel- bis großstädtischen Raum, werden für Fahrzeiten aufgewendet [6]. Während dies in ländlichen Regionen i. d.R. durch die weiten Anfahrtswege verursacht wird, kosten in städtischen Regionen eher die Verkehrsdichte, Ampelphasen und Parkplatzsuche Zeit, die letztlich für die Behandlung der Patienten fehlt (» Abbildung 1).

Der Besuch in der Hausarztpraxis ist jedoch für viele mobilitätseingeschränkte Versicherte auf dem Land wie in der Stadt keine realistische Alternative. Ohne Hilfe ist die Praxis häufig nicht oder nur sehr schwer zu erreichen. Verschärft wird die Situation nicht selten z.B. durch eine schlechte Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr auf dem Land oder, in der Stadt, durch Wohnungen in der vierten Etage ohne Aufzug.

### Delegationsmodelle

Deshalb wurden in der Vergangenheit verschiedene Entlastungsmodelle entwickelt, die eine Delegation von Leistungen auf nichtärztliche Praxisassistenten – insbesondere im Hausbesuch – vorsehen. Dazu

Abbildung 1 Durchschnittlicher Zeitaufwand in Minuten je Hausbesuch eines Hausarztes, Datenbasis: frei nach [5]



zählen die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH), die Entlastende Versorgungsassistentin (EVA) oder die Nicht-ärztliche Praxisassistentin (NäPa).

Eines haben diese Konzepte gemein: Sie sind nur für Fälle geeignet, bei denen im Vorfeld bereits sicher ist, dass es sich um eine eindeutig delegierbare Leistung mit vorhergehender ärztlicher Diagnose handelt. Schon wenn im Rahmen eines Hausbesuchs einer Assistentin z. B. eine Befundverschlechterung bemerkt wird, muss ein zusätzlicher Hausbesuch durch den Hausarzt erfolgen. Der TeleArzt schließt diese Lücke.

Die Idee zu diesem Projekt kam von haus- bzw. ländärztlicher Seite: Es wurde erdacht von Dr. Thomas Aßmann, Hausarzt und Facharzt für Innere Medizin im Bergischen Land. Dr. Aßmann, seit 2000 in Lindlar niedergelassen, erlebt in seiner Praxis, wie viel Zeit insbesondere die Fahrstrecken kosten, die der Arzt für einen Hausbesuch beim Patienten absolvieren muss – Zeit, die zur Behandlung weiterer Patienten in der eigenen Arztpraxis wiederum fehlt. Das betrifft nicht nur Mediziner im Bergischen Land: Die Arztdichte sinkt, weil sich immer weniger Ärzte in ländlichen Regionen niederlassen. Zudem sind die immer kleineren Krankenhäuser in ländlichen Regionen aufgrund ihrer wirtschaftlichen Lage von Schließung oder Fusion bedroht [7].

Die Konsequenz: Sinnvolle oder womöglich notwendige Hausarztkonsultationen fallen aus, weil der Patient aufgrund seines Gesundheitszustands oder unzureichender Infrastruktur die Praxis nicht erreichen kann – und der Arzt nicht die Zeit hat, diese Patienten durch regelmäßige Hausarztbesuche zu betreuen. Kommt es dann zu vermeintlichen oder tatsächlichen Akutsituationen, wird der Notarzt gerufen.

Mit dem Konzept TeleArzt, entwickelt von der TeleArzt GmbH (Dr. Aßmann, Vitaphone und Pro Versorgung) in Zusammenarbeit mit der GWQ, kann diese unhaltbare Situation spürbar verbessert werden.

#### TeleArzt GmbH (TAG)

Die TAG TeleArzt GmbH mit Sitz in Köln ist eine 2016 gegründete Managementgesellschaft zur Organisation und Umsetzung von Verträgen zur besonderen Versorgung. Gesellschafter sind die ProVersorgung Care AG des Deutschen Hausärzterverbandes, die vituscard GmbH & Co. KG von Dr. Thomas Aßmann als zweiter ärztlicher Gesellschafter und die vitaphone GmbH als Technologieentwickler.

## Konzept TeleArzt

Der Versicherte wird mithilfe des HzV (Hausarztzentrierte Versorgung)-Hausarztes und einer telemedizinisch geschulten Versorgungsassistentin (Tele-VERAH) in seiner häuslichen Umgebung versorgt und bei gesundheitlichen Problemen unverzüglich betreut. Ermöglicht wird das durch den Einsatz telemedizinischer Instrumente.

#### Tele-VERAH

Die spezifisch weitergebildeten Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH®) werden für die Vertragsinhalte (u.a. Datenschutz, Telemedizin, Sturzrisikoanalyse) zusätzlich geschult, um die Qualifikation einer Tele-VERAH zu erwerben.

Der Hausarzt kann alle Hausbesuche an die Tele-VERAH delegieren, für deren Durchführung sie speziell geschult wurde und für die zunächst keine ärztliche Expertise notwendig ist. Dafür wird die Assistentin im Rahmen des TeleArzt-Projektes mit einem Telemedizin-Rucksack ausgestattet. Alle beim Patienten erfassten Daten werden direkt in die Software der Hausarztpraxis übertragen und können vom Arzt umgehend gesichtet und befundet werden. Auch direkte ärztliche Interventionen sind möglich: Der HzV-Hausarzt kann sich via Videotelefonie in den Hausbesuch der Tele-VERAH einschalten, die Patienten befragen oder beraten und seine Mitarbeiterin instruieren.

#### Telemedizin-Rucksack

Das Equipment des Telemedizin-Rucksacks besteht aus tragbaren Geräten wie 3-Kanal-EKG, Pulsoximeter, Blutzuckermessgerät, Spirometer, Blutdruckmessgerät, Waage und einem speziellen Tablet mit einer Übertragungseinheit (»»» Abbildung 2).

Diese Interaktionsmöglichkeit sorgt dafür, dass die Tele-VERAH auch in unklaren Fällen den Hausbesuch übernehmen kann, da sie den Arzt quasi „in der Tasche“ mit sich führt. Beispielsweise kann der Arzt mittels Bildübertragung eine Wunde begutachten und direkte Anweisungen zur Behandlung geben.

Das eingesetzte Equipment ist medizintechnikgesetzkonform (Zulassung gem. Klasse 2a) mit EU-Zulassung, für den Einsatz gibt es ein separates Datenschutzkonzept.

Abbildung 2 Telemedizin-Rucksack (© vitaphone GmbH)



Worin besteht der Unterschied zwischen Tele-VERAH und anderen nichtärztlichen Praxisassistenten (z.B. VERAH, EVA, NäPa)?

Es gibt bereits einige Konzepte – auch im Rahmen des EBM – bei denen besonders qualifizierte Praxismitarbeiter im Rahmen von Hausbesuchen delegierbare Leistungen übernehmen. Allerdings können diese nur in wenigen, vorab bekannten Konstellationen wie zum Beispiel der Blutzuckerkontrolle eingesetzt werden. Wenn der Grund für einen Hausbesuch nicht klar bekannt ist oder sich im Laufe des delegierten Hausbesuchs medizinische Fragestellungen ergeben, ist der ergänzende Hausbesuch durch den Arzt alternativlos.

Dieses Problem wird durch die telemedizinische Ausstattung der Tele-VERAH gelöst. Der Arzt kann jederzeit über das Tablet zugeschaltet werden, unklare Situationen, z.B. in der Wundversorgung, beurteilen und direkte Anweisungen geben. Auch das Arzt-Patienten-Gespräch über das Tablet ist möglich.

Trotzdem bleibt der Besuch der Tele-VERAH eine Ergänzung des Versorgungsangebotes, er ist kein Ersatz für die persönliche Behandlung durch den Arzt – notwendige Hausbesuche bleiben eine wichtige ärztliche Leistung. Andererseits fallen im Rahmen von

Hausbesuchen zahlreiche Untersuchungen an, die auch in der Praxis des Arztes von einer VERAH übernommen werden. Sollte sich während eines VERAH-Besuches dennoch die Notwendigkeit einer direkten ärztlichen Intervention herausstellen, gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder erfolgt ein zusätzlicher Hausbesuch durch den Arzt oder die Tele-VERAH, die in der Regel mit einem PKW unterwegs ist, nimmt den Versicherten mit in die Praxis.

### Zielgruppe

Das Projekt TeleArzt richtet sich an mobilitätseingeschränkte Versicherte mit definierten chronischen Erkrankungen, die von einer Intensivierung der medizinischen Betreuung profitieren können. Hierzu gehören u. a. Diabetes, Herzerkrankungen, bösartige Neubildungen, aber auch psychische Störungen wie Demenz. Denn es geht hierbei primär um ergänzende, nicht ersetzende Hausbesuche bei dem Arzt bekannten Patienten. Der Einsatz der Tele-VERAH soll den HzV-Hausarzt in seiner Tätigkeit entlasten und gleichzeitig eine verbesserte Versorgung des Versicherten gewährleisten. Der Bedarf an solchen Angeboten ist groß: Nach einer Erhebung zur Mobilität



in Deutschland geben 13,4% der Befragten an, eine oder mehrere gesundheitliche Einschränkungen zu haben. 57,5% dieser Personengruppe sind ihren Angaben zufolge dadurch in ihrer Mobilität eingeschränkt [8].

Bei der Auswahl der TeleArzt-geeigneten chronischen Erkrankungen waren zwei Kriterien ausschlaggebend: Im Fokus stehen Krankheitsbilder, bei denen durch eine Intensivierung der kontinuierlichen ambulanten Behandlung die Lebensqualität der Patienten verbessert werden kann und eine Reduktion der akuten Verschlechterung des Gesundheitszustands wahrscheinlich ist – also die Zahl der stationären Aufenthalte verringert werden kann [9]. Denn neben dem Primärziel, dieser Patientengruppe eine gute medizinische Betreuung vor Ort zu gewährleisten, verfolgt das Konzept TeleArzt als zweites Ziel, den Versicherten zu ermöglichen, weiterhin autonom in ihrer häuslichen Umgebung leben zu können. Und zwar, anders als bei rein telemedizinisch-technischen Lösungen, ohne dass der persönliche menschliche Kontakt zwischen Patienten und medizinischen Fachkräften verloren geht.

#### Zusammenfassung Vertragsziele

Das TeleArzt-Projekt bietet die Sicherstellung der qualitativen Versorgung von Versicherten auf dem Land und in der Stadt mithilfe von medizinischer Fachkompetenz und telemedizinischen Versorgungslösungen. Durch optimierte Versorgungsprozesse und verbesserte Behandlungskoordination wird der Versicherte im häuslichen Umfeld umfassend betreut. Zudem wird ein frühzeitiges und an der individuellen Patientensituation ausgerichtetes Handeln ermöglicht. Dadurch sollen unnötige Krankenhausaufenthalte und die damit verbundenen zusätzlichen Kosten vermieden werden.

#### Besonderer Versorgungsinhalt: Das Modul „Hausärztliche Prävention“

Ein Ziel des Vertrages ist es, für den Versicherten eine bessere Versorgung im häuslichen Umfeld zu generieren. Daher ist neben der Intensivierung der Betreuung vor Ort auch ein Modul zum Erkennen und Vermeiden von gesundheitlichen Risiken entwickelt worden. Das Modul „Hausärztliche Prävention“ beinhaltet mehrere Elemente, die durch die Tele-VERAH vor Ort bedarfsgerecht durchgeführt werden:

- Sturz-Risikoanalyse
- Arzneimittelerfassung
- Gesundheitsfragebogen

#### Sturz-Risikoanalyse

Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes stürzt fast jeder Dritte ab 65 und jede zweite Person ab 80 Jahren mindestens einmal im Jahr. Diese Stürze führen in

- 10-20% der Fälle zu Verletzungen,
- ca. 5% der Fälle zu Frakturen,
- ca. 1-2% der Fälle zu einer hüftnahen Oberschenkelhalsfraktur.

Die Ursachen für Stürze sind durchaus vielfältig. Dazu zählen Vorerkrankungen wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Sehstörungen oder eine verminderte Hirndurchblutung ebenso wie medikamentöse Faktoren oder die Wohnbedingungen wie z.B. glatter Fußboden, Stufen in der Wohnung, enge Möblierung, schlechte Beleuchtung. Das Sturzrisiko wächst dabei mit der Zahl der Risikofaktoren.

Sturzfolgen sind gerade bei älteren und multimorbiden Versicherten oft mit schwerwiegenden Konsequenzen verbunden. Sie können die Autonomie der Patienten schwächen oder beenden und beeinflussen nachweislich auch die Mortalität: Bis zu 50% jener Menschen im hohen Lebensalter, die aufgrund eines Sturzes stationär behandelt werden, sterben innerhalb eines Jahres.

Nur ca. 33-40% der Patienten mit einer hüftnahen Oberschenkelhalsfraktur erlangen ihren bisherigen Aktivitätsgrad im alltäglichen Leben wieder, 14-34% der Patienten sterben nach einer solchen Fraktur innerhalb eines Jahres. Doch auch erfolgreich behandelte Patienten sind nach überstandenen Sturzfolgen häufig in ihrer Mobilität eingeschränkt, weil sie als Folge des Sturzes unter Fallangst leiden [10]. Bei schon vor einem Sturz gebrechlichen Personen können die Folgen einer Oberschenkelhalsfraktur Lebensqualität und Gesundheitszustand der Betroffenen weiter einschränken.

Wesentlicher Bestandteil der hausärztlichen Prävention ist daher die Sturzrisikoanalyse. Hierbei prüft und beseitigt die Tele-VERAH nicht nur Stolperfallen im häuslichen Umfeld, sondern beurteilt auch den Allgemein- und Versorgungszustand des Versicherten (z.B. Flüssigkeitszufuhr, Zustand der Sehhilfen). Dabei wird sie mithilfe einer speziell entwickelten Checkliste über das Tablet durch die Analyse geführt.

## Arzneimittelerfassung

Neben dem häuslichen Umfeld können auch bestimmte Medikamente, Polymedikation oder Wechselwirkungen das Sturzrisiko erhöhen.

Daher ist die Prüfung der im Haushalt vorhandenen Medikamente eine weitere Leistung der Tele-VERAH. Sie ergänzt die Praxisdokumentation um die Medikamente, deren Einnahme vom Patienten dem HzV-Hausarzt noch nicht bekannt waren (fachärztliche Medikamente, OTC), damit der HzV-Hausarzt diese auf Wechselwirkungen prüfen kann. Dazu liest sie die Herstellerinformationen der einzelnen Präparate mittels Scanfunktion ein und überträgt die Daten an die Praxis, wo der Wechselwirkungsscheck durch den Arzt stattfindet.

## Gesundheitsfragebogen

Depressive Verstimmungen und manifeste Depressionen sind im Alter die häufigsten psychischen Erkrankungen. Hier kommen häufig verschiedene Faktoren zusammen, die dies begünstigen: Dies sind neben den körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen häufig auch Vereinsamung aufgrund einer Mobilitätseinschränkung oder des Partnerverlustes. Der Verlust der Lebensfreude resp. des -willens wirkt sich auch auf die somatischen Erkrankungen aus und stellt einen Risikofaktor für andere Störungen wie Demenz dar. Wesentliche Folge ist überdies eine hohe Suizidalität im Alter [11].

Durch den Gesundheitsfragebogen kann die Tele-VERAH bei Bedarf Grundlagen für eine standardisierte Beurteilung des seelischen Zustands der Patienten schaffen – auch hierauf kann der Hausarzt bei seiner Beurteilung direkt zurückgreifen.

## Weiterentwicklung

Die Weiterentwicklung des Projekts TeleArzt sieht als erste Ausbaustufe die Anbindung von Fachärzten vor. So sollen Fachärzte bedarfsweise zu der Videokonsultation zwischen Hausarzt und Versicherten zugeschaltet werden, um eine Telefallkonferenz zu ermöglichen. Zusätzlich ist auch die Einbindung weiterer Professionen vorgesehen.

Weitere Informationen sind unter [www.telearzt.com](http://www.telearzt.com) zu finden.

# TeleArzt

## Literatur

1. Bundesärztekammer (Hrsg.) (2016) Ärztestatistik zum 31.12.2016. Bundesgebiet gesamt. URL: [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16AbbTab.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16AbbTab.pdf) (abgerufen am 28.06.2017)
2. Gemeinsames Landesgremium für das Land Berlin (Hrsg.) (2016) Fortschreibung zum Letter of Intent (LOI)/Anpassung der Tabellen zur Versorgungssteuerung mit bezirklichen Versorgungsgraden (Datenstand: 01.07.2016). Anlage 1.7. Hausärzte. URL: [https://www.kvberlin.de/20praxis/10zulassung/55bedarfsplan/loi\\_fortschreibung\\_160701.pdf](https://www.kvberlin.de/20praxis/10zulassung/55bedarfsplan/loi_fortschreibung_160701.pdf) (abgerufen am 28.06.2017)
3. Rahmsdorf I (2014) Ärztemangel in München. Wie auf dem Land. Süddeutsche Zeitung. URL: <http://www.sueddeutsche.de/muenchen/aerztemangel-in-muenchen-wie-auf-dem-land-1.1928179> (abgerufen am 28.06.2017)
4. Ärztenachrichtendienst.de (2016) Sonst kollabiert das System. URL: <https://www.aend.de/article/165350> (abgerufen am 28.06.2017)
5. Forsa-Umfrage im Auftrag des GKV Spitzenverbandes (2009) Praxisöffnungszeiten – Befragung in Arztpraxen. URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2011/Forsa-Umfrage\\_GKV\\_Praxisoeffnungszeiten\\_16104.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2011/Forsa-Umfrage_GKV_Praxisoeffnungszeiten_16104.pdf) (abgerufen am 28.06.2017)
6. Pochert M, Voigt K, Schübel J, Bojanowski S, Bergmann A (2016) Arbeitsbelastung durch Hausbesuche – wie stark sind die regionalen Unterschiede? Frankfurt am Main. 50. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
7. Deutsches Krankenhausinstitut (2014) Großteil ländlicher Kliniken in Gefahr. Pressemitteilung des DKI vom 25.11.2014. URL: <https://www.dki.de/pressemitteilungen/grossteil-laendlicher-kliniken-gefahr> (abgerufen am 28.06.2017)
8. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2013) Das Unfallgeschehen bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse des Unfallmoduls der Befragung „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut Berlin
9. Sundmacher I, Schüttig W, Faisst C (2015) Ein konsentrierter deutscher Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/18, Berlin. URL: [http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva\\_docs/69/VA-69-ASK-Diagnosekatalog-final.pdf](http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/69/VA-69-ASK-Diagnosekatalog-final.pdf) (abgerufen am 19.07.2017)
10. Kruse A, Gaber E, Heuft G, Oster P, Re S, Schulz-Nieswandt F (2002) Themenheft 10 „Gesundheit im Alter“. Robert Koch-Institut Berlin
11. Wolfersdorf M, Schüler M (2004) Depression im Alter – Diagnostik, Therapie, Angehörigenarbeit, Fürsorge, Gerontopsychiatrie, Depressionsstationen. Kohlhammer Stuttgart



Anita Nuding

Leiterin Hausarztzentrierte Versorgung. Sie ist gelernte Arzthelferin und war 14 Jahre als Erstkraft in einer neurologisch-psychiatrischen Praxis tätig.

Berufsbegleitende Fortbildung zur Fachwirtin im Sozial- und Gesundheitswesen IHK erfolgte 2009/2010, Weiterbildungen als Medical-Controller 2010/2011 und Netzmanager für Ärztenetze 2011.

Seit 11/2010 ist sie bei der GWQ, zunächst im Bereich §106a, dann ab 11/2011 Übernahme des Themengebietes HzV. Seit 7/2015 leitet sie das Team „HzV“ und ist produktverantwortlich für alle Belange rund um die Hausarztzentrierte Versorgung.



Dr. Johannes Thormählen, M.H.A.

Seit August 2008 Vorstand der GWQ ServicePlus AG. Von 2001 an war er zunächst bei 4sigma für den Bereich Gesundheitsmanagement verantwortlich, bevor er dann 2005 in die Geschäftsleitung eintrat und ab 2007 das Unternehmen als Vorsitzender der Geschäftsleitung führte.

Von 1996 bis 2001 war er an der TU München als wissenschaftlicher Assistent und Projektleiter im Bereich Versorgungsforschung aktiv.

Er studierte Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität in München, promovierte an der TU München und erwarb an der Universität Bern im Rahmen eines berufsbegleitenden Weiterbildungsstudiums den Titel eines Master of Health Administration.

# ECHT DABEI – Gesund groß werden im digitalen Zeitalter

Paula Bleckmann

Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft, Alter

Die Risiken einer ausufernden Nutzung von Bildschirmmedien in Familien sind stark ins Bewusstsein gerückt, nicht zuletzt seit erste Ergebnisse der BLIKK-Studie vorliegen. Es gibt aber nur sehr wenige Programme, die basierend auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen die Vorbeugung gegen Digital-Risiken mit einer nachhaltigen Medienbildung verknüpfen. Diese beiden Ziele haben einen hohen Stellenwert im Präventionsprogramm „ECHT DABEI – Gesund groß werden im digitalen Zeitalter“ ([www.echt-dabei.de](http://www.echt-dabei.de)). ECHT DABEI richtet sich an Eltern und Pädagogen in Kindergarten bzw. Grundschule als Kernzielgruppe. Wir beschreiben die Module für Kinder, Eltern und Pädagogen, aus denen sich die komplexe Intervention zusammensetzt. Das Programm wird durch den BKK Dachverband e.V. seit der Evaluationsphase finanziert und nun seit 2017 in der Rollout-Phase in vielen Bundesländern von einzelnen Betriebskrankenkassen umgesetzt. Zusätzlich stellen wir erste Ergebnisse der laufenden Evaluationsstudie im Kontrollgruppendesign vor, die vom Bundesforschungsministerium finanziert wird. Somit könnte ECHT DABEI bald das erste evidenzbasierte Programm zum Schutz vor Digital-Risiken für die Zielgruppe der 4–7-jährigen Kinder im Setting der Betreuungs- und Bildungseinrichtungen sein. Abschließend gehen wir auf mögliche Weiterentwicklungen des Programms ein, die sich aufgrund der bisherigen Erfahrungen anbieten.

**Vorbeugen gegen Digital-Risiken: Hoher Bedarf, wenig gute Angebote**

Über 70% der deutschen Kinder im KiTa-Alter nutzen das Smartphone ihrer Eltern im Schnitt mehr als eine halbe Stunde pro Tag. Während die Fernsehnutzungszeiten stabil bleiben, kommen Tablet- und Smartphonezeit hinzu, sodass insgesamt die Bildschirmzeit in den jüngsten Altersgruppen zunimmt, womit Deutschland sich in einen internationalen

Trend einfügt [1, 2]. Kinder mit hohen Nutzungszeiten weisen vermehrt Entwicklungsbeeinträchtigungen, insbesondere Konzentrationsstörungen auf. Anzeichen von Bindungsstörungen gehen mit hoher elterlicher Smartphonennutzung während der Betreuungszeiten einher. Das zeigen erste Ergebnisse der BLIKK-Studie [3]. Damit erfahren die Ergebnisse aus Jahrzehnten der Medienwirkungsforschung eine aktuelle Bestätigung: Bildschirmmedienkonsum in der Kindheit ist mit einer Reihe physischer, psychosozialer und kognitiver Entwicklungsbeeinträchtigungen verbunden. Dazu zählen:

- Bewegungsmangel und Übergewicht
- Schlafstörungen
- Sprachentwicklungsverzögerungen
- schlechtere Schulleistungen
- Alkohol- und Drogenkonsum
- Empathieverlust
- verschiedene Formen der suchtartigen Nutzung digitaler Medien

Um diese Effekte zu verstehen, sind mittlerweile komplexe multifaktorielle Wirkmodelle an die Stelle früherer monokausaler Ursache-Wirkungs-Zuschreibungen getreten: Bildschirmmedienkonsum bleibt dabei als eigenständiger Erklärungsfaktor mittlerer bis geringer Wirkstärke erhalten, wenn die Einflüsse der anderen Faktoren bereits berücksichtigt wurden. Da Familien aus benachteiligten sozialen Schichten höhere Bildschirmzeiten aufweisen, treten die genannten Risiken in diesen Gruppen noch stärker auf. Je jünger das Kind, desto stärker sind die negativen Effekte [4, 5, 6]. In den letzten Jahren kommen Erkenntnisse zu den negativen Auswirkungen der sogenannten „background media exposure“ hinzu, also der Nutzung von Bildschirmmedien durch andere Personen im Beisein des (klei-

nen) Kindes. Diese gehen mit einer geringeren Qualität und Quantität der Eltern-Kind-Interaktion einher [7, 8].



Als Fazit lässt sich festhalten: Ausufernde Früh-Digitalisierung gefährdet die gesunde Entwicklung und verschärft gesundheitliche Chancenungleichheit.

Entsprechend forderte die Arbeitsgruppe „Prävention internetbezogener Störungen“ neben dem Ausbau der Verhältnisprävention z.B. durch Werbe- und Verkaufseinschränkungen auch einen Ausbau verhaltenspräventiver Angebote. Vor allem wurde kritisiert, dass zu wenig evidenzbasierte Präventionsangebote vorhanden seien [9]. Diese Forderung aus Wissenschaftlerkreisen wird vollauf bestätigt durch eine lokale Bedarfsabfrage unter Praktikern, die allerdings keine bundesweite Repräsentativität beansprucht: In einer Befragung von pädagogischen Fachkräften zu Präventionsbedarfen an Kindergärten und Grundschulen wurde der Bereich der Prävention problematischer Bildschirmmediennutzung auf Platz 1 als wichtigster Präventionsbereich eingestuft [10].

Auf der anderen Seite hat Digitalisierung Potenziale für die Gesundheitsförderung, Beratung und Therapie, wie Beispiele aus dem vorliegenden Band zeigen dürften. Gängige Konzepte von eHealth literacy (z.B. [11]) greifen jedoch zu kurz, wenn sie die zentral wichtige Fähigkeit der Beurteilung auf übergeordneter Ebene vernachlässigen [12]: Wann trägt eine Zunahme der Digitalmediennutzung netto zu mehr Gesundheit, mehr Teilhabe, mehr Bildung bei, wann ist das Gegenteil der Fall? Das Präventionsprogramm ECHT DABEI hat zum Ziel, Pädagogen und Eltern bei der Beantwortung dieser Frage im kleinen Rahmen der Familie oder der Bildungseinrichtungen als Setting Unterstützung zu geben. Das Programm schließt also eine Lücke zwischen den Medienkompetenzförderungs-Ansätzen aus der Medienpädagogik und den aus der Übergewichts-Prävention stammenden „screen time reduction“-Programmen [13]. Ziel ist es, Eltern und Pädagogen so zu schulen, dass es ihnen im Alltag noch besser gelingt, die Bildschirmmediennutzung und -ausstattung zu senken und die Kinder im realen Leben zu stärken, indem unmittelbare Beziehungen zu anderen Menschen und unmittelbare Welterfahrung mit allen Sinnen gefördert werden (III Abbildung 1).

## ECHT DABEI – Angebote für Eltern, Pädagogen und Kinder

Das Präventionsprogramm ECHT DABEI besteht aus den beiden Kernmodulen Fortbildung und Elternabend sowie mehreren Wahlmodulen (III Abbildung 2). Es wird bis auf die Kindertheaterstücke von zertifizierten Multiplikatoren (ECHT DABEI Coaches) durchgeführt. Bis 2016 trug das Programm den Namen MEDIA PROTECT. Die Fortbildung im Umfang von zwei halben Tagen richtet sich an pädagogische Fachkräfte an Kindertagesstätten bzw. Grundschulen. Für die Eltern wird eingebettet in einen regulär stattfindenden Elternabend ein Input von 45 Minuten angeboten, auf den einige Tage später ein schriftliches Materialpaket folgt. Dies enthält u. a. die Broschüre „Medienratgeber für Eltern“, einen Telefongutschein für ein kostenloses 30-minütiges Beratungsgespräch mit dem ECHT DABEI Coach, sofern dieses Wahlmodul gebucht wurde.

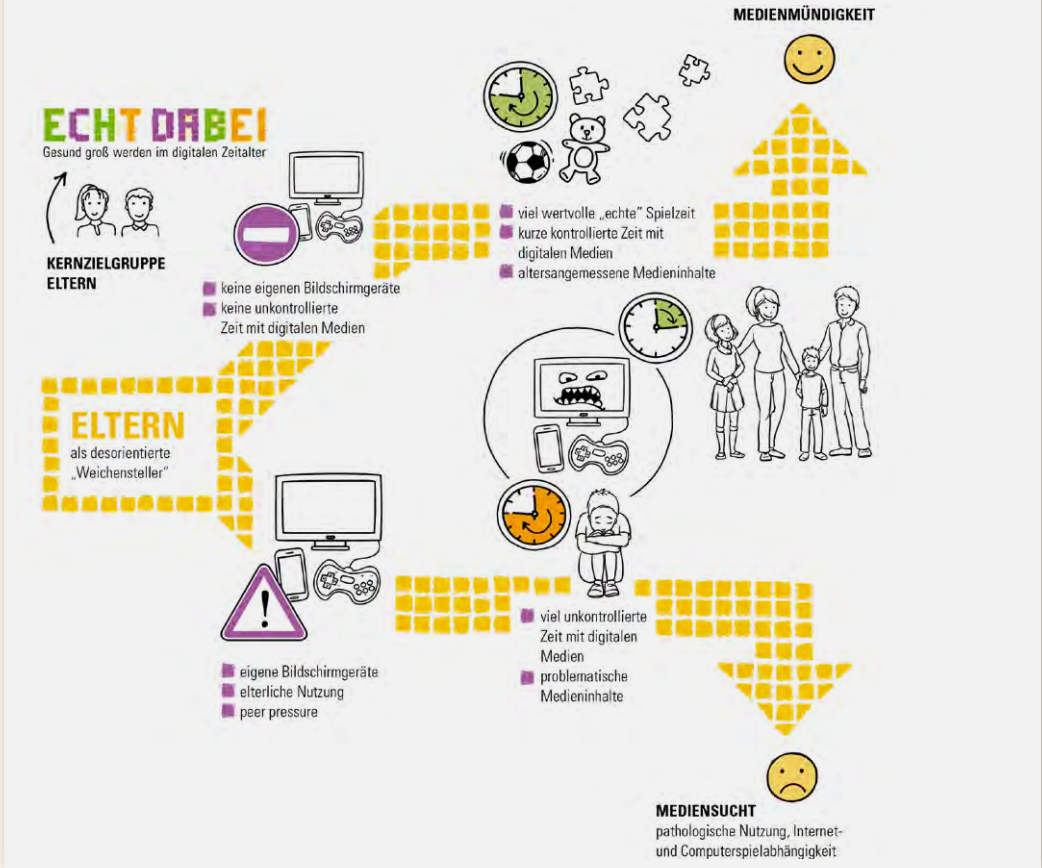
„Danke für die Unterstützung und die tolle Telefonberatung! Ich habe jetzt einiges in der Medienerziehung geändert. Die Kinder hatten vorher täglich Sandmännchen und die Sendung danach geschaut. Jetzt lese ich ihnen abends eine Geschichte vor. Das war anfangs schon etwas Aufwand, aber die Abende sind seitdem viel ruhiger, die Kinder sind entspannter und schlafen besser ein. Für unseren Alltag finde ich die Freizeitkarte mit den vielen Ideen für Spiel und Spaß ohne Bildschirm besonders nützlich.“

(Rückmeldung einer alleinerziehenden Mutter zu ECHT DABEI)

Ferner enthält das Materialpaket eine „ECHT DABEI Freizeitkarte“ mit Tipps für bildschirmfreie Beschäftigungen für drinnen und draußen. Grundschuleltern können zudem zum „Kinderschutz konkret“-Abend Laptops, Smartphones etc. mitbringen und erhalten Unterstützung bei der Auswahl, Installation und Konfiguration von Zeitbegrenzungs- und Filtersoftware. Sie nehmen also eine fertig installierte Kinderschutzsoftware schon mit nach Hause. Und schließlich werden für die Kinder inzwischen zwei je nach Alter verschiedene Mitmach-Theaterstücke angeboten, die vom Kindertheater Radelrutsch in Heilbronn eigens hierfür entwickelt wurden (III Abbildung 3).

Für eine ausführlichere Beschreibung der einzelnen Module siehe [www.echt-dabei.de](http://www.echt-dabei.de) sowie die Publikation von Stiller und Co-Autoren [14]. ECHT DABEI wurde inzwischen an 154 Bildungseinrichtungen vollständig oder in Teilen umgesetzt, davon in 59 Fäl-

Abbildung 1 Eltern als orientierungssuchende Weichensteller



len von noch nicht zertifizierten ECHT DABEI Coaches im Rahmen ihrer Multiplikatoren-Ausbildung. Der BKK Dachverband sowie die BKK Landesverbände haben die Umsetzung des Präventionsprogramms in der Evaluationsstudie finanziert. Inzwischen haben 23 einzelne Betriebskrankenkassen in verschiedenen Regionen von Deutschland Bereitschaft signalisiert, für die nun anlaufende bundesweite Roll-out-Phase ab 2017 die Umsetzung zu finanzieren. Zum Teil waren diese auch bereits in der Pilotphase ab 2016 aktiv.

Die Evaluationsstudie – Teilnahme und Zufriedenheit

Im Rahmen eines vom Bundesforschungsministerium geförderten Konsortiums mit dem Titel „Health Literacy in Childhood and Adolescence“ (HLCA) wird ECHT DABEI derzeit in einer Kontrollgruppenstudie auf Wirksamkeit untersucht. Ergebnisse zur sum-

Abbildung 2 Aufbau des komplexen Präventionsprogramms ECHT DABEI im Überblick



Abbildung 3 Mitmach-Theaterstück für KiTa-Kinder (links) und Aufführung von TiviTivi für Grundschüler (rechts)



mativen Evaluation liegen bisher nur für den ersten Messzeitpunkt vor der Umsetzung von ECHT DABEI vor. Die Rekrutierung verlief insofern erfolgreich, als Interventions- und Kontrollgruppe bzgl. zentraler Parameter wie dem Alter der Eltern und Kinder, dem sozioökonomischen Status und den medienbezogener Einstellungen der Eltern keine signifikanten Differenzen aufweisen [15].

Es konnten 59 Einrichtungen gewonnen werden, davon in der Interventionsgruppe 25 Kindergärten und 5 Grundschulen mit insgesamt 1.149 Elternhäusern (Rücklauf 37%), in der Kontrollgruppe 25 Kindergärten und 4 Grundschulen und insgesamt 1.092 Eltern (Rücklauf 36%). Die Zuweisung zur Interventions- oder Kontrollgruppe war jedoch nicht randomisiert erfolgt, sondern bei Termenschwierigkeiten der Einrichtungen erfolgte eine Zuweisung zur Wartekontrollgruppe. Aus den Ergebnissen der Auswertung des ersten Messzeitpunktes ergibt sich, dass das Ziel, Elternhäuser, die besonderen Belastungen ausgesetzt sind, für die Teilnahme an der Studie zu gewinnen, nur bedingt verwirklicht werden konnte. Die Bildschirmzeiten und Ausstattungsquoten entsprechen in etwa den Werten aus der miniKIM Studie von 2014 [16]. Lediglich die Angaben der Eltern zum Zugang ihrer Kinder zu einem internetfähigen Tablet-PC lagen mit 25% weit über den Werten der miniKIM Studie mit 1%. Die Zunahme der Nutzung von Mobilgeräten wie Tablets und Smartphones deckt sich mit den Ergebnissen der o.g. BLIKK-Studie und unterstreicht den Präventionsbedarf. Zum ersten Messzeitpunkt weisen diejenigen der befragten Eltern, deren Kinder eine höhere Ausstattung

mit Bildschirmgeräten haben, eine höhere Bereitschaft zur Veränderung ihrer medienbezogener Einstellungen auf. Dieses ermutigende Ergebnis widerspricht der Befürchtung, bei einer hohen Bildschirmgeräteausrüstung im Kinderzimmer würde den Eltern das Problembewusstsein fehlen.

Einige kurze Ergebnisse der formativen Evaluation der Fortbildung stellen wir im Folgenden dar. 222 pädagogische Fachkräfte haben insgesamt teilgenommen, davon 192 mit Teilnahme an der schriftlichen Befragung, was einem hohen Rücklauf von 86% entspricht. Die Teilnehmenden bewerteten die Multiplikatoren sehr positiv (99,5% engagiert, 99% gut vorbereitet). 80% der Teilnehmenden gaben an, durch die Fortbildung ihre beruflichen Fähigkeiten verbessert zu haben. 91% bewerteten das Fortbildungsmanual als hilfreich und 92% waren mit den eingesetzten Vermittlungsmethoden zufrieden. In einer qualitativen Befragung von 7 Teilnehmenden konnten diese Ergebnisse bestätigt werden. Allerdings wurde wiederholt auf das Problem der schlechten Erreichbarkeit der Elternhäuser aus benachteiligten sozialen Schichten hingewiesen, was in Zukunft noch besser gelöst werden sollte [14].

Wenn in 2018 die Ergebnisse der summativen Evaluation ebenfalls vorliegen, könnte ECHT DABEI deutschlandweit für die Prävention problematischer Bildschirmmediennutzung das erste evidenzbasierte Programm darstellen.

**Weiterentwicklungen: KiTa-Mitmachttheater, Zusatzmodul, U3-Bereich**

Zu den Weiterentwicklungen von ECHT DABEI gehört erstens die bereits erfolgte Ergänzung der Module um ein gesondertes Theaterstück für die Zielgruppe der Kindergartenkinder („Heut ist so ein schöner Tag“ [17]). Das Mitmachttheater „TiviTivi“ hatte sich in den Rückmeldungen zu den Aufführungen als sehr geeignet für Grundschulkindern erwiesen, jedoch als zu komplex für die Zielgruppe der Kindergartenkinder.

Eine zweite Weiterentwicklung hängt unmittelbar zusammen mit der 2017 bis 2018 laufenden Umsetzung von ECHT DABEI im Präventionsnetzwerk Ortenau [18]. In diesem Kontext wird aktuell ein Zusatzmodul für ECHT DABEI entwickelt, bei dem die o.g. ECHT DABEI Freizeitkarte nicht mehr allein von den ErzieherInnen, sondern gemeinsam mit den Eltern und ggf. den Kindern erarbeitet werden soll.

Drittens wurde im Zuge der Umsetzung von ECHT DABEI wiederholt die Nachfrage formuliert, ob die Veranstaltungen auch für die MitarbeiterInnen und Eltern aus der U3-Betreuung (für Kinder unter 3 Jahren) geöffnet werden könnten, der Bedarf sei hier bereits deutlich gegeben. Für Fachkräfte im U3-Bereich wurden bereits an ECHT DABEI angelehnte Fortbildungen erteilt [19, 20]. Die positiven Rückmeldungen zu diesen Veranstaltungen stützen folgende Hypothese, die durch systematische Untersuchungen überprüft werden sollte: Für die Eltern- und ErzieherInnenmodule von ECHT DABEI auf den U3-Bereich sind nur kleine Anpassungen notwendig, das Modul für die Kinder sollte entfallen.

Ein vierter Bereich der Weiterentwicklung mit grundlegenden Anpassungen sollte auf die noch besser gelingende Ansprache von Familien aus benachteiligten sozialen Schichten abzielen. Diese Anpassung ist im Rahmen der Implementationsstudie von ECHT DABEI (Laufzeit 2018–2021) geplant, deren Finanzierung durch das Bundesforschungsministerium im Rahmen des HLCA-Konsortiums bereits bewilligt wurde.

**Literatur**

1. Vaala SE, Hornik RC (2014) Predicting US Infants' and Toddlers' TV/Video Viewing Rates: Mothers' Cognitions and Structural Life Circumstances. *Journal of Children and Media* 8(2): 163–182
2. Altenburg TM, Kist-van Holthe J, Chinapaw MJM (2016) Effectiveness of intervention strategies exclusively targeting reductions in children's sedentary time: a systematic review of the litera-

- ture. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity* 13: 65
3. Bundesdrogenbeauftragte (2017) Pressemitteilung zu ersten Ergebnissen der BLIKK Studie  
URL: <http://www.drogenbeauftragte.de/presse/pressekontakt-und-mitteilungen/2017/2017-2-quartal/ergebnisse-der-blikk-studie-2017-vorgestellt.html> (abgerufen am 14.07.2017)
4. Nunez-Smith M, Wolf E, Huang HM, Chen PG, Lee L, Emanuel EJ, Gross CP (2008) Media and child and adolescent health. A systematic review. *Common Sense Media* Washington, DC
5. Mößle T (2012) „dick, dumm, abhängig, gewalttätig?“ Problematische Mediennutzungsmuster und ihre Folgen im Kindesalter. Ergebnisse des Berliner Längsschnitt Medien. Nomos Verlag Baden Baden
6. Robertson LA, McAnally HM, Hancox RJ (2013) Childhood and Adolescent Television Viewing and Antisocial Behavior in Early Adulthood. *Pediatrics* 131(3): 439–446
7. Radesky JS, Kistin CJ, Zuckerman B, Nitzberg K, Gross J, Kaplan-Sanoff M et al. (2014) Patterns of mobile device use by caregivers and children during meals in fast food restaurants. *Pediatrics* 133(4): e843–9
8. Radesky J, Miller AL, Rosenblum KL, Appugliese D, Kaciroti N, Lumeng JC (2015) Maternal mobile device use during a structured parent–child interaction task. *Academic pediatrics* 15(2): 238–244
9. Rumpf H-J, Batra A, Bleckmann P, Brand M, Gohlke A, Große Perdekamp M, Leménager T, Kaess M, Markowetz A, Mößle T, Müller K, Pauly A, Petersen K-U, Rehbein F, Schnell K, te Wildt B, Thomasius R, Wartberg L, Wirtz M, Wölfling K. Empfehlungen der Arbeitsgruppe Prävention von Internetbezogenen Störungen an den Drogen- und Suchtrat. (eingereicht bei der Zeitschrift Sucht)
10. Präventionsnetzwerk Ortenau (2016) Bedarfserhebung in Settings. Angela Schickler, personal communication
11. Norman CD, Skinner HA (2006) eHEALS: the eHealth literacy scale. *Journal of medical Internet research* 8(4)
12. Bitzer E-M, Stiller A, Bleckmann P, Mößle T (2016) Current approaches to measure e-Health Literacy with special attention to children and adolescents. European Public Health Conference, Wien, 10.11.2016
13. Bleckmann P, Mößle T (2014) Position zu Problemdimensionen und Präventionsstrategien der Bildschirmnutzung. *Sucht* 60(4): 235–247
14. Stiller A, Schwendemann H, Bleckmann P, Bitzer EM, Mößle T. Involving teachers in preventing children's media risks. *Journal of Health Education* (accepted for publication)
15. Schwendemann H, Stiller A, Bleckmann P, Mößle T, Bitzer EM (2016) Wer beteiligt sich an kontrollierten Studien im Bereich der Prävention im Setting Kindergarten? *Das Gesundheitswesen* 78(8/9): A178
16. Feierabend S, Plankenhorn T, Rathgeb T (2015) miniKIM 2014. Kleinkinder und Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 2-bis 5-Jähriger. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest Stuttgart
17. Radelrutsch (2017) „Heut ist so ein schöner Tag! Oder: Sag mir, wo die Kinder sind.“ Ein humorvolles und sinnreiches Mitmachabenteuer für eine gesunde Entwicklung in der digitalen Welt.



URL: [http://www.radelrutsch.de/index.php?site=heut\\_ist\\_so\\_ein\\_schoener\\_tag](http://www.radelrutsch.de/index.php?site=heut_ist_so_ein_schoener_tag) (abgerufen am 14.07.2017)

18. Präventionsnetzwerk Ortenau (2017) Umsetzung von ECHT DABEL im Präventionsnetzwerk Ortenau.

URL: <http://www.pno-ortenau.de/Startseite/Auftaktveranstaltungen-ECHT-DABEL-in-der-Ortenau.php?object=tx,2565.14&ModID=7&FID=2565.1311.1> (abgerufen am 14.07.2017)

19. Bleckmann P (2016) „Familien stärken im digitalen Zeitalter – Mediennutzung im Baby/Kleinkindalter.“ Ganztägige Fortbildung für Eltern-Kind-KursleiterInnen, Bildungswerk der Erziehungszese Köln. 16.11.2016

20. Bleckmann P, Maywald J (2017) Junge Kinder und Medien. Kindgerechter Umgang und Schutz vor Gefährdungen. Workshop auf der 22. Jahrestagung der GAIMH („Traum und Wirklichkeit – Frühe Kindheit an der Grenze“). Wien 17.02.2017



Prof. Dr. Paula Bleckmann

Diplombiologin, 2006 Promotion zum Thema medienpädagogische Elternarbeit an der Universität Bremen, Leitung des Bereichs Prävention innerhalb eines interdisziplinären Forschungsprojekts zu Internet- und Computerspielsucht am Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen, Hannover. 2014 Habilitation in Gesundheitspädagogik an der PH Freiburg. Seit 2015 Professorin für Medienpädagogik an der Alanus Hochschule Alfter. Forschungs- und Interessenschwerpunkte sind Prävention problematischer Bildschirmmediennutzung, suchtartige Digitalmediennutzung, Methoden der Elternberatung, digitale Bildungspolitik. Mitglied des Beirats der Vereinigung Deutscher Wissenschaftler (VDW), Mitglied der AG „Prävention internetbezogener Störungen“ am Bundesgesundheitsministerium.

# Vernetzte Gesundheitsversorgung

Sebastian Dries  
Philips GmbH, Hamburg

Wenn die einzelnen Menschen die Akteure, Institutionen und Informationen miteinander verknüpfen können, die für ihr gesundheitsbezogenes Verhalten und ihre Inanspruchnahme von Angeboten des Gesundheitssystems entscheidend sind, ist vernetzte Gesundheitsversorgung Realität. Die Zusammenführung in den Händen der Einzelnen wird durch digitale Tools wie eHealth Apps so vermittelt werden, dass Transaktionen mit Systemen der Leistungssteuerung und des Versorgungsmanagements bei den Leistungserbringern und den Krankenkassen über sichere, standardisierte Schnittstellen möglich sind. Dadurch wird eine niedrighschwellige, transparente, Ergebnisqualitäts-bezogene und Erfolgsindikator-gesteuerte Versorgung möglich.

## Die Rolle der Einzelnen

Bei allen Bestrebungen zur vernetzten Gesundheitsversorgung muss zunächst der Mensch in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt werden. Die oder der Einzelne möchte etwas vom Gesundheitssystem und ist befähigt, das zu bekommen, was ihr oder ihm wirklich hilft – da wollen wir hin. Dabei ist es gleich, ob die Einzelnen nun Patienten, Versicherte, Bürger, Kunden oder Betreuer anderer Einzelner in diesen Rollen sind. Der Mensch möchte das Gesundheitswesen nutzen und sucht nach dem einfachsten Zugang. Akteure und Institutionen des Gesundheitssystems möchten etwas von bestimmten Einzelnen und bieten daher genau die Zugänge an, die das Gesundheitssystem-Inanspruchnahme-Verhalten so ansprechen, dass es insbesondere zu den erwünschten Kontakten kommt.

Die Herausforderung für vernetzte Gesundheitsversorgung liegt nun darin, die Einzelnen so auszurüsten, dass ihr Gesundheitssystem-Inanspruchnahme-Verhalten sich darauf richten kann, die in-

dividuell optimalen aus den im System möglichen (zulässigen, verfügbaren) Gesundheitsleistungen zu bekommen. Das Ziel ist, dass sich Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten auf Gesund-Sein ausrichten können. Auf dem Weg dahin sind Gefälle und Lücken in Information und Erwartung über Wirksamkeit und Anwendbarkeit zu überbrücken.

## Wie können verschiedene, gesundheitsrelevante Datenquellen und Technologien vernetzt werden?

Nahtlose Übergänge und transparente Durchlässigkeit zwischen Akteuren und Institutionen, die Zusammenarbeit zum Vorteil der Einzelnen, sind im deutschen Gesundheitssystem nicht notwendig angelegt. Bisherige Bestrebungen, Nahtlosigkeit und Transparenz herzustellen, bezogen die Einzelnen weitestgehend nicht als Akteure ein. Dies trägt einer Tatsache nicht Rechnung, die für eine radikale Neuausrichtung der Geschäftsbeziehungen im Gesundheitswesen sorgen wird, wenn sie von den bestehenden Akteuren und Institutionen nicht aufgegriffen wird:

» Menschen sind die Netzknoten für Informationsaustausch im Gesundheitswesen, die Einzelnen sind die einzigen, die alle ihre gesundheitsbezogenen Daten erhalten, verwenden und weitergeben bzw. dem zustimmen dürfen.

Was noch fehlt ist, dass sie es auch können, wenn sie es wollen. Dies betrifft grundsätzlich alle drei Arten von gesundheitsbezogenen Daten:

- medizinische Dokumentation (der Leistungserbringer)

- „patientengenerierte“ (von Einzelnen erzeugte) Gesundheitsdaten
- Abrechnungsdaten (der Kostenträger)

Es gibt medizinische Dokumentation, die von Leistungserbringern erstellt und in sogenannten (elektronischen) Patientenakten wie z.B. Klinikinformationssystemen (KIS) bzw. Krankenhausarchiven und Arztinformationssystemen bzw. Praxiskarteikarten aufbewahrt werden muss. Die Erzeugung, Aufbewahrung, Verwendung und Verteilung dieser Daten ist stark reguliert, beispielsweise unterliegen sie der ärztlichen Schweigepflicht und Aufbewahrungsfristen.

Außerdem gibt es sogenannte patientengenerierte Gesundheitsdaten, die von Menschen, auch ohne dass sie Patienten sein müssen, gesammelt werden können, z.B. auf gesundheitliche Risikofaktoren bezogene Vitalparameter und Lebensstildaten zu Puls, Blutdruck, Aktivität, etc., die z.B. mit tragbaren (Uhr, Armband, Smartphone) oder häuslichen (Waage) Geräten gemessen bzw. erfasst werden können. Die Erfassung kann z.B. über Fragebögen, adaptive automatisierte Interviews oder kontextbezogene Einzelfragen, sogenanntes Ecological Momentary Assessment erfolgen. Diese Daten lassen Menschen typischerweise in den vom Hersteller bereitgestellten Systemen speichern, verarbeiten und verwenden, um daraus Informationen und Hinweise zum Gesundheitszustand und zum gesundheitsbezogenen Verhalten abzuleiten. Diese Informationen und Hinweise werden typischerweise in Form von Übersichten (Tagebücher) und Coaching (Verhaltenshinweise) aufbereitet und zur Verfügung gestellt.

Nicht zuletzt gibt es Abrechnungsdaten, die von Krankenkassen und Krankenversicherungen erfasst, verarbeitet und verwendet werden, und z.B. in der Form der sogenannten Patientenquittung von Krankenkassen den Einzelnen zur Verfügung gestellt werden. Die Erzeugung, Aufbewahrung, Verwendung und Verteilung dieser Daten ist stark reguliert. Sie werden als sogenannte Sozialdaten bezeichnet und dürfen durch die Kostenträger zu keinen außer den gesetzlich vorgeschriebenen Zwecken verwendet werden. Ihre Verwendung in der Interaktion mit Versicherten, z.B. in den einzelnen Interaktionen über verschiedene Kanäle von Geschäftsstelle bis App, die typischerweise über ein Customer Relationship Management (CRM)-System gesteuert werden, ist daher stark eingeschränkt.

Zusammenführbarkeit und Verwendbarkeit von medizinischer Dokumentation, patientengenerierten Gesundheitsdaten und Abrechnungsdaten durch

oder im Auftrag von Einzelnen wird mittels Anwendungen (Apps) erfolgen, die auf elektronischen Gesundheitsakten (eGA bzw. Personal Health Records, PHR) aufbauen – sogenannten eHealth Apps.



Dies wird ermöglichen, dass

- **Einzelne** das Gesundheitssystem sinnvoller, informierter und transparenter nutzen können von Prävention über Diagnose, Therapie, Rehabilitation, Versorgung chronischer Krankheiten bis hin zur Pflege,
- **Leistungserbringer** die Versorgung an der Ergebnisqualität ausrichten und in der geschlossenen Kette eines Regelkreises mit Erfolgsindikatoren erbringen können,
- **Kostenträger** ihre Angebote zum Versorgungsmanagement und zur besonderen bzw. integrierten Versorgung den passenden Versicherten individuell zusteuern können, indem sie ihren Versicherten Daten-Suchmuster zur Selbstidentifikation anbieten, die Einzelne auf ihre selbst zusammengeführten Daten anwenden, wenn sie wollen.

Wie sehr diese Möglichkeiten gefordert, gefördert und genutzt werden, hängt davon ab, welchen Nutzwert sich die Beteiligten davon erwarten und welche Alternativen sich ihnen bieten. Unterstützende Trends sind, dass Einzelne sich mehr Beteiligung an medizinischen Entscheidungsprozessen und eine unmittelbare Verfügbarkeit von Leistungen des Gesundheitssystems erwarten.

Warten auf einen Termin in unter Umständen fernerer Zukunft, Aufsuchen einer Leistungsstätte und warten vor Ort trotz Termin, um dann möglicherweise Ergebnisse zu erhalten, welche die Erwartungen nicht in vollem Umfang und nicht vollständig verstehbar oder umsetzbar erfüllen, sind Erfahrungen, die Einzelne in unserer Dienstleistungsgesellschaft immer weniger als angemessen erachten.

Leistungserbringer richten sich darauf und auf veränderliche Anreizstrukturen aus, indem sie zunehmend integriertere und ambulante, niedrigschwelligere Leistungen und deren Koordination mit transparenterer Ergebnisqualität und auch digitaler Kunden/Patienten-Interaktion anbieten möchten. Hinderlich dabei ist derzeit die fehlende Sicherheit, ob und wie diese Ausrichtung auch die wirtschaftliche Situation, den Fortbestand und das Wachstum von z.B. Klinik oder Praxis verbessert.

Kassen und Versicherungen richten sich durch zunehmend digitale Angebote für ihre Versicherten darauf aus, um die individuell zutreffendsten prä-



Besonders interessant ist an dieser Stelle, dass die Menschen zunehmend versuchen, ihre rechts in **»** Abbildung 1 aufgezählten Vorteile bereits zu erhalten, wo es technisch möglich ist. Durch „googlen“ von Symptomen, „sharen“ von Wirksamkeitszuschreibungen, „liken“ von Akteuren und Institutionen und „posten“ von Verläufen entsteht tendenziell ein digitaler Notausgang aus dem Gesundheitswesen, dessen Entwicklung vermutlich nur dadurch einzufangen sein wird, dass das Gesundheitswesen selbst digital wird und nach den konsumentenerwarteten Normen und Interaktionsformen einer digitalen Wirtschaft zu funktionieren beginnt.

Dabei stehen Parallelen aus der Digitalisierung anderer Branchen bereit, die konkrete Umsetzungshinweise geben. Das Online-Banking hat sich nicht deshalb entwickelt, weil Kunden von Kreditinstituten gerne deren Mitarbeiter oder Geschäftsräume einzusparen helfen möchten, sondern weil diese Kunden es als Vorteil erlebt haben, Transaktionen sicher, unmittelbar, jederzeit und überall ausführen zu können. Darüber hinaus wurde es möglich, die persönlichen Finanzdaten im Überblick zu behalten und sogar zu konsolidieren und zur Optimierung des eigenen wirtschaftlichen Verhaltens zu analysieren und einzusetzen.

