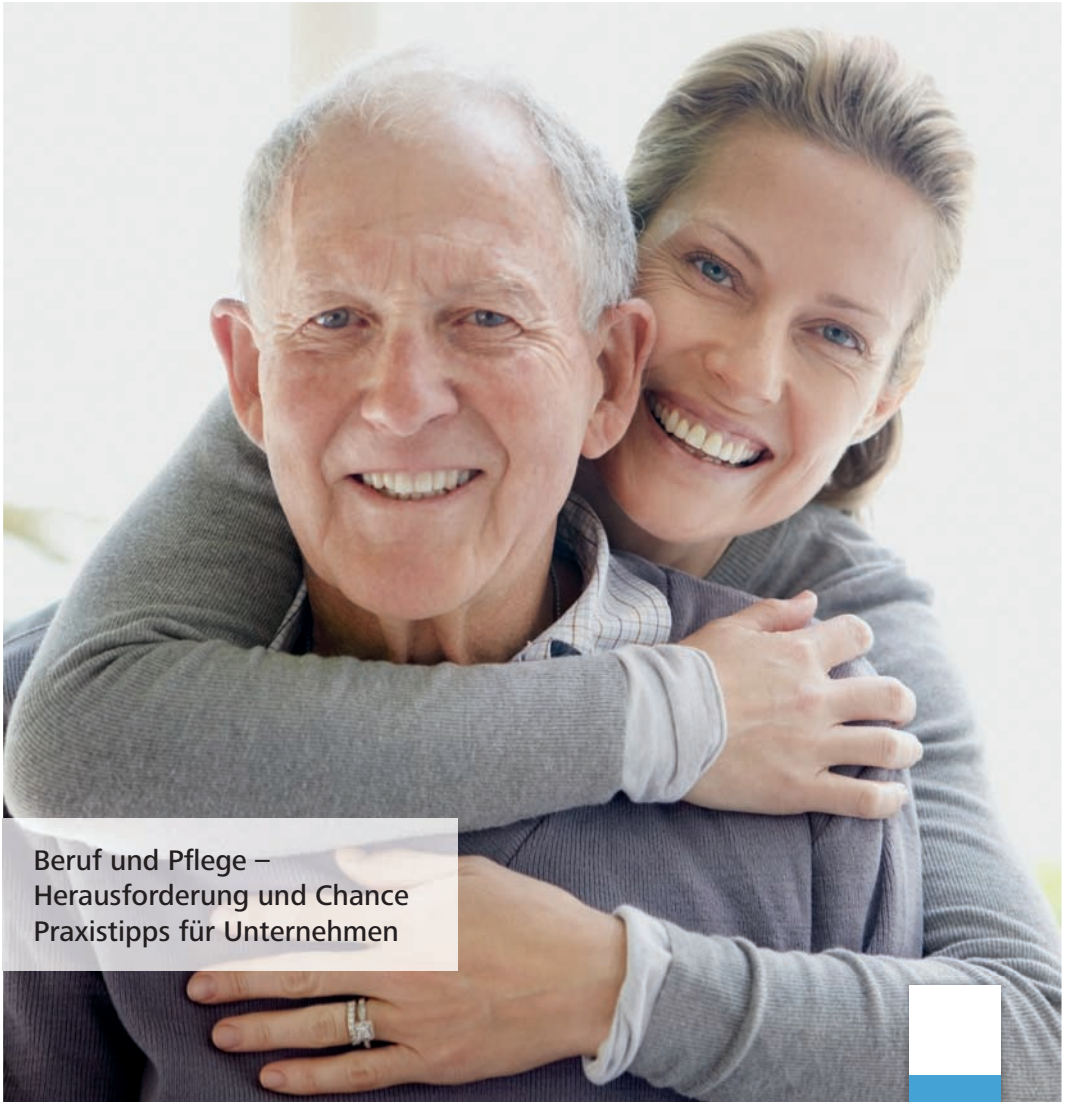


Gesundheitsreport 2011 Mecklenburg-Vorpommern



Beruf und Pflege –
Herausforderung und Chance
Praxistipps für Unternehmen

Impressum

Herausgeber:

BARMER GEK
Hauptverwaltung Wuppertal
Lichtscheider Str. 89

42285 Wuppertal

Autoren:

ISEG, Institut für Sozialmedizin,
Epidemiologie und
Gesundheitssystemforschung, Hannover
www.iseg.org
T. G. Grobe, M. Dörning, I. Mieth

ZFBT, Zentrum Frau in Beruf
und Technik, Castrop-Rauxel
www.zfbt.de
R. Held, U. Reuther, U. Schoppmeyer

Redaktion:

Juliane Diekmann
Werner Froese
Martin Grammel
Silke Oelkers
Solveig Wessel

Inhaltsverzeichnis

Editorial	3
Einleitung	4

Schwerpunkt

Beruf und Pflege – Herausforderung und Chance	5
Warum das Thema „Pflege und Beruf“ Unternehmen angeht	5
Pflegebedürftigkeit und Pflege Die Situation in Deutschland	6
(K)eine Frage des Alters	6
Pflege im häuslichen Umfeld	7
Frauen pflegen – Männer auch	8
Pflegen und berufstätig sein	10
Pflegen kann krank machen	11
Vereinbarkeit von Beruf und Pflege Ein Kooperationsprojekt	13
Das Ziel	14
Der Hintergrund	14
Die Pilotunternehmen	15
Die Instrumente	15
Der Transfer	17
Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	
Material und Ideen für die betriebliche Praxis	19
Personalpolitik	20
Unternehmenskultur	25
Unternehmensinfrastruktur	33
Die ersten Schritte in der Praxis	40
Informationen und Material	42
Weitere Informationen und wichtige Adressen	42
für Unternehmen und Beschäftigte	42
Serviceangebote der BARMER GEK	44

Auswertungen zur Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeiten	45
Allgemeine Hintergründe und Hinweise	45
Grundlegende Kennzahlen 2010	51
Diagnosen der Arbeitsunfähigkeit	70
Krankheitsarten – Diagnosekapitel der ICD10	70
Altersabhängige Fehlzeiten nach Krankheitsarten	80
Regionale Variationen von Fehlzeiten nach Krankheitsarten	84
Ergebnisse zu ausgewählten Diagnosegruppen	100
Ergebnisse zu ausgewählten Einzeldiagnosen	104
Datengrundlage und Methoden	109
Erwerbspersonen in der BARMER GEK	109
Klassifikationssysteme - Schlüssel	112
Geschlechts- und Altersstandardisierung	115
Anhang	118
Tabellenanhang	118
Verzeichnisse	120
Abkürzungen – Glossar	124

Editorial

Während die Vereinbarkeit von Familie und Beruf immer stärker auf die Unternehmensagenda rückt, bleibt das Thema Angehörigenpflege häufig in der personalpolitischen Grauzone. Dabei gelten für pflegende Angehörige im Job ähnliche Herausforderungen an das Zeitmanagement wie für Berufstätige mit Kindern.

Welche Hilfen Unternehmen ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anbieten können, um das eine mit dem anderen besser zu vereinbaren, und wie man die nötigen Spielräume für die Angehörigenpflege schafft, hat über zwei Jahre hinweg das Zentrum Frau in Beruf und Technik (ZFBT) in 16 Pilotunternehmen aus Handel, Verwaltung, Technik, Industrie und Gesundheitswirtschaft erforscht. Deutschlands größte Krankenkasse hat dieses Förderprojekt konzeptionell und inhaltlich unterstützt, außerdem beteiligte sich die BARMER GEK mit einer Geschäftsstelle als Pilotunternehmen.

Herausgekommen ist ein betrieblicher Leitfaden mit weitreichenden Handlungsansätzen und für alle Unternehmensgrößen anwendbaren Praxisbeispielen. Dieser bildet den ersten Teil unseres diesjährigen Gesundheitsreports, unser Dank gilt dabei dem ZFBT.

Im zweiten Teil der Publikation findet sich die detaillierte Auswertung unserer Arbeitsunfähigkeitsdaten für das Jahr 2010. Die Erstellung hat unser langjähriger Partner im Bereich der Versorgungsforschung, das Hannoveraner Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG), übernommen. Herrn Dr. Thomas Grobe und seinem Team danken wir für die sorgfältige Analyse, die erstmals auf vereinigter Datenbasis von 3,43 Millionen Erwerbspersonen erfolgt ist und sich über die Bundes- und Landes- bis auf die Kreisebene erstreckt.

Die Ergebnisse zeigen, dass Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Erkrankung weiterhin die Spitzenreiter im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen sind. Dabei dauern psychische Erkrankungen, wenn diese zu Arbeitsunfähigkeit führen, im Durchschnitt je Fall am längsten.

Auch auf diesen Trend werden wir verstärkt zu achten haben und unsere Firmenangebote gezielt darauf ausrichten.

Wir wünschen Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre und freuen uns auf Ihr Feedback.

Berlin, im September 2011

Dr. jur. Rolf-Ulrich Schlenker

Einleitung

Der BARMER GEK Gesundheitsreport 2011 für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern

Der BARMER GEK Gesundheitsreport 2011 befasst sich im vorangestellten diesjährigem Schwerpunkt mit dem Thema „Beruf und Pflege“. Damit wird ein Thema aufgegriffen und mit Hinweisen für die Praxis diskutiert, das in den kommenden Jahren vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung zweifellos noch erheblich an Bedeutung gewinnen wird.

Für den nachfolgenden Routineteil des Gesundheitsreportes, der eine Vielzahl regionaler und bundesweiter Ergebnisse zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen umfasst, konnten in diesem Jahr erstmals gemeinsame Daten der BARMER und GEK berücksichtigt werden. Mit der Erweiterung der Datenbasis wurde zugleich der Umfang der regionalen Auswertungen deutlich erweitert. Im Vergleich zum Gesundheitsreport 2010 wurden im Zuge dieser Umstellung bei vielen Auswertungen zudem abweichende Berechnungsmethoden und Darstellungsformen gewählt.

Ein vorrangiges Ziel des Gesundheitsreportes ist die Darstellung von nachvollziehbaren Ergebnissen zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen, um innerbetriebliche Ergebnisse besser einschätzen und mit allgemeinen Entwicklungen vergleichen zu können. Im Gegensatz zu Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, die bei den Arbeitgebern abgegeben werden, umfassen Meldungen bei Krankenkassen Angaben zu Diagnosen. Damit sind erkrankungsbezogene Auswertungen möglich, die einen wesentlichen Teil des vorliegenden Reportes einnehmen. Es geht im Report also auch um die Frage, welche Erkrankungen maßgeblich für Fehlzeiten beziehungsweise Krankenstände verantwortlich sind.

Trotz ihrer langen Tradition in Deutschland liefern Statistiken zu Arbeitsunfähigkeiten oftmals keinesfalls einfach interpretierbare Ergebnisse. Vor diesem Hintergrund sind den Ergebnissen umfangreichere Erläuterungen zur Berechnung und den Abhängigkeiten von dargestellten Kennzahlen vorangestellt. Ein ergänzendes Kapitel beinhaltet für interessierte Leser zudem weitere methodische Hinweise.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass im Gesundheitsreport – ausschließlich zur Vereinfachung des sprachlichen Ausdrucks – in der Regel nur eine Geschlechtsform einer Bezeichnung verwendet wird, auch wenn damit Frauen und Männer gleichermaßen gemeint sind.

Wir wünschen den Leserinnen und Lesern des Gesundheitsreportes eine interessante Lektüre!

Beruf und Pflege – Herausforderung und Chance

Praxistipps für Unternehmen

Warum das Thema „Pflege und Beruf“ Unternehmen angeht

Unsere Gesellschaft wird älter. Das wirkt sich auf vielen Ebenen aus.

Den demografischen Wandel spüren Unternehmen bereits heute durch einen sich verschärfenden Mangel an Fachkräften. Ihm begegnen sie u. a. durch Programme zur Nachwuchsförderung. Mit dem Ziel, motivierte und qualifizierte Beschäftigte zu finden und ans Unternehmen zu binden, werden seit Jahren aber auch verstärkt familienorientierte Maßnahmen empfohlen und erprobt. Allerdings orientieren sich diese noch überwiegend an der Lebenssituation von Frauen und Männern mit Kindern.

Je älter Menschen werden, umso größer wird auch das Risiko, pflegebedürftig zu werden. Mit einer wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen steigt zugleich die Zahl derer, die zu Hause von Angehörigen gepflegt werden. Deren private häusliche Pflege ist oft nicht öffentlich sichtbar. Die großen Belastungen, denen pflegende Angehörige ausgesetzt sind, scheuen sie sich oftmals zu zeigen.

Für Beschäftigte mit Pflegeaufgaben sind einige Rahmenbedingungen zugleich schwieriger als für Beschäftigte mit Kindern: Eine Pflegesituation ist schlechter planbar, sie kann sehr kurzfristig auftreten. Ihr Verlauf, ihre Dauer und ihre Intensität sind nicht absehbar.

Arbeitgeber stellt diese Situation vor neue Herausforderungen. Wollen sie die Gesundheit, die Arbeitskraft und die Motivation der betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhalten und damit erfahrene und kompetente Fachkräfte im Unternehmen halten, sollten sie sich dem Thema stellen. Dabei bedeutet die Herausforderung, sich dem Thema zu widmen, nicht, dass Unternehmen nun weitreichend für die Pflege und Versorgung der Angehörigen zuständig seien. Die betriebliche Unterstützung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ist ein Teil des Versorgungsnetzes von Angehörigen. Nach wie vor sind hier in erster Linie das persönliche Umfeld, professionelle und ehrenamtliche Helfer gefragt.

Aber im Wettbewerb um qualifizierte Arbeitskräfte stellt sich für Unternehmen zunehmend die Frage: Wie attraktiv sind wir als Arbeitgeber?

Die Werteorientierung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verändert sich, die so genannte Work-Life-Balance spielt bei der Auswahl des Arbeitsplatzes nachweislich eine immer stärkere Rolle. Wer hier gut aufgestellt ist und signalisiert, dass er für Fragen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und ausdrücklich auch für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sensibel ist, wird im Wettbewerb um Fachkräfte zukünftig die Nase vorn haben.

Was Unternehmen konkret tun können, um Beschäftigte in der Bewältigung der Doppelbelastung zu unterstützen und wie sie selbst dabei gewinnen, das war das Thema eines öffentlich geförderten Projekts, das die BARMER GEK von 2008 bis 2011 als Kooperationspartnerin mitgetragen hat. Gemeinsam mit 16 Pilotunternehmen in NRW wurden unternehmensseitige Instrumente und Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege entwickelt und erprobt, die bundesweit übertragbar sind. Das für den Gesundheitsreport zusammengestellte Material für die betriebliche Praxis basiert auf Ergebnissen des Projekts.

Pflegebedürftigkeit und Pflege

Die Situation in Deutschland

In Deutschland leben aktuell 2,34 Millionen Pflegebedürftige.¹ Dabei werden von der Statistik derzeit nur die Personen erfasst, für die eine Pflegestufe festgelegt wurde und die damit Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Menschen, die hilfsbedürftig sind, d. h. ihren täglichen Verrichtungen ebenfalls nicht ohne Unterstützung nachgehen können, tauchen in den Statistiken nicht auf. Ihre Zahl wird auf mindestens 3,5 Millionen geschätzt. Sie sind die Pflegebedürftigen von morgen.

Pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung in erheblichem oder höherem Maße der dauerhaften Hilfe bedürfen. Diese bezieht sich auf den Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung.²

(K)eine Frage des Alters

Pflegebedürftigkeit ist nicht nur eine Frage des Alters. Durch Unfälle, Behinderungen oder chronische Erkrankungen können Menschen zu jeder Zeit ihres Lebens (dauerhaft) auf Pflege angewiesen sein.

Gleichwohl sind pflegebedürftige alte Menschen in der Mehrheit. Die so genannte Pflegequote, der Anteil der Pflegebedürftigen in einer Altersgruppe, steigt mit zunehmendem Alter kontinuierlich an. Liegt sie bei den 75- bis 84-Jährigen noch bei ca. 14 Prozent, steigt sie bei den 85- bis 90-Jährigen auf 38 Prozent. Unter den Hochbetagten, den über 90-Jährigen, sind mehr fast 60 Prozent pflegebedürftig.³

¹ Stand: Ende Dezember 2009, Quelle: Pflegestatistik 2009, Ländervergleich – Pflegebedürftige, Statistisches Bundesamt 2011

² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, <http://bmj.bund.de/pflege/wer-ist-pflegebeduerftig/pflegebeduerftigkeit.html>

³ Pflegestatistik 2009, Ländervergleich – Pflegebedürftige, Statistisches Bundesamt 2011

Die demografische Entwicklung hat hier noch einen zweiten Aspekt: Die Zahl derer, die in einer alternden Gesellschaft erwerbsfähig sind und als Leistungsträger gelten, sinkt. Damit wird sich zugleich die Zahl derer reduzieren, die Pflegeaufgaben übernehmen können. Die Problematik „Wer pflegt?“ wird sich verschärfen. Das Statistische Bundesamt prognostiziert für das Jahr 2030 insgesamt 3,2 Millionen Pflegebedürftige.