Darin sind zwei Stufen der Nutzung enthalten. Die eine lässt sich mit den heute üblichen Portalen bedienen, die von den einzelnen Kreditinstituten zur Verfügung gestellt werden. Diese ermöglichen in der Regel nur einen zeitlich (meistens zwölf Monate in der Vergangenheit) und umfänglich (nur Konten des einen Kreditinstituts) umschriebenen Zugriff. Die zweite lässt sich mit Applikationen in der Hand der Einzelnen erreichen, Online-Banking-Software oder FinTech-Apps, die eine unbeschränkte Erzeugung, Aufbewahrung, Verwendung, Verteilung und Zusammenführung der finanzbezogenen Daten ermöglichen. Dadurch werden die Handlungsperspektiven bei den Einzelnen zu deren Nutzung des Finanzsystems zusammengeführt und nicht auf einzelne Kundenbeziehungen mit Akteuren und Institutionen der Finanzwirtschaft beschränkt.

In der Analogie zum Finanzsektor und dem digitalen Umgang der Einzelnen damit zeigen sich auch im Gesundheitssystem Portale der Leistungserbringer (Patientenportale von Kliniken) und der Kostenträger (Versichertenportale von Krankenkassen und -versicherungen). Damit lassen sich effizientere Leistungsprozesse der jeweiligen Institution in Verbindung mit den Produktivsystemen KIS und CRM erreichen. Die Menschen werden Teil des auf sie bezogenen Leistungserstellungsprozesses, aber sie

können damit keine Zusammenführung von Informationen und Vernetzung von Gesundheitsversorgung über Institutionen hinweg erreichen.

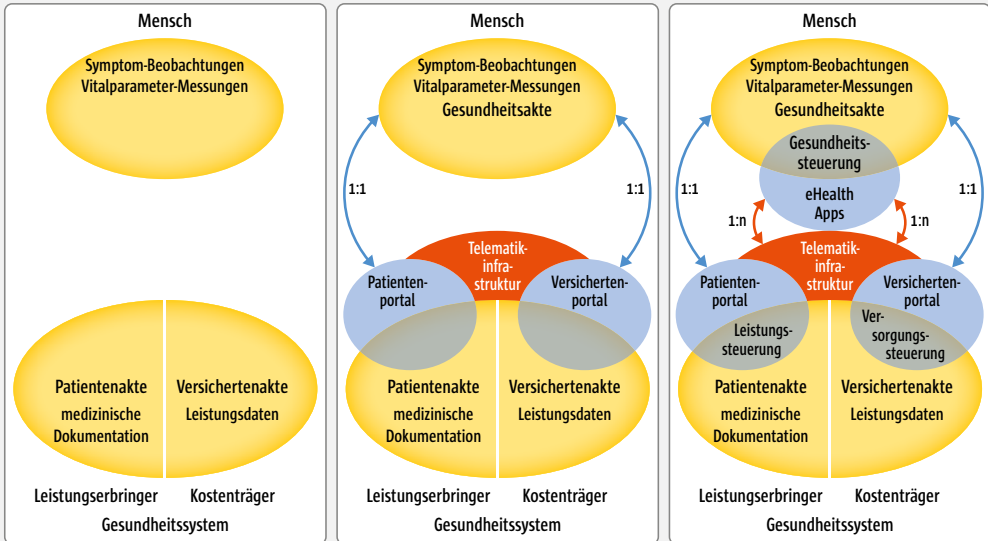
Erst mit eHealth Apps, die berechtigte Zugänge auf alle Quellen persönlicher gesundheitsbezogener Daten zusammenführen, seien es medizinische Dokumentation der Leistungserbringer, selbst generierte Vital-, Beobachtungs- und Verhaltens-Daten oder Abrechnungsdaten der Kostenträger, wird es den Menschen möglich werden, sich einen Überblick zu verschaffen und die Optionen der Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitswesen und der Optimierung des eigenen gesundheitsbezogenen Verhaltens in Bezug zueinander zu setzen, abzuwägen und zu einem persönlichen Versorgungsnetz zu verknüpfen.

Die Entwicklung der vernetzten Gesundheitsversorgung in Grundzügen ist in **»** Abbildung 2 in drei Phasen dargestellt. Bislang waren die Informationsflüsse und Konsolidierung von Daten im Gesundheitswesen unabhängig von den Menschen und auf die Erfordernisse der Dokumentation und Abrechnung fokussiert (links). Gegenwärtig zeichnet sich die Entwicklung und der Einsatz digitaler Portale sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei den Kostenträgern ab, die auf 1:1-Interaktionen zwischen den Einzelnen und den jeweiligen Institutionen zumeist mit dem Ziel der Beteiligung der Patienten bzw. Versicherten an den Leistungsprozessen der Institutionen fokussiert sind. Zukünftig werden interoperable Strukturen und intelligente Systeme sowohl aufseiten der Einzelnen (eHealth Apps) als auch aufseiten der Institutionen (Leistungssteuerung und Versorgungsmanagement als digitale Lösungen) ermöglichen, die Leistungserstellung im Gesundheitswesen sowohl für die Einzelnen als auch für die Institutionen mit dem Ziel optimaler Ergebnisqualität zu optimieren (rechts).

Auf dem Weg der Umsetzung ergeben sich aus der Perspektive des Lösungsanbieters diese möglichen Wertversprechen:

- Für Menschen, die sich um ihre Gesundheit kümmern wollen oder müssen, bieten wir gesicherte, zuverlässige, einzigartige\* eHealth Apps, mit denen sie die individuell optimalen Gesundheits-Leistungen erhalten können, weil sie nahtlos und kontinuierlich mit Leistungserbringer- und Kostenträger-Portalen integriert sind, sodass die Einzelnen länger mit höherer Lebensqualität leben können.

Abbildung 2 Entwicklung der Vernetzung der Gesundheitsversorgung in drei Phasen



PHILIPS

- Für Krankenversicherungen, die Versicherte anziehen und halten und Leistungs-Angebote optimieren wollen, bieten wir einzigartige\* Population Health Management-Systeme, welche die individuell optimalen integrierten Präventions- und Versorgungs-Programme zuordnen, weil sie Populationen stratifizieren, Risiken analysieren und Erfolgsindikator-getriebene Leistungs-Steuerung in geschlossener Kette errichten, sodass die Ausgaben für Versicherte günstiger werden bei besserer Versorgungs-Qualität.
- Für Leistungserbringer, die ihr Leistungsangebot verbessern und ihre Leistungserstellung optimieren wollen, bieten wir einzigartige\* Population Health Management-Systeme, welche konsistente Qualität und effiziente Leistungserbringung sicherstellen, weil sie Populationen stratifizieren, Risiken analysieren und Erfolgsindikator-getriebene Leistungssteuerung in geschlossener Kette errichten, sodass sie den Erfolg pro Patient optimieren bei großartiger Kundenzufriedenheit.

\*Umfassend, vollständig, aus einer Hand

### Welche anderen Anwendungsfelder für digitale Vernetzung in Prävention und Versorgung sind dabei noch möglich?

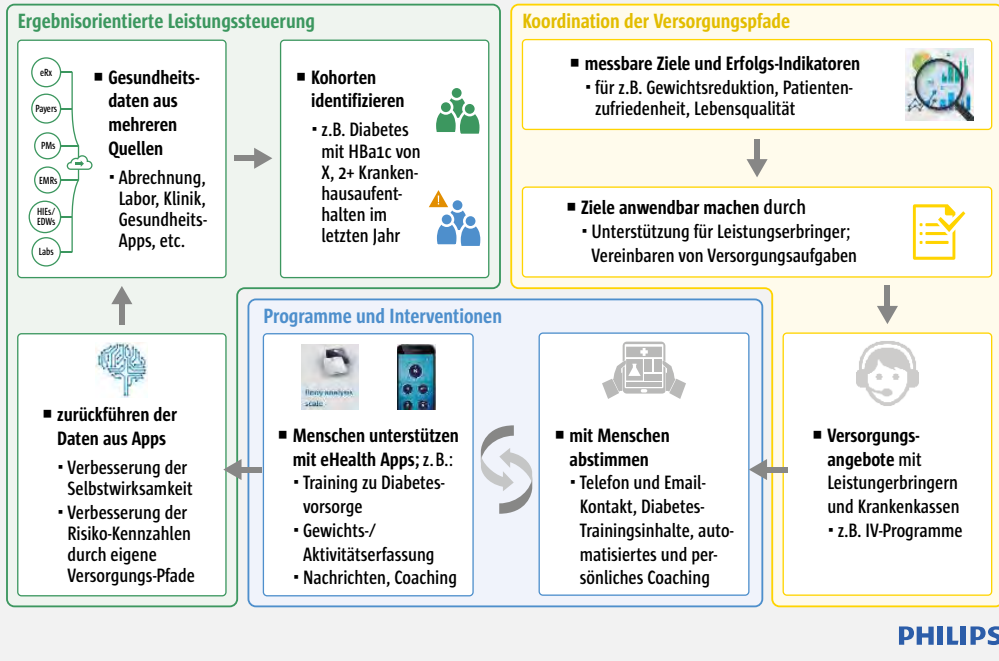
Da die vernetzte Gesundheitsversorgung bei weitem mehr Potenzial hat als den Kernbereich des im SGB V Geregeltten mit digitalen Tools zu unterstützen, seien hier beispielhaft neben einer im Kernbereich auch drei Anwendungen in benachbarten Bereichen aufgeführt. Dabei wird nochmals deutlich, dass es eben nicht nur um Optimierung der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens geht, sondern auch um Hilfestellung bezüglich des gesundheitsbezogenen Verhaltens, und dass es außer der Ausrüstung der einzelnen mit eHealth Apps auch noch auf die Versorgungsnetze selbst, die sogenannten Ökosysteme ankommt, in denen die Akteure und Institutionen zum Wohle der Menschen zusammenarbeiten.

Ein Beispiel der grundsätzlichen Vorgehensweise für eine sich in einem Regelkreis kontinuierlich weiterentwickelnden, die verschiedenen Teilnehmer berücksichtigenden vernetzten Gesundheitsversorgung zeigt ►►► Abbildung 3 am Beispiel der integrierten, technikgestützten Versorgung bei Diabetes.

Ein Beispiel aus der Gesundheitsförderung und der Vernetzung vielfältiger Akteurs- und Institutio-

Abbildung 3 Adaptive Leistungssteuerung in der Tertiärprävention des Diabetes mellitus Typ 2

### Integrierte Plattformlösungen für Programme und Ergebnisse Beispiel eines Diabetes-Vorsorgeprogrammes



nen-Perspektiven ist die vernetzte Versorgung in der Schwangerschaft. Hier trifft die zumeist gesunde Familie auf eine in Deutschland grundsätzlich sehr gute Versorgungssituation mit der Herausforderung, eventuelle Risiken zu verstehen, soweit relevant zu untersuchen und nachzuverfolgen, und eine individuell passende Balance der Versorgung durch Hebammen und Gynäkologen zu finden sowie die eigenen Einflussmöglichkeiten auf den Verlauf der Schwangerschaft zu erkennen und umzusetzen.

In einem Konsortium mit Vertretern von Leistungserbringern, Krankenkassen, Versorgungsmanagement- und Lösungs-Anbietern wollen wir eine gemeinsame Betreuung durch Gynäkologen und Hebammen unterstützt durch eine gemeinsame digitale Akte inklusive Mutterpass, eine zielgruppenadäquate Informationsvermittlung sowie eine kontinuierliche Vitaldaten- und Symptomerfassung einführen. Dadurch wollen wir verschiedene Risiken für Schwangere sowie strukturelle Herausforderungen adressieren mit den Zielen, Früh- und Mangelgeburten zu reduzieren, die Kaiserschnitt-Häufig-

keit zu senken, die Gesundheitskompetenz werden der Mütter zu fördern sowie die Stillquoten zu steigern.

Grundsätzlich bietet die vernetzte Gesundheitsversorgung die Chance, Einflussfaktoren auf die Gesundheit über die Versorgung durch die Institutionen und das Verhalten der Einzelnen hinaus einzubeziehen und Anreize zur Optimierung des Gesundheitsverhaltens und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen daraus abzuleiten. Für die Einbeziehung von beispielsweise sozialen Umweltfaktoren, die insbesondere für die psychische Gesundheit und Gesundheit im Arbeitsleben wichtig sind, wurde in Anlehnung an „Biomics“ bereits die Kurzform für (Environmental) Exposure Informatics, „Exposomics“ geprägt. Damit lassen sich Angebote der Betrieblichen Gesundheitsförderung ebenso unterstützen wie auch digitale Interventionen z. B. im Rahmen der computerisierten kognitiven Verhaltenstherapie. Stärkung der Selbstwirksamkeit auf der Basis von aggregierten Beobachtungen von Zusammenhängen von Exposition auf Gesundheit und Optimierung des Gesundheitsverhaltens zur Ände-

rung oder besseren Verarbeitung der Expositionen sind das Ziel von datengestützten, algorithmischen oder persönlichen Coaching-Interventionen.

Im Bereich der verminderten Verarbeitungs- und Reaktionsfähigkeit auf die alltägliche Umwelt, bei gesundheitlich bedingten drohenden Einschränkungen von Autonomie, Kognition oder Mobilität eignen sich Ansätze der vernetzten Gesundheitsversorgung zur Unterstützung im Pflegebereich. Durch die Verknüpfung von Prozessen und Lösungen zur Erfassung und Verringerung von gesundheitlichen Risikofaktoren mit Techniken des Ambient Assisted Living lassen sich beispielsweise in der kontinuierlichen Versorgung nach einem Schlaganfall Rehabilitation, chronisches Krankheitsmanagement und Pflege verknüpfen. Zusammen mit Partnern arbeiten wir an Konzepten, bei denen Funktionserhalt, Rezidiv-Prävention und Eskalations-Management so niedrigschwellig wie möglich, adaptiv und fachlich betreut verknüpft werden.

## Ausblick und Fazit

Perspektivisch können durch die beschriebenen Innovationen die bereits an anderer Stelle mit Bezug auf den Innovationsfonds herausgestellten Ziele in der Routine des Gesundheitswesens erreicht werden, von sogenannter Warteschlangen-Medizin und angebotsinduzierter Inanspruchnahme hin zu selbstbestimmtem Gesundheitsverhalten, gestützt durch transparente Ergebnisqualität und relevante Erfolgsindikatoren. Das erfordert nicht nur eine Transformation des Systems, eine Transformation der Institutionen und eine Transformation von uns selbst, sondern auch die Möglichkeiten zur sicheren, interoperablen Nutzung von neuen Technologien im Gesundheitswesen. Dabei muss stets die Selbstbestimmtheit der Einzelnen gewahrt bleiben, trotz aller Durchlässigkeit der Lösungen für standardisierte Informationsflüsse die Grenzen der verstandenen und gewollten Zweckbestimmung und Akteurswahl sicher und nachvollziehbar einzuhalten.



Dr. med. Sebastian Dries, MBA

Sebastian Dries leitet die Abteilung „Connected Care“ bei Philips DACH mit dem Ziel, patientenzentrierte integrierte Versorgungs-Lösungen in vernetzten Strukturen zu entwickeln, zur Anwendung und in die Regelversorgung zu bringen. Zuvor war er in verschiedenen Funktionen in der Konzern-Geschäftsfeldentwicklung, dem Forschungs-Programmmanagement und der Medizintechnik-Forschung bei Philips sowie in der Patientenversorgung, der klinischen Forschung und der IT im Gesundheitswesen in Kliniken und selbständig tätig.



# Erfolgsfaktoren für ein Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement

Carolyn Brenner, Petra Gruschka und Thomas Lensch  
Siemens-Betriebskrankenkasse SBK, München

Die Digitalisierung ist in aller Munde – und macht auch vor dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement nicht Halt. Die Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) arbeitet in diesem Bereich seit Jahren erfolgreich mit digitalen Lösungen. Doch was sind die Erfolgsfaktoren?

Bereits heute lassen wir uns nicht mehr nur den Weg zum nächsten Treffpunkt durch das Handy zeigen, sondern wissen auch gleichzeitig, wie viele Schritte wir dorthin zurücklegen müssen oder wie viel Energie wir bis zum nächsten GPS-Punkt verbrauchen werden. Wir werden immer stärker durch mobile Endgeräte geführt. Egal, ob wir uns wieder bewegen sollen oder zur Ruhe kommen wollen. Es helfen uns eine Vielzahl an Gesundheits- und Fitness-Apps, wie Online-Fitnesstudios und all die Smart Devices (Smartphones, Tablet-PCs und Datenbrillen etc.), die uns in unserem Alltag unterstützen und unsere Aktivität sowie vieles andere aufzeichnen können. Alexander Markowetz von der Universität Bonn fasst dies sehr treffend zusammen, indem er davon ausgeht, dass wir immer stärker zum „[...] Homo Digitalis, der einen Großteil seiner Tätigkeiten mittels digitaler Medien abwickelt“ [1], werden.

Automatisierung, Vernetzung, Individualisierung, Industrie 4.0, künstliche Intelligenz, Globalisierung, eHealth, veränderte Lebensformen und -gestaltung: Diese Schlagworte begegnen uns immer wieder, wenn wir uns mit unserer Zukunft und der damit verbundenen Digitalisierung beschäftigen. In der freien Wirtschaft, wie zum Beispiel im Produktionsbereich, gehört die Digitalisierung bereits heute zum Alltag. Dabei macht die digitale Transformation auch vor Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF), den individuellen Maßnahmen in Unternehmen bzw. Betrieblichem Gesundheitsmanagement

(BGM), dem strategischen Ansatz, Gesundheit im Unternehmen zu platzieren, nicht Halt. Das BGF/BGM muss sich ebenfalls auf die veränderten Arbeits- und Lebensformen einstellen, um weiterhin für Unternehmen und vor allem die Beschäftigten interessant zu sein und diese anzusprechen.

## Die Arbeitswelt wandelt sich

Die Arbeitswelt hat sich in den letzten Dekaden stark verändert [2]. Aufgrund bereits angesprochener Themen, wie der Globalisierung, aber auch der Ökonomisierung sowie Informatisierung stehen Unternehmen immer größeren bzw. neuen Herausforderungen gegenüber. Sie müssen stets produktiver und schneller werden. Ein wesentlicher Ansatzpunkt ist dabei die Digitalisierung. Im Rahmen dieser werden nicht nur einfache Prozesse von Menschen an Maschinen übergeben, um so mit einer geringeren Fehlererwartung sowie einer Steigerung der Taktzahl schnellere Outputs zu generieren, sondern durch die Integration künstlicher Intelligenz in immer mehr Arbeitsprozesse wird eine Vernetzung von Mensch und Maschine erreicht – die sogenannte „Industrie 4.0“ [3].

Deutlich wird die Veränderung der Arbeitswelt nicht nur in den großen, übergeordneten Prozessen, sondern schon bei der Arbeitsrealität jedes Einzelnen. Die Digitalisierung ermöglicht es, Prozesse in ihre einzelnen Bestandteile zu zerlegen. Dabei kann für die Beschäftigten das Verständnis der Sinnhaftigkeit ihrer Tätigkeiten verloren gehen, wenn sie nur noch einzelne Teilschritte absolvieren. Ebenso haben sich die Rückmeldezeiten – egal, ob zu Kundinnen oder zu den KollegInnen – im Vergleich zur Kommunikation per Brief deutlich beschleunigt.

Heute gehört der 24h-Klärungszeitraum dank E-Mail und Smartphone bereits zum Standard [4]. Des Weiteren verfügt man über immer mehr Informationen sowie Informationsmöglichkeiten. Dadurch wird die Arbeit stets dynamischer, komplexer und volatiler [5], was wiederum zu einem hohen Zeit-, Termin- und somit auch Leistungsdruck führt. Darüber hinaus erweitert sich die Anzahl der Arbeits- und Lebenskonzepte für die Beschäftigten aufgrund neuer Möglichkeiten wie Homeoffice-Lösungen, Telearbeit, der steigende Anteil von Teilzeit- und Zeitarbeit und die zunehmende Dezentralisierung [6]. Ebenso wie sich die Arbeitswelt verändert, verändern sich aber auch die Anforderungen an einen selbst sowie die persönliche und betriebliche Flexibilität.

### Jeder Beschäftigte ist anders

Eine Umkehr des digitalen Wandels ist unvorstellbar. Doch bringt dieser Wandel auch einen Nutzen, gerade für die Gesundheit der Beschäftigten? Hier lohnt es sich, zuvor die Menschen zu betrachten, die derzeit in dieser Arbeitswelt tätig sind und sich mit einer rasant ändernden Technologie auseinanderzusetzen haben (vgl. ausführliche Darstellung bei [7]). Aktuell befinden sich noch Generationen im Arbeitsleben, nämlich die sogenannten Silver-Worker und Baby-Boomer (geboren vor 1965), die beim Einstieg ins Arbeitsleben mit Schreibmaschine gearbeitet haben und von den technischen Weiterentwicklungen der heutigen Zeit noch weit entfernt waren. Es wird klar, dass digitale Angebote für die Gesundheit hier auf Menschen treffen, die der zunehmenden Digitalisierung zumindest teilweise skeptisch gegenüberstehen [8]. Dies kann auch daran liegen, dass sie bereits auch die Schattenseiten der Digitalisierung kennengelernt haben, wie Schlaf- oder sogar gesundheitliche Probleme [9].

Ganz anders ergeht es da der Generation X (i. d. R. bezogen auf die Jahrgänge 1965 bis 1980), die den digitalen Fortschritt selbst vorangetrieben hat und mit ihm aufgewachsen ist oder der Generation Y (Jahrgänge 1980 bis 2000), auch Millennials oder Digital Natives genannt, die bereits beim Einstieg ins Berufsleben eine stark digitalisierte Arbeits- und Lebenswelt vorfanden. Dabei unterscheiden sich diese Generationen nicht nur, was den selbstverständlichen Umgang mit der modernen Arbeitswelt betrifft, sondern auch, was ihre Sozialisation, ihre Einstellungen und ihre Werte angeht. So können junge Beschäftigte, für die ein spielerischer Umgang mit Smartphone und Tablet selbstverständlich ist, durch

eine unterhaltsame Form der Vermittlung von Gesundheitswissen möglicherweise gut erreicht werden, die für ältere Beschäftigte dagegen eher befremdlich wirken kann. Den Erfahrungen aus der Beratertätigkeit gemäß wünschen sich die älteren Beschäftigten eher Gesundheitsangebote mit einer persönlichen Betreuung und Interaktion, und wollen die digitalen Medien, die bei ihnen Stress erzeugen können, eher vermeiden. Doch gerade diese Generation gilt es zu erreichen, da sie aufgrund ihres Alters umso mehr gefährdet ist und häufig bereits mit ersten schwerwiegenden gesundheitlichen Einschränkungen zu kämpfen hat [10]. Die Führung dieser unterschiedlichen Generationen in der Arbeitswelt stellt eine große Herausforderung dar, bietet aber auch große Chancen, wenn man die Stärken aller Generationen zu nutzen versteht.

Moderne Gesundheitsangebote müssen alle Altersgruppen da abholen, wo sie stehen. Hier können digitale Maßnahmen eine sinnvolle Ergänzung sein. Durch die ortsunabhängige Anwendung können sie neben dem individuellen Gesundheitsnutzen auch durchaus einen sozialen sowie Menschen und Generationen vereinigenden Sinn stiften. Dies gelingt, indem Sie Mitarbeiter egal welcher Altersklasse oder Hierarchie etc. über diese Gesundheitsangebote zusammenbringen, die vom Telearbeitsplatz verstreut über ganz Deutschland oder gar die ganze Welt so gut wie nie persönlichen Kontakt haben und sich digital sonst nur über Fachthemen austauschen.

### Erfolgskriterien des digitalen BGM

Heutzutage werden vor allem die Beschäftigten mit BGF- und BGM-Angeboten angesprochen, die sich sowieso schon gesund verhalten, nicht aber die Personen, für die es gesundheitlich besonders wichtig wäre [11]. Und auch von den bereits Aktiven und Gesunden interessieren sich weniger Beschäftigte für die BGF-/BGM-Angebote als gewünscht. Gleiches gilt für die schwer erreichbaren Zielgruppen wie Männer, Außendienstmitarbeiter oder die jungen Beschäftigten. Sie alle fühlen sich von den klassischen Angeboten wenig angesprochen. Gerade in diesem Kontext ist es wichtig, neue Möglichkeiten und Zugangswege zu nutzen. Laut einer aktuellen Studie der Postbank von 2016 verbringen die Deutschen durchschnittlich 44 Stunden pro Woche im Internet [12]. Warum also nicht aktiv diese Zeit auch für die Gesundheit nutzen und das BGM in digitale Lösungen integrieren?

Die Digitalisierung in BGF/BGM ermöglicht vielfältige und neue Herangehensweisen, um möglichst viele Beschäftigte zu erreichen, die von originären Vor-Ort-Aktionen nicht angesprochen werden bzw. sich nicht angesprochen fühlen.

Die wesentlichen Erfolgskriterien dafür sind:

- **Implementierung und Integration:** Digitale Ergänzungen von BGF/BGM, wie Online-Plattformen und Apps, können optimal mit klassischen Angeboten ergänzt werden.
- **Partizipation:** Die Teilnehmer können sich einbringen und ihr Programm selbst gestalten.
- **Empowerment:** Die Teilnehmer werden selbstständig befähigt, etwas für ihre Gesundheit zu tun.
- **Nachhaltigkeit:** Die Teilnehmer werden langfristig und nachhaltig in ihrer gesundheitsförderlichen Verhaltensveränderung begleitet.
- **Individualität:** Zeitpunkt, Schnelligkeit und Umfang der Beschäftigung mit dem Thema können vom Teilnehmer selbst eingestellt werden, um so seinem individuellen Lerntempo möglichst zu entsprechen.

Ein zentraler Pluspunkt einer (Teil-)Digitalisierung der Angebote und Lösungen im BGF und BGM ist die Möglichkeit der langfristigen Auseinandersetzung des Beschäftigten mit dem Thema Gesundheit. Über regelmäßige Erinnerungen per E-Mail oder Push-Nachrichten kann er kontinuierlich auf seine Gesundheit und Gesunderhaltung hingewiesen und animiert werden, ohne zu bestimmten Zeiten an bestimmten Orten zu sein [13]. Dies ist auch ein weiterer positiver Nebeneffekt. Da immer mehr Menschen nicht mehr nur physisch an einem bestimmten Ort arbeiten, können die Beschäftigten orts- und zeitungebunden an den Maßnahmen teilnehmen und von den Angeboten profitieren. So kann auch der Zusammenhalt im Team bzw. im Unternehmen trotz einer ggf. größeren Entfernung geschaffen werden, wenn man sich im Team zusammenschließt. Gleichzeitig besteht aber auch die Möglichkeit, ohne Teammitgliedschaft anonym zu bleiben und es „trauen“ sich zunehmend Teilnehmer, an Aktionen, Kursen oder ähnlichem teilzunehmen und Wissenswertes zur Gesundheit dazuzulernen.

Trotzdem bedarf es bei der steigenden Digitalisierung in BGF/BGM bei den TeilnehmernInnen wie auch bei NutzerInnen all der Online-Fitnessstudios einer erhöhten Selbstdisziplin und intrinsischen Motivation, weiterhin mitzumachen und seinen „inneren Schweinehund“ dauerhaft zu besiegen, wenn man buchstäblich für sich allein die Angebote wahrnimmt. Ebenso stellt sich die Frage, ob nach

einem langen acht- bis zehnstündigen Arbeitstag, der vor allem am Bildschirmarbeitsplatz stattfindet, digitale Lösungen über PCs und Smartphones die richtigen Lösungen zur Gesundheitsförderung sind.

Daher ist es für den Erfolg besonders bei digitalen Lösungen im BGF/BGM wichtig, dass vor allem folgende Aspekte beachtet werden:

- **Spaßfaktor/Gamification:** Die Teilnehmer können mithilfe von z.B. Spielen motiviert werden, mit Spaß dabeizubleiben.
- **Teamedanke/Wettbewerb:** Ein Wettbewerb zwischen Kollegen oder Teams etc. kann dabei den Spaßfaktor noch zusätzlich unterstützen und ganz nebenbei ein Multiplikator für Gesundheit sein. Der Ehrgeiz, das Team voranzubringen bzw. selbst Sieger eines „10.000-Schritte-Wettbewerbs“ oder der „Radltour“ zu werden, fördert dann ganz nebenbei die Gesundheit und es gestaltet sich zunehmend eine positive Gruppendynamik.
- **Lerneffekt:** Das Gefühl ganz nebenbei etwas dazuzulernen und eben nicht mit erhobenem Zeigefinger eines Arztes oder einer anderen Person auf den BMI und die Ernährung hingewiesen zu werden, ist ebenfalls ein wichtiger Punkt.
- **Niederschwelliges Thema/Alltagstauglichkeit:** Das gewählte Thema muss alltagstauglich und für jeden begreifbar sein. Hierfür bieten sich vor allem die klassischen Themen an, die jeden Menschen berühren, wie z.B. Bewegung im Alltag, Ernährungsverhalten etc.
- **Einfache Aufbereitung:** Die Themen müssen einfach aufbereitet sein, sodass sich möglichst alle bzw. viele Mitarbeiter angesprochen fühlen.
- **Interaktion und Individualisierbarkeit:** Die digitale Lösung sollte bestenfalls in Interaktion mit dem Teilnehmer funktionieren. Das heißt, wenn der Teilnehmer etwas eingibt, absolviert oder ähnliches, muss sich die Lösung explizit auch darauf einstellen und dem Teilnehmer eine (gefühlte) individuelle Lösung bieten.

Das mitunter wichtigste Kriterium bei der Implementierung digitaler BGF/BGM-Lösungen ist der **Datenschutz** und die Datensicherheit! Gerade, wenn Daten des Gesundheitsverhaltens erfragt bzw. gespeichert werden sollen, ist die Sicherung der Daten essenziell. Deshalb darf lediglich der Teilnehmer auf die Daten einen Vollzugriff und der jeweilige Arbeitgeber keinerlei Zugriff auf die Daten erhalten.

### Das Konzept der SBK – Eine Kombination von persönlich und digital

Als eine der größten Betriebskrankenkassen ist die Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) seit jeher im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements tätig. Mithilfe innovativer Programme soll die Gesundheit der Mitarbeiter der vielen Firmenkunden der SBK möglichst nachhaltig gefördert werden. Dabei sind Beratungstätigkeiten zu gesundheitsgerechten und -förderlichen Arbeitsbedingungen genauso Bestandteil wie individuelle Angebote für einzelne Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterzielgruppen der Firmenkunden der SBK.

Hierbei wurden bereits frühzeitig die Chancen der digitalen Welt genutzt, um die Mitarbeiter der Firmenkunden zu einem gesunden Lebensstil zu motivieren. Mittlerweile kann die SBK für die verschiedensten Handlungsfelder Online-Portale aufweisen, welche im Rahmen von Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung eingesetzt werden. Neben Angeboten zur Bewegungsförderung, zum Muskelskelett-Apparat und zur psychischen Gesundheit hat die SBK im Ernährungsbereich mit Experten ein Online-Angebot zum Trinkverhalten entwickelt.

Durch die Kombination von Vor-Ort-Maßnahmen, um die Beschäftigten persönlich auf die eigene Gesundheit aufmerksam zu machen, und den Online-Portalen, können die Beschäftigten der Firmenkunden der SBK auf verschiedensten Wegen angesprochen werden, um so die Teilnahme an den Aktionen möglichst zu erhöhen. Die Online-Portale erinnern die registrierten TeilnehmerInnen (optional) regelmäßig via E-Mail daran, für ihre Gesundheit aktiv zu werden. Dabei ist es unwesentlich, ob er/sie

- sich aus seiner „Zwangssposition“ am Schreibtisch lösen und eine Lockerungsübung durchführen soll,
- eine Pause an einem anstrengenden Tag einlegen und tief durchatmen und eine Kurzentspannung zur Entschleunigung machen soll,
- daran erinnert wird, auch regelmäßig zu trinken, während er von einem Termin zum nächsten hetzt oder
- angeregt wird, sich mehr zu bewegen und statt zum Hörer zu greifen, den Kollegen vier Büros weiter zu besuchen.

Die Erfahrungen der SBK zeigen dabei deutlich, dass gerade die Kombination von analogen, auch einmaligen Aktionen, wie z.B. einer Beratung zu einem bestimmten Thema, sowie digitalen und individuali-

sierbaren Möglichkeiten sehr gefragt ist und bei den Teilnehmern zur Erhöhung der Motivation für ein gesundheitsbewusstes Verhalten beitragen kann.



### Unsere Erkenntnisse und Empfehlungen digitaler BGF/BGM-Angebote

- Digitale Angebote bieten die Möglichkeit, komplexe Themen leicht und verständlich zu vermitteln und so Lust zu machen, sich mit (der eigenen) Gesundheit zu befassen.
- Digitale Angebote lassen sich relativ einfach in den Alltag integrieren.
- Multikanalaktionen im Arbeits- und Lebensumfeld erhöhen die Teilnehmerzahl.
- Nachhaltigkeit wird durch konstante Erinnerungen auf diversen Kanälen sowie der fortdauernden Nutzungsmöglichkeit gesichert.
- Digitale Angebote führen zu aktiver Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit durch die Verbindung von Spaß, Freude und Gesundheit über Wochen, Monate und zum Teil auch Jahre mithilfe der Online-Portale.
- Auch heterogene Zielgruppen können durch verschiedene Online-Möglichkeiten erreicht werden. Vor allem Männer nehmen an den SBK-Online-Aktionen verstärkt teil (ca. 54% der Gesamtteilnehmer über alle Themengebiete hinweg).

### Alle Generationen erreichen

Tatsächlich gelingt es durch derart gestaltete Gesundheitspakete, gerade auch alle Generationen in der Arbeitswelt zu erreichen und zu vereinen. Ältere Mitarbeiter werden durch klassische Angebote, Beratungen, Kurse und persönliche Ansprache abgeholt und können so nach und nach auch an digitale Gesundheitsangebote herangeführt werden. Hier ist die einfache Handhabung ohne schwierige Installations- oder Anmeldeprozesse, sowie eine möglichst selbsterklärende und benutzerfreundliche Oberfläche wichtig. Dann kann hiermit sogar gewährleistet werden, woran klassische Präsenzangebote oft scheitern: Die Sicherung der Nachhaltigkeit und die dauerhafte Umsetzung des Erlernten. Auf der anderen Seite können junge Mitarbeiter durch digitale Angebote, die schnell und einfach in den Arbeitsalltag integriert werden können, im besten Fall sogar Spaß machen und einen spielerischen Charakter haben, ihre Initialzündung erhalten, was gesundes Verhalten angeht. Diese gilt es dann anzuleiten, das

Smartphone auch mal beiseite zu legen und die im Onlinetraining erlernten Entspannungs-, Bewegungs- und Herz-Kreislauf- sowie Konzentrationsübungen als Ausgleich zum digitalen Arbeitsalltag „offline“ einzusetzen.

Schließlich gelingt es sogar, allen Generationen die Vorzüge der verschiedenen Gesundheitsangebote näher zu bringen, die sie bisher nicht genutzt haben und dadurch zu verbinden. Auf einer entsprechend für alle attraktiv gestalteten Plattform trifft man sich unabhängig von Alter und Hierarchie, stellt sich dem zwanglosen „Gesundheitswettbewerb“, diskutiert mit- und lernt voneinander. Denn dies ist nicht zuletzt ein Beitrag zur ganzheitlichen Gesundheit im Sinne des BGMs, wo gerade ein funktionierender Dialog über alle Alters- und Hierarchiegrenzen hinweg ein absoluter Erfolgsfaktor im Sinne der psychosozialen Gesundheit ist.

#### Unsere Empfehlung: Hören Sie auf Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter!

Digitale Angebote im Bereich der BGF und BGM sollten aus der Erfahrung der SBK nicht als alleinstehende Maßnahmen implementiert werden, haben aber in Kombination mit Angeboten mit persönlichem Kontakt bzw. als Ergänzung zu diesen einen positiven Effekt auf die Erreichung von Mitarbeitern und die nachhaltige, positive Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens. Gerade die Kombination ist hierbei erfolgsversprechend, denn vor allem bei der eigenen Gesundheit ist der persönliche Kontakt und die persönliche Empfehlung oder der Rat ein wichtiger Kernpunkt [14]. Dies hat sich auch in der Erfahrung der SBK bestätigt.

Abschließend kann gesagt werden, dass BGM durch den demografischen Wandel, den Fachkräftebedarf und die weiteren Veränderungen in der Arbeitswelt zunehmend an Bedeutung gewinnen wird und die Digitalisierung im BGM hierbei eine mögliche und wichtige Ergänzung für ein erfolgreiches BGM sein kann. Trotzdem gilt sowohl für das digitale als auch für das klassische BGM Folgendes: Es kann nur erfolgreich werden, wenn es erwünscht ist und am Bedarf der Mitarbeiter ansetzt und hier für Lösungen sorgt.

## Literatur

1. Markowetz A (2015) Wie Handys zum „digitalen Burnout“ führen. URL: <https://www.uni-bonn.de/neues/195-2015> (abgerufen am 18.07.2017)
2. Kaluza G (2011) Stressbewältigung – Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. S. 2. Springer Verlag Berlin
3. Fathi B (2016) BGM 4.0. URL: <http://www.gesundheitundmanagement.de/bgm-4-0/> (abgerufen am 18.07.2017)
4. Pentadoc Consulting (2016) Presseinfo: Erste Studie zum Thema „Digitalisierung in gesetzlichen Krankenkassen“. URL: <http://www.pentadoc-consulting.com/presseinformation/presseinfo-erste-studie-zum-thema-digitalisierung-in-gesetzlichen-krankenkassen/> (abgerufen am 18.07.2017)
5. Rothe I (2012) Risiken und Chancen der modernen Arbeitswelt. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.) BAuA Aktuell 2/2012, Schwerpunkt: Psychische Belastung. S. 3–6.
6. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2015) Grünbuch „Arbeiten 4.0“. BMAS Berlin
7. Eberhard D (2016) Generationen zusammen führen. Mit Millennials, Generation X und Babyboomern die Arbeitswelt gestalten. Haufe Freiburg
8. Institut für Demoskopie Allensbach (2014) Die Zukunft der digitalen Gesellschaft. Allensbach
9. Genner S, Probst L, Huber R, Werkmann-Karcher B, Gundrum E, Majkovic A-L (2017) IAP Studie 2017. Der Mensch in der Arbeitswelt 4.0. S. 37. IAP Institut für Angewandte Psychologie der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
10. Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) (2016) BKK Gesundheitsreport 2016. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
11. Schäfer R (2017) Das BGM zur Erfolgsgeschichte machen. Gastbeitrag vom 26.01.2017 auf [humanresourcesmanager.de](http://humanresourcesmanager.de). URL: <https://www.humanresourcesmanager.de/ressorts/artikel/das-bgm-zur-erfolgsgeschichte-machen-1192689118> (abgerufen am 18.07.2017)
12. Postbank (2016) Postbank Studie: Der digitale Deutsche und das Geld 2016. URL: <https://www.postbank.de/postbank/studie-deutsche-surfen-44-stunden-pro-woche.html> (abgerufen am 18.07.2017)
13. Corporate Health Netzwerk (2016) Risiken und Chancen im digitalen BGM. URL: <http://www.corporate-health-netzwerk.de/bgm-blog/2016/11/02/netzwerktreffen-am-01-12-2016-in-freiburg-risiken-und-chancen-im-digitalen-bgm/> (abgerufen am 18.07.2017)
14. Haufe (2016) Digitalisierung eröffnet neue Möglichkeiten. URL: [https://www.haufe.de/arbeitschutz/gesundheit-umwelt/bgm-digitalisierung-eroeffnet-neue-moeglichkeiten\\_94\\_368262.html](https://www.haufe.de/arbeitschutz/gesundheit-umwelt/bgm-digitalisierung-eroeffnet-neue-moeglichkeiten_94_368262.html) (abgerufen am 18.07.2017)



Carolin Brenner, B.Sc., M.A.

Carolin Brenner studierte Integrative Gesundheitsförderung (B.Sc.) an der Hochschule für angewandte Wissenschaften in Coburg. Seit 2011 ist sie bei der Siemens-Betriebskrankenkasse SBK als Fachexpertin für Betriebliches Gesundheitsmanagement tätig. In ihrer Funktion ist sie für die konzeptionelle sowie strategische Weiterentwicklung der BGF-/BGM-Angebote sowie des Themenbereichs BGM verantwortlich. Berufsbegleitend hat sie ein Masterstudium der Wirtschaftspsychologie (M.A.) an der Hochschule für angewandtes Management in Erding absolviert.



Petra Gruschka, M.A.

Petra Gruschka berät Konzerne bei der Implementierung eines nachhaltigen und digitalen Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Seit 2013 arbeitet sie bei der Siemens-Betriebskrankenkasse SBK als Fachexpertin und berät die Kooperationsunternehmen. Zudem bildet sie werdende BGM-Verantwortliche in verschiedenen Instituten aus. Sie studierte Sportökonomie und Gesundheitsmanagement (M.A.) an der deutschen Sporthochschule für Prävention und Gesundheit in Saarbrücken.



Thomas Lensch, Betriebswirt VWA

Thomas Lensch ist Betriebswirt VWA und studierte Sport und Erziehungswissenschaften an der TU bzw. LMU München. Er arbeitete von 1995 bis 2006 als Sportlehrer an weiterführenden Schulen sowie als Trainer und freier Unternehmensberater im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Schwerpunkte seiner Tätigkeit waren dabei arbeitsplatzbezogene Ergonomie- und Gesundheitsprogramme, Trainings für Auszubildende und Führungskräfte sowie die Moderation und Begleitung von Arbeitskreisen Gesundheit, Gesundheitszirkeln und weiteren Analyse- und Initiierungsprozessen im BGM. Seit 2007 berät er als Fachexperte der SBK Kooperationsunternehmen im Raum Südbayern zum Thema betriebliches Gesundheitsmanagement.



# 5

## Die betriebliche Krankenversicherung in Zeiten der digitalen Revolution – Aspekte eines disruptiven Wandels







Franz Knieps  
Vorstand des BKK Dachverbands,  
Berlin

Die betriebliche Krankenversicherung ist historisch wie aktuell der Teil der gesetzlichen Krankenversicherung, der den engsten Bezug zur Arbeitswelt hat. Die Wechselwirkungen zwischen Arbeit und Gesundheit sind quasi Bestandteil der DNA der Betriebskrankenkassen. Folglich spüren die BKK früh und intensiv den Wandel der Arbeitswelt. Sie verdanken dem Wandel von der Agrargesellschaft zur Industriegesellschaft ihre Entstehung vor 300 Jahren und der industriellen Revolution ihre Ausbreitung vom 18. bis ins 20. Jahrhundert. Sie erleben aber auch die Auswirkungen des Wandels – zum Beispiel von der Produktions- zur Dienstleistungsgesellschaft – haut- und zeitnah. Sie spüren positive wie negative Wirkungen im Gleichklang mit ihren Trägerbetrieben und deren Belegschaften, sie erleben die wirtschaftliche und gesellschaftliche Ausdifferenzierung und müssen die nicht selten disruptiven Veränderungen ebenso mitgestalten wie ihre Versicherten und Arbeitgeber, damit sie gerade in turbulenten Zeiten Schutz vor elementaren Risiken und soziale Sicherheit bieten können. Denn ein zeitgemäßer Krankenversicherungsschutz ist eine zentrale Voraussetzung für einen dynamischen Wandel, der sich hinter dem unscharfen Begriff der Digitalisierung verbirgt. Der folgende Beitrag kann einzelne Aspekte des heutigen Wandels in der Arbeitswelt und dessen Wechselwirkungen mit der sozialen Krankenversicherung nur skizzieren, denn der digitale Veränderungsprozess hat gerade erst begonnen. Seine Dimensionen sind noch lange nicht absehbar. Gleichwohl sollte er nicht in ein passives Erstarren führen, sondern bei den Akteuren bewusst die vielfältigen Potenziale zum Nutzen von Versicherten und Arbeitgebern freisetzen. Dies gilt für die Arbeitswelt ebenso wie für das Gesundheitswesen und an deren Schnittstellen für die Betriebskrankenkassen.

## Die Unschärfe der Veränderung – Management von Chancen und Risiken

Auch wenn der Begriff der Digitalisierung trotz vielfacher Definitions- und Beschreibungsversuche offen und unscharf bleibt, darf man ihm wohl alle Merkmale einer Revolution zuordnen. Die digitale Transformation ist allumfassend. Sie erfasst alle Bereiche von Gesellschaft, Wirtschaft, Staat und privatem Leben. Sie kennt keine Grenzen, weder territorial noch branchenspezifisch. Sie sprengt die bisherigen Begrenzungen von Raum und Zeit, wie es etwa zu Beginn der Industrialisierung die Erfindung der Eisenbahn getan hat. Sie fordert die rechtliche Ordnung ebenso heraus wie die ökonomischen Gesetzmäßigkeiten und die (professionelle) Ethik. Sie entwickelt bestehende Prozesse fort und beschleunigt sie rasant. Sie entfaltet disruptive Wirkungen und stellt Grenzen und Institutionen infrage; trotzdem ist sie kein Naturphänomen und ebenso keine Zauberkunst, sondern das Werk menschlichen Erfindergeistes und Schaffenskraft und damit prinzipiell gestaltbar.

Die ungeheure Wirkungsmacht und die Vielfalt der Veränderungen macht es für Menschen, Institutionen und Systeme jedoch faktisch unmöglich und sinnlos zu versuchen, sich diesen Veränderungen zu entziehen oder ihnen blinden Widerstand zu leisten. Vielmehr müssen der einzelne Mensch und die Gesellschaft, der Staat und die zivilgesellschaftlichen Institutionen, die Unternehmen und die Gewerkschaften die Gestaltung der Digitalisierung – wie andere Herausforderungen der Zeit (beispielsweise die Globalisierung, den soziodemografischen Wandel oder den medizinischen Fortschritt) – als zentrale Herausforderung aktiv annehmen und als Aufgabe des Managements von Chancen und Risiken begreifen. Gesundheit wird von einem Kostenfaktor, der Unternehmensbilanzen und private Haushalte belastet, zu einem Produktivitätsfaktor, der Renditen auf Investitionen verspricht. Gerade eine traditionsbewusste, werteorientierte Institution wie die betriebliche Krankenversicherung hat dabei die Chance, die Erfahrungen ihrer Trägerbetriebe und deren Belegschaften mit Gestaltung und Wirkungen der Digitalisierung zu nutzen und vielfältige Entfaltungswege zu beschreiten. Innovationen verlangen zwar den Einsatz des entsprechenden Investitionskapitals, entscheidend sind aber die Kreativität und der Gestaltungswille der handelnden Akteure. Zwar haben große Institutionen über niedrige Grenzkosten und steigende Skalenerträge Effizienzvorteile, aber kleinere und beweglichere Akteure können schneller und

unbürokratischer entscheiden. Vor allem können sie marktnäher unterschiedliche Lösungen erproben und schneller Korrekturen am eingeschlagenen Weg vornehmen. Die Heterogenität der BKK Welt kann also durchaus als ein Erfolgsfaktor bei der Gestaltung der Digitalisierung sein, wenn die notwendigen Grundentscheidungen, beispielsweise bei der Sicherung der Finanzierungsgrundlagen der Sozialversicherung oder der Schaffung einer zeitgemäßen Telematikinfrastruktur, einheitlich getroffen sind.

### Die Handlungsfelder auf der kollektiven Ebene – die Schaffung zeitgemäßer Rahmenbedingungen

Auch wenn die Ursprünge der deutschen Sozialversicherung vor Bismarck zurückreichen, ist das Organisations- und Finanzierungssystem ein typisches Produkt der Arbeiterfrage und der Industrialisierung. Ändern sich Wertschöpfungs- und Arbeitsprozesse und in der Folge Strukturen der Industriegesellschaft, so hat dies selbstverständlich Auswirkungen auf die Finanzierung der Sozialversicherung. An dieser Stelle kann nur darauf hingewiesen werden, dass die Debatte um Alternativen zur lohnbezogenen Beitragsfinanzierung keineswegs beendet ist, sondern im Gleichklang mit der Umgestaltung der Wertschöpfungsketten wiederaufgenommen werden muss. Dabei sollten alte Kampf Begriffe wie Wertschöpfungsabgabe oder Kopfpflicht vermieden werden und neue Konzepte erarbeitet werden, die eine umfassende Solidarität gewährleisten, Belastungs- und Leistungsgerechtigkeit ausbalancieren sowie den sozioökonomischen Wandel begleiten.

Dieser Wandel verlangt eine leistungsfähige und moderne Infrastruktur. Die Schaffung und Fortentwicklung dieser Infrastruktur ist Aufgabe des Staates, auch wenn er die zivilgesellschaftlichen Akteure zur Finanzierung und Ausgestaltung heranzieht. Dies gilt sowohl für die Kommunikationsinfrastruktur der Sozialversicherungsträger als auch für die Telematikinfrastruktur des Gesundheitswesens. Hierzu ist es an der Zeit, das Sozial- und Gesundheitsrecht grundlegend zu modernisieren. Darüber hinaus wird von Bund und Ländern eine kohärente Digitalisierungsstrategie erwartet, die anspruchsvolle Ziele formuliert und klärt, welche Aufgaben und Verantwortlichkeiten von welchen Akteuren auf welcher Ebene zu übernehmen und welche Restriktionen aus normativ-ethischen Gründen erforderlich sind. Darüber hinaus müssen die Formulierung von Standards und die Gewährleistung der Interoperabilität so weit vorangetrieben werden, dass die Akteure keine Fehl-

investitionen treffen. Schließlich müssen Methodik und Verfahrensabläufe auf kollektiver Ebene, speziell in der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern, an das Ausmaß und die Geschwindigkeit des Wandels angepasst werden. Das gilt insbesondere für Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), der nicht nur für das Innovationsmanagement im Gesundheitswesen eine zentrale Rolle spielt.

Auch bei der Bestimmung des Leistungskatalogs ist in erster Linie der GBA gefragt. Speziell bei Gesundheitsförderung, Vorsorge und Prävention spielen darüber hinaus die Nationale Präventionskonferenz und der Spitzenverband der Krankenkassen eine besondere Rolle bei der Festlegung von Zielen für und Anforderungen an die Zielgerichtetheit und die Qualität von Leistungen. Dies gilt nicht allein für das Setting Betrieb im Rahmen der Verhältnisprävention und für die Ausgestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). Dies gilt auch für das Zusammenwirken der Krankenkassen mit anderen Sozialversicherungsträgern, staatlichen Gesundheits- und Arbeitsschutzbehörden, Unternehmensverbänden und Gewerkschaften, Gebietskörperschaften sowie weiteren Trägern präventiver Aktivitäten. Bestehende Verbundaktivitäten und Programme wie die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA), die Initiativen Gesunde Arbeit (IGA), Neue Qualität der Arbeit (INQA) und Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz (PsyGA) oder die Unternehmensnetzwerke, die sich um gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen bemühen, müssen neu ausgerichtet und verstärkt werden. Hier müssen alte Grabenkämpfe überwunden und durch kooperative Netzwerk-Strukturen ersetzt werden. Hier muss aber auch den Belastungen neuer Arbeitsformen und den unerwünschten Wirkungen neuer Kommunikationsformen Rechnung getragen und innovative Strategien und Programme implementiert und verbreitet werden. Psychische und soziale Belastungen müssen nicht nur in der Arbeitswelt mit physischen Belastungen gleichgestellt werden.

### Die Handlungsfelder auf der einzelwirtschaftlichen Ebene – Kommunikation, Prozesssteuerung, Individualisierung

Der digitale Wandel erfasst alle Beziehungen zwischen den Akteuren des Gesundheits- und Sozialsystems nach innen und nach außen. Interne Prozesse in den Institutionen können – beispielsweise durch digitalen Kommunikationsaustausch und Dunkel-

verarbeitung – schneller, effizienter und qualitativ hochwertiger gesteuert werden. Dies bedeutet keineswegs, dass die Digitalisierung persönliche Kontakte vollständig überflüssig macht, sondern dass Routineprozesse beschleunigt und Fehlerquellen minimiert werden können. Die Wissensgrundlagen für Entscheidungen können verbreitert werden. Die Kommunikationswege können verkürzt und vereinfacht werden. Kunden und Entscheider in den Institutionen können vom bürokratischen Massengeschäft, zum Beispiel bei Krankmeldungen, Bestimmung der beitragsfreien Familienversicherung, einfachen Leistungsanträgen – entlastet werden und sich auf die individuell zu entscheidenden Fragen und das Prozessmanagement der Versorgung konzentrieren. Hier helfen nicht nur die Sozial- und Gesundheitsdaten, die geeigneten Leistungen zu bestimmen, die geeigneten Leistungserbringer auszuwählen, die richtigen Diagnosen zu stellen und die präferierten Behandlungsalternativen zu wählen. Telemedizinische Anwendungen von der Unterstützung der Befunderhebung über Videosprechstunden und Telekonsilien bis hin zu elektronischem Monitoring etwa bei den chronischen Volkskrankheiten oder digital unterstützte Eingriffe verbessern Effizienz und Qualität der Versorgung und erleichtern Leben und Arbeiten mit Krankheitslast und Krankheitsleid.

Digitalisierung verändert aber nicht nur die Kommunikationsprozesse zwischen den Akteuren, sondern wirkt sich auch auf die „Produktionsprozesse“ im Gesundheitswesen, also Diagnose und Therapie einschließlich Qualitätssicherung und Dokumentation, aus. Das gilt auch bei „Zuliefererprodukten“ wie Arzneimitteln, Hilfsmitteln oder Medizinprodukten. Hier sind nicht nur standardisierte Fertigungen betroffen, sondern für die individuelle Herstellung oder Anpassung ergeben sich – etwa durch den 3D-Druck oder die digitale Biotechnologie – völlig neue Möglichkeiten. Über die Möglichkeiten von Kybernetik und künstlicher Intelligenz kann heute erst spekuliert werden. Bei der Geschwindigkeit des Wandels und dem Aufbau von Big Data werden hier aber schon bald konkrete Einsatzmöglichkeiten diskutiert und praktiziert werden.

### Die Rolle von Betriebskrankenkassen in der digitalen Arbeits- und Lebenswelt – Wettbewerbschancen und Gestaltungsmöglichkeiten

Die in diesen kurzen Zeilen skizzierten Entwicklungstrends und Gestaltungsoptionen sind keine fik-

tionale Zukunftsmusik, sondern erfordern reale strategische Entscheidungen, die bewusste Akzente der BKK für den digitalen Wandel setzt. Eine solche Strategie sollte alle Chancen für einen Rollenwechsel vom Payer zum Player nutzen. Diese bieten sich vor allem in

- der Nutzung aller digitalen Kommunikationsmöglichkeiten mit Versicherten, Arbeitgebern und Leistungserbringern,
- dem Auf- und Ausbau digitaler und persönlicher Beratungskompetenzen bei der Auswahl passender Leistungserbringer und geeigneter Diagnose- und Therapiemöglichkeiten,
- die Übernahme der Coachingfunktion in einem zunehmend komplexen und unübersichtlichen Versorgungssystem durch eine integrative Vernetzung von Kollektiv- und Selektivverträgen,
- dem Aufbau von evidenzbasierter digitaler und persönlicher Feedback- und Unterstützungsangebote bei regelhaftem wie regelwidrigem Behandlungsverlauf,
- dem Ausbau kassenspezifischer Leistungen und Angebote als Markenkern, speziell in der betrieblichen Gesundheitsförderung und
- der Unterstützung der betrieblichen Gesundheits- und Sozialpolitik, speziell des betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Die Betriebskrankenkassen könnten ihre Vielfalt nutzen und arbeitsteilig vorgehen. Zu ihren Trägerbetrieben zählen Vorreiter und Weltmarktführer digitaler Produkte und Leistungen im verarbeitenden Gewerbe, im Handel oder im Dienstleistungsbereich in unterschiedlichen Branchen mit unterschiedlichen Betriebsformen und Betriebsgrößen. Deren Erfahrungsschatz und Managementkompetenz sollte ebenso genutzt werden wie die Erfahrungen der Belegschaften mit betrieblichen Veränderungsprozessen. Damit können erstarrte Strukturen flexibilisiert, Versorgungsprozesse effizienter und effektiver gesteuert sowie Output und Qualität des Gesundheitswesens gesteigert werden.

Der digitale Wandel kann damit zu einem Motor von Veränderungen werden, die bisher weder auf politisch-administrativem Weg noch über wettbewerbliche Initiativen erreicht worden sind. Wenn die natürlich vorhandenen Risiken und Nebenwirkungen der Digitalisierung beachtet und bewusst minimiert werden, bestehen Chancen, die Macht- und Organisationsinteressen den Zielen einer bedarfsgerechten Versorgung unterzuordnen und so tatsächlich Versicherte und Patienten in den Mittelpunkt des Geschehens zu rücken.

## Weiterführende Literatur

Bundesministerium für Arbeit und Sozial (Hrsg.). Arbeit weiter denken – Weissbuch Arbeiten 4.0. Berlin: BMAS, 2016

Kaschuba W. Die Überwindung der Distanz - Zeit und Raum in der europäischen Moderne. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2004

Matusiewicz D, Pittelkau C, Elmer A (Hrsg.). Die digitale Transformation im Gesundheitswesen – Transformation, Innovation, Disruption. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2017

Rahner S (Hrsg.). Architekten der Arbeit – Positionen, Entwürfe, Kontroversen. Hamburg: Edition Körber-Stiftung, 2014

Schwab K. Die Vierte Industrielle Revolution (4. Auflage). München: Pantheon Verlag, 2016

# Anhang

A	Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	356
B	Systematische Verzeichnisse	437



## Verzeichnis des Anhangs

<b>A</b>	<b>Arbeitsunfähigkeitsgeschehen</b>	<b>356</b>
A.1	<b>AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –</b> mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	356
A.1.1	Pflichtmitglieder insgesamt	356
A.1.2	Beschäftigte Pflichtmitglieder	357
A.1.3	Teilzeitbeschäftigte	358
A.1.4	Arbeitslose (ALG-I)	359
A.1.5	Freiwillige Mitglieder insgesamt	360
A.1.6	Beschäftigte freiwillige Mitglieder	361
A.1.7	Mitglieder ohne Rentner	362
A.1.8	Beschäftigte Mitglieder insgesamt	363
A.2	<b>Krankengeld-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner –</b> mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	364
A.3	<b>AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner –</b> mit Gliederung nach AU-Dauer in Kalendertagen und Wochen (Berichtsjahr 2016)	365
A.4	<b>AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Geschlecht – sortiert nach Fallzahl und nach Tagen –</b> mit Gliederung nach den wichtigsten Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2016)	366
A.4.1	Männer – sortiert nach Fallzahl	366
A.4.2	Männer – sortiert nach Tagen	366
A.4.3	Frauen – sortiert nach Fallzahl	367
A.4.4	Frauen – sortiert nach Tagen	367
A.4.5	Gesamt – sortiert nach Fallzahl	368
A.4.6	Gesamt – sortiert nach Tagen	369
A.5	<b>AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tage –</b> mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	370
A.5.1	AU-Fälle je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 1)	370
A.5.1	AU-Fälle je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 2)	371
A.5.2	AU-Tage je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 1)	372
A.5.2	AU-Tage je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 2)	373
A.6	<b>BKK Mitgliederzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt und Anteile an Beschäftigten</b> in Deutschland – mit Gliederung nach BKK Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2016)	374
A.7	<b>AU-Tage, Frauenanteil und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder insgesamt –</b> mit Gliederung nach BKK Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2016)	375
A.8	<b>AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen –</b> mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)	376
A.8.1	Land- und Forstwirtschaft	376
A.8.2	Nahrung, Genuss	377
A.8.3	Textil, Bekleidung, Leder	378
A.8.4	Holz, Papier, Druck	379
A.8.5	Chemie	380
A.8.6	Glas, Keramik, Steine/Erden	381



A.8.7	Metallerzeugung	382
A.8.8	Metallverarbeitung	383
A.8.9	Möbel u. sonstige Erzeugnisse	384
A.8.10	Energie- und Wasserwirtschaft	385
A.8.11	Baugewerbe	386
A.8.12	Handel	387
A.8.13	Großhandel	388
A.8.14	Einzelhandel	389
A.8.15	Gastgewerbe	390
A.8.16	Verkehr	391
A.8.17	Landverkehr	392
A.8.18	Postdienste	393
A.8.19	Telekommunikation	394
A.8.20	Kredit- und Versicherungsgewerbe	395
A.8.21	Verlage und Medien	396
A.8.22	Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	397
A.8.23	Dienstleistungen	398
A.8.24	Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	399
A.8.25	Erziehung und Unterricht	400
A.8.26	Gesundheits- und Sozialwesen	401
A.8.27	Abfallbeseitigung und Recycling	402
A.8.28	Kultur, Sport und Unterhaltung	403
A.9	<b>BKK Mitgliederzahlen, AU-Tage, Durchschnittsalter und Krankenstand der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach Wirtschaftsabschnitten und Wirtschaftsabteilungen aus WZ 2008 (Berichtsjahr 2016)</b>	<b>404</b>
A.9 (Teil 1)		404
A.9 (Teil 2)		405
A.10	<b>BKK Mitgliederzahlen, AU-Tage, Durchschnittsalter und Krankenstand der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach Berufssektoren, -segmenten und -hauptgruppen aus der KldB 2010 (Berichtsjahr 2016)</b>	<b>406</b>
A.11	<b>AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)</b>	<b>407</b>
A.11.1	Baden-Württemberg	407
A.11.2	Bayern	408
A.11.3	Berlin	409
A.11.4	Bremen	410
A.11.5	Hamburg	411
A.11.6	Hessen	412
A.11.7	Niedersachsen	413
A.11.8	Nordrhein-Westfalen	414
A.11.9	Rheinland-Pfalz	415
A.11.10	Saarland	416
A.11.11	Schleswig-Holstein	417
A.11.12	Brandenburg	418
A.11.13	Mecklenburg-Vorpommern	419
A.11.14	Sachsen	420
A.11.15	Sachsen-Anhalt	421

A.11.16	Thüringen	422
A.11.17	Bund West	423
A.11.18	Bund Ost	424
A.11.19	Bund Gesamt	425
<b>A.12</b>	<b>AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2016)</b>	<b>426</b>
A.12.1	Landkreise Baden-Württemberg	426
A.12.2	Landkreise Bayern	427
A.12.3	Landkreise Berlin	428
A.12.4	Landkreise Bremen	429
A.12.5	Landkreise Hamburg	429
A.12.6	Landkreise Hessen	429
A.12.7	Landkreise Niedersachsen	430
A.12.8	Landkreise Nordrhein-Westfalen	431
A.12.9	Landkreise Rheinland-Pfalz	432
A.12.10	Landkreise Saarland	433
A.12.11	Landkreise Schleswig-Holstein	433
A.12.12	Landkreise Brandenburg	434
A.12.13	Landkreise Mecklenburg-Vorpommern	434
A.12.14	Landkreise Sachsen	435
A.12.15	Landkreise Sachsen-Anhalt	435
A.12.16	Landkreise Thüringen	436
<b>B</b>	<b>Systematische Verzeichnisse</b>	<b>437</b>
B.1	Verzeichnis der Diagnoseschlüssel nach ICD-10-GM 2016	437
	Diagnosehauptgruppen und Diagnoseuntergruppen nach dem ICD-10-GM Schlüssel	437
B.2	Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC)	443
	ATC-Hauptgruppen und ATC-Untergruppen nach der ATC Klassifikation	443
B.3	Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008)	446
	Wirtschaftsgruppen nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008)	446
B.4	Klassifikation der Berufe, Ausgabe 2010 (KldB 2010)	449
	Berufssektoren, -segmente und Berufshauptgruppen nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010)	449

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.1.1 Pflichtmitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	315.600	1.761.603	15,78	88,1	5,6
	Frauen	296.883	1.654.799	15,46	86,2	5,6
	Gesamt	612.483	3.416.402	15,62	87,1	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	39.443	1.108.279	1,97	55,4	28,1
	Frauen	51.574	1.794.958	2,69	93,5	34,8
	Gesamt	91.017	2.903.237	2,32	74,1	31,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	16.023	280.048	0,80	14,0	17,5
	Frauen	15.896	268.515	0,83	14,0	16,9
	Gesamt	31.919	548.563	0,81	14,0	17,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	133.942	5.267.531	6,70	263,3	39,3
	Frauen	190.500	7.394.794	9,92	385,0	38,8
	Gesamt	324.442	12.662.325	8,27	322,9	39,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	57.014	930.873	2,85	46,5	16,3
	Frauen	81.985	1.036.546	4,27	54,0	12,6
	Gesamt	138.999	1.967.419	3,55	50,2	14,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	36.258	285.688	1,81	14,3	7,9
	Frauen	33.317	233.469	1,73	12,2	7,0
	Gesamt	69.575	519.157	1,77	13,2	7,5
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	31.503	309.589	1,57	15,5	9,8
	Frauen	35.998	335.795	1,87	17,5	9,3
	Gesamt	67.501	645.384	1,72	16,5	9,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	83.322	2.105.180	4,17	105,3	25,3
	Frauen	64.451	1.096.456	3,36	57,1	17,0
	Gesamt	147.773	3.201.636	3,77	81,7	21,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	787.519	5.275.077	39,37	263,7	6,7
	Frauen	857.057	5.636.329	44,62	293,5	6,6
	Gesamt	1.644.576	10.911.406	41,94	278,3	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	306.346	2.102.370	15,32	105,1	6,9
	Frauen	273.718	1.610.634	14,25	83,9	5,9
	Gesamt	580.064	3.713.004	14,79	94,7	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	45.576	635.392	2,28	31,8	13,9
	Frauen	32.499	368.877	1,69	19,2	11,4
	Gesamt	78.075	1.004.269	1,99	25,6	12,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	573.867	11.198.043	28,69	559,8	19,5
	Frauen	402.211	8.616.911	20,94	448,6	21,4
	Gesamt	976.078	19.814.954	24,89	505,4	20,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	32.228	387.384	1,61	19,4	12,0
	Frauen	94.828	823.548	4,94	42,9	8,7
	Gesamt	127.056	1.210.932	3,24	30,9	9,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	54.042	579.878	2,81	30,2	10,7
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	159.229	1.628.276	7,96	81,4	10,2
	Frauen	196.295	1.839.159	10,22	95,8	9,4
	Gesamt	355.524	3.467.435	9,07	88,4	9,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	274.375	5.529.580	13,72	276,5	20,2
	Frauen	165.177	3.232.397	8,60	168,3	19,6
	Gesamt	439.552	8.761.977	11,21	223,5	19,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	30.944	693.133	1,55	34,7	22,4
	Frauen	42.581	913.555	2,22	47,6	21,5
	Gesamt	73.525	1.606.688	1,88	41,0	21,9
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>2.929.297</b>	<b>39.627.024</b>	<b>146,45</b>	<b>1.981,1</b>	<b>13,5</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.896.689</b>	<b>37.578.334</b>	<b>150,82</b>	<b>1.956,5</b>	<b>13,0</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>5.825.986</b>	<b>77.205.358</b>	<b>148,59</b>	<b>1.969,1</b>	<b>13,3</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	105.586	2.279.432	5,28	114,0	21,6
	Frauen	51.569	1.010.622	2,68	52,6	19,6
	Gesamt	157.155	3.290.054	4,01	83,9	20,9
davon Refahfälle	Männer	48.431	1.589.752	2,42	79,5	32,8
	Frauen	45.300	1.478.690	2,36	77,0	32,6
	Gesamt	93.731	3.068.442	2,39	78,3	32,7

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.1.2 Beschäftigte Pflichtmitglieder

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	311.373	1.729.604	16,10	89,4	5,6
	Frauen	293.190	1.625.907	15,75	87,4	5,6
	Gesamt	604.563	3.355.511	15,93	88,4	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	38.158	1.047.414	1,97	54,1	27,5
	Frauen	49.996	1.705.763	2,69	91,7	34,1
	Gesamt	88.154	2.753.177	2,32	72,5	31,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	15.504	257.636	0,80	13,3	16,6
	Frauen	15.374	251.915	0,83	13,5	16,4
	Gesamt	30.878	509.551	0,81	13,4	16,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	125.076	4.614.708	6,47	238,5	36,9
	Frauen	180.640	6.647.366	9,71	357,2	36,8
	Gesamt	305.716	11.262.074	8,05	296,7	36,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	55.132	870.114	2,85	45,0	15,8
	Frauen	79.911	982.193	4,29	52,8	12,3
	Gesamt	135.043	1.852.307	3,56	48,8	13,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	35.752	273.436	1,85	14,1	7,7
	Frauen	32.891	223.508	1,77	12,0	6,8
	Gesamt	68.643	496.944	1,81	13,1	7,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	31.032	297.842	1,60	15,4	9,6
	Frauen	35.500	325.989	1,91	17,5	9,2
	Gesamt	66.532	623.831	1,75	16,4	9,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	80.602	1.982.665	4,17	102,5	24,6
	Frauen	62.941	1.048.585	3,38	56,3	16,7
	Gesamt	143.543	3.031.250	3,78	79,9	21,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	778.662	5.187.468	40,25	268,2	6,7
	Frauen	847.781	5.549.161	45,55	298,2	6,6
	Gesamt	1.626.443	10.736.629	42,85	282,9	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	301.764	2.031.710	15,60	105,0	6,7
	Frauen	269.902	1.560.282	14,50	83,8	5,8
	Gesamt	571.666	3.591.992	15,06	94,6	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	44.733	612.643	2,31	31,7	13,7
	Frauen	31.930	356.542	1,72	19,2	11,2
	Gesamt	76.663	969.185	2,02	25,5	12,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	561.632	10.650.837	29,03	550,6	19,0
	Frauen	391.663	8.166.690	21,04	438,8	20,9
	Gesamt	953.295	18.817.527	25,11	495,8	19,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	31.478	373.065	1,63	19,3	11,9
	Frauen	93.194	802.387	5,01	43,1	8,6
	Gesamt	124.672	1.175.452	3,28	31,0	9,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	52.741	560.381	2,83	30,1	10,6
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	155.732	1.563.666	8,05	80,8	10,0
	Frauen	192.371	1.763.710	10,34	94,8	9,2
	Gesamt	348.103	3.327.376	9,17	87,7	9,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	270.492	5.385.740	13,98	278,4	19,9
	Frauen	162.341	3.128.066	8,72	168,1	19,3
	Gesamt	432.833	8.513.806	11,40	224,3	19,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	30.141	653.738	1,56	33,8	21,7
	Frauen	41.583	869.944	2,23	46,7	20,9
	Gesamt	71.724	1.523.682	1,89	40,1	21,2
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>2.873.205</b>	<b>37.652.535</b>	<b>148,52</b>	<b>1.946,3</b>	<b>13,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.841.410</b>	<b>35.700.960</b>	<b>152,66</b>	<b>1.918,1</b>	<b>12,6</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>5.714.615</b>	<b>73.353.495</b>	<b>150,55</b>	<b>1.932,5</b>	<b>12,8</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	105.022	2.256.209	5,43	116,6	21,5
	Frauen	51.241	997.883	2,75	53,6	19,5
	Gesamt	156.263	3.254.092	4,12	85,7	20,8
davon Refahfälle	Männer	44.624	1.449.625	2,31	74,9	32,5
	Frauen	42.034	1.367.257	2,26	73,5	32,5
	Gesamt	86.658	2.816.882	2,28	74,2	32,5

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.1.3 Teilzeitbeschäftigte

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	18.926	113.768	11,34	68,2	6,0
	Frauen	123.325	720.254	13,73	80,2	5,8
	Gesamt	142.251	834.022	13,35	78,3	5,9
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.413	74.207	1,45	44,5	30,8
	Frauen	25.532	936.977	2,84	104,3	36,7
	Gesamt	27.945	1.011.184	2,62	94,9	36,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.024	20.455	0,61	12,3	20,0
	Frauen	7.159	128.527	0,80	14,3	18,0
	Gesamt	8.183	148.982	0,77	14,0	18,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	11.400	460.104	6,83	275,7	40,4
	Frauen	85.142	3.230.593	9,48	359,6	37,9
	Gesamt	96.542	3.690.697	9,06	346,5	38,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	4.171	72.856	2,50	43,7	17,5
	Frauen	33.013	495.754	3,67	55,2	15,0
	Gesamt	37.184	568.610	3,49	53,4	15,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.210	19.665	1,32	11,8	8,9
	Frauen	15.189	110.975	1,69	12,4	7,3
	Gesamt	17.399	130.640	1,63	12,3	7,5
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.050	22.828	1,23	13,7	11,1
	Frauen	16.377	165.954	1,82	18,5	10,1
	Gesamt	18.427	188.782	1,73	17,7	10,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	5.484	151.257	3,29	90,6	27,6
	Frauen	30.244	539.402	3,37	60,1	17,8
	Gesamt	35.728	690.659	3,35	64,8	19,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	49.560	351.710	29,70	210,8	7,1
	Frauen	369.650	2.531.995	41,15	281,9	6,9
	Gesamt	419.210	2.883.705	39,36	270,7	6,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	18.023	135.647	10,80	81,3	7,5
	Frauen	115.270	724.380	12,83	80,6	6,3
	Gesamt	133.293	860.027	12,51	80,7	6,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	2.774	41.249	1,66	24,7	14,9
	Frauen	13.763	162.563	1,53	18,1	11,8
	Gesamt	16.537	203.812	1,55	19,1	12,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	33.957	664.881	20,35	398,4	19,6
	Frauen	191.903	4.277.964	21,36	476,2	22,3
	Gesamt	225.860	4.942.845	21,20	464,0	21,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.340	28.017	1,40	16,8	12,0
	Frauen	39.907	394.378	4,44	43,9	9,9
	Gesamt	42.247	422.395	3,97	39,7	10,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	19.020	211.366	2,12	23,5	11,1
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	10.152	122.410	6,08	73,4	12,1
	Frauen	79.584	829.955	8,86	92,4	10,4
	Gesamt	89.736	952.365	8,42	89,4	10,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	16.171	365.467	9,69	219,0	22,6
	Frauen	73.074	1.525.370	8,13	169,8	20,9
	Gesamt	89.245	1.890.837	8,38	177,5	21,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	2.036	50.704	1,22	30,4	24,9
	Frauen	19.077	427.928	2,12	47,6	22,4
	Gesamt	21.113	478.632	1,98	44,9	22,7
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>183.128</b>	<b>2.704.040</b>	<b>109,74</b>	<b>1.620,4</b>	<b>14,8</b>
	<b>Frauen</b>	<b>1.260.587</b>	<b>17.473.576</b>	<b>140,33</b>	<b>1.945,2</b>	<b>13,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>1.443.715</b>	<b>20.177.616</b>	<b>135,54</b>	<b>1.894,3</b>	<b>14,0</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	5.838	140.807	3,50	84,4	24,1
	Frauen	21.818	439.530	2,43	48,9	20,2
	Gesamt	27.656	580.337	2,60	54,5	21,0
davon Refahfälle	Männer	2.973	96.798	1,78	58,0	32,6
	Frauen	21.156	675.452	2,36	75,2	31,9
	Gesamt	24.129	772.250	2,27	72,5	32,0

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.1.4 Arbeitslose (ALG-I)

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	3.255	26.631	5,80	47,4	8,2
	Frauen	2.973	24.718	5,85	48,6	8,3
	Gesamt	6.228	51.349	5,82	48,0	8,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.208	59.201	2,15	105,5	49,0
	Frauen	1.410	82.359	2,77	162,0	58,4
	Gesamt	2.618	141.560	2,45	132,3	54,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	462	21.024	0,82	37,5	45,5
	Frauen	464	16.061	0,91	31,6	34,6
	Gesamt	926	37.085	0,87	34,7	40,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	7.793	619.317	13,88	1.103,1	79,5
	Frauen	8.822	715.848	17,35	1.408,0	81,1
	Gesamt	16.615	1.335.165	15,53	1.248,0	80,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.538	58.166	2,74	103,6	37,8
	Frauen	1.692	51.650	3,33	101,6	30,5
	Gesamt	3.230	109.816	3,02	102,7	34,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	404	11.661	0,72	20,8	28,9
	Frauen	369	9.614	0,73	18,9	26,1
	Gesamt	773	21.275	0,72	19,9	27,5
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	390	11.214	0,69	20,0	28,8
	Frauen	406	9.114	0,80	17,9	22,5
	Gesamt	796	20.328	0,74	19,0	25,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.435	118.715	4,34	211,5	48,8
	Frauen	1.342	44.745	2,64	88,0	33,3
	Gesamt	3.777	163.460	3,53	152,8	43,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	6.952	76.804	12,38	136,8	11,1
	Frauen	7.696	77.555	15,14	152,6	10,1
	Gesamt	14.648	154.359	13,69	144,3	10,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.695	65.902	6,58	117,4	17,8
	Frauen	3.161	45.778	6,22	90,0	14,5
	Gesamt	6.856	111.680	6,41	104,4	16,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	724	20.379	1,29	36,3	28,2
	Frauen	496	11.888	0,98	23,4	24,0
	Gesamt	1.220	32.267	1,14	30,2	26,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	10.531	516.068	18,76	919,2	49,0
	Frauen	9.341	429.238	18,37	844,3	46,0
	Gesamt	19.872	945.306	18,57	883,6	47,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	648	13.607	1,15	24,2	21,0
	Frauen	1.411	19.525	2,78	38,4	13,8
	Gesamt	2.059	33.132	1,92	31,0	16,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.209	18.285	2,38	36,0	15,1
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.858	59.542	5,09	106,1	20,8
	Frauen	3.333	70.100	6,56	137,9	21,0
	Gesamt	6.191	129.642	5,79	121,2	20,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	3.395	135.483	6,05	241,3	39,9
	Frauen	2.464	96.083	4,85	189,0	39,0
	Gesamt	5.859	231.566	5,48	216,5	39,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	702	37.985	1,25	67,7	54,1
	Frauen	893	40.778	1,76	80,2	45,7
	Gesamt	1.595	78.763	1,49	73,6	49,4
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>47.144</b>	<b>1.859.543</b>	<b>83,97</b>	<b>3.312,1</b>	<b>39,4</b>
	<b>Frauen</b>	<b>47.672</b>	<b>1.772.226</b>	<b>93,77</b>	<b>3.485,9</b>	<b>37,2</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>94.816</b>	<b>3.631.769</b>	<b>88,63</b>	<b>3.394,7</b>	<b>38,3</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	441	21.723	0,79	38,7	49,3
	Frauen	255	11.266	0,50	22,2	44,2
	Gesamt	696	32.989	0,65	30,8	47,4
davon Refahfälle	Männer	2.979	123.371	5,31	219,7	41,4
	Frauen	2.660	97.536	5,23	191,9	36,7
	Gesamt	5.639	220.907	5,27	206,5	39,2

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.1.5 Freiwillige Mitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	53.033	290.297	7,50	41,1	5,5
	Frauen	12.933	71.463	5,30	29,3	5,5
	Gesamt	65.966	361.760	6,94	38,1	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	13.196	289.767	1,87	41,0	22,0
	Frauen	4.274	128.858	1,75	52,8	30,2
	Gesamt	17.470	418.625	1,84	44,0	24,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	3.391	50.192	0,48	7,1	14,8
	Frauen	923	12.745	0,38	5,2	13,8
	Gesamt	4.314	62.937	0,45	6,6	14,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	23.005	835.587	3,25	118,2	36,3
	Frauen	9.217	336.903	3,78	138,1	36,6
	Gesamt	32.222	1.172.490	3,39	123,3	36,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	10.109	146.978	1,43	20,8	14,5
	Frauen	3.780	40.822	1,55	16,7	10,8
	Gesamt	13.889	187.800	1,46	19,8	13,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	8.996	62.003	1,27	8,8	6,9
	Frauen	2.165	14.724	0,89	6,0	6,8
	Gesamt	11.161	76.727	1,17	8,1	6,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	8.084	76.788	1,14	10,9	9,5
	Frauen	2.111	18.723	0,87	7,7	8,9
	Gesamt	10.195	95.511	1,07	10,1	9,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	19.209	384.205	2,72	54,4	20,0
	Frauen	3.278	52.290	1,34	21,4	16,0
	Gesamt	22.487	436.495	2,37	45,9	19,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	171.516	1.029.654	24,26	145,7	6,0
	Frauen	48.516	300.201	19,89	123,1	6,2
	Gesamt	220.032	1.329.855	23,14	139,9	6,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	63.175	360.705	8,94	51,0	5,7
	Frauen	14.203	71.052	5,82	29,1	5,0
	Gesamt	77.378	431.757	8,14	45,4	5,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	6.840	72.106	0,97	10,2	10,5
	Frauen	1.393	12.347	0,57	5,1	8,9
	Gesamt	8.233	84.453	0,87	8,9	10,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	85.495	1.370.715	12,10	193,9	16,0
	Frauen	15.784	248.514	6,47	101,9	15,7
	Gesamt	101.279	1.619.229	10,65	170,3	16,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	8.645	80.494	1,22	11,4	9,3
	Frauen	5.239	40.665	2,15	16,7	7,8
	Gesamt	13.884	121.159	1,46	12,7	8,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	4.234	41.127	1,74	16,9	9,7
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	28.641	256.668	4,05	36,3	9,0
	Frauen	9.441	82.407	3,87	33,8	8,7
	Gesamt	38.082	339.075	4,01	35,7	8,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	34.921	660.507	4,94	93,4	18,9
	Frauen	7.533	142.364	3,09	58,4	18,9
	Gesamt	42.454	802.871	4,47	84,4	18,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	7.872	132.693	1,11	18,8	16,9
	Frauen	2.675	47.185	1,10	19,3	17,6
	Gesamt	10.547	179.878	1,11	18,9	17,1
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>547.258</b>	<b>6.117.552</b>	<b>77,42</b>	<b>865,5</b>	<b>11,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>148.146</b>	<b>1.669.042</b>	<b>60,73</b>	<b>684,2</b>	<b>11,3</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>695.404</b>	<b>7.786.594</b>	<b>73,14</b>	<b>819,0</b>	<b>11,2</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	7.492	163.686	1,06	23,2	21,9
	Frauen	1.744	33.316	0,71	13,7	19,1
	Gesamt	9.236	197.002	0,97	20,7	21,3
davon Rehafälle	Männer	10.965	312.641	1,55	44,2	28,5
	Frauen	2.506	76.148	1,03	31,2	30,4
	Gesamt	13.471	388.789	1,42	40,9	28,9

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.1.6 Beschäftigte freiwillige Mitglieder

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	52.832	289.093	9,53	52,2	5,5
	Frauen	12.758	70.516	9,89	54,6	5,5
	Gesamt	65.590	359.609	9,60	52,6	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	13.148	287.700	2,37	51,9	21,9
	Frauen	4.233	128.101	3,28	99,3	30,3
	Gesamt	17.381	415.801	2,54	60,9	23,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	3.384	50.027	0,61	9,0	14,8
	Frauen	910	12.555	0,71	9,7	13,8
	Gesamt	4.294	62.582	0,63	9,2	14,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	22.741	826.139	4,10	149,1	36,3
	Frauen	9.039	331.824	7,00	257,1	36,7
	Gesamt	31.780	1.157.963	4,65	169,5	36,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	10.061	145.622	1,82	26,3	14,5
	Frauen	3.701	40.229	2,87	31,2	10,9
	Gesamt	13.762	185.851	2,01	27,2	13,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	8.964	61.718	1,62	11,1	6,9
	Frauen	2.143	14.476	1,66	11,2	6,8
	Gesamt	11.107	76.194	1,63	11,2	6,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	8.055	76.575	1,45	13,8	9,5
	Frauen	2.089	18.521	1,62	14,4	8,9
	Gesamt	10.144	95.096	1,48	13,9	9,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	19.123	382.286	3,45	69,0	20,0
	Frauen	3.238	51.441	2,51	39,9	15,9
	Gesamt	22.361	433.727	3,27	63,5	19,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	171.087	1.026.960	30,87	185,3	6,0
	Frauen	48.089	297.472	37,26	230,5	6,2
	Gesamt	219.176	1.324.432	32,08	193,8	6,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	62.974	359.136	11,36	64,8	5,7
	Frauen	14.062	70.340	10,90	54,5	5,0
	Gesamt	77.036	429.476	11,27	62,9	5,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	6.803	71.674	1,23	12,9	10,5
	Frauen	1.366	12.140	1,06	9,4	8,9
	Gesamt	8.169	83.814	1,20	12,3	10,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	85.136	1.362.766	15,36	245,9	16,0
	Frauen	15.554	244.602	12,05	189,5	15,7
	Gesamt	100.690	1.607.368	14,74	235,3	16,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	8.617	80.232	1,55	14,5	9,3
	Frauen	5.160	40.011	4,00	31,0	7,8
	Gesamt	13.777	120.243	2,02	17,6	8,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	4.181	40.750	3,24	31,6	9,8
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	28.493	254.588	5,14	45,9	8,9
	Frauen	9.301	81.239	7,21	63,0	8,7
	Gesamt	37.794	335.827	5,53	49,2	8,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	34.592	650.123	6,24	117,3	18,8
	Frauen	7.321	135.285	5,67	104,8	18,5
	Gesamt	41.913	785.408	6,13	115,0	18,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	7.833	131.588	1,41	23,7	16,8
	Frauen	2.649	46.686	2,05	36,2	17,6
	Gesamt	10.482	178.274	1,53	26,1	17,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>544.963</b>	<b>6.074.342</b>	<b>98,33</b>	<b>1.096,0</b>	<b>11,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>146.234</b>	<b>1.642.789</b>	<b>113,31</b>	<b>1.272,9</b>	<b>11,2</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>691.197</b>	<b>7.717.131</b>	<b>101,16</b>	<b>1.129,4</b>	<b>11,2</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	7.297	154.884	1,32	28,0	21,2
	Frauen	1.629	27.994	1,26	21,7	17,2
	Gesamt	8.926	182.878	1,31	26,8	20,5
davon Refahfälle	Männer	10.932	311.371	1,97	56,2	28,5
	Frauen	2.489	75.739	1,93	58,7	30,4
	Gesamt	13.421	387.110	1,96	56,7	28,8



A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.1.7 Mitglieder ohne Rentner

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	368.633	2.051.900	13,62	75,8	5,6
	Frauen	309.816	1.726.262	14,31	79,8	5,6
	Gesamt	678.449	3.778.162	13,93	77,6	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	52.639	1.398.046	1,94	51,6	26,6
	Frauen	55.848	1.923.816	2,58	88,9	34,5
	Gesamt	108.487	3.321.862	2,23	68,2	30,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	19.414	330.240	0,72	12,2	17,0
	Frauen	16.819	281.260	0,78	13,0	16,7
	Gesamt	36.233	611.500	0,74	12,6	16,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	156.947	6.103.118	5,80	225,5	38,9
	Frauen	199.717	7.731.697	9,23	357,2	38,7
	Gesamt	356.664	13.834.815	7,32	284,0	38,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	67.123	1.077.851	2,48	39,8	16,1
	Frauen	85.765	1.077.368	3,96	49,8	12,6
	Gesamt	152.888	2.155.219	3,14	44,2	14,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	45.254	347.691	1,67	12,8	7,7
	Frauen	35.482	248.193	1,64	11,5	7,0
	Gesamt	80.736	595.884	1,66	12,2	7,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	39.587	386.377	1,46	14,3	9,8
	Frauen	38.109	354.518	1,76	16,4	9,3
	Gesamt	77.696	740.895	1,59	15,2	9,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	102.531	2.489.385	3,79	92,0	24,3
	Frauen	67.729	1.148.746	3,13	53,1	17,0
	Gesamt	170.260	3.638.131	3,49	74,7	21,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	959.035	6.304.731	35,43	232,9	6,6
	Frauen	905.573	5.936.530	41,84	274,3	6,6
	Gesamt	1.864.608	12.241.261	38,27	251,3	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	369.521	2.463.075	13,65	91,0	6,7
	Frauen	287.921	1.681.686	13,30	77,7	5,8
	Gesamt	657.442	4.144.761	13,50	85,1	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	52.416	707.498	1,94	26,1	13,5
	Frauen	33.892	381.224	1,57	17,6	11,3
	Gesamt	86.308	1.088.722	1,77	22,4	12,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	659.362	12.568.758	24,36	464,3	19,1
	Frauen	417.995	8.865.425	19,31	409,6	21,2
	Gesamt	1.077.357	21.434.183	22,11	440,0	19,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	40.873	467.878	1,51	17,3	11,5
	Frauen	100.067	864.213	4,62	39,9	8,6
	Gesamt	140.940	1.332.091	2,89	27,3	9,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	58.276	621.005	2,69	28,7	10,7
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	187.870	1.884.944	6,94	69,6	10,0
	Frauen	205.736	1.921.566	9,50	88,8	9,3
	Gesamt	393.606	3.806.510	8,08	78,1	9,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	309.296	6.190.087	11,43	228,7	20,0
	Frauen	172.710	3.374.761	7,98	155,9	19,5
	Gesamt	482.006	9.564.848	9,89	196,3	19,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	38.816	825.826	1,43	30,5	21,3
	Frauen	45.256	960.740	2,09	44,4	21,2
	Gesamt	84.072	1.786.566	1,73	36,7	21,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>3.476.555</b>	<b>45.744.576</b>	<b>128,42</b>	<b>1.689,8</b>	<b>13,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>3.044.835</b>	<b>39.247.376</b>	<b>140,67</b>	<b>1.813,2</b>	<b>12,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>6.521.390</b>	<b>84.991.952</b>	<b>133,86</b>	<b>1.744,6</b>	<b>13,0</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	113.078	2.443.118	4,18	90,3	21,6
	Frauen	53.313	1.043.938	2,46	48,2	19,6
	Gesamt	166.391	3.487.056	3,42	71,6	21,0
davon Refahfälle	Männer	59.396	1.902.393	2,19	70,3	32,0
	Frauen	47.806	1.554.838	2,21	71,8	32,5
	Gesamt	107.202	3.457.231	2,20	71,0	32,3

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.1.8 Beschäftigte Mitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	364.205	2.018.697	14,63	81,1	5,5
	Frauen	305.948	1.696.423	15,37	85,2	5,5
	Gesamt	670.153	3.715.120	14,96	82,9	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	51.306	1.335.114	2,06	53,7	26,0
	Frauen	54.229	1.833.864	2,72	92,1	33,8
	Gesamt	105.535	3.168.978	2,36	70,8	30,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	18.888	307.663	0,76	12,4	16,3
	Frauen	16.284	264.470	0,82	13,3	16,2
	Gesamt	35.172	572.133	0,79	12,8	16,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	147.817	5.440.847	5,94	218,6	36,8
	Frauen	189.679	6.979.190	9,53	350,7	36,8
	Gesamt	337.496	12.420.037	7,54	277,3	36,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	65.193	1.015.736	2,62	40,8	15,6
	Frauen	83.612	1.022.422	4,20	51,4	12,2
	Gesamt	148.805	2.038.158	3,32	45,5	13,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	44.716	335.154	1,80	13,5	7,5
	Frauen	35.034	237.984	1,76	12,0	6,8
	Gesamt	79.750	573.138	1,78	12,8	7,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	39.087	374.417	1,57	15,0	9,6
	Frauen	37.589	344.510	1,89	17,3	9,2
	Gesamt	76.676	718.927	1,71	16,1	9,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	99.725	2.364.951	4,01	95,0	23,7
	Frauen	66.179	1.100.026	3,33	55,3	16,6
	Gesamt	165.904	3.464.977	3,70	77,4	20,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	949.749	6.214.428	38,16	249,7	6,5
	Frauen	895.870	5.846.633	45,01	293,8	6,5
	Gesamt	1.845.619	12.061.061	41,21	269,3	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	364.738	2.390.846	14,66	96,1	6,6
	Frauen	283.964	1.630.622	14,27	81,9	5,7
	Gesamt	648.702	4.021.468	14,48	89,8	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	51.536	684.317	2,07	27,5	13,3
	Frauen	33.296	368.682	1,67	18,5	11,1
	Gesamt	84.832	1.052.999	1,89	23,5	12,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	646.768	12.013.603	25,99	482,7	18,6
	Frauen	407.217	8.411.292	20,46	422,6	20,7
	Gesamt	1.053.985	20.424.895	23,53	456,0	19,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	40.095	453.297	1,61	18,2	11,3
	Frauen	98.354	842.398	4,94	42,3	8,6
	Gesamt	138.449	1.295.695	3,09	28,9	9,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	56.922	601.131	2,86	30,2	10,6
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	184.225	1.818.254	7,40	73,1	9,9
	Frauen	201.672	1.844.949	10,13	92,7	9,2
	Gesamt	385.897	3.663.203	8,62	81,8	9,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	305.084	6.035.863	12,26	242,5	19,8
	Frauen	169.662	3.263.351	8,52	164,0	19,2
	Gesamt	474.746	9.299.214	10,60	207,6	19,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	37.974	785.326	1,53	31,6	20,7
	Frauen	44.232	916.630	2,22	46,1	20,7
	Gesamt	82.206	1.701.956	1,84	38,0	20,7
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>3.418.168</b>	<b>43.726.877</b>	<b>137,34</b>	<b>1.757,0</b>	<b>12,8</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.987.644</b>	<b>37.343.749</b>	<b>150,11</b>	<b>1.876,3</b>	<b>12,5</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>6.405.812</b>	<b>81.070.626</b>	<b>143,02</b>	<b>1.810,0</b>	<b>12,7</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	112.319	2.411.093	4,51	96,9	21,5
	Frauen	52.870	1.025.877	2,66	51,5	19,4
	Gesamt	165.189	3.436.970	3,69	76,7	20,8
davon Rehafälle	Männer	55.556	1.760.996	2,23	70,8	31,7
	Frauen	44.523	1.442.996	2,24	72,5	32,4
	Gesamt	100.079	3.203.992	2,23	71,5	32,0

A.2 Krankengeld-Kennzahlen **der Mitglieder ohne Rentner** –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		KG-Fälle	KG-Tage	KG-Fälle	KG-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	3.323	163.381	0,12	6,0	49,2
	Frauen	2.854	134.897	0,13	6,2	47,3
	Gesamt	6.177	298.278	0,13	6,1	48,3
Neubildungen (C00-D48)	Männer	7.015	829.004	0,26	30,6	118,2
	Frauen	9.460	1.160.013	0,44	53,6	122,6
	Gesamt	16.475	1.989.017	0,34	40,8	120,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	1.278	110.472	0,05	4,1	86,4
	Frauen	1.089	84.312	0,05	3,9	77,4
	Gesamt	2.367	194.784	0,05	4,0	82,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	26.909	3.117.941	0,99	115,2	115,9
	Frauen	33.204	4.107.634	1,53	189,8	123,7
	Gesamt	60.113	7.225.575	1,23	148,3	120,2
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	4.711	424.719	0,17	15,7	90,2
	Frauen	4.668	374.059	0,22	17,3	80,1
	Gesamt	9.379	798.778	0,19	16,4	85,2
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	1.231	84.623	0,05	3,1	68,7
	Frauen	756	48.383	0,03	2,2	64,0
	Gesamt	1.987	133.006	0,04	2,7	66,9
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	966	73.657	0,04	2,7	76,3
	Frauen	840	65.378	0,04	3,0	77,8
	Gesamt	1.806	139.035	0,04	2,9	77,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	11.719	1.150.574	0,43	42,5	98,2
	Frauen	4.330	426.976	0,20	19,7	98,6
	Gesamt	16.049	1.577.550	0,33	32,4	98,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	6.765	365.358	0,25	13,5	54,0
	Frauen	6.680	337.175	0,31	15,6	50,5
	Gesamt	13.445	702.533	0,28	14,4	52,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	8.026	432.159	0,30	16,0	53,8
	Frauen	4.690	266.805	0,22	12,3	56,9
	Gesamt	12.716	698.964	0,26	14,4	55,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	2.875	161.780	0,11	6,0	56,3
	Frauen	1.224	85.010	0,06	3,9	69,5
	Gesamt	4.099	246.790	0,08	5,1	60,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	59.421	4.340.974	2,20	160,4	73,1
	Frauen	42.841	3.430.650	1,98	158,5	80,1
	Gesamt	102.262	7.771.624	2,10	159,5	76,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	1.808	106.342	0,07	3,9	58,8
	Frauen	3.188	152.188	0,15	7,0	47,7
	Gesamt	4.996	258.530	0,10	5,3	51,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.651	52.585	0,08	2,4	31,9
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	5.886	526.758	0,22	19,5	89,5
	Frauen	5.558	493.790	0,26	22,8	88,8
	Gesamt	11.444	1.020.548	0,23	21,0	89,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	22.727	1.294.363	0,84	47,8	57,0
	Frauen	13.692	835.645	0,63	38,6	61,0
	Gesamt	36.419	2.130.008	0,75	43,7	58,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	4.085	345.079	0,15	12,8	84,5
	Frauen	4.358	372.610	0,20	17,2	85,5
	Gesamt	8.443	717.689	0,17	14,7	85,0
<b>Gesamt</b>	Männer	<b>169.440</b>	<b>13.594.403</b>	<b>6,26</b>	<b>502,2</b>	<b>80,2</b>
	Frauen	<b>141.801</b>	<b>12.486.991</b>	<b>6,55</b>	<b>576,9</b>	<b>88,1</b>
	Gesamt	<b>311.241</b>	<b>26.081.394</b>	<b>6,39</b>	<b>535,4</b>	<b>83,8</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	484	53.987	0,02	2,0	111,5
	Frauen	221	23.638	0,01	1,1	107,0
	Gesamt	705	77.625	0,01	1,6	110,1

A.3 AU-Kennzahlen **der Mitglieder ohne Rentner** –  
mit Gliederung nach AU-Dauer in Kalendertagen und Wochen (Berichtsjahr 2016)

Bund gesamt Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Kalendertagen		Mitglieder ohne Rentner: 4.871.677					
		Zahl der AU-Fälle		Summe der AU-Tage		AU-Tage je Fall	
		absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	in der Woche	bis zur Woche
1. Woche	1	734.250	11,3	734.250	0,9	1,0	1,0
	2	726.319	11,1	1.452.638	1,7	2,0	1,5
	3	817.564	12,5	2.452.692	2,9	3,0	2,0
	4	655.791	10,1	2.623.164	3,1	4,0	2,5
	5	867.872	13,3	4.339.360	5,1	5,0	3,1
	6	252.931	3,9	1.517.586	1,8	6,0	3,2
	7	204.420	3,1	1.430.940	1,7	7,0	3,4
	Summe/Durchschnitt	4.259.147	65,3	14.550.630	17,1	3,4	3,4
2. Woche	8	233.885	3,6	1.871.080	2,2	8,0	3,7
	9	196.845	3,0	1.771.605	2,1	9,0	3,9
	10	183.259	2,8	1.832.590	2,2	10,0	4,1
	11	155.620	2,4	1.711.820	2,0	11,0	4,3
	12	212.469	3,3	2.549.628	3,0	12,0	4,6
	13	70.825	1,1	920.725	1,1	13,0	4,8
	14	64.466	1,0	902.524	1,1	14,0	4,9
	Summe/Durchschnitt	1.117.369	17,1	11.559.972	13,6	10,4	4,9
3. Woche	15	84.567	1,3	1.268.505	1,5	15,0	5,0
	16	64.675	1,0	1.034.800	1,2	16,0	5,1
	17	59.116	0,9	1.004.972	1,2	17,0	5,3
	18	53.360	0,8	960.480	1,1	18,0	5,4
	19	70.562	1,1	1.340.678	1,6	19,0	5,6
	20	28.210	0,4	564.200	0,7	20,0	5,6
	21	29.627	0,5	622.167	0,7	21,0	5,7
	Summe/Durchschnitt	390.117	6,0	6.795.802	8,0	17,4	5,7
4. Woche	22	59.248	0,9	1.303.456	1,5	22,0	5,9
	23	28.611	0,4	658.053	0,8	23,0	6,0
	24	27.390	0,4	657.360	0,8	24,0	6,0
	25	27.582	0,4	689.550	0,8	25,0	6,1
	26	38.743	0,6	1.007.318	1,2	26,0	6,3
	27	16.620	0,3	448.740	0,5	27,0	6,3
	28	19.516	0,3	546.448	0,6	28,0	6,4
	Summe/Durchschnitt	217.710	3,3	5.310.925	6,3	24,4	6,4
5. Woche	29	32.399	0,5	939.571	1,1	29,0	6,5
	30	18.335	0,3	550.050	0,7	30,0	6,6
	31	17.686	0,3	548.266	0,7	31,0	6,7
	32	17.269	0,3	552.608	0,7	32,0	6,7
	33	22.135	0,3	730.455	0,9	33,0	6,8
	34	10.613	0,2	360.842	0,4	34,0	6,9
	35	11.239	0,2	393.365	0,5	35,0	6,9
	Summe/Durchschnitt	129.676	2,0	4.075.157	4,8	31,4	6,9
6. Woche	36	19.141	0,3	689.076	0,8	36,0	7,0
	37	11.398	0,2	421.726	0,5	37,0	7,1
	38	11.695	0,2	444.410	0,5	38,0	7,1
	39	12.881	0,2	502.359	0,6	39,0	7,2
	40	18.428	0,3	737.120	0,9	40,0	7,3
	41	9.414	0,1	385.974	0,5	41,0	7,3
	42	29.299	0,5	1.230.558	1,5	42,0	7,5
	Summe/Durchschnitt	112.256	1,7	4.411.223	5,2	39,3	7,5
7. Woche	Summe/Durchschnitt	55.074	0,8	2.480.137	2,9	45,0	7,8
8. Woche	Summe/Durchschnitt	27.543	0,4	1.456.908	1,7	52,9	8,0
9. Woche	Summe/Durchschnitt	21.832	0,3	1.307.388	1,5	59,9	8,2
10. Woche	Summe/Durchschnitt	16.427	0,3	1.100.232	1,3	67,0	8,4
11. Woche	Summe/Durchschnitt	14.724	0,2	1.088.953	1,3	74,0	8,5
12. Woche	Summe/Durchschnitt	12.326	0,2	998.959	1,2	81,0	8,7
13.–26. Woche	Summe/Durchschnitt	87.022	1,3	10.685.167	12,6	122,8	10,2
27.–52. Woche	Summe/Durchschnitt	41.915	0,6	10.627.889	12,5	253,6	11,8
53.–78. Woche	Summe/Durchschnitt	16.330	0,3	7.481.683	8,8	458,2	12,9
>78 Wochen	Summe/Durchschnitt	1.922	0,0	1.060.927	1,3	552,0	13,0
Alle	Summe/Durchschnitt	6.521.390	100,0	84.991.952	100,0	13,0	13,0

A.4 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Geschlecht – sortiert nach Fallzahl und nach Tagen – mit Gliederung nach den wichtigsten Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2016)

A.4.1 Männer – sortiert nach Fallzahl

ICD-10-Code	Diagnosebezeichnung	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	476.215	2.791.473	175,91	1.031,2	5,9
M54	Rückenschmerzen	265.042	3.711.564	97,91	1.371,1	14,0
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	193.455	877.544	71,46	324,2	4,5
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	115.114	302.424	42,52	111,7	2,6
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	87.021	508.288	32,15	187,8	5,8
J20	Akute Bronchitis	84.145	622.584	31,08	230,0	7,4
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	83.013	387.491	30,66	143,1	4,7
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	66.906	490.969	24,72	181,4	7,3
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	45.011	600.937	16,63	222,0	13,4
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	42.747	320.639	15,79	118,4	7,5
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	41.234	1.104.592	15,23	408,0	26,8
J03	Akute Tonsillitis	39.510	236.609	14,59	87,4	6,0
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	38.899	212.127	14,37	78,4	5,5
K29	Gastritis und Duodenitis	38.157	229.268	14,10	84,7	6,0
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	37.468	653.130	13,84	241,3	17,4
J01	Akute Sinusitis	37.209	223.522	13,74	82,6	6,0
J32	Chronische Sinusitis	36.858	250.531	13,62	92,6	6,8
J02	Akute Pharyngitis	36.703	205.760	13,56	76,0	5,6
F32	Depressive Episode	36.549	1.992.215	13,50	735,9	54,5
M75	Schulterläsionen	33.039	1.052.123	12,20	388,7	31,8

A.4.2 Männer – sortiert nach Tagen

ICD-10-Code	Diagnosebezeichnung	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
M54	Rückenschmerzen	265.042	3.711.564	97,91	1.371,1	14,0
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	476.215	2.791.473	175,91	1.031,2	5,9
F32	Depressive Episode	36.549	1.992.215	13,50	735,9	54,5
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	41.234	1.104.592	15,23	408,0	26,8
M75	Schulterläsionen	33.039	1.052.123	12,20	388,7	31,8
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	30.690	1.014.625	11,34	374,8	33,1
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	193.455	877.544	71,46	324,2	4,5
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	28.536	870.193	10,54	321,5	30,5
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	37.468	653.130	13,84	241,3	17,4
F33	Rezidivierende depressive Störung	9.906	641.858	3,66	237,1	64,8
J20	Akute Bronchitis	84.145	622.584	31,08	230,0	7,4
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	45.011	600.937	16,63	222,0	13,4
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	15.496	587.727	5,72	217,1	37,9
F48	Andere neurotische Störungen	22.046	579.428	8,14	214,0	26,3
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	19.048	577.072	7,04	213,2	30,3
M77	Sonstige Enthesopathien	31.261	535.696	11,55	197,9	17,1
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	87.021	508.288	32,15	187,8	5,8
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	66.906	490.969	24,72	181,4	7,3
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	29.937	466.155	11,06	172,2	15,6
F45	Somatoforme Störungen	15.998	427.775	5,91	158,0	26,7

A.4 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Geschlecht – sortiert nach Fallzahl und nach Tagen – mit Gliederung nach den wichtigsten Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2016)

A.4.3 Frauen – sortiert nach Fallzahl

ICD-10-Code	Diagnosebezeichnung	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	429.401	2.576.382	198,38	1.190,3	6,0
M54	Rückenschmerzen	157.156	2.339.398	72,60	1.080,8	14,9
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	155.522	709.927	71,85	328,0	4,6
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	89.872	259.437	41,52	119,9	2,9
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	77.513	461.363	35,81	213,1	6,0
J20	Akute Bronchitis	71.717	545.001	33,13	251,8	7,6
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	65.733	306.329	30,37	141,5	4,7
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	61.892	1.669.290	28,59	771,2	27,0
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	61.559	439.608	28,44	203,1	7,1
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	59.823	452.459	27,64	209,0	7,6
J01	Akute Sinusitis	47.578	289.190	21,98	133,6	6,1
F32	Depressive Episode	46.168	2.490.147	21,33	1.150,4	53,9
J32	Chronische Sinusitis	46.118	295.259	21,31	136,4	6,4
G43	Migräne	44.255	181.302	20,45	83,8	4,1
J03	Akute Tonsillitis	42.585	253.813	19,67	117,3	6,0
J02	Akute Pharyngitis	40.694	225.578	18,80	104,2	5,5
K29	Gastritis und Duodenitis	39.459	235.872	18,23	109,0	6,0
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	35.292	195.196	16,30	90,2	5,5
F48	Andere neurotische Störungen	32.046	865.389	14,80	399,8	27,0
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	30.104	153.640	13,91	71,0	5,1

A.4.4 Frauen – sortiert nach Tagen

ICD-10-Code	Diagnosebezeichnung	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	429.401	2.576.382	198,38	1.190,3	6,0
F32	Depressive Episode	46.168	2.490.147	21,33	1.150,4	53,9
M54	Rückenschmerzen	157.156	2.339.398	72,60	1.080,8	14,9
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	61.892	1.669.290	28,59	771,2	27,0
F33	Rezidivierende depressive Störung	12.929	885.192	5,97	408,9	68,5
F48	Andere neurotische Störungen	32.046	865.389	14,80	399,8	27,0
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	10.738	777.073	4,96	359,0	72,4
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	155.522	709.927	71,85	328,0	4,6
M75	Schulterläsionen	20.794	700.654	9,61	323,7	33,7
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	18.119	665.901	8,37	307,6	36,8
F45	Somatoforme Störungen	21.431	608.858	9,90	281,3	28,4
J20	Akute Bronchitis	71.717	545.001	33,13	251,8	7,6
F41	Andere Angststörungen	10.334	540.546	4,77	249,7	52,3
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	77.513	461.363	35,81	213,1	6,0
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	13.625	459.737	6,29	212,4	33,7
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	59.823	452.459	27,64	209,0	7,6
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	61.559	439.608	28,44	203,1	7,1
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	8.703	391.674	4,02	181,0	45,0
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	19.530	383.148	9,02	177,0	19,6
M77	Sonstige Enthesopathien	18.638	366.829	8,61	169,5	19,7

A.4 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Geschlecht – sortiert nach Fallzahl und nach Tagen – mit Gliederung nach den wichtigsten Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2016)

A.4.5 Gesamt – sortiert nach Fallzahl

ICD-10-Code	Diagnosebezeichnung	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	905.616	5.367.855	185,89	1.101,9	5,9
M54	Rückenschmerzen	422.198	6.050.962	86,66	1.242,1	14,3
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	348.977	1.587.471	71,63	325,9	4,5
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	204.986	561.861	42,08	115,3	2,7
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	164.534	969.651	33,77	199,0	5,9
J20	Akute Bronchitis	155.862	1.167.585	31,99	239,7	7,5
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	148.746	693.820	30,53	142,4	4,7
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	126.729	943.428	26,01	193,7	7,4
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	104.306	760.247	21,41	156,1	7,3
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	103.126	2.773.882	21,17	569,4	26,9
J01	Akute Sinusitis	84.787	512.712	17,40	105,2	6,0
J32	Chronische Sinusitis	82.976	545.790	17,03	112,0	6,6
F32	Depressive Episode	82.717	4.482.362	16,98	920,1	54,2
J03	Akute Tonsillitis	82.095	490.422	16,85	100,7	6,0
K29	Gastritis und Duodenitis	77.616	465.140	15,93	95,5	6,0
J02	Akute Pharyngitis	77.397	431.338	15,89	88,5	5,6
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	74.191	407.323	15,23	83,6	5,5
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	68.396	883.911	14,04	181,4	12,9
G43	Migräne	61.213	248.133	12,57	50,9	4,1
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	60.052	377.687	12,33	77,5	6,3

A.4 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Geschlecht – sortiert nach Fallzahl und nach Tagen – mit Gliederung nach den wichtigsten Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2016)