Pflege im häuslichen Umfeld

Von den mehr als zwei Millionen Pflegebedürftigen werden 1,62 Millionen, das sind 69 Prozent aller Pflegebedürftigen, ambulant betreut. Das heißt, dass sie weiterhin im häuslichen Umfeld leben und dort versorgt werden. Der größte Teil von ihnen, nämlich 1,066 Millionen, wird dabei ausschließlich durch Angehörige gepflegt, 555.000 werden zusammen mit Pflegediensten versorgt.⁴

Die hilfsbedürftigen Menschen, die keine Leistungen aus den Pflegekassen erhalten, werden ausschließlich von Angehörigen, Ehrenamtlichen oder nahe stehenden Personen versorgt. Sie tauchen in der Statistik nicht auf.

Dabei findet häusliche Pflege nicht nur innerhalb der Familie statt. Auch wenn das Gesetz bei pflegenden Angehörigen z. B. zur Gewährung von Pflegezeit (s. auch Kapitel) ein Verwandtschaftsverhältnis oder eine Lebenspartnerschaft voraussetzt, so erbringen auch andere, den Pflegebedürftigen nahe stehende Personen Pflegeleistungen.

Pflege findet überall dort statt, wo Menschen aus welchen Gründen auch immer Verantwortung übernehmen.

Dass Menschen Pflegebedürftige zu Hause versorgen, hat ganz unterschiedliche Gründe: Pflegebedürftige haben den Wunsch, in vertrauter Umgebung bleiben zu können. Angehörige wollen das ermöglichen, weil sie diese Unterstützung für selbstverständlich halten oder auch, weil sie sich im Familienzusammenhang verpflichtet fühlen, diese Rolle zu übernehmen.

Und nicht zuletzt geschieht häusliche Pflege auch aus finanziellen Erwägungen. Denn die Kosten für externe Pflegeleistungen übersteigen nicht selten die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit von Familien.

Bei den Pflegebedürftigen, die in Privathaushalten gepflegt werden, wird der größte Teil der Hilfeleistungen, nämlich 93 Prozent, von Angehörigen erbracht. Dazu zählen auch privat finanzierte Dienstleistungen wie Grundpflege, Haushaltshilfe, Essen auf Rädern usw. TNS Infratest Sozialforschung schätzt den Umfang der „Familiären Hilfeleistungen“ auf fünf Stunden pro Tag.⁵

⁴ Pflegestatistik 2009, Ländervergleich – Pflegebedürftige, Statistisches Bundesamt 2011

⁵ TNS Infratest Sozialforschung 2010

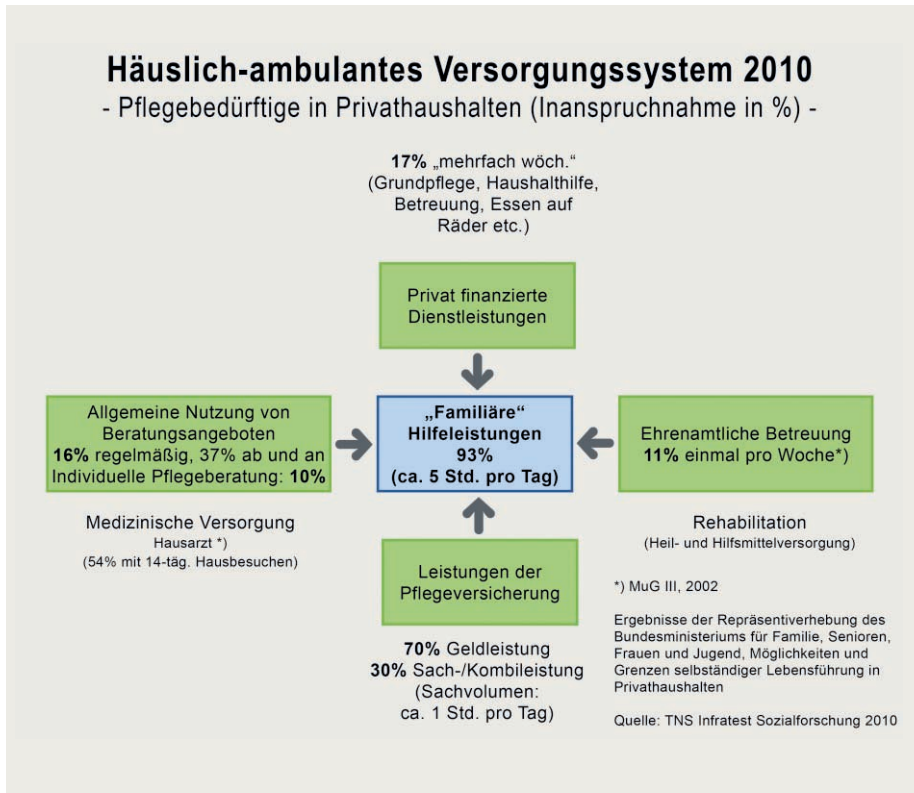


Abbildung 1 Häuslich ambulantes Versorgungssystem

Frauen pflegen – Männer auch

Pflegebedürftigkeit kann jede und jeden treffen. Aber auch die Verantwortung für pflegebedürftige Menschen ist in jeder Familie ein Thema, das auf ihre Mitglieder zukommen kann.

Lange galt als unbestritten, dass Pflege von Ehefrauen, Töchtern und Schweigertöchtern übernommen wird. Aber auch das verändert sich. Waren 1998 noch 80 Prozent aller pflegenden Angehörigen weiblich, so sind es 2010 nur noch 72 Prozent.

Die Pflege durch Ehepartnerin oder -partner ist mit 34 Prozent noch immer der häufigste Fall in der häuslichen Pflege, gefolgt von der Pflege durch die Tochter mit 26 Prozent.

Immer mehr Ehemänner oder Söhne übernehmen Pflegeaufgaben. Der Anteil der pflegenden Söhne ist von 1998 bis 2010 von 5 auf 10 Prozent gestiegen.⁶

Eine Pflegesituation betrifft dabei nicht nur die unmittelbare Pflegeperson, sie wirkt sich auf das gesamte Familiensystem aus. Abläufe und Verantwortlichkeiten ändern sich auch für (Ehe-)Partner, die nicht direkt mit der Pflege betraut sind, aber vermutlich andere und neue Aufgaben im familiären Zusammenhang wahrnehmen müssen.

Merkmale von privaten Hauptpflegepersonen

Die häusliche Pflege wird flexibel: inzwischen sind mehr Männer einbezogen

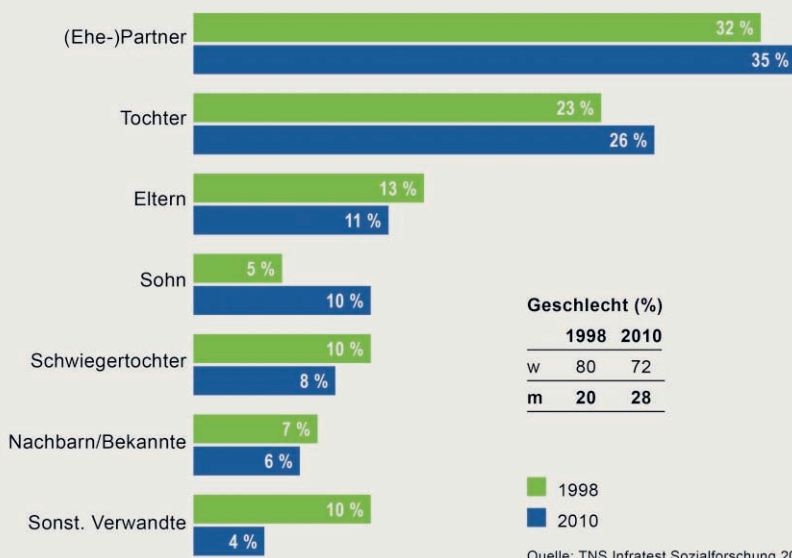


Abbildung 2 Merkmale von privaten Hauptpflegepersonen

⁶ TNS Infratest Sozialforschung 2010

Pflegen und berufstätig sein

Wer Angehörige pflegt, ist in der Mehrheit zwischen 40 und 60 Jahre alt. Ein Vergleich zwischen 1998 und 2010 zeigt, dass die Zahl der 40- bis 54-Jährigen in dieser Gruppe deutlich steigt. Allein 59 Prozent der pflegenden Angehörigen sind aber selbst bereits 55 Jahre alt oder älter. Wissenschaftler sprechen hier von der dritten Lebensphase, die die vierte pflegt.

In dieser Lebensphase spielt die Berufstätigkeit, oft verbunden mit verantwortlichen Positionen, eine große Rolle. Die Zahl der pflegenden Angehörigen, die gleichzeitig berufstätig sind, steigt. Waren 1998 noch 74 Prozent der Pflegenden nicht erwerbstätig, waren es 2010 nur noch 54 Prozent. Zugleich stieg der Anteil derer, die in Vollzeit ihrem Beruf nachgehen und daneben pflegen, auf 19 Prozent.⁷

Es macht Sinn, die für die Pflege aufgewendete Zeit dazu ins Verhältnis zu setzen. In Vollzeit Erwerbstätige und Pflegenden sind mehr als 25 Stunden in der Woche mit Pflegeaufgaben beschäftigt. Bei Teilzeitbeschäftigten sind es bereits 32,9 Stunden, bei geringfügig Beschäftigten 34,1 Stunden.⁸

Gerade der Blick auf die pflegenden Frauen, die ihre Arbeitszeit zugunsten der Pflege reduzieren, zeigt:

Viele von ihnen erleben nach einer ersten Familienphase mit Kindern als Pflegenden häufig einen zweiten Karriereknick. Teilzeitpositionen haben nicht nur zur Folge, dass Einkommen und damit auch Rentenansprüche geringer werden, auch die Aufstiegschancen sind in den meisten Unternehmen deutlich begrenzt.

Das Thema „Pflege und Beruf“ betrifft alle Unternehmen unmittelbar. Die Bedarfserhebung im Rahmen des Projekts zeigt: In Betrieben mit einem Durchschnittsalter über 40 Jahre sind mindestens 10 bis 15 Prozent der Belegschaft betroffen, d. h. sie pflegen bereits Angehörige. Weitere 10 bis 15 Prozent beschäftigen sich mit dem Thema, da sie erwarten, dass ein Pflegefall auf sie zukommt.

Unternehmen stehen somit vor der drängenden Aufgabe, Perspektiven zu entwickeln. Mit den Frauen und gut eingearbeiteten Fachkräften im mittleren Alter brechen ihnen die Leistungsträger weg, wenn diese keine Möglichkeit der Vereinbarkeit der Pflegeaufgaben mit ihrer Berufstätigkeit sehen. Neben bereits bestehenden Maßnahmen zur Fachkräftesicherung, zur Frauenförderung oder zur Ausbildungsförderung gilt es nun Strategien zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu entwickeln, um hier gegenzusteuern.

⁷ TNS Infratest Sozialforschung 2010

⁸ TNS Infratest Sozialforschung 2010

Alter der Pflegenden und zukünftig Pflegenden

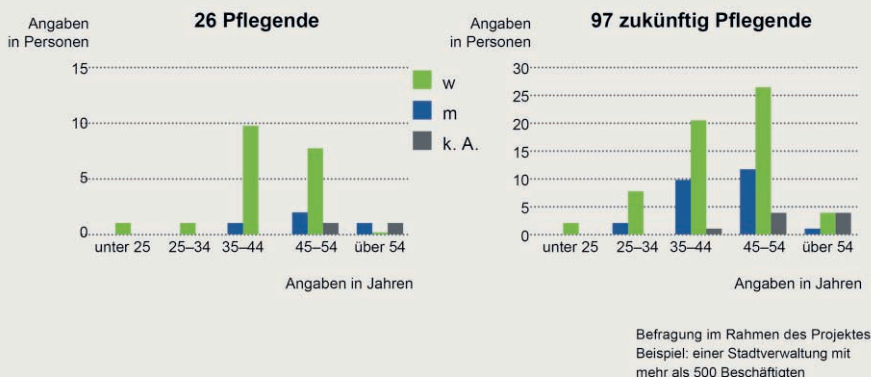


Abbildung 3 Alter der Pflegenden und zukünftig Pflegenden

Pflegen kann krank machen

Eine häusliche Pflegesituation dauert im Durchschnitt acht Jahre. Während die Betreuung von kleinen Kindern mit positivem Erleben und Anerkennung verbunden ist, steigt in einer Pflegesituation mit den Jahren die Belastung. Diese Entwicklung der Pflegebedürftigkeit ist schwer planbar, sie lässt sich nicht absehen und verschlechtert sich eher als dass sie sich verbessert.

Kinder wachsen und werden unabhängiger, bei Pflegebedürftigen wächst die Abhängigkeit.

Durch eine Mehrfachbelastung, wie sie durch die Kombination von Pflege und Berufstätigkeit entsteht, haben pflegende Angehörige oft finanzielle, körperliche und seelische Probleme.

Studien zeigen, dass die körperlichen Belastungen, die u. a. durch häufiges Heben entstehen, chronisch werden können. Durch die Dauerbelastung wird außerdem das Immunsystem geschwächt, die Anfälligkeit für Infekte steigt. Auch die Gefahr an Depressionen zu erkranken nimmt nachweislich zu.

Gerade alleinstehende Pflegenden sind in ihrer Lebensgestaltung oft sehr stark eingeschränkt. Sie vernachlässigen nicht nur ihre eigenen Bedürfnisse, sondern auch ihre sozialen Kontakte.

Arbeitspsychologen haben den Zusammenhang zwischen täglich während der Arbeit erlebten psychischen und körperlichen Beanspruchungen, dem Wohlbefinden und erlebten Emotionen in ihrer Wirkung auf den Gesundheitszustand erforscht.⁹

Die Ergebnisse lassen sich durchaus auf pflegende Angehörige übertragen: Neben der körperlich sehr belastenden Pflegetätigkeit sind sie in einer psychischen Ausnahmesituation. Pflegearbeit ist oft mit fehlender Anerkennung und Wertschätzung verbunden, wird nicht selten durch innerfamiliäre Konflikte erschwert und von widerstreitenden Gefühlen wie Hilflosigkeit, Einsamkeit, Überforderung oder auch Wut begleitet.

Ein Vergleich mit beruflich Pflegenden ist hier naheliegend: Berufsgruppen mit starker Beanspruchung durch psychosoziale und physische Belastungen, wie z. B. Krankenschwestern oder -pfleger, weisen mit 4,5 Prozent einen der höchsten Krankenstände auf.¹⁰ Pflegende Angehörige sind in der Regel ähnlichen Belastungen ausgesetzt.

Auch aufgrund des demografischen Faktors sollten Unternehmen sich des erhöhten Erkrankungsrisikos durch die Doppelbelastung Pflege und Beruf bewusst sein und dieses in ihr Gesundheitsmanagement einbeziehen. Wir wissen: Im Alter von 35 bis 59 steigen Erkrankungsrisiko und Fehltage ohnehin, pflegende Angehörige gehören in der Mehrheit zu dieser Altersgruppe.

⁹ http://www.magazin-fuer-pflege.de/webcom/show_page.php/_c-3757/_nr-1/i.html

¹⁰ Vgl. BARMER GEK Gesundheitsreport 2010, Teil 1, S. 12/13. Der durchschnittliche Krankenstand der BARMER GEK Erwerbstätigen betrug in 2009 3,8 Prozent.

Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

Ein Kooperationsprojekt

Wie können Unternehmen die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf unterstützen? Welche unternehmensseitigen Maßnahmen bewähren sich? Was kann anderen Wirtschaftsbetrieben oder Verwaltungen zur Nachahmung empfohlen werden?

Mit diesen Fragen startete 2008 das Projekt „Unternehmensseitige Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege“ im Zentrum Frau in Beruf und Technik in Castrop-Rauxel. Kooperationspartner waren neben der BARMER GEK der Verbund für Unternehmen und Familie e.V. und der SeniorenService AWO.

Gefördert wurde das Projekt aus dem Europäischen Fonds für regionale Entwicklung der EU und vom Ministerium für Familien, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes NRW.

Die Projektpartner

Das Zentrum Frau in Beruf und Technik (ZFBT) wurde 1994 als Einrichtung der Stadt Castrop-Rauxel gegründet, um Projekte an den Schnittstellen von Wirtschaft, Chancengleichheit und Politik zu entwickeln und in die Praxis umzusetzen. Das ZFBT bündelt Kompetenzen in den Bereichen Gender Mainstreaming und berufliche Chancengleichheit von Frauen, seine Handlungsfelder sind: Gender Mainstreaming in der Arbeits- und Strukturpolitik, Erweiterung der beruflichen Chancen von Frauen, Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Förderung des beruflichen Aufstiegs von Frauen und Vernetzung von Frauen in Führungs- und Entscheidungsfunktionen.