A.4.6 Gesamt – sortiert nach Tagen

ICD-10-Code	Diagnosebezeichnung	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
M54	Rückenschmerzen	422.198	6.050.962	86,66	1.242,1	14,3
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	905.616	5.367.855	185,89	1.101,9	5,9
F32	Depressive Episode	82.717	4.482.362	16,98	920,1	54,2
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	103.126	2.773.882	21,17	569,4	26,9
M75	Schulterläsionen	53.833	1.752.777	11,05	359,8	32,6
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	48.809	1.680.526	10,02	345,0	34,4
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	348.977	1.587.471	71,63	325,9	4,5
F33	Rezidivierende depressive Störung	22.835	1.527.050	4,69	313,5	66,9
F48	Andere neurotische Störungen	54.092	1.444.817	11,10	296,6	26,7
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	42.161	1.329.930	8,65	273,0	31,5
J20	Akute Bronchitis	155.862	1.167.585	31,99	239,7	7,5
F45	Somatoforme Störungen	37.429	1.036.633	7,68	212,8	27,7
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	56.998	1.036.278	11,70	212,7	18,2
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	24.199	979.401	4,97	201,0	40,5
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	164.534	969.651	33,77	199,0	5,9
F41	Andere Angststörungen	18.576	946.003	3,81	194,2	50,9
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	126.729	943.428	26,01	193,7	7,4
M77	Sonstige Enthesopathien	49.899	902.525	10,24	185,3	18,1
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	68.396	883.911	14,04	181,4	12,9
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	28.336	868.684	5,82	178,3	30,7



A.5 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tage – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.5.1 AU-Fälle je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 1)

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	AU-Fälle je 100 Mitglieder nach Altersgruppen					
		<20	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	36,3	27,1	17,3	15,0	14,2	12,8
	Frauen	35,7	27,2	17,9	14,5	14,0	12,8
	Gesamt	36,1	27,1	17,6	14,8	14,1	12,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	0,4	0,6	0,7	0,8	1,1	1,3
	Frauen	0,8	0,9	1,0	1,3	1,8	2,5
	Gesamt	0,6	0,7	0,8	1,0	1,4	1,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4	0,6
	Frauen	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,8
	Gesamt	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3,7	5,1	4,7	4,8	5,3	5,9
	Frauen	6,8	8,2	7,6	7,3	8,0	9,0
	Gesamt	4,9	6,5	6,0	5,9	6,6	7,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	3,7	3,3	2,2	1,9	2,0	2,3
	Frauen	6,5	6,4	4,1	3,2	3,5	3,6
	Gesamt	4,8	4,7	3,0	2,5	2,7	2,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1,5	1,3	1,1	1,2	1,3	1,4
	Frauen	1,8	1,6	1,2	1,2	1,3	1,3
	Gesamt	1,6	1,4	1,1	1,2	1,3	1,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2,0	1,6	1,3	1,3	1,4	1,5
	Frauen	2,6	2,3	1,7	1,6	1,6	1,7
	Gesamt	2,3	1,9	1,5	1,4	1,5	1,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1,8	1,5	1,2	1,4	1,8	2,6
	Frauen	3,1	2,3	1,8	1,8	2,1	2,5
	Gesamt	2,3	1,9	1,5	1,6	1,9	2,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	69,5	52,8	38,0	36,6	36,9	35,3
	Frauen	76,0	62,3	47,2	41,8	41,6	39,8
	Gesamt	72,1	57,0	42,3	39,0	39,1	37,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	21,3	17,6	12,3	11,0	11,6	12,3
	Frauen	24,5	19,7	12,5	10,0	10,5	11,3
	Gesamt	22,6	18,5	12,4	10,5	11,1	11,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3,4	3,0	2,1	1,8	1,7	1,7
	Frauen	2,9	2,4	1,5	1,2	1,3	1,4
	Gesamt	3,2	2,7	1,8	1,5	1,5	1,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	12,8	15,7	14,9	15,8	18,9	23,1
	Frauen	12,1	13,0	11,3	11,2	13,6	17,5
	Gesamt	12,5	14,5	13,3	13,7	16,4	20,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1,0	1,1	1,0	1,0	1,2	1,4
	Frauen	9,0	7,1	5,1	4,5	4,4	4,5
	Gesamt	4,2	3,7	2,9	2,6	2,7	2,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	0,8	2,7	6,8	8,8	5,1	1,4
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	16,1	11,1	6,6	5,5	5,7	6,0
	Frauen	22,7	16,1	10,7	9,2	8,5	8,2
	Gesamt	18,7	13,3	8,5	7,2	7,0	7,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	26,3	21,1	13,9	10,6	9,8	10,1
	Frauen	15,0	11,8	7,6	5,8	6,0	6,8
	Gesamt	21,8	17,0	10,9	8,4	8,0	8,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	0,8	1,0	0,9	0,9	1,1	1,3
	Frauen	1,3	1,7	2,0	2,2	2,2	1,8
	Gesamt	1,0	1,3	1,4	1,5	1,6	1,5
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>201,4</b>	<b>164,2</b>	<b>118,6</b>	<b>109,9</b>	<b>114,5</b>	<b>119,8</b>
	<b>Frauen</b>	<b>222,7</b>	<b>186,7</b>	<b>141,1</b>	<b>126,3</b>	<b>126,3</b>	<b>127,1</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>209,9</b>	<b>174,2</b>	<b>129,0</b>	<b>117,4</b>	<b>120,0</b>	<b>123,2</b>

A.5 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tage – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.5.1 AU-Fälle je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 2)

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	AU-Fälle je 100 Mitglieder nach Altersgruppen					
		45-49	50-54	55-59	60-64	≥ 65	gesamt
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	11,0	10,0	10,0	7,8	1,2	13,6
	Frauen	11,8	11,5	11,6	9,6	1,6	14,3
	Gesamt	11,4	10,7	10,7	8,5	1,3	13,9
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1,8	2,7	4,3	4,4	0,9	1,9
	Frauen	3,3	4,1	4,2	3,9	0,8	2,6
	Gesamt	2,5	3,3	4,2	4,2	0,9	2,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	0,7	1,0	1,3	1,3	0,3	0,7
	Frauen	0,9	1,0	1,0	1,0	0,1	0,8
	Gesamt	0,8	1,0	1,2	1,2	0,2	0,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	6,2	6,7	7,4	6,5	1,1	5,8
	Frauen	9,9	11,0	11,9	11,5	1,7	9,2
	Gesamt	7,8	8,6	9,3	8,6	1,3	7,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2,5	2,8	3,0	2,7	0,4	2,5
	Frauen	4,1	4,3	3,8	3,0	0,4	4,0
	Gesamt	3,2	3,4	3,4	2,8	0,4	3,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1,6	2,0	2,6	2,8	0,6	1,7
	Frauen	1,5	1,9	2,5	3,0	0,6	1,6
	Gesamt	1,6	1,9	2,5	2,9	0,6	1,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1,5	1,6	1,7	1,4	0,2	1,5
	Frauen	1,8	1,8	1,9	1,6	0,2	1,8
	Gesamt	1,6	1,7	1,8	1,5	0,2	1,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	3,8	5,5	7,9	8,6	1,8	3,8
	Frauen	3,3	4,1	5,1	6,0	1,3	3,1
	Gesamt	3,6	4,9	6,7	7,5	1,6	3,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	32,3	31,5	32,3	26,3	4,3	35,4
	Frauen	37,5	37,7	39,3	34,3	5,7	41,8
	Gesamt	34,7	34,2	35,2	29,6	4,8	38,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	13,1	14,8	17,1	13,7	2,0	13,7
	Frauen	12,7	14,6	16,3	14,2	2,2	13,3
	Gesamt	12,9	14,7	16,7	13,9	2,1	13,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1,8	1,9	2,1	1,8	0,3	1,9
	Frauen	1,5	1,7	1,7	1,6	0,2	1,6
	Gesamt	1,7	1,8	1,9	1,7	0,3	1,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	26,4	31,1	37,8	35,6	5,6	24,4
	Frauen	22,0	26,8	30,4	30,4	5,4	19,3
	Gesamt	24,4	29,2	34,7	33,5	5,5	22,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1,6	1,9	2,3	2,1	0,4	1,5
	Frauen	4,5	4,5	3,9	3,3	0,6	4,6
	Gesamt	2,9	3,0	3,0	2,6	0,5	2,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	0,2	0,1	0,1	0,1	–	2,7
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	6,1	6,8	8,0	7,3	1,3	6,9
	Frauen	8,1	8,6	9,1	8,3	1,6	9,5
	Gesamt	7,0	7,6	8,5	7,7	1,4	8,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	10,1	10,3	10,4	8,4	1,4	11,4
	Frauen	7,7	8,8	9,8	8,9	1,8	8,0
	Gesamt	9,0	9,6	10,1	8,6	1,5	9,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1,4	1,7	2,6	2,3	0,4	1,4
	Frauen	1,9	2,1	2,9	2,6	0,5	2,1
	Gesamt	1,6	1,9	2,7	2,4	0,5	1,7
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>122,0</b>	<b>132,5</b>	<b>150,9</b>	<b>133,1</b>	<b>22,2</b>	<b>128,4</b>
	<b>Frauen</b>	<b>132,9</b>	<b>144,8</b>	<b>155,8</b>	<b>143,5</b>	<b>24,7</b>	<b>140,7</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>126,9</b>	<b>137,8</b>	<b>153,0</b>	<b>137,4</b>	<b>23,1</b>	<b>133,9</b>

A.5 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tag – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.5.2 AU-Tage je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 1)

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	AU-Tage je 100 Mitglieder nach Altersgruppen					
		<20	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	121,6	108,6	81,8	74,8	73,6	72,0
	Frauen	130,7	116,1	86,0	75,1	72,1	71,3
	Gesamt	125,2	111,9	83,8	74,9	72,9	71,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	4,3	9,5	11,6	14,5	19,7	25,6
	Frauen	6,5	10,6	15,9	27,4	46,5	80,6
	Gesamt	5,2	10,0	13,6	20,4	32,3	51,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2,4	2,8	3,5	3,9	6,3	8,3
	Frauen	3,1	5,6	6,6	8,7	9,6	11,7
	Gesamt	2,7	4,0	5,0	6,1	7,9	9,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	53,4	121,8	145,9	161,1	199,2	228,7
	Frauen	111,6	203,3	233,5	254,9	300,4	346,1
	Gesamt	76,6	157,9	186,6	204,0	246,8	282,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	14,1	19,2	19,1	22,4	28,1	40,0
	Frauen	20,7	32,1	32,1	31,6	40,7	45,6
	Gesamt	16,7	24,9	25,1	26,6	34,0	42,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	4,2	4,5	6,6	7,1	7,8	9,2
	Frauen	5,4	7,1	5,9	5,7	7,1	8,0
	Gesamt	4,7	5,7	6,2	6,5	7,5	8,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	7,7	8,1	8,3	8,8	11,4	13,5
	Frauen	10,4	11,6	11,2	11,6	13,8	15,0
	Gesamt	8,8	9,6	9,6	10,1	12,5	14,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	9,0	11,9	12,6	18,1	28,9	48,6
	Frauen	11,0	14,6	18,1	20,2	26,4	36,7
	Gesamt	9,8	13,1	15,2	19,1	27,7	43,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	276,2	245,1	206,4	208,4	221,7	224,4
	Frauen	320,4	300,1	258,3	247,4	253,6	253,7
	Gesamt	293,8	269,5	230,5	226,2	236,7	237,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	82,1	83,6	69,3	62,9	74,8	81,6
	Frauen	99,3	92,3	67,8	56,8	60,7	66,5
	Gesamt	89,0	87,5	68,6	60,1	68,1	74,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	29,0	33,6	26,8	22,3	21,0	22,2
	Frauen	21,5	20,6	15,9	12,4	13,0	15,2
	Gesamt	26,0	27,8	21,7	17,8	17,2	19,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	89,4	157,6	184,2	214,1	291,9	392,4
	Frauen	87,4	138,3	148,3	170,9	226,2	330,8
	Gesamt	88,6	149,1	167,5	194,3	261,0	364,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	6,4	7,6	8,2	8,7	11,3	13,6
	Frauen	30,6	31,1	30,7	33,4	36,9	41,6
	Gesamt	16,0	18,0	18,7	20,0	23,4	26,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	6,5	27,7	73,9	91,8	55,4	15,7
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	51,0	52,0	43,8	41,8	48,2	57,1
	Frauen	82,6	83,1	76,1	73,6	73,4	76,9
	Gesamt	63,6	65,8	58,8	56,3	60,1	66,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	280,0	291,0	232,1	187,4	186,8	209,2
	Frauen	133,5	137,7	107,5	90,7	99,9	125,0
	Gesamt	221,6	223,2	174,2	143,3	145,9	170,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	8,5	14,3	14,5	17,0	20,0	26,1
	Frauen	12,9	21,4	32,4	33,7	37,2	40,0
	Gesamt	10,3	17,5	22,8	24,6	28,1	32,5
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>1.042,1</b>	<b>1.175,3</b>	<b>1.078,9</b>	<b>1.076,6</b>	<b>1.254,9</b>	<b>1.477,3</b>
	<b>Frauen</b>	<b>1.098,6</b>	<b>1.260,7</b>	<b>1.226,2</b>	<b>1.252,3</b>	<b>1.379,2</b>	<b>1.585,8</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>1.064,6</b>	<b>1.213,1</b>	<b>1.147,3</b>	<b>1.156,8</b>	<b>1.313,4</b>	<b>1.527,4</b>

A.5 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tage – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.5.2 AU-Tage je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 2)

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	AU-Tage je 100 Mitglieder nach Altersgruppen					gesamt
		45-49	50-54	55-59	60-64	≥ 65	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	67,9	69,2	77,3	71,9	13,8	75,8
	Frauen	71,4	77,4	83,7	80,9	15,2	79,8
	Gesamt	69,5	72,8	80,0	75,5	14,3	77,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	39,9	72,0	128,4	158,3	42,4	51,6
	Frauen	114,2	155,2	167,3	186,9	56,1	88,9
	Gesamt	73,3	108,1	144,8	170,0	47,4	68,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	13,2	16,9	25,7	30,1	5,9	12,2
	Frauen	16,0	19,2	18,6	22,0	5,4	13,0
	Gesamt	14,5	17,9	22,7	26,8	5,7	12,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	247,9	279,1	322,0	341,3	60,1	225,5
	Frauen	393,4	453,2	521,1	585,6	94,3	357,2
	Gesamt	313,1	354,7	406,0	440,9	72,7	284,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	41,0	53,1	65,8	72,3	11,7	39,8
	Frauen	58,3	67,9	73,0	71,1	8,5	49,8
	Gesamt	48,8	59,6	68,9	71,8	10,5	44,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	11,5	15,9	25,5	30,0	8,6	12,8
	Frauen	10,9	14,8	21,7	29,9	5,7	11,5
	Gesamt	11,2	15,4	23,9	29,9	7,6	12,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	15,3	17,8	22,3	23,4	4,4	14,3
	Frauen	17,1	21,0	24,2	24,2	5,6	16,4
	Gesamt	16,1	19,2	23,1	23,8	4,8	15,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	80,8	137,2	218,0	293,3	76,8	92,0
	Frauen	57,6	79,2	106,0	145,9	47,2	53,1
	Gesamt	70,4	112,0	170,8	233,1	65,9	74,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	224,7	241,4	278,7	270,5	51,0	232,9
	Frauen	258,9	284,7	330,1	336,3	64,6	274,3
	Gesamt	240,0	260,2	300,4	297,3	56,0	251,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	90,3	109,0	127,8	126,5	26,2	91,0
	Frauen	77,0	88,4	103,0	105,3	17,0	77,7
	Gesamt	84,3	100,1	117,4	117,8	22,8	85,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	23,5	26,4	32,2	34,9	8,0	26,1
	Frauen	17,2	20,4	23,9	24,9	2,4	17,6
	Gesamt	20,7	23,8	28,7	30,8	5,9	22,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	489,6	640,4	856,0	993,5	174,3	464,3
	Frauen	459,0	627,3	787,2	939,5	180,6	409,6
	Gesamt	475,9	634,7	827,0	971,5	176,6	440,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	17,6	23,8	32,3	32,7	5,8	17,3
	Frauen	47,3	46,8	46,0	44,7	7,8	39,9
	Gesamt	31,0	33,8	38,1	37,6	6,6	27,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	1,7	0,9	1,0	1,1	–	28,7
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	66,8	82,4	115,6	130,4	32,1	69,6
	Frauen	86,5	103,4	117,7	128,1	32,4	88,8
	Gesamt	75,6	91,5	116,5	129,4	32,2	78,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	223,3	245,0	268,0	248,3	50,7	228,7
	Frauen	158,0	200,6	257,8	274,5	67,8	155,9
	Gesamt	194,0	225,7	263,7	259,0	57,0	196,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	27,6	40,8	53,9	66,7	11,7	30,5
	Frauen	46,3	53,4	68,3	78,6	21,9	44,4
	Gesamt	36,0	46,3	60,0	71,5	15,4	36,7
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>1.686,0</b>	<b>2.076,1</b>	<b>2.657,4</b>	<b>2.935,3</b>	<b>584,4</b>	<b>1.689,8</b>
	<b>Frauen</b>	<b>1.898,0</b>	<b>2.321,6</b>	<b>2.758,8</b>	<b>3.086,9</b>	<b>634,9</b>	<b>1.813,2</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>1.781,1</b>	<b>2.182,8</b>	<b>2.700,2</b>	<b>2.997,1</b>	<b>603,0</b>	<b>1.744,6</b>

A.6 BKK Mitgliederzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt und Anteile an Beschäftigten in Deutschland – mit Gliederung nach BKK Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2016)

Wirtschaftsgruppe	WZ-2008-Code*	Beschäftigte Mitglieder insgesamt			Beschäftigte Gesamtdeutschland**			Anteil BKK in Prozent
		Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	
Land- und Forstwirtschaft	1-3	9.416	6.024	15.440	167.162	78.935	246.097	6,3
Nahrung, Genuss	10-12	35.071	34.808	69.878	360.704	329.677	690.381	10,1
Textil, Bekleidung, Leder	13-15	7.592	8.208	15.799	59.098	65.007	124.105	12,7
Holz, Papier, Druck	16-18	37.815	13.378	51.193	273.868	94.959	368.827	13,9
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	16	7.870	1.897	9.766	89.325	17.745	107.070	9,1
Papiergewerbe	17	17.541	4.413	21.954	95.104	28.545	123.649	17,8
Druck	18	12.405	7.069	19.473	89.439	48.669	138.108	14,1
Chemie	19-22	124.665	50.045	174.710	622.610	259.498	882.108	19,8
Kokerei, Mineralölverarbeitung	19	4.834	967	5.801	20.351	4.642	24.993	23,2
Chemische Industrie	20-21	79.236	35.268	114.504	315.975	157.942	473.917	24,2
Gummi- und Kunststoffwaren	22	40.596	13.810	54.405	286.284	96.914	383.198	14,2
Glas, Keramik, Steine/Erden	23	18.739	5.329	24.069	160.178	38.502	198.680	12,1
Metallerzeugung	24-25	122.058	26.420	148.478	896.944	186.098	1.083.042	13,7
Metallerzeugung und -bearbeitung	24	48.591	6.338	54.929	255.026	34.672	289.698	19,0
Herstellung von Metallerzeugnissen	25	73.467	20.082	93.549	641.918	151.426	793.344	11,8
Metalverarbeitung	26-30	643.580	159.782	803.361	2.277.594	567.529	2.845.123	28,2
Elektronische und elektrotechnische Fertigung	26-27	126.691	54.120	180.811	539.679	222.517	762.196	23,7
Maschinenbau	28	163.549	34.288	197.837	851.573	168.614	1.020.187	19,4
Kfz-Bau	29	328.603	67.028	395.631	754.927	152.345	907.272	43,6
Sonstiger Fahrzeugbau	30	24.737	4.345	29.082	131.415	24.053	155.468	18,7
Möbel und sonstige Erzeugnisse	31-32	30.975	20.641	51.616	215.999	140.118	356.117	14,5
Energie- und Wasserwirtschaft	35-37	49.484	16.063	65.547	217.956	75.982	293.938	22,3
Abfallbeseitigung und Recycling	38-39	16.696	3.777	20.473	141.783	28.012	169.795	12,1
Baugewerbe	41-43	142.046	27.066	169.111	1.518.170	228.546	1.746.716	9,7
Handel	45-47	262.910	298.730	561.640	2.060.345	2.243.266	4.303.611	13,1
Kfz-Werkstätten	45	76.286	22.142	98.428	499.643	129.015	628.658	15,7
Großhandel	46	106.526	67.908	174.434	868.796	477.947	1.346.743	13,0
Einzelhandel	47	80.098	208.681	288.778	691.906	1.636.304	2.328.210	12,4
Verkehr	49-52	166.556	52.881	219.438	1.090.591	301.337	1.391.928	15,8
Landverkehr	49	85.505	18.234	103.739	522.896	93.564	616.460	16,8
Schiff- und Luftfahrt, sonstige	50-52	81.051	34.647	115.699	567.695	207.773	775.468	14,9
Postdienste	53	32.933	36.653	69.586	154.841	108.471	263.312	26,4
Gastgewerbe	55-56	35.315	53.365	88.680	457.659	568.712	1.026.371	8,6
Verlage und Medien	58-60	12.456	15.268	27.724	119.192	119.800	238.992	11,6
Telekommunikation	61	16.521	3.660	20.181	44.380	14.432	58.812	34,3
Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	62-63	68.186	31.619	99.805	476.738	198.741	675.479	14,8
Kredit- und Versicherungsgewerbe	64-66	77.197	112.305	189.502	436.025	552.194	988.219	19,2
Dienstleistungen	68-82	301.672	289.200	590.873	2.452.138	2.111.974	4.564.112	12,9
Grundstücks- und Wohnungswesen	68	14.453	16.713	31.165	121.292	126.631	247.923	12,6
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstleistungen	69-75	145.792	165.591	311.382	986.420	1.059.035	2.045.455	15,2
Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	78	59.752	28.916	88.668	619.448	248.786	868.234	10,2
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	77, 79-82	81.676	77.981	159.657	724.978	677.522	1.402.500	11,4
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	84	70.283	127.738	198.021	626.698	1.102.246	1.728.944	11,5
Erziehung und Unterricht	85	36.259	103.382	139.642	347.486	856.031	1.203.517	11,6
Gesundheits- und Sozialwesen	86-88	83.672	392.209	475.882	1.045.275	3.487.176	4.532.451	10,5
Gesundheitswesen	86	41.125	228.320	269.445	448.114	1.894.475	2.342.589	11,5
Sozialwesen	87-88	42.547	163.890	206.437	597.161	1.592.701	2.189.862	9,4
Kultur, Sport und Unterhaltung	90-93	13.792	16.266	30.057	132.307	144.016	276.323	10,9
<b>Gesamt</b>		<b>2.488.750</b>	<b>1.990.286</b>	<b>4.479.036</b>	<b>16.829.010</b>	<b>14.544.681</b>	<b>31.373.691</b>	<b>14,3</b>

\* Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008), Statistisches Bundesamt

\*\* Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland nach Wirtschaftsgruppen (WZ2008); Stichtag: 30. Juni 2016, Bundesagentur für Arbeit

A.7 AU-Tage, Frauenanteil und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach BKK Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2016)

Wirtschaftsgruppe	AU-Tage je beschäftigtes Pflichtmitglied			AU-Tage je beschäftigtes Mitglied insgesamt			Frauenanteil der beschäftigten Mitglieder in Prozent	Durchschnittsalter Mitglieder insgesamt			
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt		Männer	Frauen	Gesamt	
	Land- und Forstwirtschaft	15,1	17,6	16,1	14,7	17,4		15,8	39,0	39,0	41,2
Nahrung, Genuss	20,6	21,8	21,2	19,6	21,6	20,6	49,8	41,7	42,4	42,0	
Textil, Bekleidung, Leder	21,5	18,4	19,8	19,5	18,1	18,8	52,0	43,9	43,7	43,8	
Holz, Papier, Druck	21,1	18,6	20,4	20,1	18,3	19,6	26,1	43,8	43,2	43,7	
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	19,6	15,5	18,8	19,1	15,4	18,4	19,4	41,3	41,7	41,3	
Papiergewerbe	22,0	19,1	21,4	20,5	18,5	20,1	20,1	44,8	43,4	44,5	
Druck	20,9	19,1	20,2	20,0	18,9	19,6	36,3	44,1	43,5	43,9	
Chemie	22,1	19,7	21,3	19,5	18,6	19,3	28,6	44,3	42,9	43,9	
Kokerei, Mineralölverarbeitung	18,5	14,1	17,6	16,6	13,9	16,1	16,7	45,3	41,6	44,7	
Chemische Industrie	22,2	19,0	21,1	19,2	17,8	18,8	30,8	44,8	42,6	44,1	
Gummi- und Kunststoffwaren	22,1	21,4	21,9	20,5	20,7	20,6	25,4	43,2	43,9	43,3	
Glas, Keramik, Steine/Erden	22,0	18,4	21,2	20,7	18,1	20,1	22,1	44,2	43,8	44,1	
Metallerzeugung	22,0	18,3	21,3	20,7	17,8	20,1	17,8	43,0	43,6	43,1	
Metallerzeugung und -bearbeitung	24,8	18,1	24,0	23,0	17,3	22,3	11,5	45,1	43,4	44,9	
Herstellung von Metallerzeugnissen	20,2	18,3	19,8	19,1	17,9	18,9	21,5	41,6	43,6	42,0	
Metallverarbeitung	20,6	20,6	20,6	17,4	18,9	17,7	19,9	43,5	41,9	43,2	
Elektronische und elektrotechnische Fertigung	18,2	21,8	19,5	14,8	20,3	16,5	29,9	43,7	44,3	43,9	
Maschinenbau	19,7	16,2	19,0	17,3	15,8	17,1	17,3	42,7	41,7	42,5	
Kfz-Bau	21,8	22,2	21,9	18,4	19,6	18,6	16,9	43,8	40,0	43,2	
Sonstiger Fahrzeugbau	22,7	17,4	21,9	19,0	15,8	18,6	14,9	44,0	41,7	43,7	
Möbel und sonstige Erzeugnisse	18,5	18,3	18,4	16,9	17,9	17,3	40,0	41,7	42,0	41,8	
Energie- und Wasserwirtschaft	18,1	16,8	17,7	16,2	16,6	16,3	24,5	45,5	42,6	44,8	
Abfallbeseitigung und Recycling	28,2	20,2	26,7	27,3	19,9	26,0	18,5	45,6	43,0	45,1	
Baugewerbe	20,6	13,4	19,5	20,2	13,4	19,1	16,0	39,9	42,5	40,4	
Handel	16,4	18,9	17,8	15,6	18,7	17,3	53,2	39,9	41,4	40,7	
Kfz-Werkstätten	17,1	14,9	16,6	16,5	14,8	16,1	22,5	38,5	39,2	38,7	
Großhandel	16,3	15,5	16,0	15,0	15,4	15,2	38,9	42,3	41,8	42,1	
Einzelhandel	15,9	20,3	19,1	15,6	20,2	18,9	72,3	38,1	41,4	40,5	
Verkehr	24,4	24,0	24,3	23,7	23,6	23,7	24,1	45,0	42,7	44,4	
Landverkehr	25,8	27,6	26,1	25,4	27,3	25,8	17,6	46,4	44,2	46,0	
Schiff- und Luftfahrt, sonstige	22,8	22,0	22,6	21,9	21,7	21,8	30,0	43,6	41,9	43,1	
Postdienste	25,3	35,8	30,8	25,0	35,6	30,6	52,7	43,9	49,3	46,7	
Gastgewerbe	13,4	19,0	16,8	13,3	19,0	16,7	60,2	37,3	39,8	38,8	
Verlage und Medien	9,6	12,3	11,3	9,0	12,3	10,8	55,1	41,6	41,6	41,6	
Telekommunikation	18,8	21,0	19,2	17,4	20,6	18,0	18,1	47,2	40,7	46,0	
Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	10,0	13,7	11,5	9,3	13,5	10,6	31,7	40,8	40,7	40,7	
Kredit- und Versicherungsgewerbe	13,3	15,5	14,9	11,6	15,3	13,8	59,3	41,9	42,0	42,0	
Dienstleistungen	16,7	17,0	16,8	15,0	16,6	15,8	48,9	41,2	41,2	41,2	
Grundstücks- und Wohnungswesen	15,5	14,7	15,0	14,5	14,5	14,5	53,6	45,4	43,2	44,2	
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstleistungen	11,6	13,1	12,5	10,3	12,9	11,7	53,2	41,1	40,2	40,6	
Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	19,7	21,4	20,2	19,5	21,3	20,1	32,6	38,2	39,0	38,4	
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	20,6	23,3	21,9	20,1	23,1	21,5	48,8	42,7	43,6	43,2	
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	22,3	20,8	21,3	21,5	20,7	21,0	64,5	45,2	44,1	44,5	
Erziehung und Unterricht	11,5	16,9	15,6	11,3	16,9	15,5	74,0	38,7	41,3	40,6	
Gesundheits- und Sozialwesen	17,9	20,0	19,6	17,2	19,9	19,4	82,4	41,1	41,1	41,1	
Gesundheitswesen	17,5	17,0	17,1	16,5	16,9	16,9	84,7	40,8	39,8	40,0	
Sozialwesen	18,1	24,0	22,9	17,8	24,0	22,7	79,4	41,3	42,9	42,5	
Kultur, Sport und Unterhaltung	15,0	17,6	16,5	14,8	17,6	16,3	54,1	39,7	41,2	40,5	
Gesamt	19,5	19,2	19,3	17,6	18,8	18,1	44,4	42,5	41,9	42,2	

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.1 Land- und Forstwirtschaft

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	910	5.079	9,66	53,9	5,6
	Frauen	634	3.848	10,52	63,9	6,1
	Gesamt	1.544	8.927	10,00	57,8	5,8
Neubildungen (C00-D48)	Männer	153	5.128	1,62	54,5	33,5
	Frauen	136	7.097	2,26	117,8	52,2
	Gesamt	289	12.225	1,87	79,2	42,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	46	795	0,49	8,4	17,3
	Frauen	40	372	0,66	6,2	9,3
	Gesamt	86	1.167	0,56	7,6	13,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	292	10.691	3,10	113,5	36,6
	Frauen	351	14.569	5,83	241,8	41,5
	Gesamt	643	25.260	4,16	163,6	39,3
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	146	2.572	1,55	27,3	17,6
	Frauen	167	2.098	2,77	34,8	12,6
	Gesamt	313	4.670	2,03	30,3	14,9
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	141	1.037	1,50	11,0	7,4
	Frauen	80	440	1,33	7,3	5,5
	Gesamt	221	1.477	1,43	9,6	6,7
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	103	1.111	1,09	11,8	10,8
	Frauen	87	691	1,44	11,5	7,9
	Gesamt	190	1.802	1,23	11,7	9,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	279	5.953	2,96	63,2	21,3
	Frauen	202	3.735	3,35	62,0	18,5
	Gesamt	481	9.688	3,12	62,8	20,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	2.233	15.281	23,72	162,3	6,8
	Frauen	1.955	12.269	32,45	203,7	6,3
	Gesamt	4.188	27.550	27,12	178,4	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	1.058	6.623	11,24	70,3	6,3
	Frauen	690	4.911	11,45	81,5	7,1
	Gesamt	1.748	11.534	11,32	74,7	6,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	178	2.430	1,89	25,8	13,7
	Frauen	101	1.152	1,68	19,1	11,4
	Gesamt	279	3.582	1,81	23,2	12,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	1.822	37.569	19,35	399,0	20,6
	Frauen	1.228	27.003	20,38	448,2	22,0
	Gesamt	3.050	64.572	19,75	418,2	21,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	143	2.625	1,52	27,9	18,4
	Frauen	241	2.268	4,00	37,7	9,4
	Gesamt	384	4.893	2,49	31,7	12,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	166	1.886	2,76	31,3	11,4
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	462	5.475	4,91	58,2	11,9
	Frauen	481	5.581	7,98	92,6	11,6
	Gesamt	943	11.056	6,11	71,6	11,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	1.528	33.444	16,23	355,2	21,9
	Frauen	690	15.037	11,45	249,6	21,8
	Gesamt	2.218	48.481	14,37	314,0	21,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	84	2.548	0,89	27,1	30,3
	Frauen	97	1.645	1,61	27,3	17,0
	Gesamt	181	4.193	1,17	27,2	23,2
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>9.599</b>	<b>138.706</b>	<b>101,95</b>	<b>1.473,1</b>	<b>14,5</b>
	<b>Frauen</b>	<b>7.360</b>	<b>104.888</b>	<b>122,17</b>	<b>1.741,1</b>	<b>14,3</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>16.959</b>	<b>243.594</b>	<b>109,84</b>	<b>1.577,7</b>	<b>14,4</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	843	19.008	8,95	201,9	22,6
	Frauen	342	8.343	5,68	138,5	24,4
	Gesamt	1.185	27.351	7,67	177,1	23,1
davon Refahfälle	Männer	115	3.422	1,22	36,3	29,8
	Frauen	111	3.098	1,84	51,4	27,9
	Gesamt	226	6.520	1,46	42,2	28,9

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.2 Nahrung, Genuss

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.402	30.038	15,40	85,7	5,6
	Frauen	4.998	30.032	14,36	86,3	6,0
	Gesamt	10.400	60.070	14,88	86,0	5,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	685	21.256	1,95	60,6	31,0
	Frauen	839	36.720	2,41	105,5	43,8
	Gesamt	1.524	57.976	2,18	83,0	38,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	237	4.490	0,68	12,8	19,0
	Frauen	241	4.756	0,69	13,7	19,7
	Gesamt	478	9.246	0,68	13,2	19,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.006	81.111	5,72	231,3	40,4
	Frauen	2.829	120.183	8,13	345,3	42,5
	Gesamt	4.835	201.294	6,92	288,1	41,6
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	945	13.679	2,69	39,0	14,5
	Frauen	1.297	21.762	3,73	62,5	16,8
	Gesamt	2.242	35.441	3,21	50,7	15,8
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	572	4.393	1,63	12,5	7,7
	Frauen	459	4.045	1,32	11,6	8,8
	Gesamt	1.031	8.438	1,48	12,1	8,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	435	3.893	1,24	11,1	9,0
	Frauen	545	5.712	1,57	16,4	10,5
	Gesamt	980	9.605	1,40	13,8	9,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.413	36.176	4,03	103,2	25,6
	Frauen	1.359	27.221	3,90	78,2	20,0
	Gesamt	2.772	63.397	3,97	90,7	22,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	12.029	83.556	34,30	238,3	7,0
	Frauen	12.200	87.746	35,05	252,1	7,2
	Gesamt	24.229	171.302	34,67	245,1	7,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	5.267	37.914	15,02	108,1	7,2
	Frauen	4.718	31.272	13,55	89,8	6,6
	Gesamt	9.985	69.186	14,29	99,0	6,9
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	814	11.832	2,32	33,7	14,5
	Frauen	627	9.812	1,80	28,2	15,7
	Gesamt	1.441	21.644	2,06	31,0	15,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	9.970	195.694	28,43	558,0	19,6
	Frauen	8.125	211.892	23,34	608,8	26,1
	Gesamt	18.095	407.586	25,90	583,3	22,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	546	5.898	1,56	16,8	10,8
	Frauen	1.584	16.361	4,55	47,0	10,3
	Gesamt	2.130	22.259	3,05	31,9	10,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	904	9.890	2,60	28,4	10,9
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.584	28.945	7,37	82,5	11,2
	Frauen	3.291	37.583	9,45	108,0	11,4
	Gesamt	5.875	66.528	8,41	95,2	11,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.292	111.558	15,09	318,1	21,1
	Frauen	3.650	76.084	10,49	218,6	20,8
	Gesamt	8.942	187.642	12,80	268,5	21,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	528	12.761	1,51	36,4	24,2
	Frauen	716	17.057	2,06	49,0	23,8
	Gesamt	1.244	29.818	1,78	42,7	24,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>48.835</b>	<b>685.520</b>	<b>139,25</b>	<b>1.954,7</b>	<b>14,0</b>
	<b>Frauen</b>	<b>48.508</b>	<b>751.328</b>	<b>139,36</b>	<b>2.158,5</b>	<b>15,5</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>97.343</b>	<b>1.436.848</b>	<b>139,30</b>	<b>2.056,2</b>	<b>14,8</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.329	53.403	6,64	152,3	22,9
	Frauen	1.491	28.100	4,28	80,7	18,9
	Gesamt	3.820	81.503	5,47	116,6	21,3
davon Refahfälle	Männer	807	24.356	2,30	69,5	30,2
	Frauen	812	25.606	2,33	73,6	31,5
	Gesamt	1.619	49.962	2,32	71,5	30,9



A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.3 Textil, Bekleidung, Leder

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	1.106	6.196	14,57	81,6	5,6
	Frauen	1.133	5.438	13,80	66,3	4,8
	Gesamt	2.239	11.634	14,17	73,6	5,2
Neubildungen (C00-D48)	Männer	152	6.804	2,00	89,6	44,8
	Frauen	264	10.554	3,22	128,6	40,0
	Gesamt	416	17.358	2,63	109,9	41,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	64	1.267	0,84	16,7	19,8
	Frauen	72	1.130	0,88	13,8	15,7
	Gesamt	136	2.397	0,86	15,2	17,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	446	19.586	5,87	258,0	43,9
	Frauen	684	28.214	8,33	343,8	41,3
	Gesamt	1.130	47.800	7,15	302,6	42,3
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	207	4.607	2,73	60,7	22,3
	Frauen	312	3.492	3,80	42,6	11,2
	Gesamt	519	8.099	3,28	51,3	15,6
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	148	1.127	1,95	14,9	7,6
	Frauen	114	755	1,39	9,2	6,6
	Gesamt	262	1.882	1,66	11,9	7,2
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	102	888	1,34	11,7	8,7
	Frauen	147	1.241	1,79	15,1	8,4
	Gesamt	249	2.129	1,58	13,5	8,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	312	7.882	4,11	103,8	25,3
	Frauen	280	4.674	3,41	57,0	16,7
	Gesamt	592	12.556	3,75	79,5	21,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	2.847	19.660	37,50	259,0	6,9
	Frauen	3.192	20.006	38,89	243,8	6,3
	Gesamt	6.039	39.666	38,22	251,1	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	1.151	7.226	15,16	95,2	6,3
	Frauen	1.188	6.289	14,47	76,6	5,3
	Gesamt	2.339	13.515	14,80	85,5	5,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	143	2.186	1,88	28,8	15,3
	Frauen	118	1.290	1,44	15,7	10,9
	Gesamt	261	3.476	1,65	22,0	13,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	2.304	41.905	30,35	552,0	18,2
	Frauen	1.827	36.870	22,26	449,2	20,2
	Gesamt	4.131	78.775	26,15	498,6	19,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	120	1.248	1,58	16,4	10,4
	Frauen	391	2.978	4,76	36,3	7,6
	Gesamt	511	4.226	3,23	26,8	8,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	167	1.585	2,03	19,3	9,5
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	598	6.040	7,88	79,6	10,1
	Frauen	795	8.102	9,69	98,7	10,2
	Gesamt	1.393	14.142	8,82	89,5	10,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	988	18.836	13,01	248,1	19,1
	Frauen	643	12.327	7,83	150,2	19,2
	Gesamt	1.631	31.163	10,32	197,2	19,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	101	2.259	1,33	29,8	22,4
	Frauen	155	2.462	1,89	30,0	15,9
	Gesamt	256	4.721	1,62	29,9	18,4
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>10.809</b>	<b>147.819</b>	<b>142,38</b>	<b>1.947,2</b>	<b>13,7</b>
	<b>Frauen</b>	<b>11.511</b>	<b>148.724</b>	<b>140,25</b>	<b>1.812,0</b>	<b>12,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>22.320</b>	<b>296.543</b>	<b>141,27</b>	<b>1.876,9</b>	<b>13,3</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	382	7.552	5,03	99,5	19,8
	Frauen	179	4.502	2,18	54,9	25,2
	Gesamt	561	12.054	3,55	76,3	21,5
davon Refahfälle	Männer	149	4.447	1,96	58,6	29,9
	Frauen	171	4.856	2,08	59,2	28,4
	Gesamt	320	9.303	2,03	58,9	29,1

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.4 Holz, Papier, Druck

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.653	31.079	14,95	82,2	5,5
	Frauen	1.891	9.639	14,14	72,1	5,1
	Gesamt	7.544	40.718	14,74	79,5	5,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	892	24.926	2,36	65,9	27,9
	Frauen	461	15.618	3,45	116,7	33,9
	Gesamt	1.353	40.544	2,64	79,2	30,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	304	5.304	0,80	14,0	17,5
	Frauen	106	1.512	0,79	11,3	14,3
	Gesamt	410	6.816	0,80	13,3	16,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.301	84.774	6,08	224,2	36,8
	Frauen	1.149	44.335	8,59	331,4	38,6
	Gesamt	3.450	129.109	6,74	252,2	37,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.063	16.980	2,81	44,9	16,0
	Frauen	601	7.154	4,49	53,5	11,9
	Gesamt	1.664	24.134	3,25	47,1	14,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	673	5.002	1,78	13,2	7,4
	Frauen	208	1.352	1,55	10,1	6,5
	Gesamt	881	6.354	1,72	12,4	7,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	661	6.448	1,75	17,1	9,8
	Frauen	234	1.611	1,75	12,0	6,9
	Gesamt	895	8.059	1,75	15,7	9,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.734	41.987	4,59	111,0	24,2
	Frauen	477	6.940	3,57	51,9	14,6
	Gesamt	2.211	48.927	4,32	95,6	22,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	14.670	97.768	38,79	258,5	6,7
	Frauen	5.737	35.624	42,88	266,3	6,2
	Gesamt	20.407	133.392	39,86	260,6	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	6.325	41.102	16,73	108,7	6,5
	Frauen	2.069	10.070	15,47	75,3	4,9
	Gesamt	8.394	51.172	16,40	100,0	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	812	11.459	2,15	30,3	14,1
	Frauen	247	2.874	1,85	21,5	11,6
	Gesamt	1.059	14.333	2,07	28,0	13,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	12.204	229.729	32,27	607,5	18,8
	Frauen	3.020	59.357	22,57	443,7	19,7
	Gesamt	15.224	289.086	29,74	564,7	19,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	658	7.288	1,74	19,3	11,1
	Frauen	712	5.849	5,32	43,7	8,2
	Gesamt	1.370	13.137	2,68	25,7	9,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	303	2.886	2,26	21,6	9,5
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.844	32.390	7,52	85,7	11,4
	Frauen	1.382	11.877	10,33	88,8	8,6
	Gesamt	4.226	44.267	8,26	86,5	10,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.437	108.209	14,38	286,2	19,9
	Frauen	1.144	20.790	8,55	155,4	18,2
	Gesamt	6.581	128.999	12,86	252,0	19,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	605	12.983	1,60	34,3	21,5
	Frauen	294	5.952	2,20	44,5	20,2
	Gesamt	899	18.935	1,76	37,0	21,1
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>56.974</b>	<b>759.061</b>	<b>150,66</b>	<b>2.007,3</b>	<b>13,3</b>
	<b>Frauen</b>	<b>20.088</b>	<b>244.622</b>	<b>150,16</b>	<b>1.828,6</b>	<b>12,2</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>77.062</b>	<b>1.003.683</b>	<b>150,53</b>	<b>1.960,6</b>	<b>13,0</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.174	45.155	5,75	119,4	20,8
	Frauen	344	7.187	2,57	53,7	20,9
	Gesamt	2.518	52.342	4,92	102,2	20,8
davon Refahfälle	Männer	927	29.399	2,45	77,7	31,7
	Frauen	299	10.156	2,24	75,9	34,0
	Gesamt	1.226	39.555	2,39	77,3	32,3

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.5 Chemie

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	20.069	114.220	16,10	91,6	5,7
	Frauen	7.661	40.957	15,31	81,8	5,4
	Gesamt	27.730	155.177	15,87	88,8	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	3.017	72.330	2,42	58,0	24,0
	Frauen	1.549	50.027	3,10	100,0	32,3
	Gesamt	4.566	122.357	2,61	70,0	26,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.117	18.703	0,90	15,0	16,7
	Frauen	497	8.535	0,99	17,1	17,2
	Gesamt	1.614	27.238	0,92	15,6	16,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	8.182	283.839	6,56	227,7	34,7
	Frauen	4.708	155.967	9,41	311,7	33,1
	Gesamt	12.890	439.806	7,38	251,7	34,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	3.956	59.831	3,17	48,0	15,1
	Frauen	2.390	23.739	4,78	47,4	9,9
	Gesamt	6.346	83.570	3,63	47,8	13,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.488	18.425	2,00	14,8	7,4
	Frauen	1.003	7.169	2,00	14,3	7,2
	Gesamt	3.491	25.594	2,00	14,7	7,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.198	20.170	1,76	16,2	9,2
	Frauen	982	8.430	1,96	16,8	8,6
	Gesamt	3.180	28.600	1,82	16,4	9,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	6.066	135.150	4,87	108,4	22,3
	Frauen	1.875	26.846	3,75	53,6	14,3
	Gesamt	7.941	161.996	4,55	92,7	20,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	54.434	365.532	43,66	293,2	6,7
	Frauen	24.937	163.766	49,83	327,2	6,6
	Gesamt	79.371	529.298	45,43	303,0	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	20.627	140.830	16,55	113,0	6,8
	Frauen	7.980	40.234	15,95	80,4	5,0
	Gesamt	28.607	181.064	16,37	103,6	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3.031	42.702	2,43	34,3	14,1
	Frauen	922	10.926	1,84	21,8	11,9
	Gesamt	3.953	53.628	2,26	30,7	13,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	38.946	694.665	31,24	557,2	17,8
	Frauen	11.713	210.245	23,41	420,1	18,0
	Gesamt	50.659	904.910	29,00	518,0	17,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.284	25.936	1,83	20,8	11,4
	Frauen	2.516	22.265	5,03	44,5	8,9
	Gesamt	4.800	48.201	2,75	27,6	10,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.378	13.262	2,75	26,5	9,6
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	10.509	111.456	8,43	89,4	10,6
	Frauen	5.500	47.895	10,99	95,7	8,7
	Gesamt	16.009	159.351	9,16	91,2	10,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	14.206	281.325	11,40	225,7	19,8
	Frauen	4.191	73.215	8,37	146,3	17,5
	Gesamt	18.397	354.540	10,53	202,9	19,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	2.265	42.697	1,82	34,3	18,9
	Frauen	1.139	21.279	2,28	42,5	18,7
	Gesamt	3.404	63.976	1,95	36,6	18,8
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>193.799</b>	<b>2.435.836</b>	<b>155,46</b>	<b>1.953,9</b>	<b>12,6</b>
	<b>Frauen</b>	<b>81.165</b>	<b>928.433</b>	<b>162,18</b>	<b>1.855,2</b>	<b>11,4</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>274.964</b>	<b>3.364.269</b>	<b>157,38</b>	<b>1.925,6</b>	<b>12,2</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.893	85.438	3,12	68,5	22,0
	Frauen	1.072	18.205	2,14	36,4	17,0
	Gesamt	4.965	103.643	2,84	59,3	20,9
davon Refahfälle	Männer	3.345	103.827	2,68	83,3	31,0
	Frauen	1.264	40.910	2,53	81,8	32,4
	Gesamt	4.609	144.737	2,64	82,8	31,4

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.6 Glas, Keramik, Steine/Erden

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	2.564	13.730	13,68	73,3	5,4
	Frauen	742	4.105	13,92	77,0	5,5
	Gesamt	3.306	17.835	13,74	74,1	5,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	457	13.737	2,44	73,3	30,1
	Frauen	138	4.800	2,59	90,1	34,8
	Gesamt	595	18.537	2,47	77,0	31,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	158	2.024	0,84	10,8	12,8
	Frauen	38	517	0,71	9,7	13,6
	Gesamt	196	2.541	0,81	10,6	13,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	961	38.394	5,13	204,9	40,0
	Frauen	437	19.876	8,20	373,0	45,5
	Gesamt	1.398	58.270	5,81	242,1	41,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	545	7.172	2,91	38,3	13,2
	Frauen	244	2.863	4,58	53,7	11,7
	Gesamt	789	10.035	3,28	41,7	12,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	358	1.971	1,91	10,5	5,5
	Frauen	95	719	1,78	13,5	7,6
	Gesamt	453	2.690	1,88	11,2	5,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	290	2.863	1,55	15,3	9,9
	Frauen	70	445	1,31	8,4	6,4
	Gesamt	360	3.308	1,50	13,7	9,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	882	22.935	4,71	122,4	26,0
	Frauen	192	2.862	3,60	53,7	14,9
	Gesamt	1.074	25.797	4,46	107,2	24,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	6.743	46.063	35,98	245,8	6,8
	Frauen	2.167	13.258	40,66	248,8	6,1
	Gesamt	8.910	59.321	37,02	246,5	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	2.943	19.297	15,70	103,0	6,6
	Frauen	840	3.899	15,76	73,2	4,6
	Gesamt	3.783	23.196	15,72	96,4	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	413	6.302	2,20	33,6	15,3
	Frauen	95	613	1,78	11,5	6,5
	Gesamt	508	6.915	2,11	28,7	13,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	6.353	126.600	33,90	675,6	19,9
	Frauen	1.143	23.487	21,45	440,7	20,6
	Gesamt	7.496	150.087	31,14	623,6	20,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	277	3.731	1,48	19,9	13,5
	Frauen	258	1.871	4,84	35,1	7,3
	Gesamt	535	5.602	2,22	23,3	10,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	114	1.022	2,14	19,2	9,0
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.522	14.575	8,12	77,8	9,6
	Frauen	566	4.467	10,62	83,8	7,9
	Gesamt	2.088	19.042	8,68	79,1	9,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.821	59.922	15,05	319,8	21,2
	Frauen	419	8.265	7,86	155,1	19,7
	Gesamt	3.240	68.187	13,46	283,3	21,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	326	8.021	1,74	42,8	24,6
	Frauen	105	2.955	1,97	55,5	28,1
	Gesamt	431	10.976	1,79	45,6	25,5
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>27.677</b>	<b>388.138</b>	<b>147,69</b>	<b>2.071,3</b>	<b>14,0</b>
	<b>Frauen</b>	<b>7.686</b>	<b>96.195</b>	<b>144,22</b>	<b>1.805,0</b>	<b>12,5</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>35.363</b>	<b>484.333</b>	<b>146,93</b>	<b>2.012,3</b>	<b>13,7</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.154	27.155	6,16	144,9	23,5
	Frauen	136	2.956	2,55	55,5	21,7
	Gesamt	1.290	30.111	5,36	125,1	23,3
davon Refahfälle	Männer	512	16.018	2,73	85,5	31,3
	Frauen	92	2.920	1,73	54,8	31,7
	Gesamt	604	18.938	2,51	78,7	31,4

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.7 Metallerzeugung

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	19.591	106.715	16,05	87,4	5,5
	Frauen	3.876	20.246	14,67	76,6	5,2
	Gesamt	23.467	126.961	15,81	85,5	5,4
Neubildungen (C00-D48)	Männer	2.739	71.923	2,24	58,9	26,3
	Frauen	806	26.427	3,05	100,0	32,8
	Gesamt	3.545	98.350	2,39	66,2	27,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	999	18.688	0,82	15,3	18,7
	Frauen	222	3.358	0,84	12,7	15,1
	Gesamt	1.221	22.046	0,82	14,9	18,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	7.132	260.739	5,84	213,6	36,6
	Frauen	2.181	82.389	8,26	311,8	37,8
	Gesamt	9.313	343.128	6,27	231,1	36,8
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	3.702	60.985	3,03	50,0	16,5
	Frauen	1.123	14.094	4,25	53,4	12,6
	Gesamt	4.825	75.079	3,25	50,6	15,6
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	2.694	18.905	2,21	15,5	7,0
	Frauen	520	3.435	1,97	13,0	6,6
	Gesamt	3.214	22.340	2,16	15,1	7,0
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	2.040	20.503	1,67	16,8	10,1
	Frauen	462	4.050	1,75	15,3	8,8
	Gesamt	2.502	24.553	1,69	16,5	9,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	5.678	131.432	4,65	107,7	23,2
	Frauen	965	15.576	3,65	59,0	16,1
	Gesamt	6.643	147.008	4,47	99,0	22,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	50.363	335.592	41,26	275,0	6,7
	Frauen	11.171	69.630	42,28	263,6	6,2
	Gesamt	61.534	405.222	41,44	272,9	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	19.944	127.130	16,34	104,2	6,4
	Frauen	4.125	21.972	15,61	83,2	5,3
	Gesamt	24.069	149.102	16,21	100,4	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	3.195	45.689	2,62	37,4	14,3
	Frauen	463	5.253	1,75	19,9	11,4
	Gesamt	3.658	50.942	2,46	34,3	13,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	40.762	756.460	33,40	619,8	18,6
	Frauen	5.830	109.930	22,07	416,1	18,9
	Gesamt	46.592	866.390	31,38	583,5	18,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	2.225	25.916	1,82	21,2	11,7
	Frauen	1.244	10.349	4,71	39,2	8,3
	Gesamt	3.469	36.265	2,34	24,4	10,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	623	6.417	2,36	24,3	10,3
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	10.395	107.325	8,52	87,9	10,3
	Frauen	2.762	23.026	10,45	87,2	8,3
	Gesamt	13.157	130.351	8,86	87,8	9,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	19.708	382.739	16,15	313,6	19,4
	Frauen	2.171	41.393	8,22	156,7	19,1
	Gesamt	21.879	424.132	14,74	285,7	19,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	1.974	43.530	1,62	35,7	22,1
	Frauen	615	11.278	2,33	42,7	18,3
	Gesamt	2.589	54.808	1,74	36,9	21,2
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>193.478</b>	<b>2.520.588</b>	<b>158,51</b>	<b>2.065,1</b>	<b>13,0</b>
	<b>Frauen</b>	<b>39.269</b>	<b>469.748</b>	<b>148,63</b>	<b>1.778,0</b>	<b>12,0</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>232.747</b>	<b>2.990.336</b>	<b>156,76</b>	<b>2.014,0</b>	<b>12,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	8.077	159.811	6,62	130,9	19,8
	Frauen	601	11.428	2,27	43,3	19,0
	Gesamt	8.678	171.239	5,84	115,3	19,7
davon Refahfälle	Männer	3.029	95.563	2,48	78,3	31,6
	Frauen	551	18.826	2,09	71,3	34,2
	Gesamt	3.580	114.389	2,41	77,0	32,0