Die BARMER GEK wurde zum 01.01.2010 gegründet. Sie entstand aus der Vereinigung der beiden Krankenkassen BARMER und GEK, die seit über 130 Jahren am Markt bestanden. Mit 8,6 Millionen Versicherten ist die BARMER GEK Deutschlands größte Krankenkasse.

Der Verbund für Unternehmen & Familie e.V. ist ein Zusammenschluss von Unternehmen in NRW, die familienorientiertes Personalmanagement umsetzen und weiterentwickeln wollen. Er unterstützt Unternehmen bei der Gestaltung einer familienorientierten Unternehmenskultur – mit Beratung, Qualifizierung, Information und einem Netzwerk, in dem Vielfalt Programm ist.

Der SeniorenService AWO berät, informiert und vermittelt bundesweit individuelle und qualifizierte Hilfen und Dienstleistungen für Kunden seiner Partnerunternehmen und ihre Angehörigen. Diese Dienstleistung ist eine Agenturleistung und erfolgt institutionsunabhängig. Der SeniorenService AWO ist 2010 in den **ElternService AWO** übergegangen.

Das Ziel

Zukunftsfähigkeit, Gesundheit und Lebensqualität

Ziel des Projekts war es, ein Instrumentarium zu erarbeiten, das die betriebliche Unterstützung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ermöglicht und befördert. Dazu zählen neben konkreten innerbetrieblichen Hilfen auch Angebote, die pflegenden Angehörigen die Wahrnehmung bestehender Hilfen aus dem familiären und sozialen Umfeld, professioneller oder ehrenamtlicher Unterstützungsangebote erleichtern.

Arbeitgeber sollen damit die Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit erhalten. Beschäftigte sollen ihre psychische und physische Gesundheit sowie ihre Lebensqualität erhalten. Damit kann sich nicht nur ihre berufliche Situation, sondern auch die häusliche Pflegesituation stabilisieren.

Der Hintergrund

Demografie, Personalpolitik und Gesetzgebung

Während Unternehmen, die die Auswirkungen des demografischen Wandels bereits spüren, reagieren und u. a. den Frauenanteil unter den Beschäftigten erhöhen und in eigene Ausbildungsprogramme investieren, gibt es bei der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege offenbar einen weißen Fleck.

Dabei handelt es sich bei den Pflegepersonen um die Altersgruppe, die auch über fundierte Berufserfahrung verfügt. Wenn qualifiziertes Personal also zu einer zunehmend knapperen Ressource wird, werden Unternehmen sich damit auseinandersetzen müssen, wie es gelingt, die Arbeitsleistung von Beschäftigten mit Pflegeaufgaben im Betrieb zu erhalten.

Ein weiterer Grund, sich dem Thema Beruf und Pflege aus betrieblicher Sicht zuzuwenden, sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen: Zum 01.07.2008 ist das neue Pflegezeitgesetz in Kraft getreten. Es bietet pflegenden Beschäftigten die Möglichkeit einer unbezahlten Freistellung von der Arbeit für die Dauer von bis zu sechs Monaten. Damit hat der Gesetzgeber eine Situation geschaffen, die die Unternehmen zum Handeln veranlasst.

Das Familienministerium in NRW hatte im Rahmen des Wettbewerbs familie@unternehmen.nrw die besten Ideen zur erfolgreichen Vereinbarkeit von Familie und Beruf in Unternehmen in NRW gesucht. Mit dem Wettbewerb wurden neue und innovative Konzepte bzw. Projekte zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf ausgezeichnet und deren Umsetzung gefördert. Mit dem Projekt des ZFBT sollte ein landesweiter Impuls zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege gegeben und zugleich erreicht werden, dass Unternehmen für diese Problematik stärker sensibilisiert werden.

Dass das ZFBT mit der Umsetzung des Projekts beauftragt wurde, hat mit seinen langjährigen Erfahrungen im Bereich der Gestaltung der Elternzeit zu tun. Bereits hier hatte das Zentrum gemeinsam mit dem Verbund für Unternehmen und Familie festgestellt: Große Unternehmen verfügen in der Regel über die personellen Ressourcen und die Infrastruktur, um neue Strategien und Modelle zu entwickeln, kleineren fehlen diese oftmals. Hier macht es Sinn, Produkte zu entwickeln, die ein hohes Maß an Übertragbarkeit für alle Unternehmensgrößen gewährleisten und einen Erfahrungstransfer ermöglichen.

Die Pilotunternehmen

Alle Größen, alle Branchen

Unternehmen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Größe, Branchenzuordnung und auch hinsichtlich ihrer Kultur und der Erfahrungen mit bereits bestehenden Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Um Projektergebnisse zu erzielen, die in der Wirtschaft möglichst breit transferiert werden können, wurden als Pilotunternehmen kleinere, mittlere und große Betriebe akquiriert.

An dem Projekt waren beteiligt: Vier kleinere Unternehmen mit bis zu 100 Beschäftigten, sieben mittlere Unternehmen mit bis zu 500 Beschäftigten sowie zwei Großunternehmen und drei Stadt- bzw. Kreisverwaltungen mit mehr als 500 Beschäftigten. Das Projekt hat damit zeigen können: Unabhängig von der Größe eines Unternehmens lassen sich die Empfehlungen zur Gestaltung und Unterstützung der Vereinbarkeit auf alle Betriebe übertragen und in allen Unternehmensgrößen realisieren.

Die Betriebe stammen aus den Branchen Handel und Handwerk, IT und Dienstleistung, Bildung und Gesundheit. Alle haben ihre Standorte in Nordrhein-Westfalen.

Die Instrumente

Befragungen und Workshops

Bis Februar 2011 wurde in dem Projekt aktiv mit 16 Unternehmen, Wirtschaftsbetrieben unterschiedlicher Größe und öffentlichen Verwaltungen, an der Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege gearbeitet. Dazu wurden mit den Projektpartnern unterschiedliche Instrumente entwickelt und erprobt:

► Beschäftigtenbefragung und Bedarfserhebung

Eine der ersten Fragen, die Unternehmen sich stellen, bevor sie das Thema aufgreifen, ist: Wie viele meiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind eigentlich betroffen?

Während über die Anzahl der Väter und Mütter im Unternehmen mittels der Personaldaten schon eine gewisse Aussage getroffen werden kann, ist die Zahl der Pflegenden eine weitgehend unbekannte Größe.

Von Interesse ist dabei die grundsätzliche Relevanz für das Unternehmen und die Frage, welche Unterstützung sich Betroffene überhaupt vorstellen können und wünschen.

In kleineren Unternehmen ist die Betroffenheit eher bekannt. Hier reichen Gespräche aus, um die konkrete Situation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erfragen.

Eine Befragung der Beschäftigten kann und sollte zugleich nach dem Interesse an der Mitgestaltung fragen. Erfahrungen aus Unternehmensprojekten haben gezeigt, dass Betroffene sich hier überdurchschnittlich oft engagieren.



Abbildung 4 **Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger**

Mit einer Befragung der Beschäftigten signalisiert das Unternehmen bereits Offenheit und Interesse. Das Thema wird unternehmensweit kommuniziert, alle – nicht nur die unmittelbar Betroffenen – machen sich mit dem Gedanken der Pflege vertraut.

► Workshops mit Beschäftigten und/oder Führungskräften

Grundsätzlich gilt: In fast jedem Unternehmen gibt es mehr oder weniger flexible Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Diese Lösungen stehen oftmals aber nicht im Zusammenhang mit der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege und – was noch entscheidender ist – Vieles wird stillschweigend getan.

Um die Ausgangslage zu kennen, macht es Sinn, die betrieblichen Angebote zu sichten. Das können die Personalverantwortlichen tun, sinnvoller ist es, die Betroffenen dies selbst in einer Arbeitsgruppe oder einem Workshop zusammentragen zu lassen. Hier kann erarbeitet werden, ob die bereits bestehenden Angebote ausreichend oder verbesserungswürdig sind und welche Ideen im Unternehmen außerdem umsetzbar wären.

Für die Durchführung von Workshops mit Beschäftigten und/oder Führungskräften wurden im Projekt inhaltliche Konzeptionen und Ablaufpläne entwickelt. Oftmals entstehen aus solchen Workshops regelmäßige Arbeitsgruppen oder auch Gruppen von Betroffenen zum Erfahrungsaustausch.

Wird in einer Bedarfserhebung gefragt, ob die Gründung von Betroffenenengruppen gewünscht ist, ist die Resonanz gering. In der Workshop-Arbeit erleben die pflegenden Angehörigen dann aber, wie sehr ihnen der Austausch von Erfahrungen und Informationen in der Gruppe nützt.

Unternehmen können diese Arbeitsgruppen fördern, indem sie Räume oder Mittel zur Umsetzung von Angeboten zur Verfügung stellen. Damit fördern sie ein für das Thema Vereinbarkeit von Beruf und Pflege offenes Betriebsklima.

Der Transfer

Empfehlungen, Material und Beratung

Insgesamt ist es im Rahmen des Projekts gelungen, den teilnehmenden Unternehmen ein weiteres Handlungsfeld familienorientierter Personalarbeit zu erschließen.

Aus der Arbeit mit den Pilotunternehmen ergeben sich Empfehlungen und lassen sich Leitlinien entwickeln, die grundsätzlich von jedem Unternehmen umsetzbar sind. Die Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Zusammenarbeit mit den Unternehmen

wurden im Sinne der Nachhaltigkeit zusammengefasst und in Medien umgesetzt, die in der Praxis unmittelbar eingesetzt werden können.

Dabei liegt der Schwerpunkt auf Materialien, die die betriebsinterne Kommunikation unterstützen. Denn der Erfolg aller Instrumente und Maßnahmen, die im Rahmen des Projekts entwickelt wurden, basiert auf einem zentralen Thema: der Kommunikation. Das Thema Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zu kommunizieren, ist eine unternehmerische Aufgabe, die auf verschiedenen Ebenen und mit unterschiedlichen Mitteln realisiert werden kann.

► Ratgeber für pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige haben einen großen Informations- und Beratungsbedarf. Dieser bezieht sich zunächst auf die formalen, rechtlichen und organisatorischen Aspekte der Pflegesituation. Im Vordergrund steht dabei meist das Wohlergehen der pflegebedürftigen Person. Um die Pflegeaufgaben verantwortungsvoll erfüllen zu können, ist ein enormer fachlicher und zeitlicher Input notwendig. Informations- und Beratungsstellen gibt es in jeder Stadt, dennoch bleibt das Einholen von Vollmachten oder das Stellen von Anträgen eine individuell zu bewältigende Aufgabe.

Die Belastung durch die Pflegesituation erfordert immer auch eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen privaten und beruflichen Lebenssituation. Viele pflegende Angehörige sehen sich nicht mehr in der Lage, Vollzeit zu arbeiten, sei es für die Zeit der akut eingetretenen Pflegebedürftigkeit oder auf Dauer – und mit offenem Ende.

Im Durchschnitt werden Pflegebedürftige acht Jahre lang gepflegt. Wenn der Zeitraum so lang oder länger ist, sollten die Rahmenbedingungen so organisiert sein, dass sie größtmögliche Entlastung bieten. Um die Wege für die Betroffenen zu verkürzen, können Unternehmen die Informationen quasi ins Haus holen. In schriftlicher Form oder mit Informationsveranstaltungen durch externe Partner.

Im Projekt ist eine Vorlage für einen „Ratgeber für pflegende Angehörige, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ entstanden, den Unternehmen individuell auf ihre betrieblichen Rahmenbedingungen anpassen können. Beispielhaft sind aber auch Informationsmappen, die die Angebote und Anlaufstellen vor Ort bündeln und bereits vorhandene Broschüren beinhalten.

Der Ratgeber steht interessierten Unternehmen im BARMER GEK Arbeitgeberportal unter folgendem Link zum Download zur Verfügung: www.barmer-gek.de/501402.

► Leitlinien für Führungskräfte

Führungskräfte tragen in der Kommunikation einer familienorientierten Unternehmenskultur, die das Thema Pflege berücksichtigt, eine große Verantwortung. Um offen für Fragen und Bedürfnisse der Beschäftigten zu sein, brauchen sie Informatio-

nen, ein Bewusstsein für die Problematik und ein umfassendes Wissen um die Möglichkeiten, die das Unternehmen bieten kann.

Sie für das Thema zu gewinnen, ist auch deshalb leicht möglich, da sie oft selbst Betroffene sind und die Situation der häuslichen Pflege kennen oder auf sich zukommen sehen.

Im Rahmen des Projektes wurden folgende Leitlinien für Führungskräfte entwickelt, die Sie in der Kommunikation des Themas unterstützen. Diese sind in den vorliegenden Gesundheitsreport eingeflossen:

Anhand von konkreten Maßnahmen und Beispiele wird im folgenden Abschnitt gezeigt, wie die im Projekt erarbeiteten Empfehlungen im Unternehmensalltag umgesetzt werden können. Alle Praxisbeispiele stammen aus den 16 Pilotunternehmen, die sich am Projekt beteiligt haben. Mal handelt es sich um Fallbeispiele, mal um Strukturveränderungen oder größere Vorhaben. Viele Beispiele zeigen, dass oft auch kleine Impulse eine große Wirkung haben und für pflegende Angehörige eine spürbare Entlastung darstellen.

Unabhängig vom Umfang der Maßnahmen signalisiert das Unternehmen Aufmerksamkeit und Offenheit, um für und mit pflegenden Angehörigen Lösungen zu finden, damit diese Arbeit und Pflege vereinbaren können. Dieses Signal ist entscheidend.

Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Material und Ideen für die betriebliche Praxis

In vielen Unternehmen werden bereits Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie umgesetzt. Im Fokus sind dabei meist die Eltern jüngerer Kinder. Die Pflege ist dagegen noch immer ein Randthema und Tabu.

Unternehmen signalisieren ihren Beschäftigten noch nicht, dass diese auf offene Ohren stoßen, wenn sie ihre Belastungssituation durch die häusliche Pflege schildern, oder dass sie gar Angebote zur besseren Vereinbarkeit machen. So schweigen Betroffene aus Sorge vor Nachteilen und davor, eine verantwortungsvolle Aufgabe zu verlieren. Überforderung, Erschöpfung oder Krankheit sind die Folge und für das Unternehmen ein ganz unmittelbarer Nachteil.

Die meisten Beschäftigten sind aber nicht nur darauf angewiesen, neben der Pflegetätigkeit weiterhin erwerbstätig zu sein und ein Einkommen zu erzielen. Der Beruf ist auch ein wichtiger Ausgleich zu der belastenden Tätigkeit zu Hause.

Pflege ist ein betriebliches Thema und braucht einen Platz in der internen Kommunikation. Jedes Unternehmen, das hier aktiv wird und vorangeht, signalisiert eigenen und zukünftigen Beschäftigten ein hohes Maß an Zukunfts- und Innovationsfähigkeit. Es gibt handfeste wirtschaftliche Argumente, sich für die Vereinbarkeit von Beruf und

Pflege zu engagieren: Betriebliche Maßnahmen können dazu beitragen, gutes Personal zu halten, Arbeitsplätze zu sichern und damit die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen zu verbessern.

Instrumente zur verbesserten Vereinbarkeit von Beruf und Pflege sind dabei nie als einseitige Serviceleistungen des Arbeitgebers zu verstehen. Vielmehr geht es darum, miteinander Lösungen zu entwickeln, Aufgaben zu teilen, die Kommunikation in der Belegschaft zu fördern, Informationsaustausch in den Betrieb zu holen – und so das Thema in der Mitte des Unternehmens zu platzieren.

Handlungsfelder, in denen zunächst die Unternehmensleitung Verantwortung übernimmt, sind:

- **Personalpolitik**
- **Unternehmenskultur**
- **Unternehmensinfrastruktur**

Personalpolitik

Personalarbeit ist immer individuell. Sie ist auf das jeweilige Unternehmen, seine Ziele und seinen Wettbewerb zugeschnitten. Die richtigen Menschen ins Unternehmen zu holen, weiterzuentwickeln und zu halten, das ist das Ziel erfolgreicher Personalarbeit.

Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege leisten hier einen wichtigen Beitrag, denn sie erhalten die Arbeitskraft der Beschäftigten, stärken ihre Motivation und die Bindung an den Arbeitgeber.

Aus den personalpolitischen Instrumenten gilt es die Bausteine herauszufinden, die zur Struktur des eigenen Unternehmens passen.

Arbeitszeit Geht es auch flexibel?

Eine Pflegeaufgabe nimmt viel Zeit in Anspruch. Pflegende Beschäftigte haben ähnliche Herausforderungen an ihr Zeitmanagement wie Beschäftigte mit Kindern. Unternehmen können bereits vorhandene Angebote also gut übertragen.

Eine Reduzierung der täglichen oder wöchentlichen Arbeitszeit, womöglich nur für einen begrenzten Zeitraum, kann die Situation deutlich entlasten. Vielleicht lässt sich auch eine Verschiebung oder Flexibilisierung der Arbeitszeit mit den beruflichen Aufgaben realisieren, sofern dies inhaltlich und organisatorisch möglich ist. So können Beschäftigte Angehörige eventuell vor der Arbeit versorgen, mittags in einer vielleicht

längeren Mittagspause nach dem Rechten sehen oder auf besondere Anforderungen wie Arzttermine reagieren.

In der Regel haben Beschäftigte mit Familienaufgaben ihren Alltag gut organisiert. Schwierig wird es, wenn ein Baustein in dieser Organisation umfällt und sich Rahmenbedingungen ändern. Im Notfall benötigen die Versorger dann manchmal einfach eine spontane Freistellung. Es ist wichtig, diese Möglichkeit einzuräumen und festzuhalten, wie damit im Nachhinein umgegangen werden kann.

Der Gesetzgeber hat u. a. für die Situation von Berufstätigen mit Familienaufgaben in Bezug auf Arbeitszeiten entsprechende Regelungen getroffen. Neben dem bereits gut bekannten Teilzeit- und Befristungsgesetz, das vor allem in der Elternzeit genutzt wird, regelt das Pflegezeitgesetz seit 2008 den Arbeitsausfall aufgrund von häuslichen Pflegeaufgaben (s. nächster Abschnitt „Urlaub und Freistellung“).

Was Unternehmen auch aus ihren Erfahrungen mit berufstätigen Eltern lernen können:

Es macht Sinn, die (zeitliche) Gestaltung der Arbeitsplätze immer mal wieder daraufhin zu überprüfen, ob die Bedingungen passgenau sind. Lebenssituationen ändern sich – erst recht mit Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen.

Praxisbeispiel: Flexible Pausenregelung

Die Ehefrau eines Mitarbeiters ist nach einem Schlaganfall pflegebedürftig. Nachdem der Mitarbeiter morgens das Haus verlassen hat, kommt im Laufe des Vormittags ein ambulanter Pflegedienst zur Versorgung seiner Frau. Durch eine verlängerte Mittagspause hat er die Möglichkeit, im Tagesverlauf noch einmal nach dem Rechten zu sehen und gemeinsam mit seiner Frau zu essen. Danach kann er beruhigt wieder seiner Arbeit nachgehen.

Praxisbeispiel: Jobsharing

Eine pflegende Mitarbeiterin benötigt die Zeit für ihre zu pflegende Mutter eher am Vormittag, weil sie sich auch um die Grundversorgung kümmert. Am Nachmittag betreuen eine Freundin und eine Nachbarin im Wechsel die Mutter. Die Mitarbeiterin teilt sich nun im „Jobsharing“ einen Arbeitsplatz in der Buchhaltung mit einer jungen Mutter, die den Nachmittag für ihre Familie braucht. Für alle eine zufriedenstellende Lösung!

Urlaub und Freistellung Im Notfall aussteigen

In den Bedarfserhebungen unter Beschäftigten wurde die „Arbeitsbefreiung in akuten Notfällen“ durchgehend als wichtigste Unterstützungsmaßnahme gesehen. Der Gesetzgeber hat 2008 darauf mit dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG) reagiert. Zwei Möglichkeiten werden hier unterschieden:

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung (PflegeZG § 2)

In akuten Pflegesituationen naher Angehöriger können Beschäftigte der Arbeit ohne Ankündigungsfrist fernbleiben. Allerdings ist der Zeitraum auf zehn Tage beschränkt.

Diese Tage können zum Beispiel nötig sein, wenn ein Pflegefall plötzlich und unerwartet auftritt oder die pflegebedürftige Person aus dem Krankenhaus entlassen wird und eine bedarfsgerechte Pflege organisiert werden muss.

Pflegezeit (PflegeZG § 3)

Beschäftigte können vollständig oder teilweise für insgesamt sechs Monate für die Pflege naher Angehöriger freigestellt werden. Diese Pflegezeit ist vor allem in den Situationen sinnvoll, in denen der pflegende Angehörige über einen längeren Zeitraum hinweg ein hohes Maß an Zuwendung benötigt.

Im Rahmen der Pflegezeit ist auch eine teilweise Befreiung von der Arbeit möglich. So kann die Pflegezeit insgesamt verkürzt oder auf einzelne Tage angewandt werden. Eine Verteilung der Pflegezeit auf mehrere Zeiträume ist allerdings nicht möglich.

Die Pflegezeit wird derzeit kaum in Anspruch genommen. Sie ist möglicherweise noch nicht bekannt genug bzw. trifft gegebenenfalls nicht den Bedarf der pflegenden Angehörigen beim Wunsch nach einer langfristigen Lösung. Diese möchten auch während einer Pflegesituation einer verantwortungsvollen Berufstätigkeit nachgehen und können nicht unbedingt auf ein Einkommen verzichten.

Ausblick Familienpflegegesetz

Zum 01.01.2012 plant die Bundesregierung zusätzlich die Einführung einer sogenannten Familienpflegezeit, um mehr zeitliche und mehr einkommensbezogene Flexibilität zu ermöglichen.

Beschäftigte können demnach ihre Arbeitszeit bis zu zwei Jahre lang zu 50 Prozent reduzieren und dabei weiterhin 75 Prozent ihres Lohnes erhalten. Als Ausgleich arbeiten sie später wieder Vollzeit, allerdings zu weiterhin nur 75 Prozent ihres Lohns, bis das Konto ausgeglichen ist. Voraussetzung hierfür ist die Zustimmung des Arbeitgebers; die Familienpflegezeit ist also im Gegensatz zur Pflegezeit eine freiwillige Leistung des Unternehmens.

Der Arbeitgeber kann zur Abdeckung der in der Freistellung zu zahlenden Aufstockungsbeträge ein zinsloses Darlehen erhalten.

Neben diesen gesetzlichen Möglichkeiten sollten Unternehmen weitere Freistellungsmöglichkeiten prüfen und kommunizieren. Die Erfahrung zeigt, dass in vielen Unternehmen in Einzelfällen bereits gute und flexible Lösungen gefunden werden. Werden diese innerhalb des Betriebes kommuniziert, ermutigt das auch weitere Beschäftigte, gemeinsam mit dem Arbeitgeber nach Vereinbarkeitslösungen zu suchen.

Praxisbeispiel: Einjährige Pflegezeit

Ein großes Handelsunternehmen hat nach dem Inkrafttreten des Pflegezeitgesetzes eine Betriebsvereinbarung geschlossen, die eine längere, nämlich einjährige Pflegezeit ermöglicht.

Praxisbeispiel: Sonderurlaub auch für Pflege

Ein Krankenhaus hat eine Betriebsvereinbarung geschlossen, nach der Beschäftigte bis zu fünf Jahre Sonderurlaub nehmen können. Dies schließt den Fall der Übernahme von Pflegeverantwortung mit ein.

Praxisbeispiel: Zusatzurlaub oder Zeitgutschriften für Ehrenämter

Eine Kreisverwaltung will Beschäftigte stärker zu ehrenamtlichem Engagement motivieren. Der Vorschlag, dazu „Zusatzurlaub oder Zeitgutschriften für Ehrenämter“ einzuführen, kam aus den Workshops. Das Ziel: Die Aufmerksamkeit für die – unbezahlte – Arbeit pflegender Angehöriger zu erweitern und in einen Kontext zu stellen, der ehrenamtliches soziales Engagement insgesamt wertschätzt und fördert.

Arbeitsort

Kurze Wege erleichtern den Alltag

Pflegearbeit kostet Zeit. Fahrten zur Arbeit ebenfalls. Die Entfernungen zum Arbeitsort, zum eigenen Wohnort und zum Aufenthaltsort der zu pflegenden Person sind für die Organisation und Bewältigung des Alltags entscheidend.

Im Pflegefall kann das – zeitweise – Arbeiten von zu Hause eine Entlastung darstellen: An- und Abfahrzeiten können eingespart werden, man kann dem Angehörigen in kürzeren Zeitabständen zur Verfügung stehen und Arbeiten auch in außerdienstlichen Zeiten erledigen, in denen der Angehörige ruht oder anderweitig betreut wird.

Um zu Hause arbeiten zu können, muss zum einen die dienstliche Aufgabe dafür geeignet sein. Es sollte aber auch geklärt sein, ob das häusliche Umfeld für einen

Heimarbeitsplatz in Frage kommt. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die ihren Arbeitsplatz auf Heim- bzw. Telearbeit umstellen, müssen weiterhin ausreichend in die innerbetriebliche Kommunikation eingebunden werden. Am häufigsten praktiziert wird deshalb die sogenannte alternierende Heim- bzw. Telearbeit: ein Teil der Arbeitszeit wird zu Hause und ein anderer im Unternehmen verbracht.

Heim- bzw. Telearbeit ist für alle Beteiligten mit einem nicht unerheblichen organisatorischen Aufwand verbunden. Deshalb werden Regelungen zu diesen Arbeitsplätzen generell in Betriebsvereinbarungen oder individuelleren Dienstvereinbarungen dargelegt.

Praxisbeispiel: Alternierende Heimarbeit

Ein pflegender Ehemann hat seine bettlägerige Frau zu versorgen. Sie ist so weit stabil, dass er sie stundenweise allein lassen kann. Sie weiß, dass er in der Nähe ist, etwa alle zwei Stunden nach ihr sieht und mittels Gegensprechanlage für sie im Notfall jederzeit da sein kann. Der Mitarbeiter kann an drei Tagen in der Woche so seine Arbeit gut erledigen. An zwei Tagen in der Woche ist er im Büro und die Schwester der zu Pflegenden übernimmt die häusliche Betreuung.

Praxisbeispiel: Home Office

In einer Verwaltung wurde für einen Mitarbeiter, dessen Frau pflegebedürftig ist, die Möglichkeit eingerichtet, im Home-Office zu arbeiten. Dazu hat er seine Position gewechselt, da dies in seiner alten Stelle nicht möglich war. Das Home-Office war auch sinnvoll, weil er außerdem zwei Kinder zu betreuen hat.

Checkliste Home Office

- Kann der/die Mitarbeiter/in weitgehend eigenverantwortlich und ergebnisorientiert arbeiten?
- Kann der/die Mitarbeiter/in sich zur Arbeit zu Hause motivieren?
- Hat der/die Mitarbeiter/in zu Hause einen geeigneten Arbeitsplatz/-raum?
- Wird der/die Mitarbeiter/in von seiner/ihrer Familie bzw. seinem/ihrer Umfeld unterstützt?
- Kann der/die Mitarbeiter/in zeitliche und räumliche Grenzen setzen zwischen Arbeit und Privatem?
- Wer kümmert sich während seiner/ihrer Arbeit um den/die pflegebedürftigen Angehörige/n?
- Hat der/die Mitarbeiter/in ausreichend Kontakte zu Kolleginnen und Kollegen?

Arbeitsorganisation

Gute Leistung braucht gute Planung

Gelungene Vereinbarkeit steht und fällt mit einer guten Arbeitsorganisation. Zielführende Arbeitsplatzbeschreibungen, gut zugeschnittene Teilzeit und saubere Vertretungsregeln, eine belastbare Personalausstattung, funktionierende Teams und eindeutige Entscheidungsstrukturen sind die Grundlagen für eine belastbare Organisation. Beschäftigte sind sich ihrer betrieblichen Verantwortung erfahrungsgemäß sehr bewusst und fordern diese Regelungen.

Es ist ein Trugschluss zu glauben, Beschäftigte bräuchten aufgrund der hohen Belastung durch die Pflege im Beruf weniger anspruchsvolle Tätigkeiten. Das Gegenteil ist der Fall: Viele Pflegende erleben die berufliche Herausforderung als wichtigen Ausgleich zur Pflegetätigkeit. Eine Herabstufung aus falsch verstandener Rücksichtnahme wirkt eher demotivierend als entlastend.

Viele der bisher genannten personaltechnischen Instrumente sollten in Betriebs- oder Dienstvereinbarungen festgehalten werden. So werden einerseits alle Beschäftigten über die Möglichkeiten informiert und beide Seiten, Arbeitgeber und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, haben eine größere Absicherung und Planungsgenauigkeit, wie z. B. bei befristeten Arbeitszeitreduzierungen.

Praxisbeispiel: Hilfskräfte und Springer in der Pflegezeit

Eine Verwaltung plant, kurzfristige Arbeitsausfälle pflegender Beschäftigter durch den Einsatz von Hilfskräften oder Springern aufzufangen. Beschäftigte, die wissen, dass der Arbeitgeber eine solche Lösung vorhält, werden eher eine kurzfristige Pflegezeit in Anspruch nehmen.

Unternehmenskultur

Beschäftigte werden Angebote nur nachfragen und nutzen, wenn sie im Unternehmen von einer bestimmten Kultur getragen sind. Solange die Unternehmenskultur den Betroffenen verbietet, über ihre Situation, zu sprechen oder sie es sich selbst verbieten, wird es schwer sein, gute Lösungen zu finden.

Zunächst muss es eine klare Entscheidung der Unternehmensspitze geben. Bevor Unternehmen Aktionen zum Thema Vereinbarkeit von Beruf und Pflege starten oder eine Bedarfserhebung planen, sollte die Leitung persönlich Stellung nehmen. Das Unternehmen muss seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mitteilen, dass es sich um die Verbesserung der Situation von Betroffenen bemüht und vor allem muss deutlich werden, warum es das tut. Auch sollte bei Beschäftigten, die noch nicht betroffen sind, auf diesem Weg Verständnis für die Situation der Kolleginnen und Kolle-

gen geweckt und ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass eine Pflegesituation auf jede und jeden zukommen kann.

Die Kultur eines Unternehmens wird von Menschen geprägt und kommuniziert. Dabei tragen die Führungskräfte eine besondere Verantwortung. Aber auch das Bewusstsein von Kolleginnen und Kollegen prägt entscheidend die Freiheit, mit der Betroffene Angebote wahrnehmen können.

Damit das gelingt, ist eine kontinuierliche firmeninterne Kommunikation unerlässlich, um das Thema Pflege aus der Tabuzone zu holen und für die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zu sensibilisieren.

Führungskräfte **Offenheit, Verständnis und Rücksicht zeigen**

Führungskräfte spielen bei der Förderung von Vereinbarkeit eine tragende Rolle. Sie sind erste Ansprechpartner, wenn Beschäftigte sich im Konflikt zwischen beruflichen und pflegerischen Aufgaben sehen und an dieser Situation etwas verändern wollen.

Sie sind aber auch Vorbild und Förderer einer selbstverständlicheren Kommunikation über dieses Thema.

Erfahrungen aus dem Projekt zeigen, dass Führungskräfte dem Thema durchaus aufgeschlossen gegenüber stehen, nicht zuletzt, weil sie in der Altersgruppe der 45- bis 55-Jährigen oft persönlich betroffen sind. Sie hier weiter zu sensibilisieren, auch wenn sie selbst keine persönlichen Erfahrungen mit Pflegesituationen haben, ist eine wichtige unternehmerische Aufgabe.

Unternehmen müssen ihre Führungskräfte dann beauftragen und befähigen, für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und letztlich auch für sich selbst gute Arrangements zu treffen. Ihre Aufgabe ist es, die Balance zwischen der Fürsorge für den Einzelnen und der Belastung des Teams und des Betriebes zu gestalten. Dabei geht es um tragfähige kurzfristige Lösungen, aber auch um die langfristige Personalentwicklung, die Rückkehr aus der Pflege.

Führungskräfte brauchen dafür umfassende Informationen zur Situation pflegender Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie sollten in der Lage sein, Offenheit und Verständnis zu signalisieren und gleichzeitig alle Beteiligten in die Verantwortung nehmen.

Im Projekt wurden Konzepte für Workshops und Qualifizierungen mit Führungskräften entwickelt, außerdem Leitlinien für Gespräche mit betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Praxisbeispiel: Pflege Thema im Führungskräfte Training

In einem Workshop haben Führungskräfte erkannt, wie wichtig es ist, mit den pflegenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sprechen und auch persönlich zu werden. Wenn auch Führungskräfte diese Bereitschaft signalisieren, kann ein Klima der Offenheit und des Vertrauens entstehen. Gewachsen ist so auch das Bewusstsein für die eigene Betroffenheit: „Vielleicht muss ich mich ja auch mal kümmern, weil ich Sohn bin, weil ich Einzelkind bin, weil ich nicht verheiratet bin...“

Praxisbeispiel: Mitarbeitergespräch

Um über die genaue Situation pflegender Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter informiert zu sein, sollten Führungskräfte nach Bekanntwerden des Pflegefalls ein persönliches Gespräch führen. Dies kann sowohl in einem formellen als auch in einem informellen Rahmen stattfinden. Wichtig ist es, eine gute und offene Ebene zu finden, um über ein so schwieriges und persönliches Thema sprechen zu können.