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.8 Metallverarbeitung

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	96.823	516.060	15,04	80,2	5,3
	Frauen	25.866	137.939	16,19	86,3	5,3
	Gesamt	122.689	653.999	15,27	81,4	5,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	15.345	363.350	2,38	56,5	23,7
	Frauen	5.050	152.589	3,16	95,5	30,2
	Gesamt	20.395	515.939	2,54	64,2	25,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	5.194	77.750	0,81	12,1	15,0
	Frauen	1.465	21.616	0,92	13,5	14,8
	Gesamt	6.659	99.366	0,83	12,4	14,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	36.727	1.208.737	5,71	187,8	32,9
	Frauen	14.987	479.580	9,38	300,2	32,0
	Gesamt	51.714	1.688.317	6,44	210,2	32,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	17.363	258.290	2,70	40,1	14,9
	Frauen	7.960	91.772	4,98	57,4	11,5
	Gesamt	25.323	350.062	3,15	43,6	13,8
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	12.849	89.401	2,00	13,9	7,0
	Frauen	3.352	20.032	2,10	12,5	6,0
	Gesamt	16.201	109.433	2,02	13,6	6,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	11.006	98.791	1,71	15,4	9,0
	Frauen	3.203	27.430	2,00	17,2	8,6
	Gesamt	14.209	126.221	1,77	15,7	8,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	27.749	600.524	4,31	93,3	21,6
	Frauen	6.109	91.023	3,82	57,0	14,9
	Gesamt	33.858	691.547	4,21	86,1	20,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	267.028	1.694.168	41,49	263,2	6,3
	Frauen	78.184	489.536	48,93	306,4	6,3
	Gesamt	345.212	2.183.704	42,97	271,8	6,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	102.810	643.749	15,97	100,0	6,3
	Frauen	25.849	132.584	16,18	83,0	5,1
	Gesamt	128.659	776.333	16,02	96,6	6,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	14.383	175.307	2,23	27,2	12,2
	Frauen	3.127	33.310	1,96	20,9	10,7
	Gesamt	17.510	208.617	2,18	26,0	11,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	188.419	3.276.582	29,28	509,1	17,4
	Frauen	40.233	756.516	25,18	473,5	18,8
	Gesamt	228.652	4.033.098	28,46	502,0	17,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	11.138	123.017	1,73	19,1	11,0
	Frauen	8.689	68.494	5,44	42,9	7,9
	Gesamt	19.827	191.511	2,47	23,8	9,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	4.763	46.980	2,98	29,4	9,9
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	49.226	441.200	7,65	68,6	9,0
	Frauen	17.712	142.862	11,09	89,4	8,1
	Gesamt	66.938	584.062	8,33	72,7	8,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	77.229	1.433.861	12,00	222,8	18,6
	Frauen	13.899	248.719	8,70	155,7	17,9
	Gesamt	91.128	1.682.580	11,34	209,4	18,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	10.085	183.653	1,57	28,5	18,2
	Frauen	3.631	69.589	2,27	43,6	19,2
	Gesamt	13.716	253.242	1,71	31,5	18,5
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>945.331</b>	<b>11.221.200</b>	<b>146,89</b>	<b>1.743,6</b>	<b>11,9</b>
	<b>Frauen</b>	<b>264.770</b>	<b>3.021.358</b>	<b>165,71</b>	<b>1.890,9</b>	<b>11,4</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>1.210.101</b>	<b>14.242.558</b>	<b>150,63</b>	<b>1.772,9</b>	<b>11,8</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	21.723	409.078	3,38	63,6	18,8
	Frauen	3.570	58.016	2,23	36,3	16,3
	Gesamt	25.293	467.094	3,15	58,1	18,5
davon Refahfälle	Männer	15.845	480.827	2,46	74,7	30,4
	Frauen	3.942	122.605	2,47	76,7	31,1
	Gesamt	19.787	603.432	2,46	75,1	30,5

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.9 Möbel u. sonstige Erzeugnisse

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	5.460	25.673	17,63	82,9	4,7
	Frauen	3.541	17.520	17,15	84,9	5,0
	Gesamt	9.001	43.193	17,44	83,7	4,8
Neubildungen (C00-D48)	Männer	712	16.401	2,30	53,0	23,0
	Frauen	587	14.088	2,84	68,3	24,0
	Gesamt	1.299	30.489	2,52	59,1	23,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	195	2.722	0,63	8,8	14,0
	Frauen	153	2.150	0,74	10,4	14,1
	Gesamt	348	4.872	0,67	9,4	14,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	1.748	57.576	5,64	185,9	32,9
	Frauen	1.883	61.796	9,12	299,4	32,8
	Gesamt	3.631	119.372	7,03	231,3	32,9
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	930	12.286	3,00	39,7	13,2
	Frauen	1.119	12.582	5,42	61,0	11,2
	Gesamt	2.049	24.868	3,97	48,2	12,1
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	606	3.972	1,96	12,8	6,6
	Frauen	413	2.211	2,00	10,7	5,4
	Gesamt	1.019	6.183	1,97	12,0	6,1
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	524	3.953	1,69	12,8	7,5
	Frauen	429	4.259	2,08	20,6	9,9
	Gesamt	953	8.212	1,85	15,9	8,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	1.270	25.345	4,10	81,8	20,0
	Frauen	756	10.997	3,66	53,3	14,6
	Gesamt	2.026	36.342	3,93	70,4	17,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	13.498	79.559	43,58	256,9	5,9
	Frauen	9.882	60.181	47,87	291,6	6,1
	Gesamt	23.380	139.740	45,30	270,7	6,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	5.170	29.127	16,69	94,0	5,6
	Frauen	3.483	17.085	16,87	82,8	4,9
	Gesamt	8.653	46.212	16,76	89,5	5,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	686	8.565	2,21	27,7	12,5
	Frauen	402	3.559	1,95	17,2	8,9
	Gesamt	1.088	12.124	2,11	23,5	11,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	8.828	153.466	28,50	495,5	17,4
	Frauen	4.784	88.241	23,18	427,5	18,5
	Gesamt	13.612	241.707	26,37	468,3	17,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	540	5.240	1,74	16,9	9,7
	Frauen	1.169	8.409	5,66	40,7	7,2
	Gesamt	1.709	13.649	3,31	26,4	8,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	565	5.343	2,74	25,9	9,5
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	2.530	20.597	8,17	66,5	8,1
	Frauen	2.304	18.145	11,16	87,9	7,9
	Gesamt	4.834	38.742	9,37	75,1	8,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	4.216	72.281	13,61	233,4	17,1
	Frauen	1.813	32.172	8,78	155,9	17,8
	Gesamt	6.029	104.453	11,68	202,4	17,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	436	7.170	1,41	23,2	16,4
	Frauen	491	10.349	2,38	50,1	21,1
	Gesamt	927	17.519	1,80	33,9	18,9
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>47.451</b>	<b>524.643</b>	<b>153,19</b>	<b>1.693,8</b>	<b>11,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>33.864</b>	<b>370.024</b>	<b>164,06</b>	<b>1.792,6</b>	<b>10,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>81.315</b>	<b>894.667</b>	<b>157,54</b>	<b>1.733,3</b>	<b>11,0</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.433	25.355	4,63	81,9	17,7
	Frauen	504	8.738	2,44	42,3	17,3
	Gesamt	1.937	34.093	3,75	66,1	17,6
davon Refahfälle	Männer	693	21.920	2,24	70,8	31,6
	Frauen	477	14.862	2,31	72,0	31,2
	Gesamt	1.170	36.782	2,27	71,3	31,4

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.10 Energie- und Wasserwirtschaft

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	6.762	37.330	13,67	75,4	5,5
	Frauen	2.539	13.246	15,81	82,5	5,2
	Gesamt	9.301	50.576	14,19	77,2	5,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.340	27.005	2,71	54,6	20,2
	Frauen	554	16.628	3,45	103,5	30,0
	Gesamt	1.894	43.633	2,89	66,6	23,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	429	6.779	0,87	13,7	15,8
	Frauen	156	1.667	0,97	10,4	10,7
	Gesamt	585	8.446	0,89	12,9	14,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.667	84.738	5,39	171,2	31,8
	Frauen	1.490	44.095	9,28	274,5	29,6
	Gesamt	4.157	128.833	6,34	196,6	31,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.334	18.484	2,70	37,4	13,9
	Frauen	756	7.685	4,71	47,8	10,2
	Gesamt	2.090	26.169	3,19	39,9	12,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.019	6.651	2,06	13,4	6,5
	Frauen	365	2.555	2,27	15,9	7,0
	Gesamt	1.384	9.206	2,11	14,0	6,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	930	8.798	1,88	17,8	9,5
	Frauen	341	3.841	2,12	23,9	11,3
	Gesamt	1.271	12.639	1,94	19,3	9,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.074	42.435	4,19	85,8	20,5
	Frauen	559	10.916	3,48	68,0	19,5
	Gesamt	2.633	53.351	4,02	81,4	20,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	19.432	123.584	39,27	249,8	6,4
	Frauen	8.601	53.795	53,54	334,9	6,3
	Gesamt	28.033	177.379	42,77	270,6	6,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	8.014	46.665	16,20	94,3	5,8
	Frauen	2.748	13.900	17,11	86,5	5,1
	Gesamt	10.762	60.565	16,42	92,4	5,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	980	11.353	1,98	22,9	11,6
	Frauen	267	2.078	1,66	12,9	7,8
	Gesamt	1.247	13.431	1,90	20,5	10,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	12.409	220.272	25,08	445,1	17,8
	Frauen	3.105	47.226	19,33	294,0	15,2
	Gesamt	15.514	267.498	23,67	408,1	17,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	870	9.758	1,76	19,7	11,2
	Frauen	889	6.379	5,53	39,7	7,2
	Gesamt	1.759	16.137	2,68	24,6	9,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	447	4.422	2,78	27,5	9,9
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	3.346	33.099	6,76	66,9	9,9
	Frauen	1.745	12.924	10,86	80,5	7,4
	Gesamt	5.091	46.023	7,77	70,2	9,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.488	107.006	11,09	216,2	19,5
	Frauen	1.275	19.759	7,94	123,0	15,5
	Gesamt	6.763	126.765	10,32	193,4	18,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	927	16.940	1,87	34,2	18,3
	Frauen	380	5.556	2,37	34,6	14,6
	Gesamt	1.307	22.496	1,99	34,3	17,2
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>68.184</b>	<b>803.112</b>	<b>137,79</b>	<b>1.623,0</b>	<b>11,8</b>
	<b>Frauen</b>	<b>26.296</b>	<b>267.206</b>	<b>163,70</b>	<b>1.663,4</b>	<b>10,2</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>94.480</b>	<b>1.070.318</b>	<b>144,14</b>	<b>1.632,9</b>	<b>11,3</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.657	36.496	3,35	73,8	22,0
	Frauen	286	3.828	1,78	23,8	13,4
	Gesamt	1.943	40.324	2,96	61,5	20,8
davon Refahfälle	Männer	1.164	36.679	2,35	74,1	31,5
	Frauen	350	12.033	2,18	74,9	34,4
	Gesamt	1.514	48.712	2,31	74,3	32,2



A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.11 Baugewerbe

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	21.869	111.104	15,40	78,2	5,1
	Frauen	3.316	15.461	12,25	57,1	4,7
	Gesamt	25.185	126.565	14,89	74,8	5,0
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.603	80.234	1,83	56,5	30,8
	Frauen	679	24.490	2,51	90,5	36,1
	Gesamt	3.282	104.724	1,94	61,9	31,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	936	13.241	0,66	9,3	14,2
	Frauen	186	2.794	0,69	10,3	15,0
	Gesamt	1.122	16.035	0,66	9,5	14,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5.857	227.824	4,12	160,4	38,9
	Frauen	1.764	71.737	6,52	265,1	40,7
	Gesamt	7.621	299.561	4,51	177,1	39,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	3.349	59.131	2,36	41,6	17,7
	Frauen	973	11.222	3,59	41,5	11,5
	Gesamt	4.322	70.353	2,56	41,6	16,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.466	17.575	1,74	12,4	7,1
	Frauen	437	4.008	1,61	14,8	9,2
	Gesamt	2.903	21.583	1,72	12,8	7,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.009	20.054	1,41	14,1	10,0
	Frauen	385	2.888	1,42	10,7	7,5
	Gesamt	2.394	22.942	1,42	13,6	9,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	5.310	148.230	3,74	104,4	27,9
	Frauen	687	9.744	2,54	36,0	14,2
	Gesamt	5.997	157.974	3,55	93,4	26,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	47.988	306.717	33,78	215,9	6,4
	Frauen	9.691	57.942	35,81	214,1	6,0
	Gesamt	57.679	364.659	34,11	215,6	6,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	21.898	144.132	15,42	101,5	6,6
	Frauen	3.512	16.141	12,98	59,6	4,6
	Gesamt	25.410	160.273	15,03	94,8	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3.357	49.095	2,36	34,6	14,6
	Frauen	368	3.638	1,36	13,4	9,9
	Gesamt	3.725	52.733	2,20	31,2	14,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	42.880	915.334	30,19	644,4	21,4
	Frauen	3.795	64.870	14,02	239,7	17,1
	Gesamt	46.675	980.204	27,60	579,6	21,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.080	25.697	1,46	18,1	12,4
	Frauen	1.188	7.277	4,39	26,9	6,1
	Gesamt	3.268	32.974	1,93	19,5	10,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	559	5.827	2,07	21,5	10,4
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	10.685	100.339	7,52	70,6	9,4
	Frauen	2.302	17.854	8,51	66,0	7,8
	Gesamt	12.987	118.193	7,68	69,9	9,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	28.287	599.488	19,91	422,0	21,2
	Frauen	1.873	36.441	6,92	134,6	19,5
	Gesamt	30.160	635.929	17,83	376,0	21,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	2.119	43.369	1,49	30,5	20,5
	Frauen	475	8.359	1,75	30,9	17,6
	Gesamt	2.594	51.728	1,53	30,6	19,9
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>204.117</b>	<b>2.869.399</b>	<b>143,70</b>	<b>2.020,1</b>	<b>14,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>32.264</b>	<b>361.527</b>	<b>119,21</b>	<b>1.335,7</b>	<b>11,2</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>236.381</b>	<b>3.230.926</b>	<b>139,78</b>	<b>1.910,5</b>	<b>13,7</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	14.535	318.372	10,23	224,1	21,9
	Frauen	505	9.364	1,87	34,6	18,5
	Gesamt	15.040	327.736	8,89	193,8	21,8
davon Refahfälle	Männer	2.793	92.875	1,97	65,4	33,3
	Frauen	373	12.076	1,38	44,6	32,4
	Gesamt	3.166	104.951	1,87	62,1	33,2

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.12 Handel

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	41.272	213.777	15,70	81,3	5,2
	Frauen	43.364	242.860	14,52	81,3	5,6
	Gesamt	84.636	456.637	15,07	81,3	5,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	4.489	112.812	1,71	42,9	25,1
	Frauen	7.537	269.180	2,52	90,1	35,7
	Gesamt	12.026	381.992	2,14	68,0	31,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.506	23.890	0,57	9,1	15,9
	Frauen	2.151	37.659	0,72	12,6	17,5
	Gesamt	3.657	61.549	0,65	11,0	16,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	14.504	562.785	5,52	214,1	38,8
	Frauen	26.729	1.060.093	8,95	354,9	39,7
	Gesamt	41.233	1.622.878	7,34	289,0	39,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	6.630	95.824	2,52	36,5	14,5
	Frauen	11.678	155.701	3,91	52,1	13,3
	Gesamt	18.308	251.525	3,26	44,8	13,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	4.092	29.642	1,56	11,3	7,2
	Frauen	4.396	31.367	1,47	10,5	7,1
	Gesamt	8.488	61.009	1,51	10,9	7,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	3.813	32.804	1,45	12,5	8,6
	Frauen	5.129	47.080	1,72	15,8	9,2
	Gesamt	8.942	79.884	1,59	14,2	8,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	8.706	199.729	3,31	76,0	22,9
	Frauen	9.691	168.981	3,24	56,6	17,4
	Gesamt	18.397	368.710	3,28	65,7	20,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	98.788	594.727	37,57	226,2	6,0
	Frauen	120.144	802.202	40,22	268,5	6,7
	Gesamt	218.932	1.396.929	38,98	248,7	6,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	37.090	229.539	14,11	87,3	6,2
	Frauen	40.709	249.440	13,63	83,5	6,1
	Gesamt	77.799	478.979	13,85	85,3	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	5.173	66.227	1,97	25,2	12,8
	Frauen	4.788	58.404	1,60	19,6	12,2
	Gesamt	9.961	124.631	1,77	22,2	12,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	59.514	1.038.566	22,64	395,0	17,5
	Frauen	59.117	1.296.948	19,79	434,2	21,9
	Gesamt	118.631	2.335.514	21,12	415,8	19,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	3.764	40.190	1,43	15,3	10,7
	Frauen	14.450	131.434	4,84	44,0	9,1
	Gesamt	18.214	171.624	3,24	30,6	9,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	9.224	105.598	3,09	35,4	11,5
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	19.257	172.407	7,32	65,6	9,0
	Frauen	28.915	278.420	9,68	93,2	9,6
	Gesamt	48.172	450.827	8,58	80,3	9,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	32.957	601.214	12,54	228,7	18,2
	Frauen	25.590	494.490	8,57	165,5	19,3
	Gesamt	58.547	1.095.704	10,42	195,1	18,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.535	78.150	1,34	29,7	22,1
	Frauen	6.624	143.658	2,22	48,1	21,7
	Gesamt	10.159	221.808	1,81	39,5	21,8
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>345.781</b>	<b>4.103.172</b>	<b>131,52</b>	<b>1.560,7</b>	<b>11,9</b>
	<b>Frauen</b>	<b>421.310</b>	<b>5.594.242</b>	<b>141,03</b>	<b>1.872,7</b>	<b>13,3</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>767.091</b>	<b>9.697.414</b>	<b>136,58</b>	<b>1.726,6</b>	<b>12,6</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	12.175	235.021	4,63	89,4	19,3
	Frauen	8.324	154.031	2,79	51,6	18,5
	Gesamt	20.499	389.052	3,65	69,3	19,0
davon Refahfälle	Männer	4.214	133.954	1,60	51,0	31,8
	Frauen	5.615	188.638	1,88	63,2	33,6
	Gesamt	9.829	322.592	1,75	57,4	32,8

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.13 Großhandel

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	15.100	80.902	14,17	76,0	5,4
	Frauen	9.882	49.626	14,55	73,1	5,0
	Gesamt	24.982	130.528	14,32	74,8	5,2
Neubildungen (C00-D48)	Männer	1.945	46.887	1,83	44,0	24,1
	Frauen	1.991	61.244	2,93	90,2	30,8
	Gesamt	3.936	108.131	2,26	62,0	27,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	679	11.143	0,64	10,5	16,4
	Frauen	485	6.392	0,71	9,4	13,2
	Gesamt	1.164	17.535	0,67	10,1	15,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	5.409	209.967	5,08	197,1	38,8
	Frauen	5.555	206.884	8,18	304,7	37,2
	Gesamt	10.964	416.851	6,29	239,0	38,0
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	2.521	38.593	2,37	36,2	15,3
	Frauen	2.819	28.134	4,15	41,4	10,0
	Gesamt	5.340	66.727	3,06	38,3	12,5
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	1.670	11.967	1,57	11,2	7,2
	Frauen	1.231	7.924	1,81	11,7	6,4
	Gesamt	2.901	19.891	1,66	11,4	6,9
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	1.512	13.465	1,42	12,6	8,9
	Frauen	1.212	10.221	1,78	15,1	8,4
	Gesamt	2.724	23.686	1,56	13,6	8,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	3.824	89.742	3,59	84,2	23,5
	Frauen	2.022	30.514	2,98	44,9	15,1
	Gesamt	5.846	120.256	3,35	68,9	20,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	38.077	228.590	35,74	214,6	6,0
	Frauen	28.947	172.806	42,63	254,5	6,0
	Gesamt	67.024	401.396	38,42	230,1	6,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	14.628	87.516	13,73	82,2	6,0
	Frauen	9.435	47.635	13,89	70,2	5,1
	Gesamt	24.063	135.151	13,79	77,5	5,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	1.922	22.023	1,80	20,7	11,5
	Frauen	1.017	9.266	1,50	13,6	9,1
	Gesamt	2.939	31.289	1,68	17,9	10,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	23.762	411.615	22,31	386,4	17,3
	Frauen	11.496	198.598	16,93	292,5	17,3
	Gesamt	35.258	610.213	20,21	349,8	17,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	1.508	14.814	1,42	13,9	9,8
	Frauen	3.179	24.250	4,68	35,7	7,6
	Gesamt	4.687	39.064	2,69	22,4	8,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.992	20.091	2,93	29,6	10,1
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	7.215	70.183	6,77	65,9	9,7
	Frauen	6.593	52.871	9,71	77,9	8,0
	Gesamt	13.808	123.054	7,92	70,5	8,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	11.913	221.698	11,18	208,1	18,6
	Frauen	4.887	88.946	7,20	131,0	18,2
	Gesamt	16.800	310.644	9,63	178,1	18,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	1.530	34.121	1,44	32,0	22,3
	Frauen	1.453	26.547	2,14	39,1	18,3
	Gesamt	2.983	60.668	1,71	34,8	20,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>133.472</b>	<b>1.597.781</b>	<b>125,30</b>	<b>1.499,9</b>	<b>12,0</b>
	<b>Frauen</b>	<b>94.406</b>	<b>1.045.621</b>	<b>139,02</b>	<b>1.539,8</b>	<b>11,1</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>227.878</b>	<b>2.643.402</b>	<b>130,64</b>	<b>1.515,4</b>	<b>11,6</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.425	92.171	4,15	86,5	20,8
	Frauen	1.304	23.753	1,92	35,0	18,2
	Gesamt	5.729	115.924	3,28	66,5	20,2
davon Refahfälle	Männer	1.890	59.294	1,77	55,7	31,4
	Frauen	1.079	34.140	1,59	50,3	31,6
	Gesamt	2.969	93.434	1,70	53,6	31,5

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.14 Einzelhandel

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	12.567	67.320	15,69	84,1	5,4
	Frauen	29.889	176.533	14,32	84,6	5,9
	Gesamt	42.456	243.853	14,70	84,4	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.111	32.759	1,39	40,9	29,5
	Frauen	4.998	192.835	2,40	92,4	38,6
	Gesamt	6.109	225.594	2,12	78,1	36,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	400	7.160	0,50	8,9	17,9
	Frauen	1.513	29.091	0,73	13,9	19,2
	Gesamt	1.913	36.251	0,66	12,6	19,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5.024	203.213	6,27	253,7	40,5
	Frauen	19.325	786.766	9,26	377,0	40,7
	Gesamt	24.349	989.979	8,43	342,8	40,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.980	27.308	2,47	34,1	13,8
	Frauen	7.906	118.036	3,79	56,6	14,9
	Gesamt	9.886	145.344	3,42	50,3	14,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.057	8.228	1,32	10,3	7,8
	Frauen	2.793	21.433	1,34	10,3	7,7
	Gesamt	3.850	29.661	1,33	10,3	7,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	988	7.507	1,23	9,4	7,6
	Frauen	3.504	34.188	1,68	16,4	9,8
	Gesamt	4.492	41.695	1,56	14,4	9,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.360	55.297	2,95	69,0	23,4
	Frauen	7.071	130.194	3,39	62,4	18,4
	Gesamt	9.431	185.491	3,27	64,2	19,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	28.038	175.848	35,00	219,5	6,3
	Frauen	81.015	570.928	38,82	273,6	7,1
	Gesamt	109.053	746.776	37,76	258,6	6,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	10.575	73.021	13,20	91,2	6,9
	Frauen	27.820	184.945	13,33	88,6	6,7
	Gesamt	38.395	257.966	13,30	89,3	6,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.567	22.568	1,96	28,2	14,4
	Frauen	3.425	46.401	1,64	22,2	13,6
	Gesamt	4.992	68.969	1,73	23,9	13,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	16.140	297.900	20,15	371,9	18,5
	Frauen	44.112	1.043.877	21,14	500,2	23,7
	Gesamt	60.252	1.341.777	20,86	464,6	22,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.071	11.848	1,34	14,8	11,1
	Frauen	10.085	98.902	4,83	47,4	9,8
	Gesamt	11.156	110.750	3,86	38,4	9,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	6.557	78.978	3,14	37,9	12,0
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	5.864	53.943	7,32	67,4	9,2
	Frauen	19.924	207.816	9,55	99,6	10,4
	Gesamt	25.788	261.759	8,93	90,6	10,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	8.931	173.190	11,15	216,2	19,4
	Frauen	18.912	377.011	9,06	180,7	19,9
	Gesamt	27.843	550.201	9,64	190,5	19,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.020	25.087	1,27	31,3	24,6
	Frauen	4.702	107.893	2,25	51,7	23,0
	Gesamt	5.722	132.980	1,98	46,1	23,2
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>98.910</b>	<b>1.245.321</b>	<b>123,49</b>	<b>1.554,8</b>	<b>12,6</b>
	<b>Frauen</b>	<b>294.338</b>	<b>4.221.937</b>	<b>141,05</b>	<b>2.023,2</b>	<b>14,3</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>393.248</b>	<b>5.467.258</b>	<b>136,18</b>	<b>1.893,2</b>	<b>13,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.238	66.626	4,04	83,2	20,6
	Frauen	6.563	123.116	3,14	59,0	18,8
	Gesamt	9.801	189.742	3,39	65,7	19,4
davon Rehafälle	Männer	1.150	39.185	1,44	48,9	34,1
	Frauen	4.236	145.254	2,03	69,6	34,3
	Gesamt	5.386	184.439	1,87	63,9	34,2

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.15 Gastgewerbe

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	3.756	25.847	10,64	73,2	6,9
	Frauen	6.685	43.494	12,53	81,5	6,5
	Gesamt	10.441	69.341	11,77	78,2	6,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	334	13.250	0,95	37,5	39,7
	Frauen	1.078	43.417	2,02	81,4	40,3
	Gesamt	1.412	56.667	1,59	63,9	40,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	152	2.690	0,43	7,6	17,7
	Frauen	334	6.221	0,63	11,7	18,6
	Gesamt	486	8.911	0,55	10,1	18,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.756	72.216	4,97	204,5	41,1
	Frauen	4.225	172.054	7,92	322,4	40,7
	Gesamt	5.981	244.270	6,74	275,5	40,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	629	8.818	1,78	25,0	14,0
	Frauen	1.730	31.420	3,24	58,9	18,2
	Gesamt	2.359	40.238	2,66	45,4	17,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	307	2.751	0,87	7,8	9,0
	Frauen	608	4.926	1,14	9,2	8,1
	Gesamt	915	7.677	1,03	8,7	8,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	274	3.303	0,78	9,4	12,1
	Frauen	664	6.567	1,24	12,3	9,9
	Gesamt	938	9.870	1,06	11,1	10,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	917	24.439	2,60	69,2	26,7
	Frauen	1.574	29.986	2,95	56,2	19,1
	Gesamt	2.491	54.425	2,81	61,4	21,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	7.532	51.697	21,33	146,4	6,9
	Frauen	16.631	121.667	31,16	228,0	7,3
	Gesamt	24.163	173.364	27,25	195,5	7,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.385	29.910	9,59	84,7	8,8
	Frauen	6.163	44.560	11,55	83,5	7,2
	Gesamt	9.548	74.470	10,77	84,0	7,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	652	10.068	1,85	28,5	15,4
	Frauen	916	10.579	1,72	19,8	11,6
	Gesamt	1.568	20.647	1,77	23,3	13,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	5.263	113.194	14,90	320,5	21,5
	Frauen	10.674	267.102	20,00	500,5	25,0
	Gesamt	15.937	380.296	17,97	428,8	23,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	405	4.444	1,15	12,6	11,0
	Frauen	2.227	23.456	4,17	44,0	10,5
	Gesamt	2.632	27.900	2,97	31,5	10,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.430	17.229	2,68	32,3	12,1
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.964	22.855	5,56	64,7	11,6
	Frauen	4.852	49.762	9,09	93,3	10,3
	Gesamt	6.816	72.617	7,69	81,9	10,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	3.555	74.185	10,07	210,1	20,9
	Frauen	5.179	110.727	9,70	207,5	21,4
	Gesamt	8.734	184.912	9,85	208,5	21,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	356	7.938	1,01	22,5	22,3
	Frauen	1.015	25.025	1,90	46,9	24,7
	Gesamt	1.371	32.963	1,55	37,2	24,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>31.320</b>	<b>469.764</b>	<b>88,69</b>	<b>1.330,2</b>	<b>15,0</b>
	<b>Frauen</b>	<b>66.166</b>	<b>1.011.761</b>	<b>123,99</b>	<b>1.895,9</b>	<b>15,3</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>97.486</b>	<b>1.481.525</b>	<b>109,93</b>	<b>1.670,6</b>	<b>15,2</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.413	27.958	4,00	79,2	19,8
	Frauen	2.117	41.441	3,97	77,7	19,6
	Gesamt	3.530	69.399	3,98	78,3	19,7
davon Refahfälle	Männer	378	13.392	1,07	37,9	35,4
	Frauen	861	30.142	1,61	56,5	35,0
	Gesamt	1.239	43.534	1,40	49,1	35,1

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.16 Verkehr

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	23.104	159.232	13,87	95,6	6,9
	Frauen	8.271	52.641	15,64	99,6	6,4
	Gesamt	31.375	211.873	14,30	96,6	6,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	3.695	109.163	2,22	65,5	29,5
	Frauen	1.535	51.830	2,90	98,0	33,8
	Gesamt	5.230	160.993	2,38	73,4	30,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.041	39.699	1,23	23,8	19,5
	Frauen	537	11.038	1,02	20,9	20,6
	Gesamt	2.578	50.737	1,17	23,1	19,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	13.783	485.303	8,28	291,4	35,2
	Frauen	6.537	224.856	12,36	425,2	34,4
	Gesamt	20.320	710.159	9,26	323,6	35,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	5.181	95.227	3,11	57,2	18,4
	Frauen	2.458	31.415	4,65	59,4	12,8
	Gesamt	7.639	126.642	3,48	57,7	16,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	3.308	37.754	1,99	22,7	11,4
	Frauen	1.110	9.670	2,10	18,3	8,7
	Gesamt	4.418	47.424	2,01	21,6	10,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.735	33.927	1,64	20,4	12,4
	Frauen	1.297	14.768	2,45	27,9	11,4
	Gesamt	4.032	48.695	1,84	22,2	12,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	9.098	273.789	5,46	164,4	30,1
	Frauen	2.148	35.139	4,06	66,5	16,4
	Gesamt	11.246	308.928	5,12	140,8	27,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	59.937	494.641	35,99	297,0	8,3
	Frauen	25.703	196.493	48,61	371,6	7,6
	Gesamt	85.640	691.134	39,03	315,0	8,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	25.882	204.437	15,54	122,7	7,9
	Frauen	8.648	56.136	16,35	106,2	6,5
	Gesamt	34.530	260.573	15,74	118,8	7,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3.636	59.337	2,18	35,6	16,3
	Frauen	1.049	11.982	1,98	22,7	11,4
	Gesamt	4.685	71.319	2,14	32,5	15,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	53.262	1.121.270	31,98	673,2	21,1
	Frauen	13.776	291.850	26,05	551,9	21,2
	Gesamt	67.038	1.413.120	30,55	644,0	21,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	3.090	44.556	1,86	26,8	14,4
	Frauen	2.877	29.332	5,44	55,5	10,2
	Gesamt	5.967	73.888	2,72	33,7	12,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.420	15.652	2,69	29,6	11,0
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	13.503	185.252	8,11	111,2	13,7
	Frauen	6.022	66.299	11,39	125,4	11,0
	Gesamt	19.525	251.551	8,90	114,6	12,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	22.148	519.330	13,30	311,8	23,5
	Frauen	5.456	116.221	10,32	219,8	21,3
	Gesamt	27.604	635.551	12,58	289,6	23,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.290	74.037	1,98	44,5	22,5
	Frauen	1.410	29.486	2,67	55,8	20,9
	Gesamt	4.700	103.523	2,14	47,2	22,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>248.180</b>	<b>3.948.049</b>	<b>149,01</b>	<b>2.370,4</b>	<b>15,9</b>
	<b>Frauen</b>	<b>90.506</b>	<b>1.249.702</b>	<b>171,15</b>	<b>2.363,2</b>	<b>13,8</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>338.686</b>	<b>5.197.751</b>	<b>154,34</b>	<b>2.368,7</b>	<b>15,4</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	10.551	281.403	6,33	169,0	26,7
	Frauen	2.078	50.785	3,93	96,0	24,4
	Gesamt	12.629	332.188	5,76	151,4	26,3
davon Refahfälle	Männer	4.950	155.012	2,97	93,1	31,3
	Frauen	1.479	46.613	2,80	88,2	31,5
	Gesamt	6.429	201.625	2,93	91,9	31,4

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.17 Landverkehr

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	10.945	83.744	12,80	97,9	7,7
	Frauen	2.642	18.861	14,49	103,4	7,1
	Gesamt	13.587	102.605	13,10	98,9	7,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.964	58.713	2,30	68,7	29,9
	Frauen	531	19.829	2,91	108,8	37,3
	Gesamt	2.495	78.542	2,41	75,7	31,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.131	23.031	1,32	26,9	20,4
	Frauen	213	4.549	1,17	25,0	21,4
	Gesamt	1.344	27.580	1,30	26,6	20,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	8.125	281.348	9,50	329,0	34,6
	Frauen	2.679	95.039	14,69	521,2	35,5
	Gesamt	10.804	376.387	10,41	362,8	34,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.673	53.609	3,13	62,7	20,1
	Frauen	800	13.272	4,39	72,8	16,6
	Gesamt	3.473	66.881	3,35	64,5	19,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.678	21.999	1,96	25,7	13,1
	Frauen	386	3.913	2,12	21,5	10,1
	Gesamt	2.064	25.912	1,99	25,0	12,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.363	18.810	1,59	22,0	13,8
	Frauen	396	4.078	2,17	22,4	10,3
	Gesamt	1.759	22.888	1,70	22,1	13,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	4.955	161.771	5,79	189,2	32,7
	Frauen	842	15.199	4,62	83,4	18,1
	Gesamt	5.797	176.970	5,59	170,6	30,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	28.814	264.152	33,70	308,9	9,2
	Frauen	8.374	72.568	45,93	398,0	8,7
	Gesamt	37.188	336.720	35,85	324,6	9,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	12.769	109.699	14,93	128,3	8,6
	Frauen	3.064	21.909	16,80	120,2	7,2
	Gesamt	15.833	131.608	15,26	126,9	8,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.871	33.327	2,19	39,0	17,8
	Frauen	395	4.167	2,17	22,9	10,6
	Gesamt	2.266	37.494	2,18	36,1	16,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	26.845	611.845	31,40	715,6	22,8
	Frauen	4.990	118.407	27,37	649,4	23,7
	Gesamt	31.835	730.252	30,69	703,9	22,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.681	26.383	1,97	30,9	15,7
	Frauen	974	11.646	5,34	63,9	12,0
	Gesamt	2.655	38.029	2,56	36,7	14,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	387	4.458	2,12	24,5	11,5
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	6.793	106.476	7,94	124,5	15,7
	Frauen	1.992	27.388	10,92	150,2	13,8
	Gesamt	8.785	133.864	8,47	129,0	15,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	10.890	271.507	12,74	317,5	24,9
	Frauen	2.117	48.553	11,61	266,3	22,9
	Gesamt	13.007	320.060	12,54	308,5	24,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.848	41.702	2,16	48,8	22,6
	Frauen	538	10.878	2,95	59,7	20,2
	Gesamt	2.386	52.580	2,30	50,7	22,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>124.601</b>	<b>2.174.042</b>	<b>145,72</b>	<b>2.542,6</b>	<b>17,5</b>
	<b>Frauen</b>	<b>31.416</b>	<b>496.940</b>	<b>172,29</b>	<b>2.725,4</b>	<b>15,8</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>156.017</b>	<b>2.670.982</b>	<b>150,39</b>	<b>2.574,7</b>	<b>17,1</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	5.706	162.532	6,67	190,1	28,5
	Frauen	1.070	29.832	5,87	163,6	27,9
	Gesamt	6.776	192.364	6,53	185,4	28,4
davon Refahfälle	Männer	2.966	92.192	3,47	107,8	31,1
	Frauen	636	20.129	3,49	110,4	31,7
	Gesamt	3.602	112.321	3,47	108,3	31,2

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.18 Postdienste

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	4.025	29.307	12,22	89,0	7,3
	Frauen	4.201	32.136	11,46	87,7	7,7
	Gesamt	8.226	61.443	11,82	88,3	7,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	608	18.280	1,85	55,5	30,1
	Frauen	1.239	56.240	3,38	153,4	45,4
	Gesamt	1.847	74.520	2,65	107,1	40,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	282	5.399	0,86	16,4	19,2
	Frauen	373	7.920	1,02	21,6	21,2
	Gesamt	655	13.319	0,94	19,1	20,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.529	104.872	7,68	318,4	41,5
	Frauen	4.340	177.422	11,84	484,1	40,9
	Gesamt	6.869	282.294	9,87	405,7	41,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	778	17.878	2,36	54,3	23,0
	Frauen	1.393	31.942	3,80	87,2	22,9
	Gesamt	2.171	49.820	3,12	71,6	23,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	522	4.842	1,59	14,7	9,3
	Frauen	676	7.291	1,84	19,9	10,8
	Gesamt	1.198	12.133	1,72	17,4	10,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	441	5.159	1,34	15,7	11,7
	Frauen	680	9.376	1,86	25,6	13,8
	Gesamt	1.121	14.535	1,61	20,9	13,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.423	39.756	4,32	120,7	27,9
	Frauen	1.788	47.419	4,88	129,4	26,5
	Gesamt	3.211	87.175	4,61	125,3	27,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	10.527	91.801	31,96	278,8	8,7
	Frauen	13.830	135.838	37,73	370,6	9,8
	Gesamt	24.357	227.639	35,00	327,1	9,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	4.265	37.378	12,95	113,5	8,8
	Frauen	5.235	42.366	14,28	115,6	8,1
	Gesamt	9.500	79.744	13,65	114,6	8,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	709	11.671	2,15	35,4	16,5
	Frauen	741	11.174	2,02	30,5	15,1
	Gesamt	1.450	22.845	2,08	32,8	15,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	11.667	262.054	35,43	795,7	22,5
	Frauen	15.476	455.827	42,22	1.243,6	29,5
	Gesamt	27.143	717.881	39,01	1.031,6	26,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	561	7.828	1,70	23,8	14,0
	Frauen	1.685	22.941	4,60	62,6	13,6
	Gesamt	2.246	30.769	3,23	44,2	13,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	459	5.314	1,25	14,5	11,6
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.543	37.250	7,72	113,1	14,7
	Frauen	3.543	56.862	9,67	155,1	16,1
	Gesamt	6.086	94.112	8,75	135,2	15,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.503	129.742	16,71	394,0	23,6
	Frauen	6.498	171.989	17,73	469,2	26,5
	Gesamt	12.001	301.731	17,25	433,6	25,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	592	17.410	1,80	52,9	29,4
	Frauen	977	28.828	2,67	78,7	29,5
	Gesamt	1.569	46.238	2,25	66,5	29,5
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>47.091</b>	<b>823.256</b>	<b>142,99</b>	<b>2.499,8</b>	<b>17,5</b>
	<b>Frauen</b>	<b>63.338</b>	<b>1.305.296</b>	<b>172,80</b>	<b>3.561,2</b>	<b>20,6</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>110.429</b>	<b>2.128.552</b>	<b>158,69</b>	<b>3.058,9</b>	<b>19,3</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.811	65.961	8,54	200,3	23,5
	Frauen	3.640	90.652	9,93	247,3	24,9
	Gesamt	6.451	156.613	9,27	225,1	24,3
davon Refahfälle	Männer	999	33.508	3,03	101,7	33,5
	Frauen	1.673	56.847	4,56	155,1	34,0
	Gesamt	2.672	90.355	3,84	129,9	33,8



A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.19 Telekommunikation

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	2.108	12.622	12,76	76,4	6,0
	Frauen	683	3.957	18,66	108,1	5,8
	Gesamt	2.791	16.579	13,83	82,2	5,9
Neubildungen (C00-D48)	Männer	482	11.729	2,92	71,0	24,3
	Frauen	130	3.948	3,55	107,9	30,4
	Gesamt	612	15.677	3,03	77,7	25,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	147	2.550	0,89	15,4	17,4
	Frauen	43	594	1,17	16,2	13,8
	Gesamt	190	3.144	0,94	15,6	16,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	1.068	37.000	6,46	224,0	34,6
	Frauen	444	14.155	12,13	386,8	31,9
	Gesamt	1.512	51.155	7,49	253,5	33,8
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	469	7.190	2,84	43,5	15,3
	Frauen	214	1.414	5,85	38,6	6,6
	Gesamt	683	8.604	3,38	42,6	12,6
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	351	3.195	2,12	19,3	9,1
	Frauen	84	571	2,30	15,6	6,8
	Gesamt	435	3.766	2,16	18,7	8,7
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	338	3.385	2,05	20,5	10,0
	Frauen	118	1.300	3,22	35,5	11,0
	Gesamt	456	4.685	2,26	23,2	10,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	838	18.651	5,07	112,9	22,3
	Frauen	142	1.730	3,88	47,3	12,2
	Gesamt	980	20.381	4,86	101,0	20,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	6.879	50.601	41,64	306,3	7,4
	Frauen	2.128	15.056	58,14	411,4	7,1
	Gesamt	9.007	65.657	44,63	325,3	7,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	2.526	14.907	15,29	90,2	5,9
	Frauen	640	4.140	17,49	113,1	6,5
	Gesamt	3.166	19.047	15,69	94,4	6,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	321	4.042	1,94	24,5	12,6
	Frauen	64	917	1,75	25,1	14,3
	Gesamt	385	4.959	1,91	24,6	12,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	4.224	64.043	25,57	387,6	15,2
	Frauen	822	13.150	22,46	359,3	16,0
	Gesamt	5.046	77.193	25,00	382,5	15,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	279	3.443	1,69	20,8	12,3
	Frauen	232	1.531	6,34	41,8	6,6
	Gesamt	511	4.974	2,53	24,7	9,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	134	1.200	3,66	32,8	9,0
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	1.257	13.697	7,61	82,9	10,9
	Frauen	476	3.760	13,01	102,7	7,9
	Gesamt	1.733	17.457	8,59	86,5	10,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	1.552	33.778	9,39	204,5	21,8
	Frauen	299	5.046	8,17	137,9	16,9
	Gesamt	1.851	38.824	9,17	192,4	21,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	332	6.457	2,01	39,1	19,5
	Frauen	108	2.596	2,95	70,9	24,0
	Gesamt	440	9.053	2,18	44,9	20,6
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>23.216</b>	<b>288.079</b>	<b>140,52</b>	<b>1.743,7</b>	<b>12,4</b>
	<b>Frauen</b>	<b>6.778</b>	<b>75.225</b>	<b>185,20</b>	<b>2.055,4</b>	<b>11,1</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>29.994</b>	<b>363.304</b>	<b>148,62</b>	<b>1.800,2</b>	<b>12,1</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	396	7.987	2,40	48,3	20,2
	Frauen	61	1.057	1,67	28,9	17,3
	Gesamt	457	9.044	2,26	44,8	19,8
davon Refahfälle	Männer	390	11.841	2,36	71,7	30,4
	Frauen	83	2.315	2,27	63,3	27,9
	Gesamt	473	14.156	2,34	70,1	29,9

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.20 Kredit- und Versicherungsgewerbe

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	10.235	53.413	13,26	69,2	5,2
	Frauen	15.759	83.699	14,03	74,5	5,3
	Gesamt	25.994	137.112	13,72	72,4	5,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.505	32.484	1,95	42,1	21,6
	Frauen	3.496	109.881	3,11	97,8	31,4
	Gesamt	5.001	142.365	2,64	75,1	28,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	422	6.517	0,55	8,4	15,4
	Frauen	853	11.327	0,76	10,1	13,3
	Gesamt	1.275	17.844	0,67	9,4	14,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	4.255	176.678	5,51	228,9	41,5
	Frauen	9.721	337.066	8,66	300,1	34,7
	Gesamt	13.976	513.744	7,38	271,1	36,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.630	21.623	2,11	28,0	13,3
	Frauen	4.570	47.858	4,07	42,6	10,5
	Gesamt	6.200	69.481	3,27	36,7	11,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.294	10.733	1,68	13,9	8,3
	Frauen	2.202	13.071	1,96	11,6	5,9
	Gesamt	3.496	23.804	1,84	12,6	6,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.304	10.911	1,69	14,1	8,4
	Frauen	2.302	19.502	2,05	17,4	8,5
	Gesamt	3.606	30.413	1,90	16,1	8,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.308	44.647	2,99	57,8	19,3
	Frauen	3.313	44.533	2,95	39,7	13,4
	Gesamt	5.621	89.180	2,97	47,1	15,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	30.409	172.799	39,39	223,8	5,7
	Frauen	54.811	331.635	48,81	295,3	6,1
	Gesamt	85.220	504.434	44,97	266,2	5,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	9.352	51.414	12,11	66,6	5,5
	Frauen	15.557	78.144	13,85	69,6	5,0
	Gesamt	24.909	129.558	13,14	68,4	5,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.029	10.647	1,33	13,8	10,4
	Frauen	1.679	14.690	1,50	13,1	8,8
	Gesamt	2.708	25.337	1,43	13,4	9,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	9.661	142.785	12,51	185,0	14,8
	Frauen	17.674	292.978	15,74	260,9	16,6
	Gesamt	27.335	435.763	14,42	230,0	15,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.095	9.978	1,42	12,9	9,1
	Frauen	5.647	40.187	5,03	35,8	7,1
	Gesamt	6.742	50.165	3,56	26,5	7,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	3.381	34.194	3,01	30,5	10,1
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	4.828	37.874	6,25	49,1	7,8
	Frauen	10.806	81.276	9,62	72,4	7,5
	Gesamt	15.634	119.150	8,25	62,9	7,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.315	88.676	6,89	114,9	16,7
	Frauen	8.076	132.124	7,19	117,7	16,4
	Gesamt	13.391	220.800	7,07	116,5	16,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.072	21.980	1,39	28,5	20,5
	Frauen	2.512	43.225	2,24	38,5	17,2
	Gesamt	3.584	65.205	1,89	34,4	18,2
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>85.868</b>	<b>895.883</b>	<b>111,23</b>	<b>1.160,5</b>	<b>10,4</b>
	<b>Frauen</b>	<b>162.764</b>	<b>1.721.050</b>	<b>144,93</b>	<b>1.532,5</b>	<b>10,6</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>248.632</b>	<b>2.616.933</b>	<b>131,20</b>	<b>1.381,0</b>	<b>10,5</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	772	15.366	1,00	19,9	19,9
	Frauen	1.628	25.285	1,45	22,5	15,5
	Gesamt	2.400	40.651	1,27	21,5	16,9
davon Refahfälle	Männer	1.267	39.394	1,64	51,0	31,1
	Frauen	2.235	70.201	1,99	62,5	31,4
	Gesamt	3.502	109.595	1,85	57,8	31,3

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.21 Verlage und Medien

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	1.267	6.171	10,17	49,5	4,9
	Frauen	1.873	9.185	12,27	60,2	4,9
	Gesamt	3.140	15.356	11,33	55,4	4,9
Neubildungen (C00-D48)	Männer	193	4.195	1,55	33,7	21,7
	Frauen	398	14.636	2,61	95,9	36,8
	Gesamt	591	18.831	2,13	67,9	31,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	71	1.087	0,57	8,7	15,3
	Frauen	105	1.193	0,69	7,8	11,4
	Gesamt	176	2.280	0,63	8,2	13,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	523	18.309	4,20	147,0	35,0
	Frauen	1.128	36.572	7,39	239,5	32,4
	Gesamt	1.651	54.881	5,96	198,0	33,2
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	237	4.054	1,90	32,6	17,1
	Frauen	500	4.470	3,27	29,3	8,9
	Gesamt	737	8.524	2,66	30,8	11,6
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	136	856	1,09	6,9	6,3
	Frauen	257	1.670	1,68	10,9	6,5
	Gesamt	393	2.526	1,42	9,1	6,4
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	168	1.357	1,35	10,9	8,1
	Frauen	302	2.179	1,98	14,3	7,2
	Gesamt	470	3.536	1,70	12,8	7,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	286	4.715	2,30	37,9	16,5
	Frauen	329	4.125	2,15	27,0	12,5
	Gesamt	615	8.840	2,22	31,9	14,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	3.848	21.578	30,89	173,2	5,6
	Frauen	6.360	36.737	41,66	240,6	5,8
	Gesamt	10.208	58.315	36,82	210,3	5,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	1.141	7.558	9,16	60,7	6,6
	Frauen	1.707	8.972	11,18	58,8	5,3
	Gesamt	2.848	16.530	10,27	59,6	5,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	130	1.727	1,04	13,9	13,3
	Frauen	149	1.212	0,98	7,9	8,1
	Gesamt	279	2.939	1,01	10,6	10,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	1.348	20.074	10,82	161,2	14,9
	Frauen	1.794	28.462	11,75	186,4	15,9
	Gesamt	3.142	48.536	11,33	175,1	15,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	150	918	1,20	7,4	6,1
	Frauen	653	4.218	4,28	27,6	6,5
	Gesamt	803	5.136	2,90	18,5	6,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	366	3.468	2,40	22,7	9,5
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	632	5.234	5,07	42,0	8,3
	Frauen	1.158	9.314	7,58	61,0	8,0
	Gesamt	1.790	14.548	6,46	52,5	8,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	657	11.524	5,27	92,5	17,5
	Frauen	963	16.329	6,31	107,0	17,0
	Gesamt	1.620	27.853	5,84	100,5	17,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	126	2.112	1,01	17,0	16,8
	Frauen	265	4.925	1,74	32,3	18,6
	Gesamt	391	7.037	1,41	25,4	18,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>10.930</b>	<b>111.794</b>	<b>87,75</b>	<b>897,5</b>	<b>10,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>18.354</b>	<b>188.148</b>	<b>120,21</b>	<b>1.232,3</b>	<b>10,3</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>29.284</b>	<b>299.942</b>	<b>105,63</b>	<b>1.081,9</b>	<b>10,2</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	152	2.769	1,22	22,2	18,2
	Frauen	230	4.955	1,51	32,5	21,5
	Gesamt	382	7.724	1,38	27,9	20,2
davon Refahfälle	Männer	151	4.954	1,21	39,8	32,8
	Frauen	239	6.229	1,57	40,8	26,1
	Gesamt	390	11.183	1,41	40,3	28,7

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.22 Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	8.061	40.509	11,82	59,4	5,0
	Frauen	4.116	21.743	13,02	68,8	5,3
	Gesamt	12.177	62.252	12,20	62,4	5,1
Neubildungen (C00–D48)	Männer	929	20.523	1,36	30,1	22,1
	Frauen	808	21.184	2,56	67,0	26,2
	Gesamt	1.737	41.707	1,74	41,8	24,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	369	3.547	0,54	5,2	9,6
	Frauen	241	3.129	0,76	9,9	13,0
	Gesamt	610	6.676	0,61	6,7	10,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.929	106.815	4,30	156,7	36,5
	Frauen	2.588	89.040	8,18	281,6	34,4
	Gesamt	5.517	195.855	5,53	196,2	35,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.370	16.592	2,01	24,3	12,1
	Frauen	1.178	10.927	3,73	34,6	9,3
	Gesamt	2.548	27.519	2,55	27,6	10,8
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	958	5.702	1,40	8,4	6,0
	Frauen	490	2.610	1,55	8,3	5,3
	Gesamt	1.448	8.312	1,45	8,3	5,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	994	8.317	1,46	12,2	8,4
	Frauen	579	4.595	1,83	14,5	7,9
	Gesamt	1.573	12.912	1,58	12,9	8,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.705	31.732	2,50	46,5	18,6
	Frauen	764	11.352	2,42	35,9	14,9
	Gesamt	2.469	43.084	2,47	43,2	17,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	24.334	137.531	35,69	201,7	5,7
	Frauen	14.175	84.474	44,83	267,2	6,0
	Gesamt	38.509	222.005	38,58	222,4	5,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	6.888	39.248	10,10	57,6	5,7
	Frauen	3.724	18.137	11,78	57,4	4,9
	Gesamt	10.612	57.385	10,63	57,5	5,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	825	9.162	1,21	13,4	11,1
	Frauen	433	4.264	1,37	13,5	9,9
	Gesamt	1.258	13.426	1,26	13,5	10,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	7.132	99.426	10,46	145,8	13,9
	Frauen	4.226	67.456	13,37	213,3	16,0
	Gesamt	11.358	166.882	11,38	167,2	14,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	878	7.050	1,29	10,3	8,0
	Frauen	1.399	10.495	4,42	33,2	7,5
	Gesamt	2.277	17.545	2,28	17,6	7,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.010	9.583	3,19	30,3	9,5
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	3.736	30.081	5,48	44,1	8,1
	Frauen	2.780	23.258	8,79	73,6	8,4
	Gesamt	6.516	53.339	6,53	53,4	8,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	3.679	59.514	5,40	87,3	16,2
	Frauen	1.849	30.075	5,85	95,1	16,3
	Gesamt	5.528	89.589	5,54	89,8	16,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	695	12.114	1,02	17,8	17,4
	Frauen	670	13.553	2,12	42,9	20,2
	Gesamt	1.365	25.667	1,37	25,7	18,8
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>65.621</b>	<b>631.198</b>	<b>96,24</b>	<b>925,7</b>	<b>9,6</b>
	<b>Frauen</b>	<b>41.134</b>	<b>427.608</b>	<b>130,09</b>	<b>1.352,4</b>	<b>10,4</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>106.755</b>	<b>1.058.806</b>	<b>106,96</b>	<b>1.060,9</b>	<b>9,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	771	13.000	1,13	19,1	16,9
	Frauen	397	6.062	1,26	19,2	15,3
	Gesamt	1.168	19.062	1,17	19,1	16,3
davon Refahfälle	Männer	762	22.665	1,12	33,2	29,7
	Frauen	464	14.187	1,47	44,9	30,6
	Gesamt	1.226	36.852	1,23	36,9	30,1