Leitfaden Mitarbeitergespräch

Die folgenden Fragestellungen können Anhaltspunkte für ein Gespräch mit einer/einem pflegenden Mitarbeiter/in sein:

1. Pflege-Situation des/der Mitarbeiter/in

- Wer wird gepflegt?
- Wie lange besteht schon eine Pflegebedürftigkeit?
- Welche Pflegestufe liegt vor?
- Ist der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin Hauptpflegeperson?
- Wo lebt die pflegebedürftige Person?
- Wer kümmert sich außerdem um den zu pflegenden Angehörigen?
- In welchem Umfang ist der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin zurzeit tätig?
- Wie sieht die familiäre Situation aus?

2. Welche Maßnahmen wurden bereits getroffen?

- Wurde die Pflegebedürftigkeit schon mit anderen Familienmitgliedern besprochen?
- Wer könnte bei der Pflege des Angehörigen helfen?
- Wurde bereits Kontakt zu verschiedenen Fachstellen aufgenommen?
- Wird ein Pflegedienst in Anspruch genommen?

3. Welche Herausforderungen entstehen für den/die Mitarbeiter/in?

- In welchem Umfang ist der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin zurzeit tätig?
- Welche betrieblichen Aufgaben hat er/sie zu erfüllen?
- Gibt es bestimmte Zeiten, an denen der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin zu Hause sein muss?
- Welche Pflege-Aufgaben übernimmt der/die Beschäftigte selbst?
- Muss er/sie grundsätzlich beruflich kürzer treten, um seinen/ihren Angehörigen pflegen zu können?
- Welche finanziellen Auswirkungen hätte eine Stundenreduzierung?

4. Wie sieht die zeitliche Belastung des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin aus?

- Pflegt der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin alleine, oder erhält er/sie Unterstützung durch einen Pflegedienst oder andere Familienmitglieder?
- Lebt der zu pflegende Angehörige noch alleine oder in dem Haushalt des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin?
- Wie weit lebt die zu pflegende Person entfernt?
- Wie hoch ist der zeitliche Aufwand der Pflege?
- Hat der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin noch kleinere Kinder oder weitere pflegebedürftige Angehörige?

5. Wer kann entlasten?

> Betriebliches Umfeld:

- Betriebsleitung
- Vorgesetzte
- KollegInnen
- Personalservice
- Mitarbeitervertretung
- Pflegezeitgesetz

> Familiäres und soziales Umfeld:

- Partner
- Geschwister
- Kinder
- Freunde
- Nachbarn
- Bekannte

Berufstätige Pfleger*innen

> Ehrenamtliche und kostenfreie Unterstützungsangebote:

- Kirche
- Ehrenamtliche Hilfen
- Selbsthilfegruppen
- Andere Betroffene
- Öffentliche Beratungsstellen
- Rechtliche Informationen
- Medien

> Professionelle Unterstützungsan- gebote:

- Sozialdienste der Krankenhäuser
- Pflegedienste
- Pflegeeinrichtungen
- Pflegekasse
- Ärzte/Therapeuten
- Rechtsberatung
- Haushaltsnahe Dienstleister

6. Vorstellungen und Lösungsideen des Mitarbeiters bzw. der Mitarbeiterin?

- In welcher Form stellt der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin sich die zukünftige Arbeitszeit vor?
- Wie stellt sich der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin die berufliche Zukunft vor?
- Möchte der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin eventuell die Pflegezeit in Anspruch nehmen?
- Wenn ja, wie lange und in welchem Umfang?

Sowohl die positiven als auch die negativen Effekte einer Inanspruchnahme der Pflegezeit sollten mit dem Mitarbeiter/der Mitarbeiterin besprochen werden.

Vor allem die finanziellen Auswirkungen einer Arbeitszeitreduzierung sollten Bestandteil dieses Gesprächs sein. Es wäre sinnvoll auszurechnen, was eine solche Reduzierung finanziell bedeutet.

Aber auch die Problematik einer Reduzierung der Stunden für das Team sollte geklärt werden. Es sollte gewährleistet sein, dass sich nicht nur die Stundenzahl reduziert, sondern auch der Aufgabenumfang.

Deshalb sind im Vorfeld folgende Fragen zu klären:

- Reicht es aus, wenn die Aufgaben im Team umverteilt werden?
- Sind trotz der Stundenreduzierung die Ziele im Team erreichbar?
- Oder ist es notwendig, eine zusätzliche Kraft einzustellen?
- Oder können andere Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter eventuell ihre Stundenzahl aufstocken?

Wird eine individuelle und passgenaue Lösung gefunden, sollte diese in Form einer Dienstvereinbarung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer bzw. Arbeitnehmer festgehalten werden.

Kolleginnen und Kollegen

Das Thema Pflege geht alle an

Lösungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie werden unter Kolleginnen und Kollegen oftmals als Vergünstigungen wahrgenommen und entsprechend negativ kommentiert. Schon fast sprichwörtlich ist die Frage „Na, schon Feierabend?“, mit der Teilzeitkräfte verabschiedet werden – nicht wissend, welche Belastung sie zu Hause wirklich erwartet.

Damit Teams auch mit flexiblen und individuellen Personallösungen gut funktionieren, muss Verständnis für die Situation der Pflegenden geweckt werden. Nur wer weiß, wie deren Alltag aussieht, warum die z.B. längere „Mittagspausen“ machen oder kurzfristig gehen können, um Arzttermine wahrzunehmen, kann Rücksicht nehmen und ggf. sogar Unterstützung anbieten.

Das Unternehmen sollte Betroffenen die Möglichkeit geben, über ihre Situation zu berichten (s. u. interne Kommunikation), um auch andere zu sensibilisieren. Offenheit für das Thema kann aber auch entstehen, wenn ein eigener Bezug erkannt wird. Alle Kommunikationsmaßnahmen sollten also auch das Ziel haben, Beschäftigte zu ermutigen, sich frühzeitig damit auseinanderzusetzen, ob und wie das Thema auf sie zukommt.

Interne Kommunikation

Verständnis wecken und Mut machen

Eine betriebliche Struktur mit individuellen Vereinbarkeitslösungen ist nur dann wirklich tragfähig, wenn einerseits die Unternehmensleitung das Thema in seinen Leitlinien verankert und andererseits alle Beschäftigten dieses mittragen können.

Damit das gelingt und eine entsprechende Kultur wachsen kann, muss das Konzept so kommuniziert werden, dass es prinzipiell als Angebot für alle Beschäftigten und in seinem Nutzen für das gesamte Unternehmen erkennbar ist.

Unternehmen haben zahlreiche Möglichkeiten, die interne Kommunikation zu steuern. Firmeninterne Kommunikationsmittel (Intranet, Mitarbeiterzeitschriften oder Ausgänge) und Gelegenheiten (Personalversammlungen oder Teambesprechungen) sollten kontinuierlich genutzt werden, um das Thema Pflege aus der Tabuzone zu holen und für die Vereinbarkeit zu sensibilisieren. Dann kann Beruf und Pflege einen eben solchen Stellenwert und eine entsprechende Akzeptanz bekommen wie die Vereinbarkeit von Kindern und Beruf.

Wird regelmäßig über Lösungen und Arrangements berichtet, fühlen sich die Pflegenden wertgeschätzt und die zukünftig Betroffenen gut aufgehoben.

Praxisbeispiel: Erfahrungsaustausch organisieren

Ein Unternehmen der Gesundheitswirtschaft hat für Betroffene einen regelmäßig stattfindenden Erfahrungsaustausch organisiert. Hier werden wertvolle Tipps und praktische Unterstützungshilfen weitergegeben, schon der Austausch mit Gleichgesinnten ist wertvoll und erleichtert den Alltag. Pro Treffen steht ein Thema im Vordergrund, z. B. Betreuungsrecht oder Vollmachten.

In gleicher Weise hat eine Verwaltung einen zweimonatlich stattfindenden Gesprächskreis gebildet. Dieser ist aus einem Pflegekurs der BARMER GEK entstanden.

Information und Beratung Service ins Haus holen und Wege verkürzen

Tritt ein Pflegefall ein, so ist es für die pflegenden Angehörigen oftmals eine mühsame und zeitintensive Aufgabe, alle notwendigen Informationen zu beschaffen. Betroffene sind dankbar, wenn sie auf Informationen, Erfahrungen und Empfehlungen zugreifen können.

Das Unternehmen kann sie dabei einfach und effektiv unterstützen. Mit Informationsmaterialien zu Themen der häuslichen Pflege, der Pflegeversicherung und gesetzlichen Regelungen sowie einer Zusammenstellung von Adressen der ambulanten und stationären Pflegeanbieter der Region und der verschiedenen Pflegeberatungsstellen in der Nähe.

Unternehmen haben zusätzlich die Möglichkeit, sich zum Teil kostenfrei Informationen und Beratung ins Haus zu holen, indem sie Veranstaltungen in Kooperation mit Pflegediensten, Sozialstationen, Kranken- bzw. Pflegekassen, Wohlfahrtsverbänden oder auch Fachanwälten organisieren. Die Beschäftigten sparen einen weiteren Weg und lernen zugleich Ansprechpersonen kennen, an die sie sich im Falle einer Pflegesituation wenden können.

Viele Betroffene wünschen sich zudem eine interne Ansprechperson zum Thema Pflege. Diese kann den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei Problemen oder komplexeren Fragestellungen beratend zur Seite stehen. Gerade in kleinen Unternehmen kann es leichter sein, nicht direkt mit dem Chef oder der Personalleitung zu sprechen, sondern zunächst eine erfahrene Kollegin oder einen Kollegen vertrauensvoll um Rat fragen zu können.

Unternehmen, die die Funktion einer Ansprechperson Pflege installieren wollen, können auch mit externen Dienstleistern aus Wohlfahrtsverbänden, Pflegediensten oder Kranken- bzw. Pflegekassen kooperieren. Der Vorteil einer externen ständigen Ansprechperson: Sie ist professionell mit dem Thema Pflege betraut und kann die Beschäftigten unkompliziert und unverbindlich beraten.

Praxisbeispiel: Aktive Mittagspause

In einer Verwaltung finden Informationsveranstaltungen im Rahmen einer „aktiven Mittagspause“ statt. In einer jeweils einstündigen Veranstaltung werden verschiedene Themen vorgestellt, z.B. zum Thema „Pflegeleistungen und das Pflegezeitgesetz“ oder „Betreuungsrecht“. Der Zeiteinsatz wird geteilt – die Beschäftigten verwenden ihre Mittagspause, der Arbeitgeber gibt die zweite halbe Stunde dazu.

Unternehmensinfrastruktur

Neben Informationen und Beratung für alle Beschäftigten können Unternehmen darüber hinaus weitere Angebote im Betrieb verankern, um pflegende Angehörige zu entlasten. Vor allem in Akutsituationen, wenn ein Pflegefall eintritt oder bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, ist es eine Erleichterung, auf vorhandene Strukturen und bewährte Unterstützung zurückgreifen zu können.

Dabei bleibt grundsätzlich wichtig: Die Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger ist die Aufgabe und liegt in der Verantwortung der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters. Der Arbeitgeber kann aber entlasten, unterstützen, begleiten – in dem Maße, wie es der Betrieb je nach Größe und Beschäftigtenzahl leisten kann.

Kleinere Unternehmen könnten sich dazu mit anderen Betrieben aus der Nachbarschaft oder dem geschäftlichen Umfeld zusammenschließen. So können berufstätige Pflegende sich auf jeden Fall austauschen und gegenseitig unterstützen!

Jedes Angebot, das Beschäftigten die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege erleichtert – und das sind oftmals auch die kleinen und unkomplizierten Lösungen – signalisiert Verständnis, Offenheit und ein Interesse an der Leistung und der Arbeitskraft der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters.

Praxistipp: Checkliste für pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige haben in erster Linie das Wohlergehen des Pflegebedürftigen im Sinn. Wichtig ist es zugleich, sie darin zu unterstützen, für sich selbst Sorge zu tragen.

Auch dabei kann ein Unternehmen unterstützen. Die folgende Checkliste, mit der Beschäftigte für sich ihre persönliche Situation überprüfen, kann dabei ein gutes und hilfreiches Signal der Geschäfts- oder Personalleitung sein.

Checkliste für pflegende Angehörige

- Thematisieren Sie Ihre Situation am Arbeitsplatz bei den Kolleginnen bzw. Kollegen und Vorgesetzten.
- Prüfen Sie die Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflege und mögliche Lösungsstrategien in einem Gespräch mit Ihrer Führungskraft und dem Ansprechpartner für das Thema Pflege im Unternehmen.
- Setzen Sie sich mit Familie und Freunden zusammen und entwickeln Sie ein gemeinsames Netzwerk aus Helfenden, damit Auszeiten für Sie sichergestellt sind.
- Scheuen Sie sich nicht, Hilfe in Anspruch zu nehmen.
- Setzen Sie sich mit dem sozialen Dienst im Haus, Ihrer Krankenkasse oder dem Pflegedienst in Verbindung und erkundigen Sie sich nach Unterstützungs- und Betreuungsangeboten.
- Fertigen Sie sich einen Tages-, Stundenplan für alle anfallenden Aufgaben an. Vergessen Sie dabei nicht, bewusste Auszeiten einzuplanen.
- Schließen Sie sich Betroffenen an. Es hilft, sich mit anderen über Erfahrungen auszutauschen.
- Nehmen Sie sich regelmäßig Zeit, Freundschaften und soziale Kontakte zu pflegen.
- Bewegung und Sport tun nicht nur dem Körper gut, sondern heben die Stimmung an und helfen abzuschalten.

Praxisbeispiel: Reservierte Parkplätze

In einem Unternehmen gibt es mehrere Pflegende, die auch eine längere Mittagspause in Anspruch nehmen. Sowohl hierbei als auch morgens sind die Parkplatzsuche und der Weg zum Parkplatz eine Belastung für Betroffene, die immer ein wenig unter Zeitdruck stehen. Das Unternehmen hat nah am Gebäude liegende Parkplätze reserviert, übrigens auch für Mütter und Väter in teileit. Das schafft Erleichterung und Anerkennung.

Pflege

Strukturen schaffen Entlastung

Unternehmen können z. B. Kooperationen mit Anbietern von ambulanter, stationärer, Tages- oder Kurzzeit-Pflege vereinbaren. Eine andere Möglichkeit ist es – vergleichbar zu Betreuungsplätzen in Kindertagesstätten –, Belegplätze für Tages-, Kurzzeit- oder stationäre Pflege zu buchen.

Praxisbeispiel: Den Alltag erleichtern

Klinikbetreiber oder Gesundheitsdienstleister haben die Möglichkeit, ihre Angebote auch für Beschäftigte zu öffnen: z. B. ambulante, stationäre sowie Tages- und Kurzzeit-Pflege für die Angehörigen, Mitnahme von Kantinenessen, Physiotherapie, verbilligter Einkauf von Arznei- und Pflegehilfsmitteln, Taxi-/Fahrdienste.

Praxisbeispiel: Gemeinschaftliches Engagement

Eine Verwaltung gründet einen ehrenamtlichen Familienservice für Beschäftigte und deren Angehörige.

Ein Unternehmen schafft einen Rollstuhl an, den sich Beschäftigte für Angehörige ausleihen können oder einfach ausprobieren können.

Serviceangebote

Bestehende Hilfen nutzen

Zahlreiche Informationen und Beratungsangebote zum Thema Pflege sind kostenlos. Unternehmen können die Beschäftigten motivieren, diese zu nutzen, indem sie Material vor Ort auslegen oder auch gemeinsam mit entsprechenden Fachstellen Informationsveranstaltungen in ihren Räumen anbieten (s. dazu auch „Information und Material“).

Die BARMER GEK führt seit Jahren erfolgreich Pflegekurse für pflegende Angehörige durch. Unternehmen können hier als Kooperationspartner auftreten.

Praxisbeispiel: Vortragsreihe und Weiterbildung

Eine Verwaltung hat über ein Jahr für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Veranstaltungsangebote zum Thema Pflege gemacht. Neben einer Vortragsreihe zur häuslichen Pflege wurde ein Pflegegrundkurs angeboten. Außerdem bietet sie umfangreiches Informationsmaterial, wie z. B. eine Notfallmappe für pflegende Angehörige, an. Erstellt wurde dies in enger Zusammenarbeit mit der BARMER GEK.

Finanzielle Hilfen

Pflege ist auch eine Geldsache

Eine Pflegesituation ist nicht nur eine körperliche und seelische Belastung, sie kann sich auch finanziell auswirken. Und das nicht nur, weil externe Dienstleistungen und Hilfsmittel eingekauft werden müssen, sondern auch, weil die pflegenden Angehörigen ggf. und zeitweise auf einen Teil ihres Gehaltes verzichten, um Pflegeaufgaben übernehmen zu können.

Daher sollte die Entscheidung, Arbeitszeit zu reduzieren, immer auch mit einer Beratung zu finanziellen Auswirkungen bei Teilzeit oder Ausstieg verbunden sein. Ggf. kann sich das Unternehmen über Zuschüsse zu haushaltsnahen Dienstleistungen oder anderen Services an Kosten beteiligen, bezahlte Freistellungen ermöglichen oder bei einer Arbeitszeit-Reduzierung einen finanziellen Ausgleich bieten.