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.23 Dienstleistungen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	42.764	236.350	14,18	78,4	5,5
	Frauen	42.764	229.973	14,79	79,5	5,4
	Gesamt	85.528	466.323	14,47	78,9	5,5
Neubildungen (C00-D48)	Männer	5.111	134.226	1,69	44,5	26,3
	Frauen	7.575	232.521	2,62	80,4	30,7
	Gesamt	12.686	366.747	2,15	62,1	28,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	2.190	33.475	0,73	11,1	15,3
	Frauen	2.383	36.802	0,82	12,7	15,4
	Gesamt	4.573	70.277	0,77	11,9	15,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	17.180	632.788	5,69	209,8	36,8
	Frauen	25.572	921.567	8,84	318,7	36,0
	Gesamt	42.752	1.554.355	7,24	263,1	36,4
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	7.246	106.252	2,40	35,2	14,7
	Frauen	12.322	135.816	4,26	47,0	11,0
	Gesamt	19.568	242.068	3,31	41,0	12,4
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	4.705	31.968	1,56	10,6	6,8
	Frauen	4.925	29.832	1,70	10,3	6,1
	Gesamt	9.630	61.800	1,63	10,5	6,4
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	4.172	40.118	1,38	13,3	9,6
	Frauen	5.299	47.053	1,83	16,3	8,9
	Gesamt	9.471	87.171	1,60	14,8	9,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	10.330	247.743	3,42	82,1	24,0
	Frauen	9.068	145.919	3,14	50,5	16,1
	Gesamt	19.398	393.662	3,28	66,6	20,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	107.459	691.958	35,62	229,4	6,4
	Frauen	127.326	808.831	44,03	279,7	6,4
	Gesamt	234.785	1.500.789	39,74	254,0	6,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	39.830	256.618	13,20	85,1	6,4
	Frauen	40.628	221.056	14,05	76,4	5,4
	Gesamt	80.458	477.674	13,62	80,8	5,9
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	5.431	69.232	1,80	23,0	12,8
	Frauen	4.552	45.275	1,57	15,7	10,0
	Gesamt	9.983	114.507	1,69	19,4	11,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	62.073	1.082.582	20,58	358,9	17,4
	Frauen	51.854	972.043	17,93	336,1	18,8
	Gesamt	113.927	2.054.625	19,28	347,7	18,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	4.387	47.181	1,45	15,6	10,8
	Frauen	14.365	110.508	4,97	38,2	7,7
	Gesamt	18.752	157.689	3,17	26,7	8,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	8.631	88.852	2,98	30,7	10,3
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	21.220	203.173	7,03	67,4	9,6
	Frauen	29.096	244.606	10,06	84,6	8,4
	Gesamt	50.316	447.779	8,52	75,8	8,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	31.704	602.594	10,51	199,8	19,0
	Frauen	21.693	381.502	7,50	131,9	17,6
	Gesamt	53.397	984.096	9,04	166,6	18,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	3.967	80.140	1,32	26,6	20,2
	Frauen	6.208	126.449	2,15	43,7	20,4
	Gesamt	10.175	206.589	1,72	35,0	20,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>370.576</b>	<b>4.514.771</b>	<b>122,84</b>	<b>1.496,6</b>	<b>12,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>415.341</b>	<b>4.794.800</b>	<b>143,62</b>	<b>1.658,0</b>	<b>11,5</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>785.917</b>	<b>9.309.571</b>	<b>133,01</b>	<b>1.575,6</b>	<b>11,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	12.128	249.175	4,02	82,6	20,6
	Frauen	6.587	122.383	2,28	42,3	18,6
	Gesamt	18.715	371.558	3,17	62,9	19,9
davon Refahfälle	Männer	4.127	128.798	1,37	42,7	31,2
	Frauen	4.542	145.786	1,57	50,4	32,1
	Gesamt	8.669	274.584	1,47	46,5	31,7

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.24 Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	11.098	68.006	15,79	96,8	6,1
	Frauen	22.347	131.821	17,49	103,2	5,9
	Gesamt	33.445	199.827	16,89	100,9	6,0
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.841	47.716	2,62	67,9	25,9
	Frauen	4.184	132.805	3,28	104,0	31,7
	Gesamt	6.025	180.521	3,04	91,2	30,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	630	10.329	0,90	14,7	16,4
	Frauen	1.371	18.764	1,07	14,7	13,7
	Gesamt	2.001	29.093	1,01	14,7	14,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5.468	194.212	7,78	276,3	35,5
	Frauen	15.140	490.678	11,85	384,1	32,4
	Gesamt	20.608	684.890	10,41	345,9	33,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.234	36.155	3,18	51,4	16,2
	Frauen	6.383	72.253	5,00	56,6	11,3
	Gesamt	8.617	108.408	4,35	54,8	12,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.676	12.777	2,38	18,2	7,6
	Frauen	3.218	20.913	2,52	16,4	6,5
	Gesamt	4.894	33.690	2,47	17,0	6,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.464	16.057	2,08	22,9	11,0
	Frauen	3.101	30.135	2,43	23,6	9,7
	Gesamt	4.565	46.192	2,31	23,3	10,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	3.352	76.642	4,77	109,1	22,9
	Frauen	4.867	77.120	3,81	60,4	15,9
	Gesamt	8.219	153.762	4,15	77,7	18,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	31.281	223.964	44,51	318,7	7,2
	Frauen	71.233	486.134	55,77	380,6	6,8
	Gesamt	102.514	710.098	51,77	358,6	6,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	11.556	81.539	16,44	116,0	7,1
	Frauen	21.444	118.755	16,79	93,0	5,5
	Gesamt	33.000	200.294	16,66	101,2	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.738	21.555	2,47	30,7	12,4
	Frauen	2.370	22.768	1,86	17,8	9,6
	Gesamt	4.108	44.323	2,07	22,4	10,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	22.942	430.953	32,64	613,2	18,8
	Frauen	30.378	546.045	23,78	427,5	18,0
	Gesamt	53.320	976.998	26,93	493,4	18,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.434	15.938	2,04	22,7	11,1
	Frauen	7.128	59.925	5,58	46,9	8,4
	Gesamt	8.562	75.863	4,32	38,3	8,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	2.917	30.892	2,28	24,2	10,6
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	5.836	57.945	8,30	82,5	9,9
	Frauen	14.530	135.850	11,37	106,4	9,4
	Gesamt	20.366	193.795	10,28	97,9	9,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	9.172	182.977	13,05	260,3	20,0
	Frauen	11.172	200.646	8,75	157,1	18,0
	Gesamt	20.344	383.623	10,27	193,7	18,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.323	26.291	1,88	37,4	19,9
	Frauen	3.055	55.930	2,39	43,8	18,3
	Gesamt	4.378	82.221	2,21	41,5	18,8
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>113.280</b>	<b>1.509.046</b>	<b>161,18</b>	<b>2.147,1</b>	<b>13,3</b>
	<b>Frauen</b>	<b>225.410</b>	<b>2.641.337</b>	<b>176,46</b>	<b>2.067,8</b>	<b>11,7</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>338.690</b>	<b>4.150.383</b>	<b>171,04</b>	<b>2.095,9</b>	<b>12,3</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.655	84.602	5,20	120,4	23,2
	Frauen	2.929	47.686	2,29	37,3	16,3
	Gesamt	6.584	132.288	3,32	66,8	20,1
davon Refahfälle	Männer	2.234	69.088	3,18	98,3	30,9
	Frauen	3.595	111.070	2,81	87,0	30,9
	Gesamt	5.829	180.158	2,94	91,0	30,9

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.25 Erziehung und Unterricht

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.429	27.274	14,29	75,2	5,0
	Frauen	20.371	105.559	19,70	102,1	5,2
	Gesamt	25.800	132.833	18,48	95,1	5,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	511	13.334	1,41	36,8	26,1
	Frauen	2.576	84.232	2,49	81,5	32,7
	Gesamt	3.087	97.566	2,21	69,9	31,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	181	3.752	0,50	10,4	20,7
	Frauen	868	11.145	0,84	10,8	12,8
	Gesamt	1.049	14.897	0,75	10,7	14,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.095	71.158	5,78	196,3	34,0
	Frauen	10.058	335.981	9,73	325,0	33,4
	Gesamt	12.153	407.139	8,70	291,6	33,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	835	7.807	2,30	21,5	9,4
	Frauen	4.307	42.012	4,17	40,6	9,8
	Gesamt	5.142	49.819	3,68	35,7	9,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	507	2.597	1,40	7,2	5,1
	Frauen	2.438	13.368	2,36	12,9	5,5
	Gesamt	2.945	15.965	2,11	11,4	5,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	493	4.385	1,36	12,1	8,9
	Frauen	2.472	20.622	2,39	20,0	8,3
	Gesamt	2.965	25.007	2,12	17,9	8,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	983	20.708	2,71	57,1	21,1
	Frauen	3.082	43.989	2,98	42,6	14,3
	Gesamt	4.065	64.697	2,91	46,3	15,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	13.774	77.404	37,99	213,5	5,6
	Frauen	59.077	356.590	57,14	344,9	6,0
	Gesamt	72.851	433.994	52,17	310,8	6,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	4.404	26.191	12,15	72,2	6,0
	Frauen	15.570	77.381	15,06	74,9	5,0
	Gesamt	19.974	103.572	14,30	74,2	5,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	541	5.168	1,49	14,3	9,6
	Frauen	1.648	13.508	1,59	13,1	8,2
	Gesamt	2.189	18.676	1,57	13,4	8,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	4.623	67.850	12,75	187,1	14,7
	Frauen	17.491	298.991	16,92	289,2	17,1
	Gesamt	22.114	366.841	15,84	262,7	16,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	470	4.972	1,30	13,7	10,6
	Frauen	5.268	36.499	5,10	35,3	6,9
	Gesamt	5.738	41.471	4,11	29,7	7,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	2.799	29.047	2,71	28,1	10,4
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.627	19.359	7,25	53,4	7,4
	Frauen	11.199	89.106	10,83	86,2	8,0
	Gesamt	13.826	108.465	9,90	77,7	7,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.912	48.126	8,03	132,7	16,5
	Frauen	8.200	138.537	7,93	134,0	16,9
	Gesamt	11.112	186.663	7,96	133,7	16,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	421	9.109	1,16	25,1	21,6
	Frauen	2.176	42.295	2,10	40,9	19,4
	Gesamt	2.597	51.404	1,86	36,8	19,8
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>40.903</b>	<b>411.139</b>	<b>112,81</b>	<b>1.133,9</b>	<b>10,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>169.972</b>	<b>1.745.982</b>	<b>164,41</b>	<b>1.688,9</b>	<b>10,3</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>210.875</b>	<b>2.157.121</b>	<b>151,01</b>	<b>1.544,8</b>	<b>10,2</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	893	16.043	2,46	44,3	18,0
	Frauen	2.565	40.881	2,48	39,5	15,9
	Gesamt	3.458	56.924	2,48	40,8	16,5
davon Refahfälle	Männer	424	12.953	1,17	35,7	30,6
	Frauen	2.060	61.757	1,99	59,7	30,0
	Gesamt	2.484	74.710	1,78	53,5	30,1

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.26 Gesundheits- und Sozialwesen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	13.029	74.278	15,57	88,8	5,7
	Frauen	65.663	362.062	16,74	92,3	5,5
	Gesamt	78.692	436.340	16,54	91,7	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.388	38.053	1,66	45,5	27,4
	Frauen	9.656	334.518	2,46	85,3	34,6
	Gesamt	11.044	372.571	2,32	78,3	33,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	467	7.681	0,56	9,2	16,5
	Frauen	3.063	56.768	0,78	14,5	18,5
	Gesamt	3.530	64.449	0,74	13,5	18,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	6.884	286.112	8,23	341,9	41,6
	Frauen	40.299	1.532.458	10,27	390,7	38,0
	Gesamt	47.183	1.818.570	9,91	382,2	38,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.077	29.136	2,48	34,8	14,0
	Frauen	16.127	200.027	4,11	51,0	12,4
	Gesamt	18.204	229.163	3,83	48,2	12,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.225	10.398	1,46	12,4	8,5
	Frauen	6.033	45.052	1,54	11,5	7,5
	Gesamt	7.258	55.450	1,53	11,7	7,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.213	11.643	1,45	13,9	9,6
	Frauen	7.047	63.747	1,80	16,3	9,1
	Gesamt	8.260	75.390	1,74	15,8	9,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.922	69.210	3,49	82,7	23,7
	Frauen	12.804	216.354	3,26	55,2	16,9
	Gesamt	15.726	285.564	3,30	60,0	18,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	32.312	212.211	38,62	253,6	6,6
	Frauen	176.189	1.141.092	44,92	290,9	6,5
	Gesamt	208.501	1.353.303	43,81	284,4	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	10.838	78.629	12,95	94,0	7,3
	Frauen	53.768	335.424	13,71	85,5	6,2
	Gesamt	64.606	414.053	13,58	87,0	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.574	21.504	1,88	25,7	13,7
	Frauen	6.502	77.144	1,66	19,7	11,9
	Gesamt	8.076	98.648	1,70	20,7	12,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	16.209	319.406	19,37	381,7	19,7
	Frauen	80.264	1.800.717	20,46	459,1	22,4
	Gesamt	96.473	2.120.123	20,27	445,5	22,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.224	13.770	1,46	16,5	11,3
	Frauen	18.932	179.118	4,83	45,7	9,5
	Gesamt	20.156	192.888	4,24	40,5	9,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	12.275	129.562	3,13	33,0	10,6
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	5.636	57.102	6,74	68,2	10,1
	Frauen	40.031	385.729	10,21	98,4	9,6
	Gesamt	45.667	442.831	9,60	93,1	9,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	8.419	168.523	10,06	201,4	20,0
	Frauen	34.681	707.191	8,84	180,3	20,4
	Gesamt	43.100	875.714	9,06	184,0	20,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.334	32.548	1,59	38,9	24,4
	Frauen	8.906	193.457	2,27	49,3	21,7
	Gesamt	10.240	226.005	2,15	47,5	22,1
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>106.968</b>	<b>1.434.593</b>	<b>127,84</b>	<b>1.714,5</b>	<b>13,4</b>
	<b>Frauen</b>	<b>593.890</b>	<b>7.792.992</b>	<b>151,42</b>	<b>1.987,0</b>	<b>13,1</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>700.858</b>	<b>9.227.585</b>	<b>147,28</b>	<b>1.939,1</b>	<b>13,2</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.705	56.030	3,23	67,0	20,7
	Frauen	10.751	214.916	2,74	54,8	20,0
	Gesamt	13.456	270.946	2,83	56,9	20,1
davon Refahfälle	Männer	1.839	57.565	2,20	68,8	31,3
	Frauen	8.940	288.723	2,28	73,6	32,3
	Gesamt	10.779	346.288	2,27	72,8	32,1



A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.27 Abfallbeseitigung und Recycling

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	2.652	19.798	15,88	118,6	7,5
	Frauen	554	3.457	14,67	91,5	6,2
	Gesamt	3.206	23.255	15,66	113,6	7,3
Neubildungen (C00-D48)	Männer	430	14.264	2,58	85,4	33,2
	Frauen	122	2.910	3,23	77,0	23,9
	Gesamt	552	17.174	2,70	83,9	31,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	202	2.904	1,21	17,4	14,4
	Frauen	38	346	1,01	9,2	9,1
	Gesamt	240	3.250	1,17	15,9	13,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	1.261	46.165	7,55	276,5	36,6
	Frauen	404	13.972	10,70	369,9	34,6
	Gesamt	1.665	60.137	8,13	293,7	36,1
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	548	12.758	3,28	76,4	23,3
	Frauen	205	2.178	5,43	57,7	10,6
	Gesamt	753	14.936	3,68	73,0	19,8
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	338	2.821	2,02	16,9	8,4
	Frauen	80	921	2,12	24,4	11,5
	Gesamt	418	3.742	2,04	18,3	9,0
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	296	3.234	1,77	19,4	10,9
	Frauen	100	734	2,65	19,4	7,3
	Gesamt	396	3.968	1,93	19,4	10,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	985	24.191	5,90	144,9	24,6
	Frauen	134	1.785	3,55	47,3	13,3
	Gesamt	1.119	25.976	5,47	126,9	23,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	6.675	55.733	39,98	333,8	8,4
	Frauen	1.776	12.273	47,02	324,9	6,9
	Gesamt	8.451	68.006	41,28	332,2	8,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	3.016	22.305	18,06	133,6	7,4
	Frauen	647	3.516	17,13	93,1	5,4
	Gesamt	3.663	25.821	17,89	126,1	7,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	433	7.146	2,59	42,8	16,5
	Frauen	103	801	2,73	21,2	7,8
	Gesamt	536	7.947	2,62	38,8	14,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	6.811	141.019	40,79	844,6	20,7
	Frauen	837	16.938	22,16	448,5	20,2
	Gesamt	7.648	157.957	37,36	771,5	20,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	310	3.654	1,86	21,9	11,8
	Frauen	193	1.600	5,11	42,4	8,3
	Gesamt	503	5.254	2,46	25,7	10,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	83	935	2,20	24,8	11,3
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	1.474	17.994	8,83	107,8	12,2
	Frauen	420	3.213	11,12	85,1	7,7
	Gesamt	1.894	21.207	9,25	103,6	11,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	3.190	73.269	19,11	438,8	23,0
	Frauen	337	7.157	8,92	189,5	21,2
	Gesamt	3.527	80.426	17,23	392,8	22,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	335	8.212	2,01	49,2	24,5
	Frauen	87	2.098	2,30	55,6	24,1
	Gesamt	422	10.310	2,06	50,4	24,4
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>29.006</b>	<b>456.332</b>	<b>173,73</b>	<b>2.733,2</b>	<b>15,7</b>
	<b>Frauen</b>	<b>6.145</b>	<b>75.037</b>	<b>162,69</b>	<b>1.986,7</b>	<b>12,2</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>35.151</b>	<b>531.369</b>	<b>171,69</b>	<b>2.595,5</b>	<b>15,1</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.659	42.180	9,94	252,6	25,4
	Frauen	100	2.225	2,65	58,9	22,3
	Gesamt	1.759	44.405	8,59	216,9	25,2
davon Refahfälle	Männer	530	16.393	3,17	98,2	30,9
	Frauen	88	3.134	2,33	83,0	35,6
	Gesamt	618	19.527	3,02	95,4	31,6

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.8.28 Kultur, Sport und Unterhaltung

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	1.568	9.538	11,37	69,2	6,1
	Frauen	2.069	13.004	12,72	80,0	6,3
	Gesamt	3.637	22.542	12,10	75,0	6,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	196	5.600	1,42	40,6	28,6
	Frauen	393	14.889	2,42	91,5	37,9
	Gesamt	589	20.489	1,96	68,2	34,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	82	1.231	0,59	8,9	15,0
	Frauen	122	1.628	0,75	10,0	13,3
	Gesamt	204	2.859	0,68	9,5	14,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	696	27.704	5,05	200,9	39,8
	Frauen	1.477	56.607	9,08	348,0	38,3
	Gesamt	2.173	84.311	7,23	280,5	38,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	235	4.596	1,70	33,3	19,6
	Frauen	522	7.379	3,21	45,4	14,1
	Gesamt	757	11.975	2,52	39,8	15,8
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	163	1.300	1,18	9,4	8,0
	Frauen	206	1.376	1,27	8,5	6,7
	Gesamt	369	2.676	1,23	8,9	7,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	186	2.171	1,35	15,7	11,7
	Frauen	260	2.864	1,60	17,6	11,0
	Gesamt	446	5.035	1,48	16,8	11,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	382	8.242	2,77	59,8	21,6
	Frauen	463	9.178	2,85	56,4	19,8
	Gesamt	845	17.420	2,81	58,0	20,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	4.146	28.312	30,06	205,3	6,8
	Frauen	6.345	43.580	39,01	267,9	6,9
	Gesamt	10.491	71.892	34,90	239,2	6,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	1.472	9.591	10,67	69,5	6,5
	Frauen	1.915	13.535	11,77	83,2	7,1
	Gesamt	3.387	23.126	11,27	76,9	6,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	203	3.462	1,47	25,1	17,1
	Frauen	255	3.909	1,57	24,0	15,3
	Gesamt	458	7.371	1,52	24,5	16,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	2.441	48.375	17,70	350,8	19,8
	Frauen	2.739	57.042	16,84	350,7	20,8
	Gesamt	5.180	105.417	17,23	350,7	20,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	168	1.514	1,22	11,0	9,0
	Frauen	756	5.813	4,65	35,7	7,7
	Gesamt	924	7.327	3,07	24,4	7,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	362	3.765	2,23	23,2	10,4
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	794	7.983	5,76	57,9	10,1
	Frauen	1.484	14.925	9,12	91,8	10,1
	Gesamt	2.278	22.908	7,58	76,2	10,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	1.812	41.456	13,14	300,6	22,9
	Frauen	1.407	27.802	8,65	170,9	19,8
	Gesamt	3.219	69.258	10,71	230,4	21,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	157	3.206	1,14	23,3	20,4
	Frauen	300	6.546	1,84	40,2	21,8
	Gesamt	457	9.752	1,52	32,4	21,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>14.723</b>	<b>204.511</b>	<b>106,75</b>	<b>1.482,8</b>	<b>13,9</b>
	<b>Frauen</b>	<b>21.144</b>	<b>285.657</b>	<b>129,99</b>	<b>1.756,2</b>	<b>13,5</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>35.867</b>	<b>490.168</b>	<b>119,33</b>	<b>1.630,8</b>	<b>13,7</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	921	25.531	6,68	185,1	27,7
	Frauen	469	11.225	2,88	69,0	23,9
	Gesamt	1.390	36.756	4,62	122,3	26,4
davon Refahfälle	Männer	180	5.467	1,31	39,6	30,4
	Frauen	220	6.858	1,35	42,2	31,2
	Gesamt	400	12.325	1,33	41,0	30,8

A.9 BKK Mitgliederzahlen, AU-Tage, Durchschnittsalter und Krankenstand der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach Wirtschaftsabschnitten und Wirtschaftsabteilungen aus WZ 2008 (Berichtsjahr 2016)

A.9 (Teil 1)

Wirtschaftsabschnitt/Wirtschaftsabteilung	WZ-2008-Code*	Beschäftigte Mitglieder insgesamt			AU-Tage je beschäftigtes Mitglied			Durchschnittsalter	Krankenstand in %
		Männer	Frauen	Gesamt**	Männer	Frauen	Gesamt		
<b>ABSCHNITT A – LAND- UND FORSTWIRTSCHAFT, FISCHEREI</b>		9.416	6.024	15.440	14,7	17,4	15,8	39,9	4,31
Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten	1	8.254	5.649	13.903	13,8	17,6	15,4	39,7	4,20
Forstwirtschaft und Holzeinschlag	2	1.076	333	1.409	21,0	14,3	19,4	41,3	5,31
<b>ABSCHNITT B – BERGBAU UND GEWINNUNG VON STEINEN UND ERDEN</b>		3.995	822	4.818	20,2	13,8	19,1	43,7	5,21
Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau	8	2.937	555	3.492	22,4	14,5	21,2	44,8	5,78
<b>ABSCHNITT C – VERARBEITENDES GEWERBE</b>		1.042.076	323.197	1.365.274	18,3	18,9	18,4	43,2	5,04
Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln	10	29.054	32.448	61.502	19,5	22,0	20,8	41,9	5,68
Getränkeherstellung	11	5.380	1.997	7.376	20,1	14,3	18,5	42,7	5,06
Herstellung von Textilien	13	5.513	3.825	9.338	21,7	19,1	20,6	44,9	5,64
Herstellung von Bekleidung	14	1.274	3.414	4.688	12,0	16,6	15,3	41,9	4,19
Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen	15	804	968	1.773	16,1	19,7	18,1	42,7	4,93
Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)	16	7.870	1.897	9.766	19,1	15,4	18,4	41,3	5,03
Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	17	17.541	4.413	21.954	20,5	18,5	20,1	44,5	5,50
Herstellung von Druckerzeugnissen	18	12.405	7.069	19.473	20,0	18,9	19,6	43,9	5,36
Kokerei und Mineralölverarbeitung	19	4.834	967	5.801	16,6	13,9	16,1	44,7	4,40
Herstellung von chemischen Erzeugnissen	20	59.814	18.311	78.125	20,1	17,0	19,4	44,8	5,30
Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	21	19.422	16.957	36.379	16,5	18,7	17,5	42,8	4,79
Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	22	40.596	13.810	54.405	20,5	20,7	20,6	43,3	5,61
Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik	23	18.739	5.329	24.069	20,7	18,1	20,1	44,1	5,50
Metallerzeugung und -bearbeitung	24	48.591	6.338	54.929	23,0	17,3	22,3	44,9	6,10
Herstellung von Metallerzeugnissen	25	73.467	20.082	93.549	19,1	17,9	18,9	42,0	5,15
Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektron. u. optischen Erzeugnissen	26	58.128	27.738	85.866	12,1	18,7	14,3	43,6	3,90
Herstellung von elektrischen Ausrüstungen	27	68.562	26.383	94.945	17,1	22,0	18,5	44,1	5,04
Maschinenbau	28	163.549	34.288	197.837	17,3	15,8	17,1	42,5	4,66
Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	29	328.603	67.028	395.631	18,4	19,6	18,6	43,2	5,08
Sonstiger Fahrzeugbau	30	24.737	4.345	29.082	19,0	15,8	18,6	43,7	5,07
Herstellung von Möbeln	31	9.553	3.189	12.742	18,6	16,8	18,2	41,8	4,96
Herstellung von sonstigen Waren	32	21.422	17.452	38.874	16,2	18,1	17,1	41,9	4,66
Reparatur und Installation von Maschinen und Ausrüstungen	33	21.583	4.587	26.170	17,8	16,9	17,6	42,9	4,82
<b>ABSCHNITT D – ENERGIEVERSORGUNG</b>		43.366	14.010	57.376	15,5	16,1	15,7	44,8	4,28
Energieversorgung	35	43.366	14.010	57.376	15,5	16,1	15,7	44,8	4,28
<b>ABSCHNITT E – WASSERVERSORGUNG, ABFALLBESEITIGUNG</b>		22.814	5.831	28.644	25,7	20,0	24,5	44,9	6,70
Wasserversorgung	36	3.340	1.365	4.706	21,5	20,7	21,3	44,7	5,81
Abwasserentsorgung	37	2.778	688	3.466	20,8	19,6	20,6	43,9	5,62
Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen, Rückgewinnung	38	16.491	3.726	20.217	27,4	20,0	26,0	45,1	7,11
<b>ABSCHNITT F – BAUGEWERBE</b>		142.046	27.066	169.111	20,2	13,4	19,1	40,4	5,22
Hochbau	41	20.412	4.616	25.028	20,7	11,4	19,0	42,4	5,18
Tiefbau	42	18.712	2.307	21.019	23,4	13,9	22,3	43,7	6,09
Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation	43	102.922	20.142	123.064	19,5	13,8	18,6	39,4	5,08
<b>ABSCHNITT G – HANDEL, INSTANDHALTUNG UND REPARATUR VON KRAFTFAHRZEUGEN</b>		262.910	298.730	561.640	15,6	18,7	17,3	40,7	4,72
Handel mit Kraftfahrzeugen, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	45	76.286	22.142	98.428	16,5	14,8	16,1	38,7	4,40
Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	46	106.526	67.908	174.434	15,0	15,4	15,2	42,1	4,14
Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	47	80.098	208.681	288.778	15,6	20,2	18,9	40,5	5,17
<b>ABSCHNITT H – VERKEHR UND LAGEREI</b>		199.490	89.534	289.024	23,9	28,5	25,4	45,0	6,93
Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	49	85.505	18.234	103.739	25,4	27,3	25,8	46,0	7,03
Schifffahrt	50	1.106	794	1.901	14,3	11,5	13,1	41,7	3,58
Luftfahrt	51	2.485	4.812	7.297	16,9	22,6	20,7	40,5	5,64
Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr	52	77.460	29.041	106.501	22,2	21,9	22,1	43,3	6,03
Post-, Kurier- und Expressdienste	53	32.933	36.653	69.586	25,0	35,6	30,6	46,7	8,36
<b>ABSCHNITT I – GASTGEWERBE</b>		35.315	53.365	88.680	13,3	19,0	16,7	38,8	4,56
Beherbergung	55	10.122	18.581	28.703	14,1	17,5	16,3	36,9	4,45
Gastronomie	56	25.193	34.784	59.977	13,0	19,7	16,9	39,7	4,62

\* Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008), Statistisches Bundesamt

\*\* Wirtschaftszweige mit weniger als 1.000 beschäftigten Mitgliedern insgesamt werden nicht gesondert ausgewiesen, sind aber in den Summenwerten enthalten

A.9 BKK Mitgliederzahlen, AU-Tage, Durchschnittsalter und Krankenstand der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach Wirtschaftsabschnitten und Wirtschaftsabteilungen aus WZ 2008 (Berichtsjahr 2016)

A.9 (Teil 2)

Wirtschaftsabschnitt/Wirtschaftsabteilung	WZ-2008-Code*	Beschäftigte Mitglieder insgesamt			AU-Tage je beschäftigtes Mitglied			Durchschnittsalter	Krankenstand in %	
		Männer	Frauen	Gesamt**	Männer	Frauen	Gesamt			
<b>ABSCHNITT J – INFORMATION UND KOMMUNIKATION</b>			97.163	50.547	147.710	10,6	13,7	11,7	41,6	3,19
Verlagswesen	58	7.667	10.173	17.841	9,6	12,8	11,4	42,8	3,12	
Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	59	2.349	2.240	4.589	7,5	11,0	9,2	37,4	2,52	
Rundfunkveranstalter	60	2.440	2.855	5.295	8,4	11,7	10,2	41,2	2,78	
Telekommunikation	61	16.521	3.660	20.181	17,4	20,6	18,0	46,0	4,92	
Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie	62	63.790	27.909	91.699	9,1	13,1	10,3	40,9	2,82	
Informationsdienstleistungen	63	4.396	3.710	8.107	11,4	16,4	13,7	39,4	3,75	
<b>ABSCHNITT K – ERBRINGUNG VON FINANZ- UND VERSICHERUNGSDIENSTLEISTUNGEN</b>			77.197	112.305	189.502	11,6	15,3	13,8	42,0	3,77
Erbringung von Finanzdienstleistungen	64	50.960	76.481	127.441	10,6	15,0	13,3	42,0	3,62	
Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen	65	16.730	18.515	35.244	14,7	17,4	16,1	41,9	4,40	
Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten	66	9.507	17.310	26.817	11,4	14,5	13,4	42,0	3,66	
<b>ABSCHNITT L – GRUNDSTÜCKS- UND WOHNUNGSWESEN</b>			14.453	16.713	31.165	14,5	14,5	14,5	44,2	3,96
Grundstücks- und Wohnungswesen	68	14.453	16.713	31.165	14,5	14,5	14,5	44,2	3,96	
<b>ABSCHNITT M – ERBRINGUNG VON FREIBERUFL., WISSENSCHAFTL. U. TECHN. DIENSTLEISTUNGEN</b>			145.792	165.591	311.382	10,3	12,9	11,7	40,6	3,19
Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	69	15.902	52.902	68.804	6,8	11,4	10,3	39,6	2,81	
Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben, Unternehmensberatung	70	57.673	58.832	116.505	11,0	14,4	12,7	41,8	3,48	
Architektur- und Ingenieurbüros, techn., physikal. u. chem. Untersuchung	71	46.288	25.006	71.294	10,7	12,4	11,3	40,8	3,09	
Forschung und Entwicklung	72	14.859	11.447	26.305	10,1	13,8	11,7	41,3	3,19	
Werbung und Marktforschung	73	7.293	10.070	17.364	10,1	12,5	11,5	37,6	3,14	
Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	74	3.530	4.124	7.654	10,7	12,7	11,8	38,9	3,22	
Veterinärwesen	75	246	3.210	3.456	12,1	13,0	12,9	32,7	3,53	
<b>ABSCHNITT N – ERBRINGUNG VON SONSTIGEN WIRTSCHAFTLICHEN DIENSTLEISTUNGEN</b>			141.428	106.897	248.325	19,8	22,6	21,0	41,5	5,74
Vermietung von beweglichen Sachen	77	6.275	3.666	9.941	15,9	17,8	16,6	41,3	4,52	
Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	78	59.752	28.916	88.668	19,5	21,3	20,1	38,4	5,48	
Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen	79	3.087	8.523	11.610	14,0	14,8	14,6	40,2	3,98	
Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	80	16.899	5.495	22.394	22,2	27,1	23,4	44,7	6,40	
Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	81	33.797	35.093	68.891	21,2	24,9	23,1	44,5	6,31	
Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.	82	21.617	25.204	46.821	18,7	23,2	21,1	41,5	5,77	
<b>ABSCHNITT O – ÖFFENTLICHE VERWALTUNG, VERTEIDIGUNG, SOZIALVERSICHERUNG</b>			70.283	127.738	198.021	21,5	20,7	21,0	44,5	5,73
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	84	70.283	127.738	198.021	21,5	20,7	21,0	44,5	5,73	
<b>ABSCHNITT P – ERZIEHUNG UND UNTERRICHT</b>			36.259	103.382	139.642	11,3	16,9	15,5	40,6	4,22
Erziehung und Unterricht	85	36.259	103.382	139.642	11,3	16,9	15,5	40,6	4,22	
<b>ABSCHNITT Q – GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN</b>			83.672	392.210	475.882	17,2	19,9	19,4	41,1	5,30
Gesundheitswesen	86	41.125	228.320	269.445	16,5	16,9	16,9	40,0	4,61	
Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	87	21.634	86.962	108.596	19,3	25,9	24,6	42,9	6,71	
Sozialwesen (ohne Heime)	88	20.913	76.928	97.841	16,2	21,8	20,6	42,2	5,62	
<b>ABSCHNITT R – KUNST, UNTERHALTUNG UND ERHOLUNG</b>			13.792	16.266	30.057	14,8	17,6	16,3	40,5	4,46
Kreative, künstlerische und unterhaltende Tätigkeiten	90	3.738	3.049	6.787	15,5	14,5	15,0	43,0	4,11	
Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten	91	1.489	2.332	3.821	17,7	19,9	19,0	45,3	5,20	
Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	92	1.743	4.014	5.758	15,4	21,2	19,4	42,4	5,30	
Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	93	6.821	6.870	13.692	13,7	16,1	14,9	37,1	4,07	
<b>ABSCHNITT S – ERBRINGUNG VON SONSTIGEN DIENSTLEISTUNGEN</b>			27.350	66.974	94.323	13,9	16,2	15,5	42,2	4,24
Interessenvertretungen sowie kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen	94	15.978	38.502	54.480	11,9	15,5	14,4	44,2	3,94	
Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern	95	3.115	1.255	4.370	17,0	19,5	17,7	41,6	4,83	
Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen	96	8.257	27.217	35.474	16,5	17,1	16,9	39,2	4,62	
<b>ABSCHNITT T – PRIVATE HAUSHALTE MIT HAUSPERSONAL</b>			585	3.864	4.449	11,8	15,7	15,1	49,0	4,14
Private Haushalte mit Hauspersonal	97	564	3.833	4.397	11,2	15,7	15,1	49,1	4,12	
<b>ABSCHNITT U – EX-TERRITORIALE ORGANISATIONEN UND KÖRPERSCHAFTEN</b>			1.148	768	1.916	28,1	23,3	26,2	47,9	7,16
Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	99	1.148	768	1.916	28,1	23,3	26,2	47,9	7,16	
<b>ALLE WIRTSCHAFTSABSCHNITTE</b>			2.488.750	1.990.286	4.479.036	17,6	18,8	18,1	42,19	4,95

\* Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008), Statistisches Bundesamt

\*\* Wirtschaftszweige mit weniger als 1.000 beschäftigten Mitgliedern insgesamt werden nicht gesondert ausgewiesen, sind aber in den Summenwerten enthalten

A.10 BKK Mitgliederzahlen, AU-Tage, Durchschnittsalter und Krankenstand der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach Berufssektoren, -segmenten und -hauptgruppen aus der KIdB 2010 (Berichtsjahr 2016)

Berufsbezeichnung	KIdB-2010-Code*	Beschäftigte Mitglieder insgesamt			AU-Tage je beschäftigtes Mitglied			Durchschnittsalter	Krankenstand in %
		Männer	Frauen	Gesamt**	Männer	Frauen	Gesamt		
<b>Produktionsberufe</b>	S1	1.196.955	177.028	1.373.983	19,1	21,6	19,4	42,11	5,30
Land-, Forst- und Gartenbauberufe	S11	23.714	12.051	35.765	18,8	19,0	18,9	39,16	5,15
Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe	11	10.276	4.905	15.181	15,4	17,6	16,1	38,44	4,41
Gartenbauberufe und Floristik	12	13.438	7.146	20.584	21,3	20,0	20,8	39,69	5,70
Fertigungsberufe	S12	288.755	52.048	340.803	22,3	23,2	22,4	42,17	6,13
Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikerstellung und -verarbeitung	21	10.039	1.690	11.728	24,0	26,0	24,3	44,00	6,63
Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung	22	53.672	9.951	63.623	22,8	28,4	23,6	41,59	6,46
Papier- und Druckberufe, technische Mediengestaltung	23	25.602	12.701	38.303	20,5	18,1	19,7	41,47	5,38
Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe	24	188.099	16.135	204.235	22,5	26,2	22,8	42,35	6,23
Textil- und Lederberufe	28	7.244	7.605	14.849	21,6	22,8	22,2	43,87	6,07
Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau	93	4.099	3.966	8.065	15,5	13,9	14,7	39,63	4,02
<b>Fertigungstechnische Berufe</b>	S13	708.566	100.405	808.971	17,2	21,9	17,8	42,16	4,86
Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe	25	344.973	38.188	383.160	19,7	26,3	20,3	41,99	5,56
Mechatronik, Energie- und Elektroberufe	26	175.816	22.428	198.244	16,2	24,0	17,0	40,62	4,66
Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- u. Produktionssteuerungsberufe	27	187.778	39.789	227.567	13,6	16,4	14,1	43,77	3,86
Bau- und Ausbauberufe	S14	175.919	12.524	188.442	21,3	15,6	20,9	42,34	5,71
Bauplanungs-, Architektur- und Vermessungsberufe	31	17.494	6.660	24.154	12,5	11,5	12,2	43,05	3,33
Hoch- und Tiefbauberufe	32	46.716	762	47.478	24,1	17,0	24,0	41,70	6,54
(Innen-)Ausbauberufe	33	31.391	1.214	32.605	21,0	19,8	20,9	39,13	5,72
Gebäude- und versorgungstechnische Berufe	34	80.318	3.888	84.205	21,7	21,1	21,6	43,73	5,91
<b>Personenbezogene Dienstleistungsberufe</b>	S2	184.753	608.441	793.194	14,8	18,8	17,9	39,90	4,88
Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe	S21	61.226	87.099	148.325	16,4	20,9	19,1	39,65	5,21
Lebensmittelherstellung und -verarbeitung	29	38.821	32.247	71.067	18,0	26,4	21,8	41,29	5,96
Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe	63	22.405	54.853	77.258	13,6	17,7	16,5	38,14	4,52
Medizinische u. nicht-medizinische Gesundheitsberufe	S22	53.876	311.623	365.498	16,4	18,6	18,3	39,16	4,99
Medizinische Gesundheitsberufe	81	37.927	234.771	272.697	16,0	17,0	16,9	39,15	4,61
Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik	82	15.949	76.852	92.801	17,2	23,5	22,4	39,19	6,12
Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe	S23	69.652	209.719	279.370	12,2	18,2	16,7	40,99	4,56
Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie	83	28.909	163.247	192.156	15,6	20,0	19,3	41,27	5,28
Lehrende und auszubildende Berufe	84	29.968	36.948	66.916	8,9	11,5	10,3	40,42	2,81
Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe	91	3.900	6.081	9.981	10,5	14,4	12,9	40,98	3,53
Darstellende und unterhaltende Berufe	94	6.874	3.443	10.317	13,6	12,5	13,2	39,62	3,61
<b>Kaufmännische und unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe</b>	S3	538.722	963.285	1.502.007	11,8	16,3	14,7	42,12	4,01
<b>Handelsberufe</b>	S31	156.042	253.690	409.732	12,6	19,7	17,0	41,21	4,65
Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe	61	87.374	62.003	149.377	11,0	14,4	12,4	41,94	3,39
Verkaufsberufe	62	68.668	191.686	260.354	14,7	21,4	19,7	40,80	5,37
Berufe in Unternehmensführung und -organisation	S32	223.316	407.128	630.444	11,1	14,5	13,3	42,89	3,63
Berufe in Unternehmensführung und -organisation	71	223.316	407.128	630.444	11,1	14,5	13,3	42,89	3,63
<b>Unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe</b>	S33	159.364	302.468	461.831	12,0	15,8	14,5	41,87	3,96
Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung	72	94.499	159.608	254.107	10,7	14,0	12,8	41,82	3,50
Berufe in Recht und Verwaltung	73	26.886	94.816	121.701	13,9	17,3	16,6	42,93	4,52
Werbung, Marketing, kaufmännische und redaktionelle Medienberufe	92	37.980	48.044	86.024	14,0	18,6	16,6	40,52	4,52
<b>IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe</b>	S4	142.393	45.057	187.450	12,6	16,3	13,5	41,29	3,68
IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe	S41	142.393	45.057	187.450	12,6	16,3	13,5	41,29	3,68
Mathematik, Biologie-, Chemie- und Physikberufe	41	48.766	24.661	73.427	19,0	19,2	19,1	42,47	5,21
Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe	42	3.410	1.312	4.722	12,3	13,7	12,7	39,01	3,46
Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe	43	90.217	19.084	109.301	9,1	12,7	9,7	40,59	2,66
<b>Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungsberufe</b>	S5	382.049	179.211	561.260	24,3	29,1	25,8	45,55	7,05
Sicherheitsberufe	S51	34.318	12.639	46.958	21,9	27,3	23,4	45,70	6,39
Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe	53	34.189	12.534	46.723	21,9	27,3	23,4	45,72	6,38
Verkehrs- und Logistikberufe	S52	330.089	109.770	439.859	24,5	29,9	25,9	45,13	7,07
Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	51	208.382	102.071	310.453	23,7	29,6	25,6	44,26	7,01
Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten	52	121.707	7.699	129.406	26,0	34,3	26,5	47,23	7,23
Reinigungsberufe	S53	17.641	56.802	74.443	23,6	27,8	26,8	47,93	7,32
Reinigungsberufe	54	17.641	56.802	74.443	23,6	27,8	26,8	47,93	7,32
<b>Alle Berufe</b>	S9	2.488.750	1.990.286	4.479.036	17,6	18,8	18,1	42,19	4,95

\* Klassifikation der Berufe, Ausgabe 2010 (KIdB 2010), Bundesagentur für Arbeit

\*\* Berufsgruppen mit weniger als 1.000 beschäftigten Mitgliedern insgesamt werden nicht gesondert ausgewiesen, sind aber in den Summenwerten enthalten.

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.11.1 Baden-Württemberg

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	61.313	320.375	14,28	74,6	5,2
	Frauen	50.993	262.882	14,56	75,0	5,2
	Gesamt	112.306	583.257	14,40	74,8	5,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	8.269	199.984	1,93	46,6	24,2
	Frauen	8.486	290.664	2,42	83,0	34,3
	Gesamt	16.755	490.648	2,15	62,9	29,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.476	38.384	0,58	8,9	15,5
	Frauen	2.108	31.124	0,60	8,9	14,8
	Gesamt	4.584	69.508	0,59	8,9	15,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	21.950	811.320	5,11	188,9	37,0
	Frauen	26.983	990.684	7,70	282,8	36,7
	Gesamt	48.933	1.802.004	6,28	231,1	36,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	9.661	141.403	2,25	32,9	14,6
	Frauen	12.655	150.560	3,61	43,0	11,9
	Gesamt	22.316	291.963	2,86	37,4	13,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	6.522	46.259	1,52	10,8	7,1
	Frauen	5.076	34.878	1,45	10,0	6,9
	Gesamt	11.598	81.137	1,49	10,4	7,0
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	5.842	50.266	1,36	11,7	8,6
	Frauen	5.459	43.782	1,56	12,5	8,0
	Gesamt	11.301	94.048	1,45	12,1	8,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	13.356	306.424	3,11	71,4	22,9
	Frauen	9.305	137.723	2,66	39,3	14,8
	Gesamt	22.661	444.147	2,91	57,0	19,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	153.245	926.042	35,69	215,7	6,0
	Frauen	141.161	848.227	40,30	242,1	6,0
	Gesamt	294.406	1.774.269	37,76	227,6	6,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	53.341	332.208	12,42	77,4	6,2
	Frauen	38.951	219.320	11,12	62,6	5,6
	Gesamt	92.292	551.528	11,84	70,7	6,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	7.603	94.289	1,77	22,0	12,4
	Frauen	4.779	48.977	1,36	14,0	10,3
	Gesamt	12.382	143.266	1,59	18,4	11,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	93.673	1.691.556	21,81	393,9	18,1
	Frauen	59.031	1.173.569	16,85	335,0	19,9
	Gesamt	152.704	2.865.125	19,58	367,5	18,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	5.979	62.208	1,39	14,5	10,4
	Frauen	14.978	115.172	4,28	32,9	7,7
	Gesamt	20.957	177.380	2,69	22,8	8,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	8.437	85.764	2,41	24,5	10,2
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	26.928	228.275	6,27	53,2	8,5
	Frauen	29.012	244.845	8,28	69,9	8,4
	Gesamt	55.940	473.120	7,17	60,7	8,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	45.667	840.822	10,63	195,8	18,4
	Frauen	25.010	453.301	7,14	129,4	18,1
	Gesamt	70.677	1.294.123	9,06	166,0	18,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	5.506	106.373	1,28	24,8	19,3
	Frauen	6.462	119.954	1,84	34,2	18,6
	Gesamt	11.968	226.327	1,53	29,0	18,9
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>522.376</b>	<b>6.215.176</b>	<b>121,65</b>	<b>1.447,3</b>	<b>11,9</b>
	<b>Frauen</b>	<b>450.096</b>	<b>5.271.380</b>	<b>128,49</b>	<b>1.504,8</b>	<b>11,7</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>972.472</b>	<b>11.486.556</b>	<b>124,72</b>	<b>1.473,2</b>	<b>11,8</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	15.284	303.622	3,56	70,7	19,9
	Frauen	6.828	117.997	1,95	33,7	17,3
	Gesamt	22.112	421.619	2,84	54,1	19,1
davon Refahfälle	Männer	9.669	302.851	2,25	70,5	31,3
	Frauen	7.718	255.186	2,20	72,9	33,1
	Gesamt	17.387	558.037	2,23	71,6	32,1

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.11.2 Bayern

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	80.395	408.469	12,72	64,6	5,1
	Frauen	68.358	346.570	13,36	67,7	5,1
	Gesamt	148.753	755.039	13,00	66,0	5,1
Neubildungen (C00–D48)	Männer	11.479	316.192	1,82	50,0	27,6
	Frauen	11.583	396.974	2,26	77,6	34,3
	Gesamt	23.062	713.166	2,02	62,3	30,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	3.932	63.908	0,62	10,1	16,3
	Frauen	3.540	58.966	0,69	11,5	16,7
	Gesamt	7.472	122.874	0,65	10,7	16,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	32.487	1.265.681	5,14	200,2	39,0
	Frauen	40.849	1.527.113	7,98	298,4	37,4
	Gesamt	73.336	2.792.794	6,41	244,1	38,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	14.930	227.788	2,36	36,0	15,3
	Frauen	19.806	230.602	3,87	45,1	11,6
	Gesamt	34.736	458.390	3,04	40,1	13,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	9.392	72.184	1,49	11,4	7,7
	Frauen	7.158	49.353	1,40	9,6	6,9
	Gesamt	16.550	121.537	1,45	10,6	7,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	9.034	80.289	1,43	12,7	8,9
	Frauen	8.588	73.832	1,68	14,4	8,6
	Gesamt	17.622	154.121	1,54	13,5	8,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	20.510	490.324	3,24	77,6	23,9
	Frauen	14.206	240.955	2,78	47,1	17,0
	Gesamt	34.716	731.279	3,03	63,9	21,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	215.963	1.268.629	34,16	200,7	5,9
	Frauen	201.400	1.175.320	39,35	229,7	5,8
	Gesamt	417.363	2.443.949	36,48	213,6	5,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	79.348	514.777	12,55	81,4	6,5
	Frauen	60.340	334.934	11,79	65,4	5,6
	Gesamt	139.688	849.711	12,21	74,3	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	11.520	148.014	1,82	23,4	12,9
	Frauen	7.329	78.852	1,43	15,4	10,8
	Gesamt	18.849	226.866	1,65	19,8	12,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	150.581	2.771.612	23,82	438,4	18,4
	Frauen	91.200	1.900.889	17,82	371,4	20,8
	Gesamt	241.781	4.672.501	21,13	408,4	19,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	8.836	96.239	1,40	15,2	10,9
	Frauen	22.138	180.230	4,33	35,2	8,1
	Gesamt	30.974	276.469	2,71	24,2	8,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	13.844	144.772	2,71	28,3	10,5
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	44.699	381.118	7,07	60,3	8,5
	Frauen	49.305	391.708	9,63	76,5	7,9
	Gesamt	94.004	772.826	8,22	67,6	8,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	75.776	1.485.454	11,99	235,0	19,6
	Frauen	40.564	796.845	7,93	155,7	19,6
	Gesamt	116.340	2.282.299	10,17	199,5	19,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	7.530	167.575	1,19	26,5	22,3
	Frauen	8.561	181.738	1,67	35,5	21,2
	Gesamt	16.091	349.313	1,41	30,5	21,7
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>777.977</b>	<b>9.790.756</b>	<b>123,05</b>	<b>1.548,6</b>	<b>12,6</b>
	<b>Frauen</b>	<b>670.474</b>	<b>8.140.788</b>	<b>131,01</b>	<b>1.590,7</b>	<b>12,1</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>1.448.451</b>	<b>17.931.544</b>	<b>126,61</b>	<b>1.567,4</b>	<b>12,4</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	26.682	561.605	4,22	88,8	21,1
	Frauen	12.146	231.876	2,37	45,3	19,1
	Gesamt	38.828	793.481	3,39	69,4	20,4
davon Refahfälle	Männer	14.496	456.054	2,29	72,1	31,5
	Frauen	10.152	323.350	1,98	63,2	31,9
	Gesamt	24.648	779.404	2,15	68,1	31,6

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.11.3 Berlin

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	15.020	104.722	11,91	83,1	7,0
	Frauen	15.602	112.515	14,34	103,4	7,2
	Gesamt	30.622	217.237	13,03	92,5	7,1
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.165	66.541	1,72	52,8	30,7
	Frauen	2.761	90.083	2,54	82,8	32,6
	Gesamt	4.926	156.624	2,10	66,7	31,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	802	13.092	0,64	10,4	16,3
	Frauen	932	16.793	0,86	15,4	18,0
	Gesamt	1.734	29.885	0,74	12,7	17,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	7.982	305.829	6,33	242,5	38,3
	Frauen	12.515	499.327	11,50	458,8	39,9
	Gesamt	20.497	805.156	8,72	342,7	39,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.705	47.286	2,15	37,5	17,5
	Frauen	4.236	65.779	3,89	60,4	15,5
	Gesamt	6.941	113.065	2,95	48,1	16,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.900	20.826	1,51	16,5	11,0
	Frauen	2.083	14.380	1,91	13,2	6,9
	Gesamt	3.983	35.206	1,70	15,0	8,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.590	18.349	1,26	14,6	11,5
	Frauen	2.020	21.946	1,86	20,2	10,9
	Gesamt	3.610	40.295	1,54	17,2	11,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	5.052	130.993	4,01	103,9	25,9
	Frauen	4.025	76.033	3,70	69,9	18,9
	Gesamt	9.077	207.026	3,86	88,1	22,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	39.428	316.362	31,27	250,9	8,0
	Frauen	48.422	398.022	44,49	365,7	8,2
	Gesamt	87.850	714.384	37,39	304,1	8,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	14.947	114.828	11,85	91,1	7,7
	Frauen	14.938	100.111	13,73	92,0	6,7
	Gesamt	29.885	214.939	12,72	91,5	7,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	2.042	30.289	1,62	24,0	14,8
	Frauen	1.757	22.852	1,61	21,0	13,0
	Gesamt	3.799	53.141	1,62	22,6	14,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	24.791	543.887	19,66	431,3	21,9
	Frauen	21.841	507.945	20,07	466,7	23,3
	Gesamt	46.632	1.051.832	19,85	447,7	22,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.650	22.795	1,31	18,1	13,8
	Frauen	5.076	48.291	4,66	44,4	9,5
	Gesamt	6.726	71.086	2,86	30,3	10,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	3.101	35.294	2,85	32,4	11,4
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	7.661	88.379	6,08	70,1	11,5
	Frauen	10.108	107.871	9,29	99,1	10,7
	Gesamt	17.769	196.250	7,56	83,5	11,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	12.259	301.220	9,72	238,9	24,6
	Frauen	8.809	197.545	8,09	181,5	22,4
	Gesamt	21.068	498.765	8,97	212,3	23,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.854	44.482	1,47	35,3	24,0
	Frauen	2.603	67.756	2,39	62,3	26,0
	Gesamt	4.457	112.238	1,90	47,8	25,2
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>142.185</b>	<b>2.179.496</b>	<b>112,76</b>	<b>1.728,5</b>	<b>15,3</b>
	<b>Frauen</b>	<b>161.267</b>	<b>2.390.630</b>	<b>148,18</b>	<b>2.196,6</b>	<b>14,8</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>303.452</b>	<b>4.570.126</b>	<b>129,17</b>	<b>1.945,3</b>	<b>15,1</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	5.499	143.366	4,36	113,7	26,1
	Frauen	3.395	82.173	3,12	75,5	24,2
	Gesamt	8.894	225.539	3,79	96,0	25,4
davon Refahfälle	Männer	2.272	71.260	1,80	56,5	31,4
	Frauen	2.479	77.064	2,28	70,8	31,1
	Gesamt	4.751	148.324	2,02	63,1	31,2



A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.11.4 Bremen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	3.529	20.336	15,83	91,2	5,8
	Frauen	2.531	14.148	16,46	92,0	5,6
	Gesamt	6.060	34.484	16,09	91,6	5,7
Neubildungen (C00-D48)	Männer	379	9.231	1,70	41,4	24,4
	Frauen	359	11.436	2,34	74,4	31,9
	Gesamt	738	20.667	1,96	54,9	28,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	128	1.606	0,57	7,2	12,6
	Frauen	143	4.045	0,93	26,3	28,3
	Gesamt	271	5.651	0,72	15,0	20,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	1.488	57.718	6,68	259,0	38,8
	Frauen	1.588	63.440	10,33	412,7	40,0
	Gesamt	3.076	121.158	8,17	321,7	39,4
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	543	8.333	2,44	37,4	15,4
	Frauen	541	8.267	3,52	53,8	15,3
	Gesamt	1.084	16.600	2,88	44,1	15,3
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	418	2.456	1,88	11,0	5,9
	Frauen	258	1.854	1,68	12,1	7,2
	Gesamt	676	4.310	1,79	11,4	6,4
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	301	2.649	1,35	11,9	8,8
	Frauen	234	2.127	1,52	13,8	9,1
	Gesamt	535	4.776	1,42	12,7	8,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	759	18.991	3,41	85,2	25,0
	Frauen	439	6.827	2,86	44,4	15,6
	Gesamt	1.198	25.818	3,18	68,6	21,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	7.394	49.648	33,18	222,8	6,7
	Frauen	6.200	41.533	40,33	270,2	6,7
	Gesamt	13.594	91.181	36,10	242,1	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	3.268	20.569	14,66	92,3	6,3
	Frauen	2.082	10.644	13,54	69,2	5,1
	Gesamt	5.350	31.213	14,21	82,9	5,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	502	6.732	2,25	30,2	13,4
	Frauen	267	2.929	1,74	19,1	11,0
	Gesamt	769	9.661	2,04	25,7	12,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	5.750	105.001	25,80	471,1	18,3
	Frauen	3.075	70.341	20,00	457,6	22,9
	Gesamt	8.825	175.342	23,43	465,6	19,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	367	3.454	1,65	15,5	9,4
	Frauen	724	5.462	4,71	35,5	7,5
	Gesamt	1.091	8.916	2,90	23,7	8,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	361	3.554	2,35	23,1	9,8
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	1.860	16.442	8,35	73,8	8,8
	Frauen	1.779	13.987	11,57	91,0	7,9
	Gesamt	3.639	30.429	9,66	80,8	8,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	2.538	49.768	11,39	223,3	19,6
	Frauen	1.393	29.063	9,06	189,1	20,9
	Gesamt	3.931	78.831	10,44	209,3	20,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	348	7.613	1,56	34,2	21,9
	Frauen	361	8.193	2,35	53,3	22,7
	Gesamt	709	15.806	1,88	42,0	22,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>29.627</b>	<b>381.812</b>	<b>132,93</b>	<b>1.713,1</b>	<b>12,9</b>
	<b>Frauen</b>	<b>22.409</b>	<b>299.731</b>	<b>145,77</b>	<b>1.949,7</b>	<b>13,4</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>52.036</b>	<b>681.543</b>	<b>138,17</b>	<b>1.809,7</b>	<b>13,1</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	982	23.997	4,41	107,7	24,4
	Frauen	459	10.973	2,99	71,4	23,9
	Gesamt	1.441	34.970	3,83	92,9	24,3
davon Refahfälle	Männer	460	16.250	2,06	72,9	35,3
	Frauen	359	13.531	2,34	88,0	37,7
	Gesamt	819	29.781	2,17	79,1	36,4

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.11.5 Hamburg

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	4.500	27.020	12,75	76,6	6,0
	Frauen	4.351	23.576	14,45	78,3	5,4
	Gesamt	8.851	50.596	13,53	77,4	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	422	11.413	1,20	32,4	27,1
	Frauen	570	19.690	1,89	65,4	34,5
	Gesamt	992	31.103	1,52	47,6	31,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	219	2.493	0,62	7,1	11,4
	Frauen	214	3.107	0,71	10,3	14,5
	Gesamt	433	5.600	0,66	8,6	12,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.996	87.389	5,66	247,7	43,8
	Frauen	2.802	127.067	9,30	422,0	45,4
	Gesamt	4.798	214.456	7,34	327,9	44,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	760	9.436	2,15	26,7	12,4
	Frauen	976	11.472	3,24	38,1	11,8
	Gesamt	1.736	20.908	2,65	32,0	12,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	461	2.926	1,31	8,3	6,4
	Frauen	418	3.389	1,39	11,3	8,1
	Gesamt	879	6.315	1,34	9,7	7,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	407	4.673	1,15	13,2	11,5
	Frauen	468	3.590	1,55	11,9	7,7
	Gesamt	875	8.263	1,34	12,6	9,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.026	23.112	2,91	65,5	22,5
	Frauen	686	11.181	2,28	37,1	16,3
	Gesamt	1.712	34.293	2,62	52,4	20,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	11.313	77.377	32,06	219,3	6,8
	Frauen	12.350	81.856	41,01	271,8	6,6
	Gesamt	23.663	159.233	36,18	243,5	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.667	23.859	10,39	67,6	6,5
	Frauen	3.258	18.227	10,82	60,5	5,6
	Gesamt	6.925	42.086	10,59	64,4	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	533	6.954	1,51	19,7	13,1
	Frauen	338	3.066	1,12	10,2	9,1
	Gesamt	871	10.020	1,33	15,3	11,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	6.252	117.773	17,72	333,8	18,8
	Frauen	4.477	91.980	14,87	305,4	20,6
	Gesamt	10.729	209.753	16,41	320,7	19,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	425	4.252	1,20	12,1	10,0
	Frauen	1.211	8.931	4,02	29,7	7,4
	Gesamt	1.636	13.183	2,50	20,2	8,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	947	8.787	3,14	29,2	9,3
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.284	26.161	6,47	74,1	11,5
	Frauen	2.768	25.474	9,19	84,6	9,2
	Gesamt	5.052	51.635	7,73	79,0	10,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	3.131	65.862	8,87	186,7	21,0
	Frauen	2.014	39.545	6,69	131,3	19,6
	Gesamt	5.145	105.407	7,87	161,2	20,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	433	10.037	1,23	28,5	23,2
	Frauen	660	13.236	2,19	44,0	20,1
	Gesamt	1.093	23.273	1,67	35,6	21,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>37.891</b>	<b>501.696</b>	<b>107,39</b>	<b>1.421,9</b>	<b>13,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>38.606</b>	<b>495.781</b>	<b>128,20</b>	<b>1.646,4</b>	<b>12,8</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>76.497</b>	<b>997.477</b>	<b>116,97</b>	<b>1.525,3</b>	<b>13,0</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.270	28.044	3,60	79,5	22,1
	Frauen	627	11.890	2,08	39,5	19,0
	Gesamt	1.897	39.934	2,90	61,1	21,1
davon Refahfälle	Männer	381	12.323	1,08	34,9	32,3
	Frauen	373	12.555	1,24	41,7	33,7
	Gesamt	754	24.878	1,15	38,0	33,0

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.11.6 Hessen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	27.385	153.250	13,62	76,2	5,6
	Frauen	23.605	131.930	13,90	77,7	5,6
	Gesamt	50.990	285.180	13,75	76,9	5,6
Neubildungen (C00-D48)	Männer	3.765	95.927	1,87	47,7	25,5
	Frauen	4.393	156.454	2,59	92,1	35,6
	Gesamt	8.158	252.381	2,20	68,0	30,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	1.680	27.126	0,84	13,5	16,2
	Frauen	1.514	25.604	0,89	15,1	16,9
	Gesamt	3.194	52.730	0,86	14,2	16,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	11.960	464.875	5,95	231,2	38,9
	Frauen	15.330	587.900	9,03	346,1	38,4
	Gesamt	27.290	1.052.775	7,36	283,8	38,6
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	5.746	86.419	2,86	43,0	15,0
	Frauen	7.459	85.503	4,39	50,3	11,5
	Gesamt	13.205	171.922	3,56	46,4	13,0
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	3.472	24.768	1,73	12,3	7,1
	Frauen	2.900	22.391	1,71	13,2	7,7
	Gesamt	6.372	47.159	1,72	12,7	7,4
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	3.344	36.840	1,66	18,3	11,0
	Frauen	3.313	31.991	1,95	18,8	9,7
	Gesamt	6.657	68.831	1,79	18,6	10,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	7.772	187.442	3,87	93,2	24,1
	Frauen	5.280	88.726	3,11	52,2	16,8
	Gesamt	13.052	276.168	3,52	74,5	21,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	79.910	528.891	39,75	263,1	6,6
	Frauen	77.673	514.004	45,73	302,6	6,6
	Gesamt	157.583	1.042.895	42,49	281,2	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	28.289	191.302	14,07	95,2	6,8
	Frauen	23.189	140.959	13,65	83,0	6,1
	Gesamt	51.478	332.261	13,88	89,6	6,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	4.016	53.702	2,00	26,7	13,4
	Frauen	2.742	32.352	1,61	19,1	11,8
	Gesamt	6.758	86.054	1,82	23,2	12,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	49.990	931.379	24,86	463,3	18,6
	Frauen	32.725	675.848	19,27	397,9	20,7
	Gesamt	82.715	1.607.227	22,30	433,3	19,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	2.872	35.986	1,43	17,9	12,5
	Frauen	7.773	65.976	4,58	38,8	8,5
	Gesamt	10.645	101.962	2,87	27,5	9,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	4.902	50.984	2,89	30,0	10,4
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	15.585	142.894	7,75	71,1	9,2
	Frauen	17.574	163.403	10,35	96,2	9,3
	Gesamt	33.159	306.297	8,94	82,6	9,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	21.897	425.637	10,89	211,7	19,4
	Frauen	12.991	235.967	7,65	138,9	18,2
	Gesamt	34.888	661.604	9,41	178,4	19,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	3.028	67.047	1,51	33,4	22,1
	Frauen	3.889	80.679	2,29	47,5	20,8
	Gesamt	6.917	147.726	1,86	39,8	21,4
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>271.209</b>	<b>3.463.229</b>	<b>134,90</b>	<b>1.722,6</b>	<b>12,8</b>
	<b>Frauen</b>	<b>247.898</b>	<b>3.103.387</b>	<b>145,94</b>	<b>1.827,0</b>	<b>12,5</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>519.107</b>	<b>6.566.616</b>	<b>139,96</b>	<b>1.770,4</b>	<b>12,7</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	7.890	171.204	3,92	85,2	21,7
	Frauen	3.832	69.412	2,26	40,9	18,1
	Gesamt	11.722	240.616	3,16	64,9	20,5
davon Refahfälle	Männer	4.356	145.001	2,17	72,1	33,3
	Frauen	3.686	125.588	2,17	73,9	34,1
	Gesamt	8.042	270.589	2,17	73,0	33,7

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.11.7 Niedersachsen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	39.342	219.124	15,22	84,8	5,6
	Frauen	30.372	161.965	16,24	86,6	5,3
	Gesamt	69.714	381.089	15,65	85,6	5,5
Neubildungen (C00-D48)	Männer	5.243	141.817	2,03	54,9	27,1
	Frauen	4.698	170.248	2,51	91,0	36,2
	Gesamt	9.941	312.065	2,23	70,1	31,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	1.771	29.235	0,69	11,3	16,5
	Frauen	1.476	25.905	0,79	13,9	17,6
	Gesamt	3.247	55.140	0,73	12,4	17,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	16.297	607.843	6,31	235,2	37,3
	Frauen	18.408	717.296	9,84	383,5	39,0
	Gesamt	34.705	1.325.139	7,79	297,5	38,2
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	6.287	106.607	2,43	41,3	17,0
	Frauen	7.570	93.702	4,05	50,1	12,4
	Gesamt	13.857	200.309	3,11	45,0	14,5
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	4.371	33.506	1,69	13,0	7,7
	Frauen	2.847	20.063	1,52	10,7	7,1
	Gesamt	7.218	53.569	1,62	12,0	7,4
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	3.958	39.631	1,53	15,3	10,0
	Frauen	3.337	33.056	1,78	17,7	9,9
	Gesamt	7.295	72.687	1,64	16,3	10,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	10.416	247.995	4,03	96,0	23,8
	Frauen	5.973	98.654	3,19	52,8	16,5
	Gesamt	16.389	346.649	3,68	77,8	21,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	93.532	617.847	36,19	239,1	6,6
	Frauen	79.029	499.933	42,25	267,3	6,3
	Gesamt	172.561	1.117.780	38,74	250,9	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	39.506	245.913	15,29	95,2	6,2
	Frauen	27.874	155.454	14,90	83,1	5,6
	Gesamt	67.380	401.367	15,13	90,1	6,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	5.409	76.333	2,09	29,5	14,1
	Frauen	3.196	40.912	1,71	21,9	12,8
	Gesamt	8.605	117.245	1,93	26,3	13,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	71.766	1.372.960	27,77	531,3	19,1
	Frauen	39.434	845.512	21,08	452,1	21,4
	Gesamt	111.200	2.218.472	24,96	498,0	20,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	4.159	46.291	1,61	17,9	11,1
	Frauen	8.860	78.098	4,74	41,8	8,8
	Gesamt	13.019	124.389	2,92	27,9	9,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	5.204	55.785	2,78	29,8	10,7
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	19.109	194.936	7,39	75,4	10,2
	Frauen	19.476	182.977	10,41	97,8	9,4
	Gesamt	38.585	377.913	8,66	84,8	9,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	30.895	605.580	11,95	234,3	19,6
	Frauen	15.963	301.320	8,54	161,1	18,9
	Gesamt	46.858	906.900	10,52	203,6	19,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	3.696	74.017	1,43	28,6	20,0
	Frauen	4.383	90.645	2,34	48,5	20,7
	Gesamt	8.079	164.662	1,81	37,0	20,4
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>356.576</b>	<b>4.675.034</b>	<b>137,97</b>	<b>1.809,0</b>	<b>13,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>278.898</b>	<b>3.586.718</b>	<b>149,12</b>	<b>1.917,7</b>	<b>12,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>635.474</b>	<b>8.261.752</b>	<b>142,65</b>	<b>1.854,6</b>	<b>13,0</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	11.140	224.516	4,31	86,9	20,2
	Frauen	5.163	94.984	2,76	50,8	18,4
	Gesamt	16.303	319.500	3,66	71,7	19,6
davon Refahfälle	Männer	6.243	199.068	2,42	77,0	31,9
	Frauen	4.293	142.503	2,30	76,2	33,2
	Gesamt	10.536	341.571	2,37	76,7	32,4

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.11.8 Nordrhein-Westfalen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	69.624	393.807	13,09	74,0	5,7
	Frauen	57.007	316.806	13,62	75,7	5,6
	Gesamt	126.631	710.613	13,32	74,8	5,6
Neubildungen (C00-D48)	Männer	10.141	269.428	1,91	50,6	26,6
	Frauen	11.400	393.580	2,72	94,1	34,5
	Gesamt	21.541	663.008	2,27	69,8	30,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	3.960	74.197	0,74	14,0	18,7
	Frauen	3.304	55.085	0,79	13,2	16,7
	Gesamt	7.264	129.282	0,76	13,6	17,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	32.692	1.395.727	6,14	262,3	42,7
	Frauen	38.557	1.618.596	9,21	386,8	42,0
	Gesamt	71.249	3.014.323	7,50	317,1	42,3
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	13.906	229.912	2,61	43,2	16,5
	Frauen	15.856	206.222	3,79	49,3	13,0
	Gesamt	29.762	436.134	3,13	45,9	14,7
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	9.338	69.592	1,76	13,1	7,5
	Frauen	6.989	47.387	1,67	11,3	6,8
	Gesamt	16.327	116.979	1,72	12,3	7,2
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	7.408	75.637	1,39	14,2	10,2
	Frauen	7.162	65.250	1,71	15,6	9,1
	Gesamt	14.570	140.887	1,53	14,8	9,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	21.026	512.123	3,95	96,3	24,4
	Frauen	12.413	214.561	2,97	51,3	17,3
	Gesamt	33.439	726.684	3,52	76,5	21,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	180.963	1.217.217	34,01	228,8	6,7
	Frauen	168.055	1.089.829	40,16	260,4	6,5
	Gesamt	349.018	2.307.046	36,72	242,7	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	72.237	483.114	13,58	90,8	6,7
	Frauen	55.599	323.230	13,29	77,2	5,8
	Gesamt	127.836	806.344	13,45	84,8	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	10.342	139.053	1,94	26,1	13,5
	Frauen	6.376	71.438	1,52	17,1	11,2
	Gesamt	16.718	210.491	1,76	22,2	12,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	127.647	2.471.063	23,99	464,5	19,4
	Frauen	79.077	1.703.220	18,90	407,0	21,5
	Gesamt	206.724	4.174.283	21,75	439,2	20,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	8.707	96.682	1,64	18,2	11,1
	Frauen	18.642	157.771	4,45	37,7	8,5
	Gesamt	27.349	254.453	2,88	26,8	9,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	10.876	115.548	2,60	27,6	10,6
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	36.105	410.779	6,79	77,2	11,4
	Frauen	38.116	383.713	9,11	91,7	10,1
	Gesamt	74.221	794.492	7,81	83,6	10,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	56.515	1.142.534	10,62	214,8	20,2
	Frauen	31.992	613.992	7,64	146,7	19,2
	Gesamt	88.507	1.756.526	9,31	184,8	19,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	9.106	190.434	1,71	35,8	20,9
	Frauen	9.752	210.632	2,33	50,3	21,6
	Gesamt	18.858	401.066	1,98	42,2	21,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>671.046</b>	<b>9.200.231</b>	<b>126,13</b>	<b>1.729,3</b>	<b>13,7</b>
	<b>Frauen</b>	<b>572.696</b>	<b>7.614.744</b>	<b>136,85</b>	<b>1.819,6</b>	<b>13,3</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>1.243.742</b>	<b>16.814.975</b>	<b>130,85</b>	<b>1.769,1</b>	<b>13,5</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	20.741	460.916	3,90	86,6	22,2
	Frauen	9.233	179.321	2,21	42,9	19,4
	Gesamt	29.974	640.237	3,15	67,4	21,4
davon Refahfälle	Männer	11.501	381.629	2,16	71,7	33,2
	Frauen	9.466	308.632	2,26	73,8	32,6
	Gesamt	20.967	690.261	2,21	72,6	32,9

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.11.9 Rheinland-Pfalz

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	24.589	129.625	19,96	105,2	5,3
	Frauen	17.882	98.521	18,93	104,3	5,5
	Gesamt	42.471	228.146	19,52	104,8	5,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.530	59.472	2,05	48,3	23,5
	Frauen	2.345	84.269	2,48	89,2	35,9
	Gesamt	4.875	143.741	2,24	66,1	29,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.107	16.480	0,90	13,4	14,9
	Frauen	840	12.501	0,89	13,2	14,9
	Gesamt	1.947	28.981	0,89	13,3	14,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	8.812	303.151	7,15	246,1	34,4
	Frauen	10.205	347.415	10,81	367,9	34,0
	Gesamt	19.017	650.566	8,74	298,9	34,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	4.330	59.776	3,51	48,5	13,8
	Frauen	4.665	55.978	4,94	59,3	12,0
	Gesamt	8.995	115.754	4,13	53,2	12,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.480	18.492	2,01	15,0	7,5
	Frauen	1.823	12.970	1,93	13,7	7,1
	Gesamt	4.303	31.462	1,98	14,5	7,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.425	20.050	1,97	16,3	8,3
	Frauen	2.047	16.579	2,17	17,6	8,1
	Gesamt	4.472	36.629	2,05	16,8	8,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	5.536	132.435	4,49	107,5	23,9
	Frauen	3.474	51.578	3,68	54,6	14,9
	Gesamt	9.010	184.013	4,14	84,6	20,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	59.989	385.774	48,70	313,2	6,4
	Frauen	49.746	315.556	52,67	334,1	6,3
	Gesamt	109.735	701.330	50,42	322,3	6,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	19.313	133.109	15,68	108,1	6,9
	Frauen	13.674	82.698	14,48	87,6	6,1
	Gesamt	32.987	215.807	15,16	99,2	6,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3.031	41.026	2,46	33,3	13,5
	Frauen	1.770	16.242	1,87	17,2	9,2
	Gesamt	4.801	57.268	2,21	26,3	11,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	37.591	641.864	30,52	521,0	17,1
	Frauen	20.663	406.016	21,88	429,9	19,7
	Gesamt	58.254	1.047.880	26,77	481,5	18,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.262	22.957	1,84	18,6	10,2
	Frauen	5.209	43.119	5,52	45,7	8,3
	Gesamt	7.471	66.076	3,43	30,4	8,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	2.918	31.415	3,09	33,3	10,8
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	11.847	116.498	9,62	94,6	9,8
	Frauen	11.665	107.533	12,35	113,9	9,2
	Gesamt	23.512	224.031	10,80	102,9	9,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	16.825	309.984	13,66	251,6	18,4
	Frauen	8.644	157.170	9,15	166,4	18,2
	Gesamt	25.469	467.154	11,70	214,7	18,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.654	36.494	1,34	29,6	22,1
	Frauen	1.894	40.529	2,01	42,9	21,4
	Gesamt	3.548	77.023	1,63	35,4	21,7
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>204.768</b>	<b>2.434.770</b>	<b>166,22</b>	<b>1.976,5</b>	<b>11,9</b>
	<b>Frauen</b>	<b>159.886</b>	<b>1.885.879</b>	<b>169,30</b>	<b>1.996,9</b>	<b>11,8</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>364.654</b>	<b>4.320.649</b>	<b>167,56</b>	<b>1.985,3</b>	<b>11,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	5.655	113.093	4,59	91,8	20,0
	Frauen	2.421	44.009	2,56	46,6	18,2
	Gesamt	8.076	157.102	3,71	72,2	19,5
davon Refahfälle	Männer	2.842	90.769	2,31	73,7	31,9
	Frauen	2.214	75.365	2,34	79,8	34,0
	Gesamt	5.056	166.134	2,32	76,3	32,9

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.11.10 Saarland

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	2.767	17.767	13,98	89,7	6,4
	Frauen	1.864	12.305	15,35	101,3	6,6
	Gesamt	4.631	30.072	14,50	94,1	6,5
Neubildungen (C00-D48)	Männer	367	10.570	1,85	53,4	28,8
	Frauen	265	9.550	2,18	78,6	36,0
	Gesamt	632	20.120	1,98	63,0	31,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	127	2.028	0,64	10,2	16,0
	Frauen	80	955	0,66	7,9	11,9
	Gesamt	207	2.983	0,65	9,3	14,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	1.483	68.422	7,49	345,6	46,1
	Frauen	1.262	60.366	10,39	497,0	47,8
	Gesamt	2.745	128.788	8,59	403,2	46,9
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	552	10.073	2,79	50,9	18,3
	Frauen	458	9.503	3,77	78,2	20,8
	Gesamt	1.010	19.576	3,16	61,3	19,4
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	431	5.157	2,18	26,1	12,0
	Frauen	233	1.532	1,92	12,6	6,6
	Gesamt	664	6.689	2,08	20,9	10,1
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	311	3.356	1,57	17,0	10,8
	Frauen	214	2.265	1,76	18,7	10,6
	Gesamt	525	5.621	1,64	17,6	10,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	797	23.703	4,03	119,7	29,7
	Frauen	356	9.097	2,93	74,9	25,6
	Gesamt	1.153	32.800	3,61	102,7	28,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	7.298	52.544	36,86	265,4	7,2
	Frauen	4.869	35.068	40,08	288,7	7,2
	Gesamt	12.167	87.612	38,09	274,3	7,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	2.602	20.548	13,14	103,8	7,9
	Frauen	1.526	10.868	12,56	89,5	7,1
	Gesamt	4.128	31.416	12,92	98,3	7,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	402	6.237	2,03	31,5	15,5
	Frauen	200	2.673	1,65	22,0	13,4
	Gesamt	602	8.910	1,88	27,9	14,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	5.295	110.151	26,74	556,4	20,8
	Frauen	2.378	56.195	19,58	462,6	23,6
	Gesamt	7.673	166.346	24,02	520,7	21,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	336	4.247	1,70	21,5	12,6
	Frauen	571	5.986	4,70	49,3	10,5
	Gesamt	907	10.233	2,84	32,0	11,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	367	4.414	3,02	36,3	12,0
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	1.566	21.229	7,91	107,2	13,6
	Frauen	1.216	14.228	10,01	117,1	11,7
	Gesamt	2.782	35.457	8,71	111,0	12,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	2.485	51.751	12,55	261,4	20,8
	Frauen	1.106	24.790	9,11	204,1	22,4
	Gesamt	3.591	76.541	11,24	239,6	21,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	350	7.966	1,77	40,2	22,8
	Frauen	254	5.996	2,09	49,4	23,6
	Gesamt	604	13.962	1,89	43,7	23,1
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>27.233</b>	<b>417.452</b>	<b>137,55</b>	<b>2.108,5</b>	<b>15,3</b>
	<b>Frauen</b>	<b>17.269</b>	<b>266.500</b>	<b>142,17</b>	<b>2.193,9</b>	<b>15,4</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>44.502</b>	<b>683.952</b>	<b>139,31</b>	<b>2.141,0</b>	<b>15,4</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	731	15.124	3,69	76,4	20,7
	Frauen	355	6.614	2,92	54,5	18,6
	Gesamt	1.086	21.738	3,40	68,1	20,0
davon Refahfälle	Männer	467	17.204	2,36	86,9	36,8
	Frauen	289	9.730	2,38	80,1	33,7
	Gesamt	756	26.934	2,37	84,3	35,6

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.11.11 Schleswig-Holstein

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	8.140	44.995	14,55	80,4	5,5
	Frauen	7.317	39.913	15,16	82,7	5,5
	Gesamt	15.457	84.908	14,83	81,5	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.066	32.529	1,91	58,2	30,5
	Frauen	1.224	44.165	2,54	91,5	36,1
	Gesamt	2.290	76.694	2,20	73,6	33,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	405	6.903	0,72	12,3	17,0
	Frauen	337	6.814	0,70	14,1	20,2
	Gesamt	742	13.717	0,71	13,2	18,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3.309	130.717	5,91	233,7	39,5
	Frauen	4.861	210.542	10,07	436,2	43,3
	Gesamt	8.170	341.259	7,84	327,5	41,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.355	26.351	2,42	47,1	19,5
	Frauen	1.848	21.668	3,83	44,9	11,7
	Gesamt	3.203	48.019	3,07	46,1	15,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	849	5.620	1,52	10,1	6,6
	Frauen	724	4.732	1,50	9,8	6,5
	Gesamt	1.573	10.352	1,51	9,9	6,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	783	7.566	1,40	13,5	9,7
	Frauen	815	8.341	1,69	17,3	10,2
	Gesamt	1.598	15.907	1,53	15,3	10,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.994	45.813	3,56	81,9	23,0
	Frauen	1.286	21.895	2,66	45,4	17,0
	Gesamt	3.280	67.708	3,15	65,0	20,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	17.940	115.701	32,07	206,8	6,5
	Frauen	18.840	123.439	39,03	255,7	6,6
	Gesamt	36.780	239.140	35,29	229,5	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	7.652	50.537	13,68	90,3	6,6
	Frauen	6.519	40.205	13,51	83,3	6,2
	Gesamt	14.171	90.742	13,60	87,1	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.020	14.487	1,82	25,9	14,2
	Frauen	706	7.759	1,46	16,1	11,0
	Gesamt	1.726	22.246	1,66	21,4	12,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	13.019	272.134	23,27	486,5	20,9
	Frauen	9.383	208.850	19,44	432,7	22,3
	Gesamt	22.402	480.984	21,50	461,5	21,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	818	9.598	1,46	17,2	11,7
	Frauen	2.011	17.209	4,17	35,7	8,6
	Gesamt	2.829	26.807	2,71	25,7	9,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.001	9.738	2,07	20,2	9,7
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	3.733	45.644	6,67	81,6	12,2
	Frauen	4.520	45.620	9,36	94,5	10,1
	Gesamt	8.253	91.264	7,92	87,6	11,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	6.519	132.339	11,65	236,6	20,3
	Frauen	3.961	76.477	8,21	158,4	19,3
	Gesamt	10.480	208.816	10,06	200,4	19,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	901	17.426	1,61	31,2	19,3
	Frauen	1.060	24.389	2,20	50,5	23,0
	Gesamt	1.961	41.815	1,88	40,1	21,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>69.664</b>	<b>960.607</b>	<b>124,53</b>	<b>1.717,1</b>	<b>13,8</b>
	<b>Frauen</b>	<b>66.592</b>	<b>914.488</b>	<b>137,96</b>	<b>1.894,5</b>	<b>13,7</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>136.256</b>	<b>1.875.095</b>	<b>130,75</b>	<b>1.799,3</b>	<b>13,8</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.721	62.827	4,86	112,3	23,1
	Frauen	1.259	26.771	2,61	55,5	21,3
	Gesamt	3.980	89.598	3,82	86,0	22,5
davon Refahfälle	Männer	1.023	33.229	1,83	59,4	32,5
	Frauen	942	31.545	1,95	65,4	33,5
	Gesamt	1.965	64.774	1,89	62,2	33,0



A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.11.12 Brandenburg

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	9.865	69.253	11,84	83,1	7,0
	Frauen	9.500	70.046	13,87	102,3	7,4
	Gesamt	19.365	139.299	12,76	91,8	7,2
Neubildungen (C00-D48)	Männer	1.849	53.157	2,22	63,8	28,8
	Frauen	2.164	74.724	3,16	109,1	34,5
	Gesamt	4.013	127.881	2,64	84,2	31,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	769	16.624	0,92	20,0	21,6
	Frauen	687	12.387	1,00	18,1	18,0
	Gesamt	1.456	29.011	0,96	19,1	19,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	5.500	191.691	6,60	230,1	34,9
	Frauen	8.904	334.696	13,00	488,7	37,6
	Gesamt	14.404	526.387	9,49	346,8	36,5
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	1.830	35.612	2,20	42,8	19,5
	Frauen	2.948	45.894	4,30	67,0	15,6
	Gesamt	4.778	81.506	3,15	53,7	17,1
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	1.638	12.622	1,97	15,2	7,7
	Frauen	1.557	12.619	2,27	18,4	8,1
	Gesamt	3.195	25.241	2,10	16,6	7,9
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	1.236	15.958	1,48	19,2	12,9
	Frauen	1.403	16.466	2,05	24,0	11,7
	Gesamt	2.639	32.424	1,74	21,4	12,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	4.564	119.065	5,48	142,9	26,1
	Frauen	3.246	63.348	4,74	92,5	19,5
	Gesamt	7.810	182.413	5,14	120,2	23,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	28.264	238.437	33,93	286,2	8,4
	Frauen	31.281	271.776	45,67	396,8	8,7
	Gesamt	59.545	510.213	39,22	336,1	8,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	13.090	100.326	15,71	120,4	7,7
	Frauen	11.752	75.651	17,16	110,5	6,4
	Gesamt	24.842	175.977	16,36	115,9	7,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	1.789	25.953	2,15	31,2	14,5
	Frauen	1.319	15.589	1,93	22,8	11,8
	Gesamt	3.108	41.542	2,05	27,4	13,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	22.356	478.024	26,83	573,8	21,4
	Frauen	17.337	387.635	25,31	566,0	22,4
	Gesamt	39.693	865.659	26,15	570,3	21,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	1.298	19.742	1,56	23,7	15,2
	Frauen	3.860	45.762	5,64	66,8	11,9
	Gesamt	5.158	65.504	3,40	43,2	12,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.952	23.475	2,85	34,3	12,0
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	4.838	65.672	5,81	78,8	13,6
	Frauen	6.097	80.682	8,90	117,8	13,2
	Gesamt	10.935	146.354	7,20	96,4	13,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	10.431	242.399	12,52	291,0	23,2
	Frauen	6.436	146.936	9,40	214,5	22,8
	Gesamt	16.867	389.335	11,11	256,5	23,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	1.475	31.797	1,77	38,2	21,6
	Frauen	1.803	40.026	2,63	58,4	22,2
	Gesamt	3.278	71.823	2,16	47,3	21,9
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>111.036</b>	<b>1.723.109</b>	<b>133,28</b>	<b>2.068,3</b>	<b>15,5</b>
	<b>Frauen</b>	<b>112.553</b>	<b>1.725.143</b>	<b>164,33</b>	<b>2.518,8</b>	<b>15,3</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>223.589</b>	<b>3.448.252</b>	<b>147,29</b>	<b>2.271,5</b>	<b>15,4</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.298	107.469	5,16	129,0	25,0
	Frauen	2.380	53.167	3,47	77,6	22,3
	Gesamt	6.678	160.636	4,40	105,8	24,1
davon Refahfälle	Männer	1.797	55.654	2,16	66,8	31,0
	Frauen	1.930	59.755	2,82	87,2	31,0
	Gesamt	3.727	115.409	2,46	76,0	31,0

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.11.13 Mecklenburg-Vorpommern

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.015	33.999	12,54	85,1	6,8
	Frauen	5.429	37.119	14,86	101,6	6,8
	Gesamt	10.444	71.118	13,65	93,0	6,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.128	28.881	2,82	72,2	25,6
	Frauen	1.387	44.534	3,80	121,9	32,1
	Gesamt	2.515	73.415	3,29	96,0	29,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	387	6.323	0,97	15,8	16,3
	Frauen	346	6.119	0,95	16,8	17,7
	Gesamt	733	12.442	0,96	16,3	17,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.510	96.070	6,28	240,3	38,3
	Frauen	4.527	178.475	12,39	488,7	39,4
	Gesamt	7.037	274.545	9,20	358,9	39,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	956	19.772	2,39	49,5	20,7
	Frauen	1.544	23.155	4,23	63,4	15,0
	Gesamt	2.500	42.927	3,27	56,1	17,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	821	5.304	2,05	13,3	6,5
	Frauen	934	4.976	2,56	13,6	5,3
	Gesamt	1.755	10.280	2,29	13,4	5,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	656	8.373	1,64	20,9	12,8
	Frauen	778	8.375	2,13	22,9	10,8
	Gesamt	1.434	16.748	1,87	21,9	11,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.081	52.700	5,21	131,8	25,3
	Frauen	1.584	27.397	4,34	75,0	17,3
	Gesamt	3.665	80.097	4,79	104,7	21,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	13.082	108.962	32,72	272,6	8,3
	Frauen	16.480	137.437	45,12	376,3	8,3
	Gesamt	29.562	246.399	38,64	322,1	8,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	6.984	49.868	17,47	124,7	7,1
	Frauen	6.999	41.569	19,16	113,8	5,9
	Gesamt	13.983	91.437	18,28	119,5	6,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	867	14.267	2,17	35,7	16,5
	Frauen	796	9.749	2,18	26,7	12,3
	Gesamt	1.663	24.016	2,17	31,4	14,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	10.970	238.548	27,44	596,7	21,8
	Frauen	9.134	212.168	25,01	580,9	23,2
	Gesamt	20.104	450.716	26,28	589,2	22,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	699	8.437	1,75	21,1	12,1
	Frauen	2.146	21.190	5,88	58,0	9,9
	Gesamt	2.845	29.627	3,72	38,7	10,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	985	11.165	2,70	30,6	11,3
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.449	30.709	6,13	76,8	12,5
	Frauen	3.569	40.878	9,77	111,9	11,5
	Gesamt	6.018	71.587	7,87	93,6	11,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.302	123.061	13,26	307,8	23,2
	Frauen	3.241	74.752	8,87	204,7	23,1
	Gesamt	8.543	197.813	11,17	258,6	23,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	709	15.993	1,77	40,0	22,6
	Frauen	1.105	24.213	3,03	66,3	21,9
	Gesamt	1.814	40.206	2,37	52,6	22,2
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>54.723</b>	<b>843.290</b>	<b>136,89</b>	<b>2.109,4</b>	<b>15,4</b>
	<b>Frauen</b>	<b>61.165</b>	<b>906.863</b>	<b>167,47</b>	<b>2.483,0</b>	<b>14,8</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>115.888</b>	<b>1.750.153</b>	<b>151,49</b>	<b>2.287,8</b>	<b>15,1</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.507	58.355	6,27	146,0	23,3
	Frauen	1.344	30.138	3,68	82,5	22,4
	Gesamt	3.851	88.493	5,03	115,7	23,0
davon Refahfälle	Männer	869	27.082	2,17	67,7	31,2
	Frauen	924	28.088	2,53	76,9	30,4
	Gesamt	1.793	55.170	2,34	72,1	30,8

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.11.14 Sachsen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	6.417	38.902	12,06	73,1	6,1
	Frauen	5.211	32.551	13,23	82,6	6,3
	Gesamt	11.628	71.453	12,56	77,2	6,1
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.314	35.092	2,47	66,0	26,7
	Frauen	1.356	42.428	3,44	107,7	31,3
	Gesamt	2.670	77.520	2,88	83,7	29,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	583	9.564	1,10	18,0	16,4
	Frauen	471	7.626	1,20	19,4	16,2
	Gesamt	1.054	17.190	1,14	18,6	16,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3.184	115.498	5,98	217,1	36,3
	Frauen	4.488	164.105	11,39	416,6	36,6
	Gesamt	7.672	279.603	8,28	301,9	36,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.232	19.470	2,32	36,6	15,8
	Frauen	1.787	22.909	4,54	58,2	12,8
	Gesamt	3.019	42.379	3,26	45,8	14,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.207	10.297	2,27	19,4	8,5
	Frauen	937	5.495	2,38	14,0	5,9
	Gesamt	2.144	15.792	2,32	17,1	7,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	820	7.889	1,54	14,8	9,6
	Frauen	736	8.439	1,87	21,4	11,5
	Gesamt	1.556	16.328	1,68	17,6	10,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.365	57.076	4,44	107,3	24,1
	Frauen	1.644	32.259	4,17	81,9	19,6
	Gesamt	4.009	89.335	4,33	96,5	22,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	19.005	140.647	35,72	264,3	7,4
	Frauen	17.901	137.903	45,44	350,1	7,7
	Gesamt	36.906	278.550	39,85	300,8	7,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	9.095	63.929	17,09	120,1	7,0
	Frauen	7.103	41.962	18,03	106,5	5,9
	Gesamt	16.198	105.891	17,49	114,4	6,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.226	17.899	2,30	33,6	14,6
	Frauen	805	8.699	2,04	22,1	10,8
	Gesamt	2.031	26.598	2,19	28,7	13,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	12.866	258.538	24,18	485,9	20,1
	Frauen	9.044	197.182	22,96	500,6	21,8
	Gesamt	21.910	455.720	23,66	492,1	20,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	840	13.386	1,58	25,2	15,9
	Frauen	2.523	22.908	6,40	58,2	9,1
	Gesamt	3.363	36.294	3,63	39,2	10,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.144	13.788	2,90	35,0	12,1
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	3.045	33.462	5,72	62,9	11,0
	Frauen	3.313	32.226	8,41	81,8	9,7
	Gesamt	6.358	65.688	6,87	70,9	10,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	6.628	141.541	12,46	266,0	21,4
	Frauen	3.787	80.582	9,61	204,6	21,3
	Gesamt	10.415	222.123	11,25	239,9	21,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	640	13.054	1,20	24,5	20,4
	Frauen	718	14.810	1,82	37,6	20,6
	Gesamt	1.358	27.864	1,47	30,1	20,5
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>70.634</b>	<b>979.474</b>	<b>132,75</b>	<b>1.840,8</b>	<b>13,9</b>
	<b>Frauen</b>	<b>63.139</b>	<b>869.176</b>	<b>160,28</b>	<b>2.206,4</b>	<b>13,8</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>133.773</b>	<b>1.848.650</b>	<b>144,46</b>	<b>1.996,3</b>	<b>13,8</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.534	56.418	4,76	106,0	22,3
	Frauen	1.445	30.896	3,67	78,4	21,4
	Gesamt	3.979	87.314	4,30	94,3	21,9
davon Refahfälle	Männer	1.033	28.817	1,94	54,2	27,9
	Frauen	982	29.409	2,49	74,7	30,0
	Gesamt	2.015	58.226	2,18	62,9	28,9

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.11.15 Sachsen-Anhalt

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	4.866	32.700	11,91	80,0	6,7
	Frauen	4.244	27.499	13,10	84,9	6,5
	Gesamt	9.110	60.199	12,44	82,2	6,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.089	29.972	2,67	73,4	27,5
	Frauen	1.270	46.836	3,92	144,6	36,9
	Gesamt	2.359	76.808	3,22	104,9	32,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	507	9.649	1,24	23,6	19,0
	Frauen	425	7.024	1,31	21,7	16,5
	Gesamt	932	16.673	1,27	22,8	17,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.386	89.155	5,84	218,2	37,4
	Frauen	3.819	143.069	11,79	441,6	37,5
	Gesamt	6.205	232.224	8,47	317,0	37,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	989	19.146	2,42	46,9	19,4
	Frauen	1.480	20.421	4,57	63,0	13,8
	Gesamt	2.469	39.567	3,37	54,0	16,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	885	8.114	2,17	19,9	9,2
	Frauen	732	6.625	2,26	20,5	9,1
	Gesamt	1.617	14.739	2,21	20,1	9,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	698	7.565	1,71	18,5	10,8
	Frauen	704	8.536	2,17	26,4	12,1
	Gesamt	1.402	16.101	1,91	22,0	11,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.560	66.800	6,27	163,5	26,1
	Frauen	1.881	32.558	5,81	100,5	17,3
	Gesamt	4.441	99.358	6,06	135,6	22,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	13.839	117.893	33,87	288,5	8,5
	Frauen	14.244	123.504	43,97	381,2	8,7
	Gesamt	28.083	241.397	38,34	329,5	8,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	7.425	51.134	18,17	125,2	6,9
	Frauen	6.474	38.559	19,98	119,0	6,0
	Gesamt	13.899	89.693	18,97	122,4	6,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	937	15.539	2,29	38,0	16,6
	Frauen	697	8.927	2,15	27,6	12,8
	Gesamt	1.634	24.466	2,23	33,4	15,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	11.934	252.755	29,21	618,6	21,2
	Frauen	8.532	194.265	26,34	599,6	22,8
	Gesamt	20.466	447.020	27,94	610,2	21,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	764	9.851	1,87	24,1	12,9
	Frauen	1.987	21.549	6,13	66,5	10,8
	Gesamt	2.751	31.400	3,76	42,9	11,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.056	13.054	3,26	40,3	12,4
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.674	37.970	6,54	92,9	14,2
	Frauen	3.195	40.614	9,86	125,4	12,7
	Gesamt	5.869	78.584	8,01	107,3	13,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.540	115.568	13,56	282,9	20,9
	Frauen	3.119	66.093	9,63	204,0	21,2
	Gesamt	8.659	181.661	11,82	248,0	21,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	556	13.235	1,36	32,4	23,8
	Frauen	789	15.933	2,44	49,2	20,2
	Gesamt	1.345	29.168	1,84	39,8	21,7
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>57.807</b>	<b>879.705</b>	<b>141,48</b>	<b>2.153,0</b>	<b>15,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>54.800</b>	<b>817.731</b>	<b>169,15</b>	<b>2.524,1</b>	<b>14,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>112.607</b>	<b>1.697.436</b>	<b>153,72</b>	<b>2.317,1</b>	<b>15,1</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.260	45.096	5,53	110,4	20,0
	Frauen	1.157	26.628	3,57	82,2	23,0
	Gesamt	3.417	71.724	4,66	97,9	21,0
davon Refahfälle	Männer	884	29.301	2,16	71,7	33,2
	Frauen	880	26.912	2,72	83,1	30,6
	Gesamt	1.764	56.213	2,41	76,7	31,9

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.11.16 Thüringen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.232	33.899	11,79	76,4	6,5
	Frauen	5.119	35.800	13,92	97,4	7,0
	Gesamt	10.351	69.699	12,76	85,9	6,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.322	33.395	2,98	75,3	25,3
	Frauen	1.511	45.411	4,11	123,5	30,1
	Gesamt	2.833	78.806	3,49	97,1	27,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	512	10.359	1,15	23,4	20,2
	Frauen	389	6.517	1,06	17,7	16,8
	Gesamt	901	16.876	1,11	20,8	18,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.549	95.668	5,75	215,6	37,5
	Frauen	4.280	151.208	11,64	411,3	35,3
	Gesamt	6.829	246.876	8,42	304,3	36,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.180	24.971	2,66	56,3	21,2
	Frauen	1.815	24.187	4,94	65,8	13,3
	Gesamt	2.995	49.158	3,69	60,6	16,4
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	957	8.446	2,16	19,0	8,8
	Frauen	775	5.303	2,11	14,4	6,8
	Gesamt	1.732	13.749	2,13	17,0	7,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	696	6.655	1,57	15,0	9,6
	Frauen	774	8.687	2,11	23,6	11,2
	Gesamt	1.470	15.342	1,81	18,9	10,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.473	65.537	5,57	147,7	26,5
	Frauen	1.827	34.180	4,97	93,0	18,7
	Gesamt	4.300	99.717	5,30	122,9	23,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	15.731	126.859	35,46	285,9	8,1
	Frauen	16.613	134.452	45,19	365,7	8,1
	Gesamt	32.344	261.311	39,87	322,1	8,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	7.947	60.176	17,91	135,6	7,6
	Frauen	7.225	44.219	19,65	120,3	6,1
	Gesamt	15.172	104.395	18,70	128,7	6,9
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.083	15.564	2,44	35,1	14,4
	Frauen	774	9.678	2,11	26,3	12,5
	Gesamt	1.857	25.242	2,29	31,1	13,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	12.663	263.927	28,54	594,9	20,8
	Frauen	9.883	215.545	26,88	586,3	21,8
	Gesamt	22.546	479.472	27,79	591,0	21,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	770	10.643	1,74	24,0	13,8
	Frauen	2.227	24.783	6,06	67,4	11,1
	Gesamt	2.997	35.426	3,69	43,7	11,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.111	12.616	3,02	34,3	11,4
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.830	36.709	6,38	82,7	13,0
	Frauen	3.584	40.902	9,75	111,3	11,4
	Gesamt	6.414	77.611	7,91	95,7	12,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	6.115	134.077	13,78	302,2	21,9
	Frauen	3.411	73.508	9,28	200,0	21,6
	Gesamt	9.526	207.585	11,74	255,9	21,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	535	13.655	1,21	30,8	25,5
	Frauen	747	16.977	2,03	46,2	22,7
	Gesamt	1.282	30.632	1,58	37,8	23,9
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>62.753</b>	<b>943.843</b>	<b>141,44</b>	<b>2.127,3</b>	<b>15,0</b>
	<b>Frauen</b>	<b>62.233</b>	<b>887.638</b>	<b>169,29</b>	<b>2.414,6</b>	<b>14,3</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>124.986</b>	<b>1.831.481</b>	<b>154,06</b>	<b>2.257,5</b>	<b>14,7</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.588	59.638	5,83	134,4	23,0
	Frauen	1.183	24.726	3,22	67,3	20,9
	Gesamt	3.771	84.364	4,65	104,0	22,4
davon Refahfälle	Männer	1.021	33.071	2,30	74,5	32,4
	Frauen	1.063	33.828	2,89	92,0	31,8
	Gesamt	2.084	66.899	2,57	82,5	32,1

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.11.17 Bund West

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	337.236	1.843.117	13,79	75,4	5,5
	Frauen	280.312	1.523.242	14,37	78,1	5,4
	Gesamt	617.548	3.366.359	14,05	76,6	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	45.937	1.217.549	1,88	49,8	26,5
	Frauen	48.160	1.669.883	2,47	85,6	34,7
	Gesamt	94.097	2.887.432	2,14	65,7	30,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	16.656	277.721	0,68	11,4	16,7
	Frauen	14.501	241.587	0,74	12,4	16,7
	Gesamt	31.157	519.308	0,71	11,8	16,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	140.818	5.515.036	5,76	225,5	39,2
	Frauen	173.699	6.760.144	8,90	346,5	38,9
	Gesamt	314.517	12.275.180	7,15	279,2	39,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	60.936	958.880	2,49	39,2	15,7
	Frauen	76.191	940.802	3,91	48,2	12,4
	Gesamt	137.127	1.899.682	3,12	43,2	13,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	39.746	302.908	1,63	12,4	7,6
	Frauen	30.547	213.175	1,57	10,9	7,0
	Gesamt	70.293	516.083	1,60	11,7	7,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	35.481	339.937	1,45	13,9	9,6
	Frauen	33.714	304.015	1,73	15,6	9,0
	Gesamt	69.195	643.952	1,57	14,7	9,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	88.488	2.128.207	3,62	87,0	24,1
	Frauen	57.547	959.004	2,95	49,2	16,7
	Gesamt	146.035	3.087.211	3,32	70,2	21,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	869.114	5.571.933	35,54	227,9	6,4
	Frauen	809.053	5.131.450	41,47	263,0	6,3
	Gesamt	1.678.167	10.703.383	38,17	243,5	6,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	324.980	2.137.642	13,29	87,4	6,6
	Frauen	248.366	1.439.721	12,73	73,8	5,8
	Gesamt	573.346	3.577.363	13,04	81,4	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	46.514	618.276	1,90	25,3	13,3
	Frauen	29.501	328.582	1,51	16,8	11,1
	Gesamt	76.015	946.858	1,73	21,5	12,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	588.571	11.076.952	24,07	453,0	18,8
	Frauen	364.065	7.658.630	18,66	392,6	21,0
	Gesamt	952.636	18.735.582	21,67	426,2	19,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	36.502	405.819	1,49	16,6	11,1
	Frauen	87.323	728.018	4,48	37,3	8,3
	Gesamt	123.825	1.133.837	2,82	25,8	9,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	52.028	546.907	2,67	28,0	10,5
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	172.034	1.680.422	7,04	68,7	9,8
	Frauen	185.978	1.686.264	9,53	86,4	9,1
	Gesamt	358.012	3.366.686	8,14	76,6	9,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	275.280	5.433.441	11,26	222,2	19,7
	Frauen	152.716	2.932.890	7,83	150,3	19,2
	Gesamt	427.996	8.366.331	9,74	190,3	19,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	34.901	738.092	1,43	30,2	21,2
	Frauen	40.094	848.781	2,06	43,5	21,2
	Gesamt	74.995	1.586.873	1,71	36,1	21,2
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>3.119.598</b>	<b>40.375.111</b>	<b>127,57</b>	<b>1.651,1</b>	<b>12,9</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.690.940</b>	<b>34.040.804</b>	<b>137,93</b>	<b>1.744,8</b>	<b>12,7</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>5.810.538</b>	<b>74.415.915</b>	<b>132,17</b>	<b>1.692,7</b>	<b>12,8</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	98.891	2.116.142	4,04	86,5	21,4
	Frauen	45.804	878.383	2,35	45,0	19,2
	Gesamt	144.695	2.994.525	3,29	68,1	20,7
davon Refahfälle	Männer	53.792	1.728.468	2,20	70,7	32,1
	Frauen	42.027	1.376.846	2,15	70,6	32,8
	Gesamt	95.819	3.105.314	2,18	70,6	32,4

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.11.18 Bund Ost

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	31.397	208.783	11,99	79,8	6,7
	Frauen	29.504	203.020	13,81	95,1	6,9
	Gesamt	60.901	411.803	12,81	86,6	6,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	6.702	180.497	2,56	69,0	26,9
	Frauen	7.688	253.933	3,60	118,9	33,0
	Gesamt	14.390	434.430	3,03	91,4	30,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.758	52.519	1,05	20,1	19,0
	Frauen	2.318	39.673	1,09	18,6	17,1
	Gesamt	5.076	92.192	1,07	19,4	18,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	16.129	588.082	6,16	224,7	36,5
	Frauen	26.018	971.553	12,18	454,9	37,3
	Gesamt	42.147	1.559.635	8,87	328,1	37,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	6.187	118.971	2,36	45,5	19,2
	Frauen	9.574	136.566	4,48	63,9	14,3
	Gesamt	15.761	255.537	3,32	53,8	16,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	5.508	44.783	2,10	17,1	8,1
	Frauen	4.935	35.018	2,31	16,4	7,1
	Gesamt	10.443	79.801	2,20	16,8	7,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	4.106	46.440	1,57	17,7	11,3
	Frauen	4.395	50.503	2,06	23,7	11,5
	Gesamt	8.501	96.943	1,79	20,4	11,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	14.043	361.178	5,36	138,0	25,7
	Frauen	10.182	189.742	4,77	88,8	18,6
	Gesamt	24.225	550.920	5,10	115,9	22,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	89.921	732.798	34,35	280,0	8,2
	Frauen	96.520	805.080	45,19	377,0	8,3
	Gesamt	186.441	1.537.878	39,22	323,5	8,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	44.541	325.433	17,02	124,3	7,3
	Frauen	39.555	241.965	18,52	113,3	6,1
	Gesamt	84.096	567.398	17,69	119,4	6,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	5.902	89.222	2,25	34,1	15,1
	Frauen	4.391	52.642	2,06	24,7	12,0
	Gesamt	10.293	141.864	2,17	29,9	13,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	70.791	1.491.806	27,04	569,9	21,1
	Frauen	53.930	1.206.795	25,25	565,1	22,4
	Gesamt	124.721	2.698.601	26,24	567,7	21,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	4.371	62.059	1,67	23,7	14,2
	Frauen	12.744	136.195	5,97	63,8	10,7
	Gesamt	17.115	198.254	3,60	41,7	11,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	6.248	74.098	2,93	34,7	11,9
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	15.836	204.522	6,05	78,1	12,9
	Frauen	19.758	235.302	9,25	110,2	11,9
	Gesamt	35.594	439.824	7,49	92,5	12,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	34.016	756.646	13,00	289,1	22,2
	Frauen	19.994	441.871	9,36	206,9	22,1
	Gesamt	54.010	1.198.517	11,36	252,1	22,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.915	87.734	1,50	33,5	22,4
	Frauen	5.162	111.959	2,42	52,4	21,7
	Gesamt	9.077	199.693	1,91	42,0	22,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>356.957</b>	<b>5.369.465</b>	<b>136,37</b>	<b>2.051,3</b>	<b>15,0</b>
	<b>Frauen</b>	<b>353.895</b>	<b>5.206.572</b>	<b>165,70</b>	<b>2.437,9</b>	<b>14,7</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>710.852</b>	<b>10.576.037</b>	<b>149,55</b>	<b>2.225,0</b>	<b>14,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	14.187	326.976	5,42	124,9	23,1
	Frauen	7.509	165.555	3,52	77,5	22,1
	Gesamt	21.696	492.531	4,56	103,6	22,7
davon Refahfälle	Männer	5.604	173.925	2,14	66,4	31,0
	Frauen	5.779	177.992	2,71	83,3	30,8
	Gesamt	11.383	351.917	2,39	74,0	30,9

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2016)

A.11.19 Bund Gesamt

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	368.633	2.051.900	13,62	75,8	5,6
	Frauen	309.816	1.726.262	14,31	79,8	5,6
	Gesamt	678.449	3.778.162	13,93	77,6	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	52.639	1.398.046	1,94	51,6	26,6
	Frauen	55.848	1.923.816	2,58	88,9	34,5
	Gesamt	108.487	3.321.862	2,23	68,2	30,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	19.414	330.240	0,72	12,2	17,0
	Frauen	16.819	281.260	0,78	13,0	16,7
	Gesamt	36.233	611.500	0,74	12,6	16,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	156.947	6.103.118	5,80	225,5	38,9
	Frauen	199.717	7.731.697	9,23	357,2	38,7
	Gesamt	356.664	13.834.815	7,32	284,0	38,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	67.123	1.077.851	2,48	39,8	16,1
	Frauen	85.765	1.077.368	3,96	49,8	12,6
	Gesamt	152.888	2.155.219	3,14	44,2	14,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	45.254	347.691	1,67	12,8	7,7
	Frauen	35.482	248.193	1,64	11,5	7,0
	Gesamt	80.736	595.884	1,66	12,2	7,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	39.587	386.377	1,46	14,3	9,8
	Frauen	38.109	354.518	1,76	16,4	9,3
	Gesamt	77.696	740.895	1,59	15,2	9,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	102.531	2.489.385	3,79	92,0	24,3
	Frauen	67.729	1.148.746	3,13	53,1	17,0
	Gesamt	170.260	3.638.131	3,49	74,7	21,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	959.035	6.304.731	35,43	232,9	6,6
	Frauen	905.573	5.936.530	41,84	274,3	6,6
	Gesamt	1.864.608	12.241.261	38,27	251,3	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	369.521	2.463.075	13,65	91,0	6,7
	Frauen	287.921	1.681.686	13,30	77,7	5,8
	Gesamt	657.442	4.144.761	13,50	85,1	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	52.416	707.498	1,94	26,1	13,5
	Frauen	33.892	381.224	1,57	17,6	11,3
	Gesamt	86.308	1.088.722	1,77	22,4	12,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	659.362	12.568.758	24,36	464,3	19,1
	Frauen	417.995	8.865.425	19,31	409,6	21,2
	Gesamt	1.077.357	21.434.183	22,11	440,0	19,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	40.873	467.878	1,51	17,3	11,5
	Frauen	100.067	864.213	4,62	39,9	8,6
	Gesamt	140.940	1.332.091	2,89	27,3	9,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	58.276	621.005	2,69	28,7	10,7
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	187.870	1.884.944	6,94	69,6	10,0
	Frauen	205.736	1.921.566	9,50	88,8	9,3
	Gesamt	393.606	3.806.510	8,08	78,1	9,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	309.296	6.190.087	11,43	228,7	20,0
	Frauen	172.710	3.374.761	7,98	155,9	19,5
	Gesamt	482.006	9.564.848	9,89	196,3	19,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	38.816	825.826	1,43	30,5	21,3
	Frauen	45.256	960.740	2,09	44,4	21,2
	Gesamt	84.072	1.786.566	1,73	36,7	21,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>3.476.555</b>	<b>45.744.576</b>	<b>128,42</b>	<b>1.689,8</b>	<b>13,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>3.044.835</b>	<b>39.247.376</b>	<b>140,67</b>	<b>1.813,2</b>	<b>12,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>6.521.390</b>	<b>84.991.952</b>	<b>133,86</b>	<b>1.744,6</b>	<b>13,0</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	113.078	2.443.118	4,18	90,3	21,6
	Frauen	53.313	1.043.938	2,46	48,2	19,6
	Gesamt	166.391	3.487.056	3,42	71,6	21,0
davon Refahfälle	Männer	59.396	1.902.393	2,19	70,3	32,0
	Frauen	47.806	1.554.838	2,21	71,8	32,5
	Gesamt	107.202	3.457.231	2,20	71,0	32,3