Pflegende Angehörige wissen, dass die Leistungen der Pflegeversicherung oft nicht ausreichen, um eine gute Versorgung zu gewährleisten. Unterhaltsfragen stellen sich hier ganz neu.

Ein Unternehmen kann diese Erfahrungen zum Anlass nehmen, mit seinen Beschäftigten grundsätzlich Fragen der Vorsorge zu klären. Eine Pflegezusatzversicherung ist eine Investition in die Zukunft – und eine Entlastung der eigenen Kinder.

Praxisbeispiel: Finanzielle Hilfen

Ein Unternehmen der Gesundheitswirtschaft gewährt pflegenden Angehörigen Darlehen bzw. Gehaltsvorschüsse. Im Unternehmen bestehen grundsätzlich Beihilfeansprüche, wenn Beschäftigte, Ehepartner oder Kinder zum Pflegefall werden. Eine Idee des Unternehmens: Eine Pflegezusatzversicherung durch den Arbeitgeber statt der Vermögenswirksamen Leistungen.

Gesundheitsförderung

Damit Pflegende gesund bleiben

Häusliche Pflege ist belastend und kann krank machen. Unternehmen, die im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen betrachten, können hier spezielle Angebote machen.

Betriebliche Gesundheitsförderung hat das Ziel, das Wohlbefinden und eine hohe Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu wahren. Gesundheitsförderung und Prävention müssen dazu in der Unternehmenskultur verankert sein, vom Management als Führungsaufgabe wahrgenommen und fester Bestandteil des alltäglichen unternehmerischen Handelns werden.

Gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden seltener krank, sie arbeiten motivierter und produktiver. Davon profitiert ein Unternehmen ganz unmittelbar.

Also auch davon, etwas für die Gesundheit der Beschäftigten zu tun und gezielt in Angebote zu investieren.

Wer erst dann etwas tut, wenn die Menschen an ihren Belastungen krank werden, reagiert zu spät. Für die Gesundheitsförderung pflegender Angehöriger heißt das, dass sie von Angeboten profitieren, die prinzipiell allen Beschäftigten offen stehen sollten.

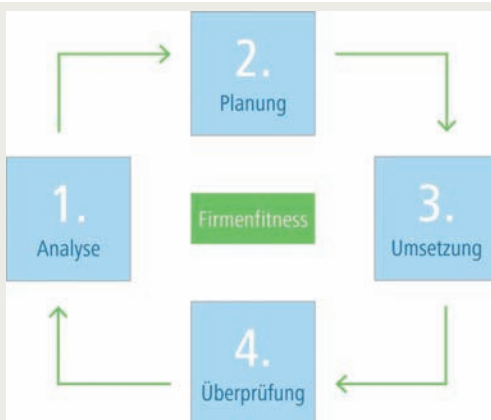
Um sie allerdings für ihre besondere Belastungssituation zu sensibilisieren und zu ermutigen, hier aktiv gegenzusteuern, ist von Seiten des Unternehmens auch hier wieder die Kommunikation der entscheidende Schlüssel.

Unternehmen haben zahlreiche Möglichkeiten, ihren Beschäftigten Kursangebote zur Gesundheitsförderung zu machen. Neben Pflegekursen, wie sie auch die BARMER GEK anbietet, sind das Kurse zur Work-Life-Balance, zur Ernährung, Entspannung, Fitness oder psychischen Entlastung.

Das BARMER GEK Firmenangebot Gesundheit

Das BARMER GEK Firmenangebot Gesundheit umfasst eine Vielzahl von Angeboten und orientiert sich am individuellen Bedarf des Kunden.

Die einzelnen Module lassen sich flexibel in bereits vorhandene Strukturen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements integrieren oder zum Aufbau eines firmenspezifischen Gesundheitsmanagements nutzen.



➤ Das Betriebliche Gesundheitsmanagement im Überblick.
Der Management-Zyklus als Grundlage für das BGM-Konzept der BARMER GEK in Kombination mit Firmenfitness.

Firmenfitness steht für leicht umsetzbare Maßnahmen, die die Belegschaft begeistern und für den Gesundheitsgedanken sensibilisieren sollen. Sie können auch dabei helfen, die eigenen Gesundheitspotenziale zu aktivieren und gesundheitsbewusstes Verhalten, wie beispielsweise regelmäßige Bewegung, in den beruflichen Alltag zu integrieren.

Zugleich wird über dieses besondere Dienstleistungsangebot ein Einstieg in das Betriebliche Gesundheitsmanagement geschaffen. Zur Firmenfitness zählen z. B. Gesundheitstage, eine Aktive Minipause oder auch ein Wassertag.

Betriebliches Gesundheitsmanagement steht für ganzheitliche Maßnahmen, um die Gesundheit nachhaltig zu fördern und zu sichern. Gemeinsam mit allen Beteiligten im Unternehmen – von der Geschäftsführung über den Betriebsarzt, die Arbeitnehmervertretung bis zur Belegschaft – wird systematisch ein individuelles Konzept erarbeitet.

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement der BARMER GEK orientiert sich dabei an dem Management-Zyklus und umfasst die integrierte Analyse, Planung, Umsetzung und Evaluation von Präventionsbausteinen.

Über die individuelle Beratung und Prozessbegleitung der Gesundexpertinnen und Gesundexperten, können Sie firmenspezifische Analyseinstrumente, wie z. B. den BARMER GEK Unternehmensreport Gesundheit oder eine Beschäftigtenbefragung, gezielt nutzen und in Ihren Entwicklungsprozess einfließen lassen.

BARMER GEK Unternehmensreport Gesundheit

Der BARMER GEK Unternehmensreport Gesundheit enthält speziell die Auswertung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens der BARMER GEK versicherten Beschäftigten Ihres Betriebes.

Einzige Voraussetzung: Um aussagekräftige Daten zu gewinnen und einen individuellen Datenschutz zu gewährleisten, müssen ausreichend BARMER GEK versicherte Beschäftigte vorhanden sein.

Ist dies der Fall, wird der Krankenstand der BARMER GEK versicherten Beschäftigten in kurzer Zeit analysiert. Die Auswertungen laufen in einen etwa 20 Seiten umfassenden Report.

Dieser dokumentiert in anonymer Form Gründe und Bedingungen von Fehlzeiten. Dabei differenziert der Unternehmensreport Gesundheit nach Alter, Geschlecht und Berufsgruppen.

Aufbauend auf die Analysephase bietet die BARMER GEK Vorträge und Workshops zu gesundheitsrelevanten Themenfeldern:

- Führung und Gesundheit
- Ausbildung und Gesundheit
- Work-Life-Balance
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Vereinbarkeit von Pflegesituationen und Beruf
- Demografie und Gesundheit

Weitere Angebote zur Förderung eines gesundheitsgerechten Verhaltens:

- Reduktion arbeitsbedingter körperlicher Belastungen
- Gesundheitsgerechte Verpflegung am Arbeitsplatz
- Förderung von Kompetenzen zur Stressbewältigung
- Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln

Sollte es zu längeren gesundheitlichen Ausfällen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommen, unterstützt die BARMER GEK Unternehmen außerdem bei der Umsetzung des Eingliederungsmanagements nach § 84 SGB IX.

Nähere Auskünfte erhalten Sie in Ihrer BARMER GEK Geschäftsstelle bei den Gesundexpertinnen und Gesundexperten.

Die ersten Schritte in der Praxis

Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ist ein komplexes Thema. Sie erfordert ein flexibles Personalmanagement und eine gute Kommunikationskultur, Aufmerksamkeit, Netzwerke und Fachwissen.

Aber: Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf muss für Unternehmen kein schwieriges Thema sein. Im Gegenteil: Die vielen Beispiele in diesem Gesundheitsreport zeigen, dass oft schon kleine Maßnahmen ausreichen, um pflegende Angehörige in ihrer Leistungsfähigkeit zu unterstützen und sie trotz der Doppelbelastung zu motivieren.

Ein Unternehmen kann schrittweise starten, um in seinem Betrieb eine gute Vereinbarkeitskultur zu entwickeln. Die Überzeugung und die Entschlossenheit, dies zu tun, müssen von der Unternehmensleitung kommen und von den Führungskräften getragen sein. Wenn diese Voraussetzung gegeben ist, wird auf allen Ebenen ein starkes Engagement zur Mitwirkung wachsen.

Die Checkliste und die Tipps zum Schnellstart sollen diese Schritte erleichtern.

Checkliste für Unternehmen

Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gibt es viele. Nicht alle passen zu jedem Unternehmen, aber für jedes Unternehmen gibt es passende Instrumente.

Zur leichteren Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen sind an dieser Stelle die wichtigsten nochmals in Form einer Checkliste aufgeführt. Diese soll Unternehmen als Orientierungshilfe dienen, um das Ziel der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zu erreichen. Die Checkliste hilft bei einer Bestandsaufnahme der aktuellen Aktivitäten und macht zugleich sichtbar, wo weiterer Handlungsbedarf besteht.

Folgende Fragen können sich Unternehmen stellen:

Was macht unser Unternehmen bereits hinsichtlich...

- Arbeitszeitflexibilität
- Möglichkeiten der Arbeitszeitreduzierung
- Freistellungsmöglichkeiten
- Möglichkeit alternierender Heim- bzw. Telearbeit
- Vereinbarungen zum Thema Beruf und Pflege

...praktiziert oder offen?

Was können/sollen wir tun?

- Durchführung einer Bedarfserhebung zur Ermittlung, wie viele Beschäftigte betroffen sind.
- Informationsveranstaltungen/Vorträge zur Sensibilisierung der Beschäftigten/Führungskräfteschulungen?
- Bereitstellung schriftlicher Informationsmaterialien
Wer sollte das tun?
- Interner/externer Ansprechpartner für Pflege
Wer könnte das sein?
- Organisation von Workshops/Gründung von Gesprächs- und Arbeitsgruppen
- Informationsveranstaltungen mit externen Kooperationspartnern
Wen können wir ansprechen?

Ideen für Services/Unterstützungen?

Schnellstart für Unternehmen

Das können Sie schon jetzt tun

- Das Thema bekannt machen, Stellung nehmen!
- Den Bedarf ermitteln (Fragebogen, Interviews, Gespräche).
- Eine Informationsveranstaltung zur Vereinbarkeit allgemein oder schon zu einem speziellen Thema der Pflege anbieten.
- Eine Ansprechperson für die Beschäftigten benennen.
- Die bestehende Situation dokumentieren, d. h. Bedarf/Betroffenheit, vor allem aber auch bestehende Angebote.
- Einen Workshop anbieten, eine Arbeitsgruppe ins Leben rufen, Ideen und Lösungsansätze ermitteln.
- Neue machbare Ideen umsetzen.
- Über Alles regelmäßig informieren, vor allem über gute Lösungen.

Das sollten Sie wissen

- Kein Unternehmen fängt bei Null an.
- Es ist gut, die Betroffenheit und Bedarfe zu (er)kennen.

- Kommunikation ist das Wichtigste! Offenheit ist unerlässlich.
- Information und Beratung ist hilfreich und kann als Schlüssel dienen.
- Es sind deshalb oft nicht die großen Angebote und Maßnahmen, die notwendig sind, es „kostet“ etwas Zeit und Engagement.
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schätzen ein Engagement der Leitung sehr und fühlen sich wertgeschätzt.
- Betroffene sind trotz der eigenen Belastung überaus engagiert, d. h. sie finden durch das Engagement Entlastung.
- Führungskräfte tragen das Thema gut, sie sind oft selbst betroffen.

Jeder Weg beginnt mit einem ersten Schritt.

Bei der praktischen Umsetzung wünschen wir Ihnen viel Erfolg!

Informationen und Material

Weitere Informationen und wichtige Adressen für Unternehmen und Beschäftigte

Informationen und Serviceangebote zur Unterstützung pflegender Angehöriger in Unternehmen

auf den Seiten des Zentrums Frau in Beruf und Technik

www.zfbt.de/vereinbarkeit_beruf_und_familie/beruf_und_pflege

auf den Seiten des Verbunds für Unternehmen und Familie e.V.

www.verbund-fuer-unternehmen-und-familie.de

Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Betriebliche Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger

hg.v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Kostenfreier Download unter: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle

Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Ein Handlungsfeld für Betriebsräte

hg.v. Deutscher Gewerkschaftsbund

Kostenfreier Download unter: www.dgb-bestellservice.de/

Für die Praxis – Eltern pflegen. So können Arbeitgeber Beschäftigte mit zu pflegenden Angehörigen unterstützen – Vorteile einer familienbewussten Personalpolitik

hg.v. Beruf und Familie gGmbH

Kostenfreier Download unter: www.beruf-und-familie.de

Pflegebedürftig - Was nun?

hg.v. Bundesministerium für Gesundheit

Kostenfreier Download unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen.html

Gesetzestext des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG)

auf den Seiten des Bundesministeriums der Justiz

www.gesetze-im-internet.de/pflegezg/index.html

Gesetzestext des Teilzeit- und Befristungsgesetzes (TzBfG)

auf den Seiten der Juris GmbH

<http://bundesrecht.juris.de/tzbfsg/index.html>

Datenbank und Informationen zu haushaltsnahen Dienstleistungen

der Verbraucherzentrale NRW

www.vz-nrw.de/UNIQ130278775406168/www.vz-nrw.de/link275512A.html

Serviceangebote der BARMER GEK

Sie haben weitere Fragen?

Informationen erhalten Sie in Ihrer BARMER GEK Geschäftsstelle oder unter:

www.barmer-gek.de/arbeitgeber

Das Portal für Arbeitgeber mit Informationen und Services rund um die Sozialversicherung und zur Gesundheit im Betrieb.

www.barmer-gek.de

Das Portal für Versicherte mit Informationen zur BARMER GEK Pflegekasse

Informations-Broschüren der BARMER GEK zum Thema Pflege

Ambulante Pflegedienste – immer eine Frage der Qualität

(Inhalte u. a.: Wie finde ich einen guten Pflegedienst? Wie werden Leistungen vergütet?)

Zu Hause pflegen – Kurse und Schulungen

(Inhalte u. a.: Kursprogramm „Zuhause pflegen“, Wochenendkurse, Überleitung in die stationäre Pflege)

Wohnraumanpassung – wer trägt die Kosten?

(Inhalte u. a.: Finanzielle Zuschüsse, Was zahlt die Pflegekasse? Veränderungen außerhalb der Wohnung, Veränderungen innerhalb der Wohnung – Küche, Bad, Schlafzimmer)

Das richtige Pflegeheim – Tipps und Hinweise für Ihre Suche

(Inhalte u. a.: Von A wie Außenanlagen bis Z wie Zusatzleistungen)

Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson

(Inhalte u. a.: Ersatzpflege durch Angehörige, Stundenweise Ersatzpflege, Leistungen)

Ernährung in der häuslichen Pflege Demenzkranker

(Inhalte u. a.: Essen Demenzkranke anders? Ernährungsprobleme, Dehydration, Versorgung mit einer Magensonde)

Betreuungsangebote für Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen

(Inhalte u. a.: Zusätzliche Betreuungsleistungen, Einsatzmöglichkeiten)

Arbeitsunfähigkeiten

Allgemeine Hintergründe und Hinweise

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

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

Betroffener Personenkreis in der gesetzlichen Krankenversicherung

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

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

Besonderheiten der Meldung kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeiten

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

Methodische Unterschiede zu anderen Statistiken

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

- **Krankenkassen** berücksichtigen als Arbeitsunfähigkeitszeiten die ärztlich bescheinigten Tage einer Arbeitsunfähigkeit. Dabei wird, weitgehend zwangsläufig, nicht zwischen den Arbeitstagen einer Woche und Wochenenden oder anderweitig potenziell arbeitsfreien Tagen differenziert, da einer Kasse keine Informationen zu den individuellen regulären Arbeitszeiten vorliegen. Die bescheinigten Erkrankungstage werden entsprechend typischerweise, um Maßzahlen wie beispielsweise den Krankenstand zu berechnen, auf alle Versicherungstage eines Arbeitnehmers bezogen.
- **Arbeitgeber** dürften demgegenüber erkrankungsbedingte Fehlzeiten vorrangig bezogen auf die regulär vereinbarten Arbeitszeiten betrachten. Da Fehlzeiten an regulären Arbeitstagen erfahrungsgemäß höher als an überwiegend arbeitsfreien Tagen liegen, dürften interne Statistiken von Arbeitgebern tendenziell etwas höhere anteilige Fehlzeiten als Statistiken zu einer vergleichbaren Population auf der Basis von Daten einer Krankenkasse ausweisen.

- Die **kassenübergreifenden Statistiken** des Bundesministeriums für Gesundheit zu Krankenständen in Deutschland basieren auf zeitnahen Meldungen entsprechender Daten von allen gesetzlichen Krankenkassen. An das BMG gemeldet werden von den Krankenkassen allerdings innerhalb eines Jahres für die Statistik nur die Angaben zu Arbeitsunfähigkeiten an zwölf Stichtagen jeweils am Monatsersten. Da Monatserste überdurchschnittlich häufig auf Feiertage fallen, an denen durchschnittlich weniger Krankmeldungen vorliegen, wird der Krankenstand im Jahresmittel durch diese Stichtagsstatistik regelmäßig unterschätzt. Für die Interpretation noch problematischer ist, dass die Zahl der Stichtage an Wochenenden oder gesetzlichen Feiertagen von Jahr zu Jahr zum Teil merklich variieren kann und so Ergebnisse aus einzelnen Jahren nur eingeschränkt vergleichbar sind.

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

Arbeitsunfähigkeiten – wesentliche Determinanten

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

- **Arbeitsunfähigkeit als Folge gesundheitlicher Einschränkungen** entspricht der primären und direkten Interpretation einer gemeldeten Arbeitsunfähigkeit als Hinweis auf den gesundheitlichen Zustand des Betroffenen. Ob dabei die gesundheitlichen Einschränkungen ihrerseits Folge der Berufstätigkeit sind, oder anderweitige Gründe haben, muss im Einzelfall in der Regel zunächst offen bleiben. Relativ eindeutig sind entsprechende Zusammenhänge lediglich bei Arbeits- und Wegeunfällen, die allerdings nur eine kleinere Teilmenge der erfassten Arbeitsunfähigkeiten bilden. Wichtig erscheint in diesem Kontext zudem der Hinweis, dass gesundheitliche Einschränkungen erst ab einer bestimmten Schwelle zu einer Arbeitsunfähigkeit mit Fernbleiben vom Arbeitsplatz führen. Ein Arbeitnehmer kann beispielsweise durchaus schon lange unter leichteren Kopfschmerzen gelitten haben, ehe er sich wegen zunehmender Beschwerden krankschreiben lässt.

- **Arbeitsunfähigkeiten in Abhängigkeit von tätigkeitsspezifischen Anforderungen** Unterschiedliche Tätigkeiten stellen unterschiedliche mentale und körperliche Anforderungen. Während beispielsweise eine leichtere Fußverletzung bei ausschließlicher Bürotätigkeit am Schreibtisch weitgehend ohne Fehlzeiten verheilen kann, kann eine identische Verletzung bei körperlich belastenden Tätigkeiten, beispielsweise bei Briefträgern, zu unzweifelhaft begründeten mehrwöchigen Arbeitsausfällen führen.
- **Gesundheit als Folge von tätigkeitsspezifischen Anforderungen** Für sehr belastende oder herausgehobene und verantwortungsvolle Tätigkeiten werden oftmals überdurchschnittlich gesunde Personen ausgewählt, deren vergleichsweise gute Gesundheit und ggf. geringe Arbeitsunfähigkeit dann keinesfalls Rückschlüsse auf besonders günstige Arbeitsplatzbedingungen erlaubt. Entsprechende Selektionseffekte, die zu scheinbar paradoxen Ergebnissen führen können, werden in der Epidemiologie englischsprachig als „Healthy Worker Effekt“ bezeichnet.
- **Weitere primär erkrankungsunabhängige Einflüsse** Auswirkungen auf Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten können eine Reihe weiterer Faktoren haben. Nach der Beobachtung von typischerweise gegenläufigen Zyklen der Konjunktur und Krankenständen lassen sich bei negativer konjunktureller Entwicklung mit zunehmender Arbeitsplatzunsicherheit rückläufige Krankenstände erwarten und umgekehrt.
 Das Klima am Arbeitsplatz dürfte unterschiedliche Auswirkungen haben. Höhere Krankenstände können Folge eines schlechten Betriebsklimas oder allgemein hoher Belastungen am Arbeitsplatz sein. Zählt man Angst um den Erhalt des Arbeitsplatzes als einen Aspekt des Betriebsklimas, kann ein negatives Betriebsklima jedoch auch zur Vermeidung von berechtigten Fehlzeiten führen.
 Höhere Eigenverantwortung am Arbeitsplatz ist mit eher geringeren Fehlzeiten assoziiert. Dies kann die positive Folge einer höheren Zufriedenheit sein, negativ jedoch auch auf der individuellen Einschätzung beruhen, dass die Arbeit bei eigener Abwesenheit schlicht liegen bleibt.
 Auch gesetzliche Regelungen können Kennzahlen beeinflussen. Einschränkungen von Möglichkeiten zum vorzeitigen Eintritt in die Altersrente dürften in vergangenen Jahren zu eher höheren Fehlzeiten geführt haben.
 Durch die Einführung von Arbeitslosengeld II im Jahr 2005 werden Arbeitsunfähigkeiten bei vielen Langzeitarbeitslosen regulär nicht mehr bei Krankenkassen gemeldet, womit diese Personengruppe mit allgemein überdurchschnittlichen gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr sinnvoll in Statistiken zu Arbeitsunfähigkeiten berücksichtigt werden kann, was zu eher reduzierten Fehlzeiten in Statistiken führt.

Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens

Zur Beschreibung des Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehens existieren eine Reihe von Kennzahlen, deren allgemeine Bedeutung und Berechnung für den vorliegenden Gesundheitsreport an dieser Stelle erläutert werden soll. Hinweise auf Datengrundlagen und Auswertungsmethoden, insbesondere auch zu der im Gesundheitsreport durchgängig verwendeten Geschlechts- und Altersstandardisierung der Kennzahlen, finden sich in einem separaten Kapitel ab Seite 109.

- **Betroffenheitsquoten (AU-Quoten)** geben den prozentualen Anteil derjenigen Personen an, der innerhalb eines bestimmten Zeitraums – hier innerhalb eines Kalenderjahres – mindestens einen Tag von einer Arbeitsunfähigkeit betroffen war. Der verbleibende (beziehungsweise komplementäre) Anteil der Personen war innerhalb des Jahres entsprechend von keiner Arbeitsunfähigkeitsmeldung betroffen.

Betroffenheitsquoten beziehen sich bei ihrer Berechnung immer auf Personen (und damit ausnahmsweise nicht auf Versicherungsjahre)¹¹. Üblicherweise ist innerhalb eines Jahres etwa die Hälfte aller Erwerbspersonen von mindestens einer Arbeitsunfähigkeit betroffen.

- **Versicherungsjahre (VJ)** werden aus den in Krankenkassendaten dokumentierten Versicherungstagen berechnet und bilden die Bezugsgröße für die meisten Kennzahlen. Für Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten werden dabei, aus bereits genannten Gründen, nur Versicherungszeiten zu Erwerbspersonen mit Krankengeldanspruch berücksichtigt.

Ist jemand durchgängig über 365 Tage innerhalb eines Jahres versichert, resultiert bei der Berechnung genau ein Versicherungsjahr, bei Versicherung über 182 Tage lediglich 0,5 VJ. Ein Bezug der Arbeitsunfähigkeiten auf Versicherungsjahre berücksichtigt die Tatsache, dass innerhalb kürzerer Versicherungszeiten, z.B. bei Kassenwechsel, regelmäßig auch nur kürzere Arbeitsunfähigkeitsintervalle erfasst werden, was bei Berechnungen "pro Person" zu fälschlich erniedrigten Maßzahlen führen würde.

- **Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherungsjahre (AU-Fälle je 100 VJ)** gibt die Anzahl der abgrenzbaren Arbeitsunfähigkeitsfälle an, die – sinngemäß je 100 durchgängig versicherte Personen – innerhalb eines Jahres erfasst wurden. Durch einen Bezug auf 100 VJ kann die Lesbarkeit der Zahlenwerte (mit dann weniger Nachkommastellen) erhöht werden, ohne die inhaltliche Bedeutung zu ändern. Ein AU-Fall je VJ entspricht 100 AU-Fällen je 100 VJ. Durchschnittlich ist bei Er-

¹¹ Bei Berechnungen zum Gesundheitsreport wurden dabei ausschließlich Personen berücksichtigt, die bereits am 1. Januar des Jahres bei der BARMER GEK versichert waren.

werbspersonen etwa mit AU-Fallzahlen in der Größenordnung dieses Zahlenbeispiels zu rechnen, also mit etwa einem Fall pro Jahr pro Person beziehungsweise mit 100 Fällen je 100 Beschäftigte.

- **Arbeitsunfähigkeitstage je Fall (AU-Tage je Fall)** geben die durchschnittliche Dauer einzelner Arbeitsunfähigkeitsfälle an. Die Dauer variiert erheblich in Abhängigkeit von der Erkrankungsdiagnose und liegt durchschnittlich typischerweise bei mehr als 10 Tagen je Arbeitsunfähigkeitsmeldung.
- **Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre (AU-Tage je 100 VJ)** ist ein Maß für die innerhalb eines Jahres erfassten erkrankungsbedingten Fehlzeiten und damit die wohl relevanteste Maßzahl des Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehens. Pro Jahr werden je Beschäftigtem typischerweise durchschnittlich mehr als 10 Arbeitsunfähigkeitstage erfasst, je 100 durchgängig Beschäftigte sind es entsprechend deutlich mehr als 1.000 gemeldete erkrankungsbedingte Fehltage pro Jahr.
- Der **Krankenstand** lässt sich auf der Basis von Daten einer Krankenkasse durch Teilen der erfassten AU-Tage durch die Versicherungstage berechnen und gibt dann, zumeist als Prozentwert, den Anteil der erkrankungsbedingten Fehltage an allen Versicherungstagen innerhalb des Beobachtungszeitraums an. Der Krankenstand beschreibt inhaltlich denselben Sachverhalt wie das zuvor genannte Maß "AU-Tage je 100 VJ". Eine Umrechnung ist jederzeit möglich, die gleichzeitige Angabe beider Maßzahlen unterstützt lediglich individuelle Lesegewohnheiten:

$$\begin{aligned}\text{Krankenstand [\%]} &= (\text{AU-Tage je VJ}) / 3,65 && \text{oder} \\ \text{Krankenstand [\%]} &= (\text{AU-Tage je 100 VJ}) / 365\end{aligned}$$

beziehungsweise umgekehrt

$$\begin{aligned}\text{AU-Tage je VJ} &= \text{Krankenstand [\%]} * 3,65 && \text{oder} \\ \text{AU-Tage je 100 VJ} &= \text{Krankenstand [\%]} * 365\end{aligned}$$

Üblicherweise ist mit Krankenständen merklich oberhalb von 3 Prozent zu rechnen. An einzelnen Tagen fehlen erkrankungsbedingt typischerweise also jeweils mehr als 3 je 100 Beschäftigte eines Betriebes.

Grundlegende Kennzahlen 2010

Nachfolgend dargestellt werden aktuelle Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten in Mecklenburg-Vorpommern aus dem Jahr 2010, wobei bundeslandspezifischen Ergebnissen jeweils bundesweit ermittelte Ergebnisse gegenübergestellt werden. Dabei beschränkt sich die Darstellung in diesem Abschnitt zunächst auf diagnoseübergreifend ermittelte Ergebnisse.

Tabelle 1 zeigt grundlegende Ergebnisse zum regionalen und bundesweiten Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen im Jahr 2010. Relative Abweichungen beziehungsweise Differenzen zwischen regionalen und bundesweiten Zahlen sind Tabelle 2 zu entnehmen. Nach den Ergebnissen geschlechts- und altersstandardisierter Auswertungen von bundesweiten Daten der BARMER GEK waren im Jahr 2010 53,5 Prozent der Erwerbspersonen, also mehr als die Hälfte, mindestens einmalig erkrankungsbedingt arbeitsunfähig gemeldet. Sinngemäß je 100 durchgängig Beschäftigte wurden 116 Arbeitsunfähigkeitsmeldungen und insgesamt 1.479 Fehltage erfasst. Je Beschäftigtem wurden demnach innerhalb des Jahres durchschnittlich mehr als ein Arbeitsunfähigkeitsfall sowie insgesamt mehr als zwei Erkrankungswochen gemeldet.

Die 1.479 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre (VJ) entsprechen einem Krankenstand von 4,05 Prozent. Je Kalendertag des Jahres 2010 waren also von 100 Beschäftigten durchschnittlich gut vier Beschäftigte arbeitsunfähig gemeldet. Eine einzelne Arbeitsunfähigkeitsmeldung dauerte im Durchschnitt 12,8 Tage.

Tabelle 1 Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit regional und bundesweit 2010

Kennzahl	Mecklenburg-Vorpommern			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Betroffenheitsquote	56,8%	63,7%	59,6%	51,6%	56,1%	53,5%
AU-Fälle je 100 VJ	122	152	135	109	125	116
AU-Tage je Fall	13,9	12,1	13,0	13,3	12,2	12,8
AU-Tage je 100 VJ	1.697	1.838	1.756	1.444	1.529	1.479
Krankenstand	4,65%	5,04%	4,81%	3,96%	4,19%	4,05%

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Für Erwerbspersonen in Mecklenburg-Vorpommern ergeben die einheitlich altersstandardisierten Auswertungen deutlich höhere Kennzahlen zur Zahl der AU-Fälle und -Tage als im Bundesdurchschnitt. Mit 135 AU-Fällen und 1.756 AU-Tagen je 100 VJ wurden in Mecklenburg-Vorpommern 16,4 Prozent mehr AU-Fälle und 18,7 Prozent mehr AU-Tage als im Bundesdurchschnitt erfasst. Eine einzelne Erwerbsperson war durchschnittlich 2,77 Tage länger als nach überregionalen Ergebnissen arbeitsunfähig gemeldet, was, bezogen auf 100 Beschäftigte, innerhalb eines Jahres einer Differenz von +277 Fehltagen entspricht (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2 Abweichungen regionaler AU-Kennzahlen von bundesweiten Werten 2010

Kennzahl	Relative Abweichung			Differenzen		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Betroffenheitsquote	10,0%	13,6%	11,6%	5,1%	7,6%	6,2%
AU-Fälle je 100 VJ	12,2%	21,5%	16,4%	13	27	19
AU-Tage je Fall	4,8%	-1,0%	2,0%	0,6	-0,1	0,3
AU-Tage je 100 VJ	17,6%	20,2%	18,7%	254	309	277
Krankenstand	17,6%	20,2%	18,7%	0,7%	0,8%	0,8%

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Abbildung 5 und Abbildung 6 auf den folgenden beiden Seiten zeigen bundeslandbezogene Ergebnisse zu AU-Fallzahlen und AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre in Kartendarstellungen. Angegeben werden für die einzelnen Bundesländer zunächst relative Abweichungen der Ergebnisse von bundesweit ermittelten Ergebnissen sowie auch (in Klammern) die regionalspezifischen Ergebnisse. **Blaue Karteneinfärbungen deuten dabei im Gesundheitsreport durchgängig Überschreitungen und grüne Einfärbungen Unterschreitungen von bundesweit ermittelten Ergebnisse im Bereich von +/- 25 Prozent an.** Die AU-Fallzahlen variieren zwischen 105 Fällen in Baden-Württemberg und 137 Fällen je 100 Versicherungsjahre in Thüringen, womit bundesweite Ergebnisse um 9,4 Prozent unterschritten beziehungsweise um 18,4 Prozent überschritten werden.

Die Fehlzeiten variieren noch etwas ausgeprägter, nämlich zwischen 1.249 AU-Tagen je 100 VJ in Baden-Württemberg (-15,6%) und 1.787 AU-Tagen je 100 VJ in Brandenburg (+20,8%). Geschlechtsspezifische Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten von Männern und Frauen in einzelnen Bundesländern finden sich in Tabelle 3.