A.12.1 Landkreise Baden-Württemberg

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Stuttgart	8111	43.160	12,35	3,37	13,33	3,64
Böblingen	8115	32.688	13,22	3,61	13,29	3,63
Esslingen	8116	42.729	12,88	3,52	12,92	3,53
Göppingen	8117	19.316	15,32	4,19	15,00	4,10
Ludwigsburg	8118	53.913	14,02	3,83	14,02	3,83
Rems-Murr-Kreis	8119	27.629	13,87	3,79	13,81	3,77
Heilbronn	8121	9.499	15,48	4,23	16,01	4,37
Heilbronn	8125	37.323	14,88	4,07	14,93	4,08
Hohenlohekreis	8126	7.743	14,85	4,06	15,18	4,15
Schwäbisch Hall	8127	9.480	15,40	4,21	15,51	4,24
Main-Tauber-Kreis	8128	5.618	14,25	3,89	14,48	3,96
Heidenheim	8135	17.119	17,04	4,66	16,57	4,53
Ostalbkreis	8136	20.901	16,82	4,60	16,53	4,52
Baden-Baden	8211	2.937	14,54	3,97	14,63	4,00
Karlsruhe	8212	19.471	14,65	4,00	14,78	4,04
Karlsruhe	8215	33.967	15,85	4,33	15,61	4,27
Rastatt	8216	22.551	16,54	4,52	16,45	4,49
Heidelberg	8221	5.343	11,51	3,15	12,30	3,36
Mannheim	8222	20.628	17,16	4,69	17,49	4,78
Neckar-Odenwald-Kreis	8225	10.206	17,45	4,77	17,34	4,74
Rhein-Neckar-Kreis	8226	34.765	16,76	4,58	16,64	4,55
Pforzheim	8231	4.161	16,43	4,49	16,30	4,45
Calw	8235	9.139	15,03	4,11	14,70	4,02
Enzkreis	8236	10.842	13,90	3,80	13,71	3,75
Freudenstadt	8237	5.787	15,71	4,29	15,36	4,20
Freiburg im Breisgau	8311	8.915	11,15	3,05	11,40	3,11
Breisgau-Hochschwarzwald	8315	12.684	13,63	3,72	13,40	3,66
Emmendingen	8316	7.679	13,89	3,80	13,57	3,71
Ortenaukreis	8317	18.363	15,92	4,35	15,72	4,29
Rottweil	8325	10.584	14,84	4,06	14,67	4,01
Schwarzwald-Baar-Kreis	8326	20.468	15,72	4,30	15,44	4,22
Tuttlingen	8327	12.725	15,09	4,12	14,98	4,09
Konstanz	8335	16.538	14,96	4,09	14,65	4,00
Lörrach	8336	11.112	13,80	3,77	13,73	3,75
Waldshut	8337	7.622	13,60	3,72	13,45	3,68
Reutlingen	8415	17.879	15,69	4,29	15,72	4,29
Tübingen	8416	11.199	13,73	3,75	13,80	3,77
Zollernalbkreis	8417	8.319	15,16	4,14	15,24	4,16
Ulm	8421	9.975	14,60	3,99	14,95	4,08
Alb-Donau-Kreis	8425	16.090	15,44	4,22	15,18	4,15
Biberach	8426	18.923	13,81	3,77	13,77	3,76
Bodenseekreis	8435	30.813	15,08	4,12	14,82	4,05
Ravensburg	8436	26.400	13,81	3,77	13,91	3,80
Sigmaringen	8437	6.519	14,55	3,98	14,38	3,93
alle Kreise	8999	779.725	14,73	4,03	14,71	4,02

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2016)

A.12.2 Landkreise Bayern

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Ingolstadt	9161	31.892	15,75	4,30	16,63	4,54
München, Landeshauptstadt	9162	113.160	12,25	3,35	13,23	3,61
Rosenheim	9163	3.943	15,35	4,19	15,82	4,32
Altötting	9171	4.736	15,50	4,24	15,31	4,18
Berchtesgadener Land	9172	2.300	15,09	4,12	15,16	4,14
Bad Tölz-Wolfratshausen	9173	7.361	12,84	3,51	12,82	3,50
Dachau	9174	21.613	14,59	3,99	14,58	3,98
Ebersberg	9175	11.381	12,54	3,43	12,51	3,42
Eichstätt	9176	36.959	14,48	3,96	14,98	4,09
Erding	9177	10.166	14,91	4,07	15,34	4,19
Freising	9178	13.695	13,57	3,71	13,87	3,79
Fürstenfeldbruck	9179	17.312	13,23	3,61	13,28	3,63
Garmisch-Partenkirchen	9180	2.960	14,07	3,84	14,17	3,87
Landsberg am Lech	9181	7.707	13,09	3,58	12,91	3,53
Miesbach	9182	5.534	13,62	3,72	13,47	3,68
Mühldorf a.Inn	9183	5.944	16,23	4,43	16,27	4,44
München	9184	24.470	11,66	3,19	11,66	3,19
Neuburg-Schrobenhausen	9185	19.987	16,02	4,38	16,56	4,53
Pfaffenhofen a.d.Ilm	9186	22.458	15,80	4,32	16,26	4,44
Rosenheim	9187	17.680	13,82	3,77	13,77	3,76
Starnberg	9188	7.329	10,98	3,00	11,14	3,04
Traunstein	9189	12.181	15,34	4,19	15,15	4,14
Weilheim-Schongau	9190	9.073	15,19	4,15	14,75	4,03
Landshut	9261	5.476	15,65	4,28	16,26	4,44
Passau	9262	3.231	15,31	4,18	15,53	4,24
Straubing	9263	3.591	19,92	5,44	20,41	5,58
Deggendorf	9271	10.700	16,80	4,59	16,76	4,58
Freyung-Grafenau	9272	6.485	17,59	4,81	17,63	4,82
Kelheim	9273	12.669	15,35	4,19	15,69	4,29
Landshut	9274	20.120	15,54	4,25	15,94	4,36
Passau	9275	15.240	17,16	4,69	17,06	4,66
Regen	9276	8.486	16,86	4,61	16,85	4,60
Rottal-Inn	9277	9.603	14,74	4,03	14,69	4,01
Straubing-Bogen	9278	9.765	17,17	4,69	17,02	4,65
Dingolfing-Landau	9279	22.144	15,85	4,33	16,10	4,40
Amberg	9361	4.675	17,72	4,84	17,45	4,77
Regensburg	9362	13.333	14,88	4,06	16,00	4,37
Weiden i.d.OPf.	9363	3.434	19,07	5,21	18,79	5,13
Amberg-Weizsach	9371	10.849	16,60	4,53	16,46	4,50
Cham	9372	8.348	17,90	4,89	18,03	4,93
Neumarkt i.d.OPf.	9373	14.283	14,56	3,98	14,92	4,08
Neustadt a.d.Waldnaab	9374	7.804	18,54	5,07	18,58	5,08
Regensburg	9375	24.167	16,13	4,41	16,18	4,42
Schwandorf	9376	14.153	18,52	5,06	18,66	5,10
Tirschenreuth	9377	5.830	17,63	4,82	17,08	4,67
Bamberg	9461	5.285	16,57	4,53	16,96	4,63
Bayreuth	9462	2.085	15,54	4,25	15,94	4,36
Coburg	9463	4.279	19,04	5,20	18,81	5,14
Hof	9464	2.304	24,45	6,68	23,56	6,44
Bamberg	9471	17.978	18,50	5,05	18,43	5,04
Bayreuth	9472	4.693	19,70	5,38	20,00	5,46
Coburg	9473	12.829	21,28	5,81	20,84	5,69
Forchheim	9474	17.816	16,40	4,48	16,31	4,46
Hof	9475	4.238	16,75	4,58	16,09	4,40
Kronach	9476	3.341	20,79	5,68	20,19	5,52
Kulmbach	9477	2.305	16,38	4,48	15,81	4,32

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2016)

Fortsetzung: A.12.2 Landkreise Bayern

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Lichtenfels	9478	4.834	20,61	5,63	20,35	5,56
Wunsiedel i.Fichtelgebirge	9479	3.310	18,22	4,98	16,82	4,59
Ansbach	9561	3.948	16,81	4,59	16,73	4,57
Erlangen	9562	16.907	13,78	3,77	13,68	3,74
Fürth	9563	10.588	17,68	4,83	17,85	4,88
Nürnberg	9564	37.261	15,90	4,35	16,55	4,52
Ansbach	9571	13.365	15,97	4,36	16,32	4,46
Erlangen-Höchstadt	9572	17.600	14,17	3,87	13,94	3,81
Fürth	9573	10.337	16,26	4,44	16,21	4,43
Nürnberger Land	9574	10.932	16,22	4,43	16,04	4,38
Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	9575	5.464	17,61	4,81	17,87	4,88
Roth	9576	14.512	16,83	4,60	16,73	4,57
Weißenburg-Gunzenhausen	9577	6.700	19,35	5,29	18,93	5,17
Aschaffenburg	9661	5.785	17,24	4,71	17,61	4,81
Schweinfurt	9662	3.938	18,56	5,07	18,02	4,92
Würzburg	9663	6.887	13,75	3,76	14,42	3,94
Aschaffenburg	9671	15.658	17,23	4,71	16,90	4,62
Bad Kissingen	9672	6.355	19,58	5,35	19,13	5,23
Rhön-Grabfeld	9673	6.594	19,32	5,28	18,40	5,03
Haßberge	9674	10.934	20,24	5,53	19,86	5,43
Kitzingen	9675	4.394	18,20	4,97	18,75	5,12
Miltenberg	9676	17.620	17,96	4,91	17,82	4,87
Main-Spessart	9677	11.369	16,98	4,64	16,90	4,62
Schweinfurt	9678	13.427	18,68	5,10	18,13	4,95
Würzburg	9679	11.404	16,31	4,46	16,13	4,41
Augsburg	9761	30.413	17,58	4,80	17,69	4,83
Kaufbeuren	9762	1.559	15,40	4,21	15,54	4,25
Kempton (Allgäu)	9763	3.185	15,36	4,20	15,45	4,22
Memmingen	9764	1.606	14,33	3,91	14,95	4,09
Aichach-Friedberg	9771	17.324	14,66	4,01	14,63	4,00
Augsburg	9772	29.418	16,86	4,61	16,70	4,56
Dillingen a.d.Donau	9773	6.992	18,07	4,94	18,17	4,97
Günzburg	9774	6.295	16,63	4,54	16,43	4,49
Neu-Ulm	9775	16.428	16,55	4,52	16,28	4,45
Lindau (Bodensee)	9776	5.490	13,66	3,73	13,68	3,74
Ostallgäu	9777	7.124	14,84	4,06	14,84	4,05
Unterallgäu	9778	6.078	14,04	3,84	14,14	3,86
Donau-Ries	9779	7.542	15,52	4,24	15,90	4,34
Oberallgäu	9780	13.076	14,75	4,03	14,65	4,00
alle Kreise	9999	1.144.038	15,67	4,28	15,83	4,32

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12.3 Landkreise Berlin

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Berlin, Stadt	11000	234.927	19,45	5,32	19,53	5,34
alle Kreise	11999	234.927	19,45	5,32	19,53	5,34

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2016)

A.12.4 Landkreise Bremen

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Bremen, Stadt	4011	34.499	17,76	4,85	17,74	4,85
Bremerhaven, Stadt	4012	3.162	21,82	5,96	21,30	5,82
alle Kreise	4999	37.661	18,10	4,94	18,03	4,93

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12.5 Landkreise Hamburg

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Hamburg, Freie und Hansestadt	2000	65.398	15,25	4,17	16,45	4,49
alle Kreise	2999	65.398	15,25	4,17	16,45	4,49

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12.6 Landkreise Hessen

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Darmstadt, Wissenschaftsstadt	6411	9.230	15,20	4,15	15,36	4,20
Frankfurt am Main, Stadt	6412	34.827	12,90	3,52	13,90	3,80
Offenbach am Main, Stadt	6413	5.056	18,42	5,03	18,91	5,17
Wiesbaden, Landeshauptstadt	6414	13.623	16,24	4,44	16,33	4,46
Bergstraße	6431	22.542	17,78	4,86	17,30	4,73
Darmstadt-Dieburg	6432	19.955	17,74	4,85	17,71	4,84
Groß-Gerau	6433	15.404	17,57	4,80	17,65	4,82
Hochtaunuskreis	6434	11.199	13,27	3,63	13,03	3,56
Main-Kinzig-Kreis	6435	29.378	18,95	5,18	18,94	5,17
Main-Taunus-Kreis	6436	12.747	13,73	3,75	13,53	3,70
Odenwaldkreis	6437	4.206	19,61	5,36	19,06	5,21
Offenbach	6438	17.417	16,15	4,41	16,05	4,39
Rheingau-Taunus-Kreis	6439	9.530	15,85	4,33	15,34	4,19
Wetteraukreis	6440	14.860	17,44	4,77	17,21	4,70
Gießen	6531	8.484	19,42	5,31	19,42	5,30
Lahn-Dill-Kreis	6532	7.664	19,40	5,30	19,33	5,28
Limburg-Weilburg	6533	6.427	18,76	5,13	18,64	5,09
Marburg-Biedenkopf	6534	7.048	18,53	5,06	18,53	5,06
Vogelsbergkreis	6535	4.308	21,56	5,89	20,94	5,72
Kassel, documenta-Stadt	6611	19.163	18,33	5,01	18,67	5,10
Fulda	6631	15.824	18,76	5,12	19,04	5,20
Hersfeld-Rotenburg	6632	7.156	22,03	6,02	21,86	5,97
Kassel	6633	28.077	19,24	5,26	18,62	5,09
Schwalm-Eder-Kreis	6634	21.073	20,73	5,66	20,26	5,53
Waldeck-Frankenberg	6635	10.325	21,05	5,75	20,84	5,70
Werra-Meißner-Kreis	6636	15.384	21,15	5,78	20,67	5,65
alle Kreise	6999	370.907	17,70	4,84	17,65	4,82

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2016)

A.12.7 Landkreise Niedersachsen

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Braunschweig, Stadt	3101	20.418	16,49	4,50	17,07	4,66
Salzgitter, Stadt	3102	8.157	20,81	5,69	20,60	5,63
Wolfsburg, Stadt	3103	29.006	17,85	4,88	17,99	4,91
Gifhorn	3151	27.229	19,03	5,20	18,50	5,06
Göttingen	3152	10.459	19,29	5,27	19,00	5,19
Goslar	3153	4.006	19,26	5,26	19,07	5,21
Helmstedt	3154	13.290	20,26	5,53	19,74	5,39
Northeim	3155	7.897	21,02	5,74	19,79	5,41
Osterode am Harz	3156	2.175	22,31	6,10	20,87	5,70
Peine	3157	9.347	20,81	5,68	20,30	5,55
Wolfenbüttel	3158	9.653	18,69	5,11	18,06	4,93
Region Hannover	3241	72.408	18,18	4,97	18,10	4,95
Diepholz	3251	10.809	17,30	4,73	16,68	4,56
Hamelin-Pyrmont	3252	4.111	18,60	5,08	17,96	4,91
Hildesheim	3254	15.042	19,02	5,20	18,56	5,07
Holz Minden	3255	2.997	17,91	4,89	17,01	4,65
Nienburg (Weser)	3256	5.419	19,18	5,24	18,40	5,03
Schaumburg	3257	7.471	20,24	5,53	19,73	5,39
Celle	3351	5.455	18,88	5,16	18,49	5,05
Cuxhaven	3352	5.981	20,69	5,65	20,19	5,52
Harburg	3353	11.299	17,78	4,86	17,74	4,85
Lüchow-Dannenberg	3354	2.221	20,92	5,72	19,73	5,39
Lüneburg	3355	4.961	17,46	4,77	17,60	4,81
Osterholz	3356	8.293	18,85	5,15	18,20	4,97
Rotenburg (Wümme)	3357	5.841	18,69	5,11	18,43	5,03
Soltau-Fallingb. Bostel	3358	5.411	20,80	5,68	19,84	5,42
Stade	3359	6.467	17,20	4,70	17,26	4,72
Uelzen	3360	2.167	21,78	5,95	20,65	5,64
Verden	3361	8.188	16,52	4,51	16,06	4,39
Delmenhorst, Stadt	3401	4.231	21,24	5,80	20,56	5,62
Emden, Stadt	3402	5.034	17,51	4,78	17,88	4,89
Oldenburg (Oldenburg), Stadt	3403	7.582	14,95	4,08	14,95	4,08
Osnabrück, Stadt	3404	8.770	17,02	4,65	17,17	4,69
Wilhelmshaven, Stadt	3405	1.914	19,70	5,38	19,36	5,29
Ammerland	3451	5.120	16,99	4,64	16,61	4,54
Aurich	3452	15.171	20,69	5,65	20,16	5,51
Cloppenburg	3453	4.104	16,30	4,45	16,41	4,48
Emsland	3454	10.072	17,12	4,68	16,75	4,58
Friesland	3455	3.531	20,33	5,55	19,13	5,23
Grafschaft Bentheim	3456	4.602	18,67	5,10	18,45	5,04
Leer	3457	6.905	18,60	5,08	17,91	4,89
Oldenburg	3458	6.558	16,52	4,51	16,04	4,38
Osnabrück	3459	22.448	18,09	4,94	17,76	4,85
Vechta	3460	3.485	15,04	4,11	15,25	4,17
Wesermarsch	3461	7.709	20,69	5,65	19,75	5,40
Wittmund	3462	2.053	21,18	5,79	20,55	5,61
alle Kreise	3999	445.466	18,55	5,07	18,23	4,98

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2016)

A.12.8 Landkreise Nordrhein-Westfalen

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Düsseldorf, Stadt	5111	32.665	14,26	3,90	14,74	4,03
Duisburg, Stadt	5112	31.019	21,41	5,85	21,22	5,80
Essen, Stadt	5113	26.917	17,82	4,87	17,58	4,80
Krefeld, Stadt	5114	14.784	19,19	5,24	18,81	5,14
Mönchengladbach, Stadt	5116	10.087	18,79	5,13	18,40	5,03
Mülheim an der Ruhr, Stadt	5117	8.895	16,57	4,53	16,03	4,38
Oberhausen, Stadt	5119	8.720	20,47	5,59	20,25	5,53
Remscheid, Stadt	5120	12.875	19,22	5,25	18,69	5,11
Solingen, Stadt	5122	11.492	16,44	4,49	15,91	4,35
Wuppertal, Stadt	5124	22.615	17,63	4,82	17,21	4,70
Kleve	5154	9.603	16,81	4,59	16,39	4,48
Mettmann	5158	28.335	15,86	4,33	15,29	4,18
Rhein-Kreis Neuss	5162	29.742	17,27	4,72	16,84	4,60
Viersen	5166	15.332	19,19	5,24	18,57	5,07
Wesel	5170	21.081	19,33	5,28	18,90	5,16
Bonn, Stadt	5314	13.137	12,62	3,45	13,19	3,60
Köln, Stadt	5315	78.564	16,30	4,45	16,68	4,56
Leverkusen, Stadt	5316	24.173	18,52	5,06	17,65	4,82
Städteregion Aachen	5334	25.519	17,90	4,89	17,70	4,84
Düren	5358	16.749	21,02	5,74	20,63	5,64
Rhein-Erft-Kreis	5362	31.185	17,03	4,65	16,59	4,53
Euskirchen	5366	9.515	18,76	5,13	18,28	4,99
Heinsberg	5370	13.597	19,54	5,34	19,41	5,30
Oberbergischer Kreis	5374	20.355	16,73	4,57	16,18	4,42
Rheinisch-Bergischer Kreis	5378	26.851	15,51	4,24	14,82	4,05
Rhein-Sieg-Kreis	5382	35.095	16,25	4,44	15,91	4,35
Bottrop, Stadt	5512	3.576	21,29	5,82	20,93	5,72
Gelsenkirchen, Stadt	5513	7.467	22,70	6,20	22,24	6,08
Münster, Stadt	5515	10.577	13,84	3,78	14,28	3,90
Borken	5554	12.172	15,85	4,33	16,20	4,43
Coesfeld	5558	7.268	16,98	4,64	16,68	4,56
Recklinghausen	5562	16.605	19,79	5,41	19,27	5,27
Steinfurt	5566	18.715	18,04	4,93	17,88	4,88
Warendorf	5570	14.106	17,27	4,72	16,95	4,63
Bielefeld, Stadt	5711	26.547	17,36	4,74	16,96	4,63
Gütersloh	5754	35.857	17,33	4,73	16,81	4,59
Herford	5758	18.307	16,93	4,63	16,15	4,41
Höxter	5762	5.639	17,54	4,79	16,98	4,64
Lippe	5766	16.600	16,15	4,41	15,69	4,29
Minden-Lübbecke	5770	24.316	17,92	4,90	17,42	4,76
Paderborn	5774	17.034	17,30	4,73	17,16	4,69
Bochum, Stadt	5911	11.494	20,62	5,63	20,41	5,58
Dortmund, Stadt	5913	19.390	18,66	5,10	19,00	5,19
Hagen, Stadt	5914	7.284	20,37	5,57	19,50	5,33
Hamm, Stadt	5915	4.885	20,00	5,46	20,09	5,49
Herne, Stadt	5916	6.129	23,38	6,39	22,71	6,20
Ennepe-Ruhr-Kreis	5954	16.541	19,97	5,46	19,01	5,19
Hochsauerlandkreis	5958	8.057	15,75	4,30	15,35	4,19
Märkischer Kreis	5962	15.373	19,67	5,37	18,69	5,11
Olpe	5966	4.233	16,30	4,45	16,35	4,47
Siegen-Wittgenstein	5970	17.280	18,14	4,96	17,84	4,88
Soest	5974	10.372	17,58	4,80	17,17	4,69
Unna	5978	15.783	20,22	5,52	19,71	5,39
alle Kreise	5999	950.510	17,69	4,83	17,35	4,74

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12.9 Landkreise Rheinland-Pfalz

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Koblenz, kreisfreie Stadt	7111	3.894	17,74	4,85	18,64	5,09
Ahrweiler	7131	4.998	17,71	4,84	17,38	4,75
Altenkirchen (Westerwald)	7132	5.582	21,36	5,84	21,13	5,77
Bad Kreuznach	7133	7.016	19,26	5,26	18,87	5,16
Birkenfeld	7134	1.861	19,45	5,32	19,05	5,21
Cochem-Zell	7135	2.212	18,59	5,08	18,25	4,99
Mayen-Koblenz	7137	8.853	19,50	5,33	19,22	5,25
Neuwied	7138	9.054	18,49	5,05	18,41	5,03
Rhein-Hunsrück-Kreis	7140	4.758	19,00	5,19	18,80	5,14
Rhein-Lahn-Kreis	7141	4.885	21,35	5,83	21,02	5,74
Westerwaldkreis	7143	6.387	21,49	5,87	21,42	5,85
Trier, kreisfreie Stadt	7211	2.672	18,47	5,05	18,74	5,12
Bernkastel-Wittlich	7231	2.858	20,50	5,60	20,69	5,65
Eifelkreis Bitburg-Prüm	7232	2.187	17,47	4,77	17,14	4,68
Vulkaneifel	7233	2.073	19,66	5,37	19,27	5,27
Trier-Saarburg	7235	3.973	19,96	5,45	19,67	5,38
Frankenthal (Pfalz), kreisfreie Stadt	7311	4.350	20,47	5,59	20,14	5,50
Kaiserslautern, kreisfreie Stadt	7312	5.731	20,76	5,67	20,30	5,55
Ludwigshafen am Rhein, kreisfreie Stadt	7314	18.409	21,31	5,82	21,20	5,79
Mainz, kreisfreie Stadt	7315	7.771	14,25	3,89	15,38	4,20
Neustadt an der Weinstraße, kreisfreie Stadt	7316	2.246	19,27	5,26	19,07	5,21
Pirmasens, kreisfreie Stadt	7317	845	23,09	6,31	22,05	6,03
Speyer, kreisfreie Stadt	7318	3.987	19,87	5,43	19,78	5,40
Worms, kreisfreie Stadt	7319	4.678	21,20	5,79	21,48	5,87
Alzey-Worms	7331	6.623	21,69	5,93	21,64	5,91
Bad Dürkheim	7332	13.537	20,26	5,54	19,45	5,31
Donnersbergkreis	7333	5.207	23,44	6,40	23,16	6,33
Germersheim	7334	11.724	18,69	5,11	18,30	5,00
Kaiserslautern	7335	8.605	20,53	5,61	19,99	5,46
Kusel	7336	4.257	23,01	6,29	22,07	6,03
Südliche Weinstraße	7337	10.334	18,36	5,02	18,21	4,97
Rhein-Pfalz-Kreis	7338	17.822	19,83	5,42	19,21	5,25
Mainz-Bingen	7339	11.082	18,71	5,11	18,18	4,97
Südwestpfalz	7340	7.151	21,88	5,98	21,04	5,75
alle Kreise	7999	217.629	19,85	5,42	19,53	5,34

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2016)

A.12.10 Landkreise Saarland

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Regionalverband Saarbrücken	10041	8.375	20,81	5,68	21,38	5,84
Merzig-Wadern	10042	2.675	20,92	5,72	20,68	5,65
Neunkirchen	10043	3.215	22,77	6,22	23,09	6,31
Saarlouis	10044	9.400	21,46	5,86	22,08	6,03
Saarpfalz-Kreis	10045	6.233	21,78	5,95	21,08	5,76
St. Wendel	10046	2.047	21,04	5,75	20,49	5,60
alle Kreise	10999	31.946	21,41	5,85	21,57	5,89

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12.11 Landkreise Schleswig-Holstein

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Flensburg, Stadt	1001	1.935	15,42	4,21	15,61	4,27
Kiel, Landeshauptstadt	1002	6.668	17,06	4,66	18,73	5,12
Lübeck, Hansestadt	1003	8.153	20,22	5,52	19,99	5,46
Neumünster, Stadt	1004	2.421	20,68	5,65	20,94	5,72
Dithmarschen	1051	6.885	18,57	5,07	18,09	4,94
Herzogtum Lauenburg	1053	7.570	17,58	4,80	17,75	4,85
Nordfriesland	1054	4.498	18,01	4,92	17,79	4,86
Ostholstein	1055	5.664	19,03	5,20	18,75	5,12
Pinneberg	1056	10.860	16,37	4,47	16,28	4,45
Plön	1057	3.218	19,29	5,27	18,69	5,11
Rendsburg-Eckernförde	1058	14.114	18,27	4,99	17,64	4,82
Schleswig-Flensburg	1059	5.862	16,67	4,55	16,55	4,52
Segeberg	1060	8.654	18,79	5,13	18,91	5,17
Steinburg	1061	10.391	18,81	5,14	18,25	4,99
Stormarn	1062	7.322	15,48	4,23	15,37	4,20
alle Kreise	1999	104.213	17,99	4,92	17,82	4,87

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation



A.12.12 Landkreise Brandenburg

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Brandenburg an der Havel, Stadt	12051	4.173	22,83	6,24	21,67	5,92
Cottbus, Stadt	12052	3.792	21,67	5,92	20,61	5,63
Frankfurt (Oder), Stadt	12053	1.789	20,38	5,57	19,71	5,39
Potsdam, Stadt	12054	10.710	18,99	5,19	18,93	5,17
Barnim	12060	14.099	24,03	6,57	22,33	6,10
Dahme-Spreewald	12061	10.211	22,95	6,27	21,69	5,93
Elbe-Elster	12062	3.649	22,76	6,22	20,97	5,73
Havelland	12063	11.876	23,09	6,31	21,85	5,97
Märkisch-Oderland	12064	15.342	23,58	6,44	21,85	5,97
Oberhavel	12065	14.787	22,87	6,25	21,77	5,95
Oberspreewald-Lausitz	12066	5.113	22,97	6,28	21,62	5,91
Oder-Spree	12067	12.820	22,79	6,23	21,35	5,83
Ostprignitz-Ruppin	12068	4.393	24,10	6,58	22,59	6,17
Potsdam-Mittelmark	12069	13.969	21,25	5,81	20,05	5,48
Prignitz	12070	3.269	25,78	7,04	23,09	6,31
Spree-Neiße	12071	4.028	22,86	6,25	21,37	5,84
Teltow-Fläming	12072	11.814	24,01	6,56	23,09	6,31
Uckermark	12073	5.969	21,49	5,87	20,11	5,49
alle Kreise	12999	151.804	22,72	6,21	21,45	5,86

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12.13 Landkreise Mecklenburg-Vorpommern

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Rostock	13003	10.962	19,34	5,28	19,05	5,21
Schwerin	13004	5.889	20,81	5,69	19,52	5,33
Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	13071	10.582	23,70	6,48	21,98	6,00
Landkreis Rostock	13072	12.220	22,58	6,17	21,07	5,76
Landkreis Vorpommern-Rügen	13073	9.700	22,45	6,13	21,23	5,80
Landkreis Nordwestmecklenburg	13074	6.532	24,90	6,80	23,73	6,48
Landkreis Vorpommern-Greifswald	13075	8.485	23,76	6,49	22,08	6,03
Landkreis Ludwigslust-Parchim	13076	12.131	25,29	6,91	23,50	6,42
alle Kreise	13999	76.501	22,88	6,25	21,53	5,88

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2016)

A.12.14 Landkreise Sachsen

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Chemnitz, Stadt	14511	5.243	21,14	5,78	20,69	5,65
Erzgebirgskreis	14521	4.208	21,34	5,83	20,22	5,53
Mittelsachsen	14522	5.070	21,27	5,81	19,76	5,40
Vogtlandkreis	14523	2.989	21,50	5,87	19,91	5,44
Zwickau	14524	10.632	21,39	5,84	20,64	5,64
Dresden, Stadt	14612	16.013	16,78	4,59	16,80	4,59
Bautzen	14625	5.199	22,11	6,04	20,11	5,49
Görlitz	14626	4.196	23,25	6,35	21,50	5,87
Meißen	14627	6.991	19,50	5,33	18,10	4,95
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	14628	4.747	19,82	5,41	18,71	5,11
Leipzig, Stadt	14713	17.488	17,92	4,90	18,86	5,15
Leipzig	14729	5.367	22,10	6,04	21,02	5,74
Nordsachsen	14730	4.438	23,58	6,44	22,60	6,18
alle Kreise	14999	92.603	19,96	5,45	19,36	5,29

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12.15 Landkreise Sachsen-Anhalt

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Dessau-Roßlau, Stadt	15001	2.741	24,38	6,66	22,95	6,27
Halle (Saale), Stadt	15002	8.855	21,76	5,95	21,52	5,88
Magdeburg, Landeshauptstadt	15003	7.245	19,95	5,45	19,99	5,46
Altmarkkreis Salzwedel	15081	2.288	20,42	5,58	19,46	5,32
Anhalt-Bitterfeld	15082	4.724	24,42	6,67	23,36	6,38
Börde	15083	7.412	24,21	6,62	23,29	6,36
Burgenlandkreis	15084	5.975	23,88	6,53	22,62	6,18
Harz	15085	6.395	23,69	6,47	22,36	6,11
Jerichower Land	15086	3.408	23,85	6,52	22,59	6,17
Mansfeld-Südharz	15087	3.261	25,49	6,97	24,36	6,66
Saalekreis	15088	8.808	23,25	6,35	21,97	6,00
Salzlandkreis	15089	5.316	23,71	6,48	22,34	6,10
Stendal	15090	3.073	22,43	6,13	21,04	5,75
Wittenberg	15091	3.751	24,89	6,80	23,15	6,32
alle Kreise	15999	73.256	23,17	6,33	22,15	6,05

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2016)

A.12.16 Landkreise Thüringen

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Erfurt, Stadt	16051	12.070	20,43	5,58	19,74	5,39
Gera, Stadt	16052	2.032	23,08	6,31	21,69	5,92
Jena, Stadt	16053	2.292	15,86	4,33	16,99	4,64
Suhl, Stadt	16054	1.027	19,43	5,31	17,55	4,80
Weimar, Stadt	16055	1.555	18,91	5,17	18,70	5,11
Eisenach, Stadt	16056	2.561	22,70	6,20	21,09	5,76
Eichsfeld	16061	3.474	22,36	6,11	21,31	5,82
Nordhausen	16062	3.409	25,21	6,89	23,32	6,37
Wartburgkreis	16063	6.044	25,34	6,92	23,70	6,48
Unstrut-Hainich-Kreis	16064	4.255	21,43	5,86	20,31	5,55
Kyffhäuserkreis	16065	1.475	25,09	6,85	23,55	6,43
Schmalkalden-Meiningen	16066	5.113	23,60	6,45	21,70	5,93
Gotha	16067	6.212	23,06	6,30	21,51	5,88
Sömmerda	16068	3.468	22,68	6,20	21,13	5,77
Hildburghausen	16069	3.012	25,57	6,99	23,59	6,44
Ilm-Kreis	16070	4.205	22,77	6,22	21,27	5,81
Weimarer Land	16071	2.791	21,56	5,89	20,26	5,54
Sonneberg	16072	3.659	25,15	6,87	23,34	6,38
Saalfeld-Rudolstadt	16073	3.437	22,48	6,14	20,52	5,61
Saale-Holzland-Kreis	16074	1.977	22,89	6,25	21,68	5,92
Saale-Orla-Kreis	16075	2.625	21,63	5,91	19,79	5,41
Greiz	16076	1.907	21,22	5,80	19,60	5,35
Altenburger Land	16077	2.531	24,45	6,68	22,30	6,09
alle Kreise	16999	81.130	22,57	6,17	21,17	5,78

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

Diagnosehauptgruppen und Diagnoseuntergruppen nach dem ICD-10-GM Schlüssel

Gliederungsebene	Anzahl	ICD-10-Code
Diagnosehauptgruppen/Kapitel	21	Kapitel I–XXI
Diagnoseuntergruppen/Gruppen	234	A00–Z99

ICD-10-Code	Bezeichnung
<b>Kapitel I</b>	<b>Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)</b>
A00–A09	Infektiöse Darmkrankheiten
A15–A19	Tuberkulose
A20–A28	Bestimmte bakterielle Zoonosen
A30–A49	Sonstige bakterielle Krankheiten
A50–A64	Infektionen, die vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragen werden
A65–A69	Sonstige Spirochätenkrankheiten
A70–A74	Sonstige Krankheiten durch Chlamydien
A75–A79	Rickettsiosen
A80–A89	Virusinfektionen des Zentralnervensystems
A90–A99	Durch Arthropoden übertragene Viruskrankheiten und virale hämorrhagische Fieber
B00–B09	Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind
B15–B19	Virushepatitis
B20–B24	HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
B25–B34	Sonstige Viruskrankheiten
B35–B49	Mykosen
B50–B64	Protozoenkrankheiten
B65–B83	Helminthosen
B85–B89	Pedikulose [Läusebefall], Akarinose [Milbenbefall] und sonstiger Parasitenbefall der Haut
B90–B94	Folgezustände von infektiösen und parasitären Krankheiten
B95–B98	Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
B99–B99	Sonstige Infektionskrankheiten
<b>Kapitel II</b>	<b>Neubildungen (C00–D48)</b>
C00–C14	Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
C15–C26	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane
C30–C39	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
C40–C41	Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels
C43–C44	Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut
C45–C49	Bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes
C50–C50	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mamma]
C51–C58	Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane
C60–C63	Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane
C64–C68	Bösartige Neubildungen der Harnorgane
C69–C72	Bösartige Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems
C73–C75	Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen
C76–C80	Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
C81–C96	Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet

ICD-10-Code	Bezeichnung
C97–C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
D00–D09	In-situ-Neubildungen
D10–D36	Gutartige Neubildungen
D37–D48	Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens
<b>Kapitel III</b>	<b>Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50–D90)</b>
D50–D53	Alimentäre Anämien
D55–D59	Hämolytische Anämien
D60–D64	Aplastische und sonstige Anämien
D65–D69	Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen
D70–D77	Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
D80–D90	Bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
<b>Kapitel IV</b>	<b>Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)</b>
E00–E07	Krankheiten der Schilddrüse
E10–E14	Diabetes mellitus
E15–E16	Sonstige Störungen der Blutglukose-Regulation und der inneren Sekretion des Pankreas
E20–E35	Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen
E40–E46	Mangelernährung
E50–E64	Sonstige alimentäre Mangelzustände
E65–E68	Adipositas und sonstige Überernährung
E70–E90	Stoffwechselstörungen
<b>Kapitel V</b>	<b>Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)</b>
F00–F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10–F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20–F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30–F39	Affektive Störungen
F40–F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50–F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60–F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70–F79	Intelligenzstörung
F80–F89	Entwicklungsstörungen
F90–F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99–F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
<b>Kapitel VI</b>	<b>Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)</b>
G00–G09	Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems
G10–G14	Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
G20–G26	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
G30–G32	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems
G35–G37	Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems
G40–G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems
G50–G59	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus
G60–G64	Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems
G70–G73	Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
G80–G83	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome
G90–G99	Sonstige Krankheiten des Nervensystems

ICD-10-Code	Bezeichnung
<b>Kapitel VII</b>	<b>Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59)</b>
H00–H06	Affektionen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
H10–H13	Affektionen der Konjunktiva
H15–H22	Affektionen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
H25–H28	Affektionen der Linse
H30–H36	Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut
H40–H42	Glaukom
H43–H45	Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels
H46–H48	Affektionen des Nervus opticus und der Sehbahn
H49–H52	Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler
H53–H54	Sehstörungen und Blindheit
H55–H59	Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde
<b>Kapitel VIII</b>	<b>Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60–H95)</b>
H60–H62	Krankheiten des äußeren Ohres
H65–H75	Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
H80–H83	Krankheiten des Innenohres
H90–H95	Sonstige Krankheiten des Ohres
<b>Kapitel IX</b>	<b>Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)</b>
I00–I02	Akutes rheumatisches Fieber
I05–I09	Chronische rheumatische Herzkrankheiten
I10–I15	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]
I20–I25	Ischämische Herzkrankheiten
I26–I28	Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
I30–I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit
I60–I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten
I70–I79	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
I80–I89	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert
I95–I99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems
<b>Kapitel X</b>	<b>Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)</b>
J00–J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege
J09–J18	Grippe und Pneumonie
J20–J22	Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege
J30–J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
J40–J47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege
J60–J70	Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen
J80–J84	Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen
J85–J86	Purulente und nekrotisierende Krankheitszustände der unteren Atemwege
J90–J94	Sonstige Krankheiten der Pleura
J95–J99	Sonstige Krankheiten des Atmungssystems
<b>Kapitel XI</b>	<b>Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)</b>
K00–K14	Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer
K20–K31	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums
K35–K38	Krankheiten der Appendix
K40–K46	Hernien

ICD-10-Code	Bezeichnung
K50-K52	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis
K55-K64	Sonstige Krankheiten des Darms
K65-K67	Krankheiten des Peritoneums
K70-K77	Krankheiten der Leber
K80-K87	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas
K90-K93	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems
<b>Kapitel XII</b>	<b>Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)</b>
L00-L08	Infektionen der Haut und der Unterhaut
L10-L14	Bullöse Dermatosen
L20-L30	Dermatitis und Ekzem
L40-L45	Papulosquamöse Hautkrankheiten
L50-L54	Urtikaria und Erythem
L55-L59	Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
L60-L75	Krankheiten der Hautanhangsgebilde
L80-L99	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut
<b>Kapitel XIII</b>	<b>Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)</b>
M00-M03	Infektiöse Arthropathien
M05-M14	Entzündliche Polyarthropathien
M15-M19	Arthrose
M20-M25	Sonstige Gelenkrankheiten
M30-M36	Systemkrankheiten des Bindegewebes
M40-M43	Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
M45-M49	Spondylopathien
M50-M54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
M60-M63	Krankheiten der Muskeln
M65-M68	Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
M70-M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes
M80-M85	Veränderungen der Knochendichte und -struktur
M86-M90	Sonstige Osteopathien
M91-M94	Chondropathien
M95-M99	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
<b>Kapitel XIV</b>	<b>Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)</b>
N00-N08	Glomeruläre Krankheiten
N10-N16	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten
N17-N19	Niereninsuffizienz
N20-N23	Urolithiasis
N25-N29	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters
N30-N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
N40-N51	Krankheiten der männlichen Genitalorgane
N60-N64	Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]
N70-N77	Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
N80-N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
N99-N99	Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems

ICD-10-Code	Bezeichnung
<b>Kapitel XV</b>	<b>Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)</b>
O00–O08	Schwangerschaft mit abortivem Ausgang
O09–O09	Schwangerschaftsdauer
O10–O16	Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
O20–O29	Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
O30–O48	Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Feten und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen
O60–O75	Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung
O80–O82	Entbindung
O85–O92	Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten
O94–O99	Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode, die anderenorts nicht klassifiziert sind
<b>Kapitel XVI</b>	<b>Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00–P96)</b>
P00–P04	Schädigung des Feten und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung
P05–P08	Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum
P10–P15	Geburtstrauma
P20–P29	Krankheiten des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
P35–P39	Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
P50–P61	Hämorrhagische und hämatologische Krankheiten beim Feten und Neugeborenen
P70–P74	Transitorische endokrine und Stoffwechselstörungen, die für den Feten und das Neugeborene spezifisch sind
P75–P78	Krankheiten des Verdauungssystems beim Feten und Neugeborenen
P80–P83	Krankheitszustände mit Beteiligung der Haut und der Temperaturregulation beim Feten und Neugeborenen
P90–P96	Sonstige Störungen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
<b>Kapitel XVII</b>	<b>Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00–Q99)</b>
Q00–Q07	Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems
Q10–Q18	Angeborene Fehlbildungen des Auges, des Ohres, des Gesichtes und des Halses
Q20–Q28	Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems
Q30–Q34	Angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems
Q35–Q37	Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte
Q38–Q45	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Verdauungssystems
Q50–Q56	Angeborene Fehlbildungen der Genitalorgane
Q60–Q64	Angeborene Fehlbildungen des Harnsystems
Q65–Q79	Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems
Q80–Q89	Sonstige angeborene Fehlbildungen
Q90–Q99	Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert
<b>Kapitel XVIII</b>	<b>Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00–R99)</b>
R00–R09	Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen
R10–R19	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen
R20–R23	Symptome, die die Haut und das Unterhautgewebe betreffen
R25–R29	Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen
R30–R39	Symptome, die das Harnsystem betreffen
R40–R46	Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen
R47–R49	Symptome, die die Sprache und die Stimme betreffen
R50–R69	Allgemeinsymptome
R70–R79	Abnorme Blutuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose



ICD-10-Code	Bezeichnung
R80-R82	Abnorme Urinuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose
R83-R89	Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei der Untersuchung anderer Körperflüssigkeiten, Substanzen und Gewebe
R90-R94	Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei bildgebender Diagnostik und Funktionsprüfungen
R95-R99	Ungenau bezeichnete und unbekannte Todesursachen
<b>Kapitel XIX</b>	<b>Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)</b>
S00-S09	Verletzungen des Kopfes
S10-S19	Verletzungen des Halses
S20-S29	Verletzungen des Thorax
S30-S39	Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
S40-S49	Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
S50-S59	Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
S60-S69	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
S70-S79	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
S80-S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
S90-S99	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
T00-T07	Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
T08-T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen
T15-T19	Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch eine natürliche Körperöffnung
T20-T25	Verbrennungen oder Verätzungen der äußeren Körperoberfläche, Lokalisation bezeichnet
T26-T28	Verbrennungen oder Verätzungen, die auf das Auge und auf innere Organe begrenzt sind
T29-T32	Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer und nicht näher bezeichneter Körperregionen
T33-T35	Erfrierungen
T36-T50	Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen
T51-T65	Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen
T66-T78	Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen
T79-T79	Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas
T80-T88	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert
T89-T89	Sonstige Komplikationen eines Traumas, anderenorts nicht klassifiziert
T90-T98	Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen
<b>Kapitel XX</b>	<b>Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01-Y84)</b>
V01-X59	Unfälle
X60-X84	Vorsätzliche Selbstbeschädigung
X85-Y09	Tätlicher Angriff
Y10-Y34	Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt sind
Y35-Y36	Gesetzliche Maßnahmen und Kriegshandlungen
Y40-Y84	Komplikationen bei der medizinischen und chirurgischen Behandlung
<b>Kapitel XXI</b>	<b>Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)</b>
Z00-Z13	Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in Anspruch nehmen
Z20-Z29	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten
Z30-Z39	Personen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen
Z40-Z54	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Maßnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen
Z55-Z65	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände
Z70-Z76	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen
Z80-Z99	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigenanamnese und bestimmte Zustände, die den Gesundheitszustand beeinflussen

ATC-Hauptgruppen und ATC-Untergruppen nach der ATC Klassifikation

Gliederungsebene	Anzahl	ATC-Code
anatomische Hauptgruppen	15	A–V
therapeutische Untergruppen	99	A01–V90

ATC-Code	Bezeichnung
<b>A</b>	<b>Alimentäres System und Stoffwechsel</b>
A01	Stomatologika
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen
A03	Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen
A04	Antiemetika und Mittel gegen Übelkeit
A05	Gallen- und Lebertherapie
A06	Mittel gegen Obstipation
A07	Antidiarrhoika und Intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva
A08	Antiadiposita, exklusive Diätetika
A09	Digestiva, inklusive Enzyme
A10	Antidiabetika
A11	Vitamine
A12	Mineralstoffe
A13	Tonika
A14	Anabolika zur systemischen Anwendung
A15	Appetit stimulierende Mittel
A16	Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel
<b>B</b>	<b>Blut und blutbildende Organe</b>
B01	Antithrombotische Mittel
B02	Antihämorrhagika
B03	Antianämika
B05	Blutersatzmittel und Perfusionslösungen
B06	Andere Hämatologika
<b>C</b>	<b>Kardiovaskuläres System</b>
C01	Herztherapie
C02	Antihypertensiva
C03	Diuretika
C04	Periphere Vasodilatoren
C05	Vasoprotektoren
C06	Andere Herz- und Kreislaufmittel
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten
C08	Calciumkanalblocker
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen

ATC-Code	Bezeichnung
<b>D</b>	<b>Dermatika</b>
D01	Antimykotika zur dermatologischen Anwendung
D02	Emollientia und Hautschutzmittel
D03	Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Geschwüren
D04	Antipruriginosa, inkl. Antihistaminika, Anästhetika etc.
D05	Antipsoriatika
D06	Antibiotika und Chemotherapeutika zur dermatologischen Anwendung
D07	Corticosteroide, Dermatologische Zubereitungen
D08	Antiseptika und Desinfektionsmittel
D09	Medizinische Verbände
D10	Aknemittel
D11	Andere Dermatika
<b>G</b>	<b>Urogenitalsystem und Sexualhormone</b>
G01	Gynäkologische Antiinfektiva und Antiseptika
G02	Andere Gynäkologika
G03	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems
G04	Urologika
<b>H</b>	<b>Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone und Insuline</b>
H01	Hypophysen- und Hypothalamushormone und Analoga
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung
H03	Schilddrüsenherapie
H04	Pankreashormone
H05	Calciumhomöostase
<b>J</b>	<b>Antiinfektiva zur systemischen Anwendung</b>
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung
J02	Antimykotika zur systemischen Anwendung
J04	Mittel gegen Mykobakterien
J05	Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung
J06	Immunsera und Immunglobuline
J07	Impfstoffe
<b>L</b>	<b>Antineoplastische und immunmodulierende Mittel</b>
L01	Antineoplastische Mittel
L02	Endokrine Therapie
L03	Immunstimulanzien
L04	Immunsuppressiva
<b>M</b>	<b>Muskel- und Skelettsystem</b>
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika
M02	Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen
M03	Muskelrelaxanzien
M04	Gichtmittel
M05	Mittel zur Behandlung von Knochenkrankungen
M09	Andere Mittel gegen Störungen des Muskel- und Skelettsystems

ATC-Code	Bezeichnung
<b>N</b>	<b>Nervensystem</b>
N01	Anästhetika
N02	Analgetika
N03	Antiepileptika
N04	Antiparkinsonmittel
N05	Psycholeptika
N06	Psychoanaleptika
N07	Andere Mittel für das Nervensystem
<b>P</b>	<b>Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien</b>
P01	Mittel gegen Protozoen-Erkrankungen
P02	Anthelmintika
P03	Mittel gegen Ektoparasiten, inklusive Antiscabiosa, Insektizide und Repellenzien
<b>R</b>	<b>Respirationstrakt</b>
R01	Rhinologika
R02	Hals- und Rachen therapeutika
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen
R04	Brusteinreibungen und andere Inhalate
R05	Husten- und Erkältungsmittel
R06	Antihistaminika zur systemischen Anwendung
R07	Andere Mittel für den Respirationstrakt
<b>S</b>	<b>Sinnesorgane</b>
S01	Ophthalmika
S02	Otologika
S03	Ophthalmologische und otologische Zubereitungen
<b>V</b>	<b>Verschiedene</b>
V01	Allergene
V03	Alle übrigen therapeutischen Mittel
V04	Diagnostika
V06	Allgemeine Diätetika
V07	Alle übrigen nichttherapeutischen Mittel
V08	Kontrastmittel
V09	Radiodiagnostika
V10	Radiotherapeutika
V20	Wundverbände
V60	Homöopathika und Anthroposophika
V70	Rezepturen
V90	Sondergruppen
<b>X</b>	<b>Ohne ATC-Angabe</b>

Wirtschaftsgruppen nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008)

Gliederungsebene	Anzahl	WZ-2008-Code
Wirtschaftshauptgruppen/Abschnitte	21	A-U
Wirtschaftsgruppen/Abteilungen	88	01-99

WZ-2008-Code	Bezeichnung
<b>Abschnitt A</b>	<b>Land- und Forstwirtschaft, Fischerei</b>
01	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag
03	Fischerei und Aquakultur
<b>Abschnitt B</b>	<b>Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden</b>
05	Kohlenbergbau
06	Gewinnung von Erdöl und Erdgas
07	Erzbergbau
08	Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau
09	Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden
<b>Abschnitt C</b>	<b>Verarbeitendes Gewerbe</b>
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln
11	Getränkeherstellung
12	Tabakverarbeitung
13	Herstellung von Textilien
14	Herstellung von Bekleidung
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden
24	Metallerzeugung und -bearbeitung
25	Herstellung von Metallerzeugnissen
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen
28	Maschinenbau
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen
30	Sonstiger Fahrzeugbau
31	Herstellung von Möbeln
32	Herstellung von sonstigen Waren
33	Reparatur und Installation von Maschinen und Ausrüstungen
<b>Abschnitt D</b>	<b>Energieversorgung</b>
35	Energieversorgung

WZ-2008-Code	Bezeichnung
<b>Abschnitt E</b>	<b>Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen</b>
36	Wasserversorgung
37	Abwasserentsorgung
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung
39	Beseitigung von Umweltverschmutzungen und sonstige Entsorgung
<b>Abschnitt F</b>	<b>Baugewerbe</b>
41	Hochbau
42	Tiefbau
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe
<b>Abschnitt G</b>	<b>Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen</b>
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)
<b>Abschnitt H</b>	<b>Verkehr und Lagerei</b>
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen
50	Schifffahrt
51	Luftfahrt
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr
53	Post-, Kurier- und Expressdienste
<b>Abschnitt I</b>	<b>Gastgewerbe</b>
55	Beherbergung
56	Gastronomie
<b>Abschnitt J</b>	<b>Information und Kommunikation</b>
58	Verlagswesen
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen; Kinos; Tonstudios und Verlegen von Musik
60	Rundfunkveranstalter
61	Telekommunikation
62	Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie
63	Informationsdienstleistungen
<b>Abschnitt K</b>	<b>Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen</b>
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten
<b>Abschnitt L</b>	<b>Grundstücks- und Wohnungswesen</b>
68	Grundstücks- und Wohnungswesen
<b>Abschnitt M</b>	<b>Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen</b>
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben; Unternehmensberatung
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikalische und chemische Untersuchung
72	Forschung und Entwicklung
73	Werbung und Marktforschung
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten
75	Veterinärwesen

WZ-2008-Code	Bezeichnung
<b>Abschnitt N</b>	<b>Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen</b>
77	Vermietung von beweglichen Sachen
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.
<b>Abschnitt O</b>	<b>Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung</b>
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung
<b>Abschnitt P</b>	<b>Erziehung und Unterricht</b>
85	Erziehung und Unterricht
<b>Abschnitt Q</b>	<b>Gesundheits- und Sozialwesen</b>
86	Gesundheitswesen
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)
88	Sozialwesen (ohne Heime)
<b>Abschnitt R</b>	<b>Kunst, Unterhaltung und Erholung</b>
90	Kreative, künstlerische und unterhaltende Tätigkeiten
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung
<b>Abschnitt S</b>	<b>Erbringung von sonstigen Dienstleistungen</b>
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern
96	Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen
<b>Abschnitt T</b>	<b>Private Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt</b>
97	Private Haushalte mit Hauspersonal
98	Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt
<b>Abschnitt U</b>	<b>Exterritoriale Organisationen und Körperschaften</b>
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften

Berufssektoren, -segmente und Berufshauptgruppen nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010)

Gliederungsebene	Anzahl	KldB-2010-Code
Berufssektoren	5	S1-S5
Berufssegmente	14	S11-S53
Berufshauptgruppen	37	01-99

KldB-2010-Code	Bezeichnung
S1	<b>Produktionsberufe</b>
S11	Land-, Forst- und Gartenbauberufe
11	Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe
12	Gartenbauberufe und Floristik
S12	Fertigungsberufe
21	Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikherstellung und -verarbeitung
22	Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung
23	Papier- und Druckberufe, technische Mediengestaltung
24	Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe
28	Textil- und Lederberufe
93	Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau
S13	Fertigungstechnische Berufe
25	Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe
26	Mechatronik, Energie- und Elektroberufe
27	Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- u. Produktionssteuerungsberufe
S14	Bau- und Ausbauberufe
31	Bauplanungs-, Architektur- und Vermessungsberufe
32	Hoch- und Tiefbauberufe
33	(Innen-)Ausbauberufe
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe
S2	<b>Personenbezogene Dienstleistungsberufe</b>
S21	Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe
29	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung
63	Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe
S22	Medizinische u. nicht-medizinische Gesundheitsberufe
81	Medizinische Gesundheitsberufe
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik
S23	Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe
83	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie
84	Lehrende und ausbildende Berufe
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe
94	Darstellende und unterhaltende Berufe



KldB-2010-Code	Bezeichnung
<b>S3</b>	<b>Kaufmännische und unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe</b>
S31	Handelsberufe
61	Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe
62	Verkaufsberufe
S32	Berufe in Unternehmensführung und -organisation
71	Berufe in Unternehmensführung und -organisation
S33	Unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung
73	Berufe in Recht und Verwaltung
92	Werbung, Marketing, kaufmännische und redaktionelle Medienberufe
<b>S4</b>	<b>IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe</b>
S41	IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe
41	Mathematik, Biologie-, Chemie- und Physikberufe
42	Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe
43	Informatik, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe
<b>S5</b>	<b>Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungsberufe</b>
S51	Sicherheitsberufe
53	Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe
01	Angehörige der regulären Streitkräfte
S52	Verkehrs- und Logistikberufe
51	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)
52	Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten
S53	Reinigungsberufe
54	Reinigungsberufe