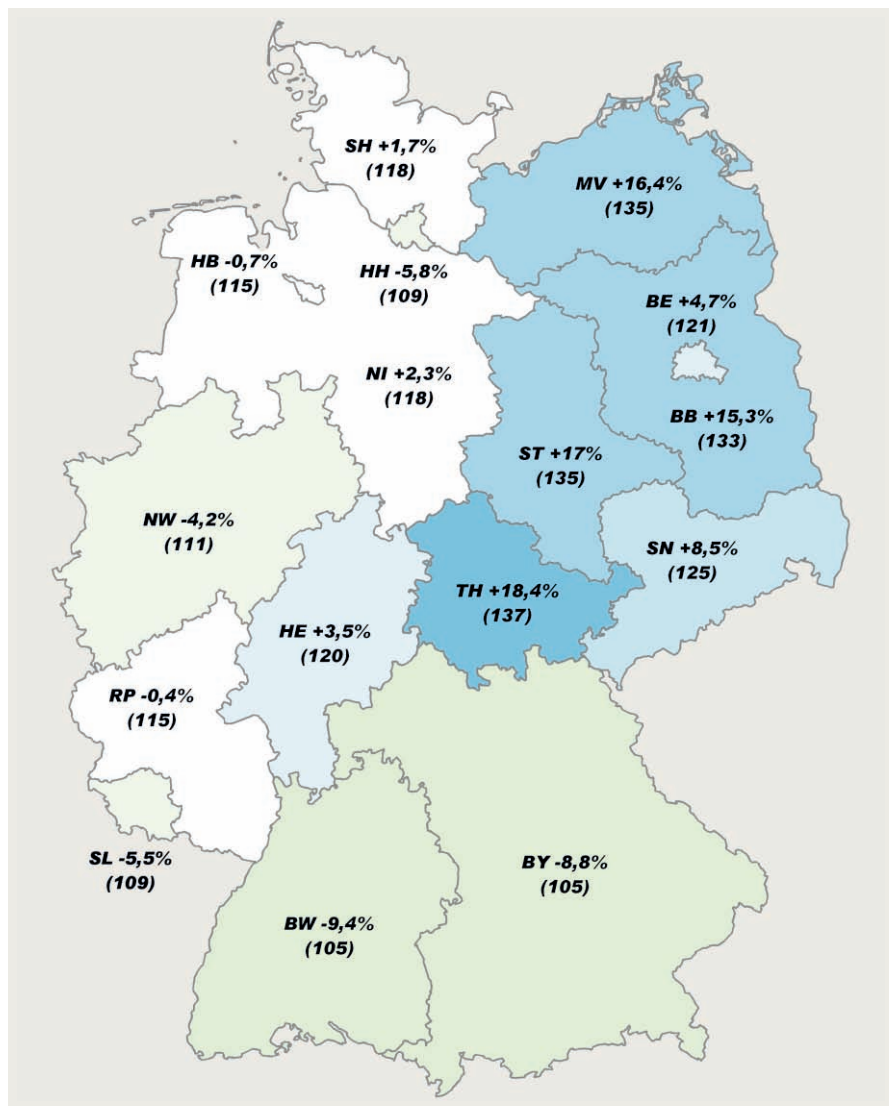


Abbildung 5 Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2010

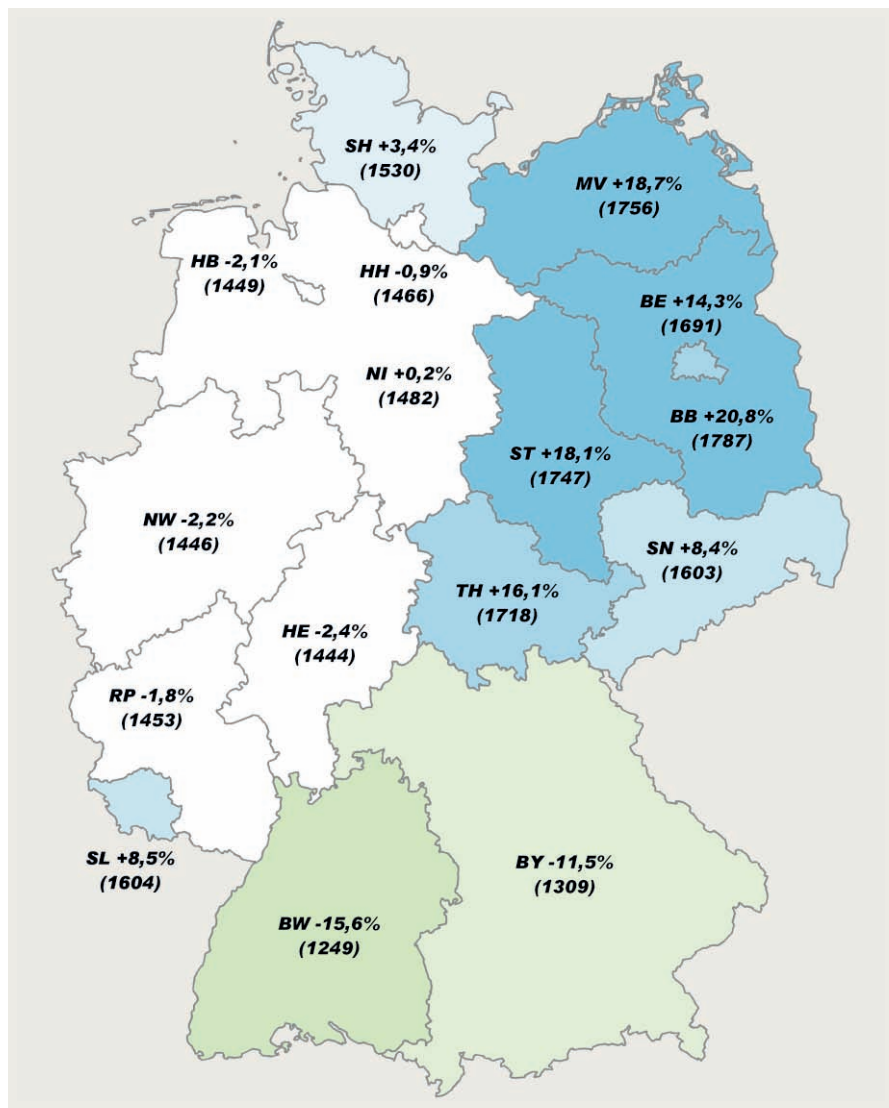


Abbildung 6 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2010

Tabelle 3 AU-Fälle und AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2010

Bundesland	AU-Fälle je 100 VJ			AU-Tage je 100 VJ		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	101	110	105	1.240	1.260	1.249
Bayern	102	110	105	1.319	1.295	1.309
Berlin	108	140	121	1.563	1.872	1.691
Brandenburg	122	150	133	1.708	1.898	1.787
Bremen	110	121	115	1.389	1.533	1.449
Hamburg	101	121	109	1.394	1.567	1.466
Hessen	114	128	120	1.423	1.474	1.444
Meckl.-Vorpommern	122	152	135	1.697	1.838	1.756
Niedersachsen	113	126	118	1.462	1.511	1.482
Nordrhein-Westfalen	105	119	111	1.408	1.501	1.446
Rheinland-Pfalz	111	121	115	1.454	1.451	1.453
Saarland	104	117	109	1.591	1.624	1.604
Sachsen	113	143	125	1.538	1.695	1.603
Sachsen-Anhalt	123	152	135	1.699	1.814	1.747
Schleswig-Holstein	111	127	118	1.460	1.628	1.530
Thüringen	125	154	137	1.684	1.766	1.718
Gesamt	109	125	116	1.444	1.529	1.479

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Abbildung 7 auf der folgenden Seite stellt bundesweite Variationen der Fehlzeiten auf der Ebene von mehr als 400 Kreisen dar (effektiv werden Ergebnisse zu 408 Kreisen dargestellt, in denen 2010 jahresdurchschnittlich jeweils mehr als 100 Erwerbspersonen mit Versicherung in der BARMER GEK wohnten). Farblich angedeutet werden, mit identischen Abstufungen wie in der vorausgehenden Abbildung, Abweichungen der regional beobachteten Fehlzeiten von Fehlzeiten, die aufgrund der regionalen Geschlechts- und Altersstruktur nach bundesweiten Ergebnissen hätten erwartet werden können (vgl. Abschnitte zur indirekten Standardisierung im Anhang). Deutlich werden die zum Teil merklichen Variationen auch innerhalb einzelner Bundesländer. Statistiken auf der Ebene von Bundesländern stellen insofern – wie nahezu jede Statistik – erheblich vereinfachte Blicke, hier auf die Realität regionaler Variationen, dar.

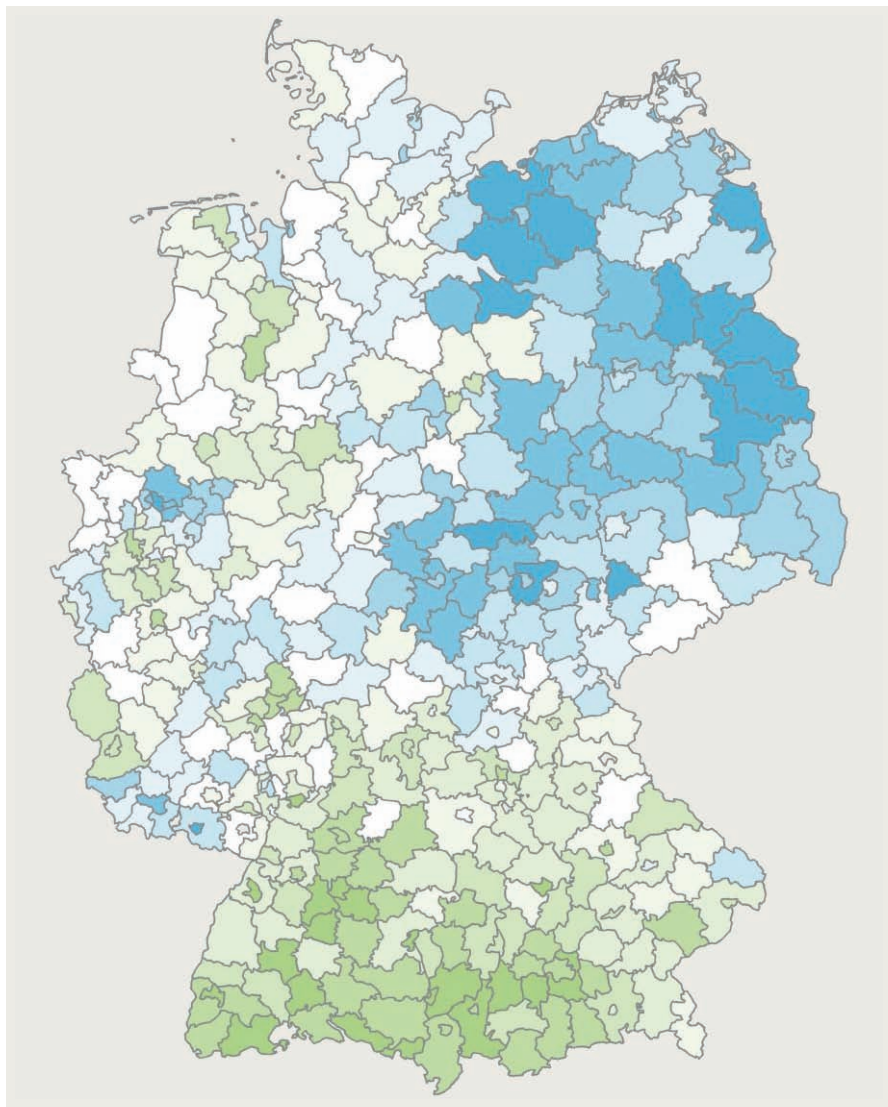


Abbildung 7 **Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen 2010 bundesweit**

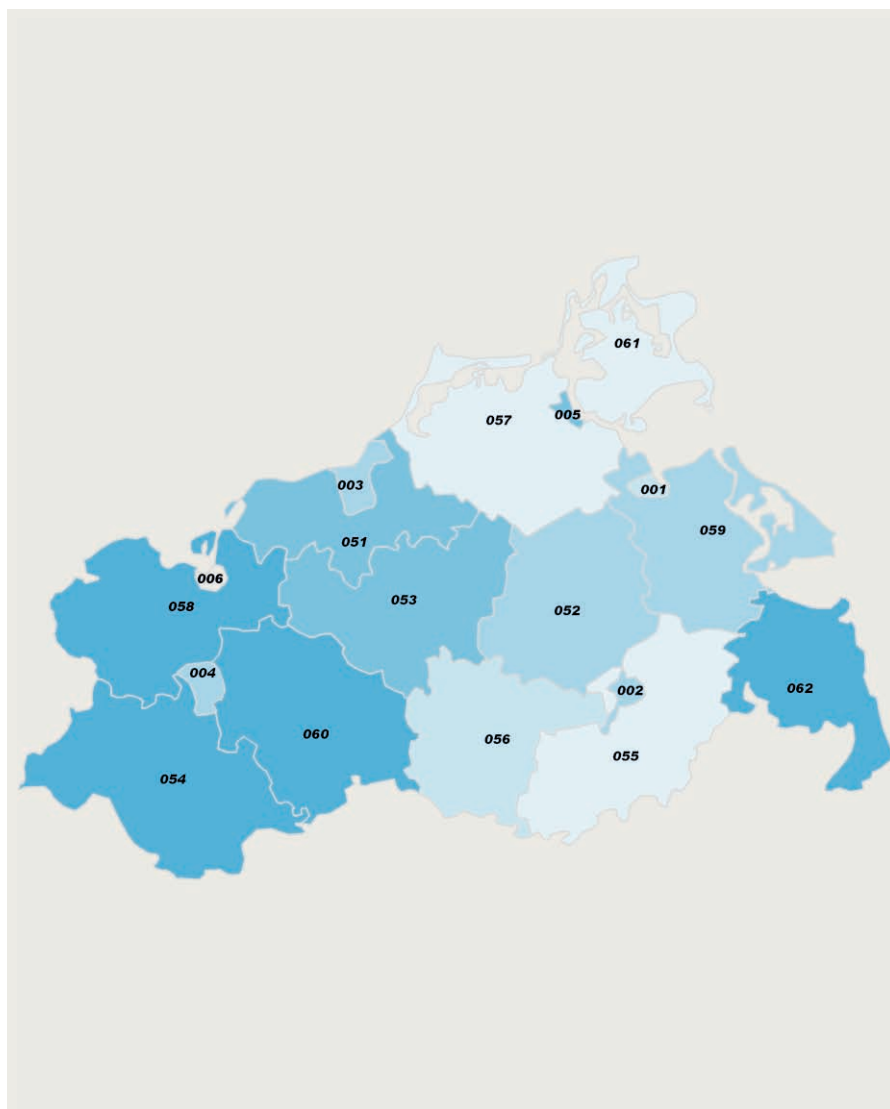


Abbildung 8 Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen 2010 Mecklenburg-Vorpommerns

Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten in Kreisen

Abbildung 8 zeigt einen bundeslandspezifischen Kartenausschnitt der Abbildung 7, auch hier mit Einfärbungen von Kreisgebieten entsprechend der relativen Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen von bundesweiten Werten. Die Zahlenangaben in Abbildung 8 entsprechen der 3. bis 5. Stelle der amtlichen Gemeinde- beziehungsweise Kreisschlüssel und ermöglichen das Auffinden von Kreisbezeichnungen und Ergebnissen in der nachfolgenden Tabelle 4. Die Kombination aus der ersten und zweiten Stelle des Gemeindeschlüssels kennzeichnet ein Bundesland. Sie ist für alle Kreise eines Bundeslandes identisch und ist daher für die Identifikation von Kreisen innerhalb eines Bundeslandes nicht erforderlich.

Mecklenburg-Vorpommern ist als Bundesland in verhältnismäßig wenige Kreise beziehungsweise kreisfreien Städte gegliedert. Offensichtlich wird mit der Darstellung in Abbildung 8, dass 2010 überdurchschnittlich hohe Fehlzeiten bei Erwerbspersonen in allen Kreisen Mecklenburg-Vorpommerns ermittelt werden konnten (Ergebnisse zu Wismar bei geringen Versichertenzahlen nicht dargestellt).

Die niedrigsten Werte mit einer Überschreitung bundesweiter Fehlzeiten um lediglich 5,4 Prozent ließen sich für Rügen (Kreisnummer 13 061) ermitteln.

Demgegenüber fanden sich Überschreitungen von erwarteten Fehlzeiten um mehr als 25 Prozent in den Kreisen Ludwigslust (Kreisnummer 13 054: +27,1%), Parchim (Kreisnummer 13 060: +28,7%) und Uecker-Randow (Kreisnummer 13 062: +27,1%).

Tabelle 4 Relative Abweichungen der AU-Fallzahlen und Fehlzeiten in Kreisen 2010

Kreis 13...	Kreise in Mecklenburg-Vorpommerns, Bezeichnung	VJ	Beob. vs. erwartet	
			AU-Fälle	AU-Tage
001	Greifswald	3.329	24,8%	10,9%
002	Neubrandenburg	5.054	25,0%	12,7%
003	Rostock	11.177	19,7%	15,4%
004	Schwerin	5.800	27,3%	14,5%
005	Stralsund	3.241	24,7%	17,6%
006	Wismar	-	-	-
051	Bad Doberan	5.316	14,2%	21,8%
052	Demmin	4.089	13,3%	14,1%
053	Güstrow	6.218	19,1%	19,6%
054	Ludwigslust	7.739	19,8%	27,1%
055	Mecklenburg-Strelitz	5.566	13,2%	5,7%
056	Müritz	4.502	9,0%	9,9%
057	Nordvorpommern	7.035	11,3%	5,9%
058	Nordwestmecklenburg	8.303	16,3%	22,8%
059	Ostvorpommern	6.602	12,1%	16,6%
060	Parchim	5.568	21,3%	28,7%
061	Rügen	4.560	0,9%	5,4%
062	Uecker-Randow	3.629	24,2%	27,1%
AU-Tage und -Fälle je 100 VJ bundesweit			116	1.479

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, indirekt standardisiert, relative Abweichungen regional beobachteter von den nach bundesweiten Ergebnissen strukturabhängig regional erwarteten Werten. Der Wert 0% resultiert bei Übereinstimmung, kleiner Werte bei Unterschreiten und größere Werte bei Überschreiten. Wohnortbezogen, ausschließlich Angaben zu Kreisen mit Daten zu jahresdurchschnittlich mehr als 100 Erwerbspersonen.

Arbeitsunfähigkeiten nach Falldauer

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

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

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

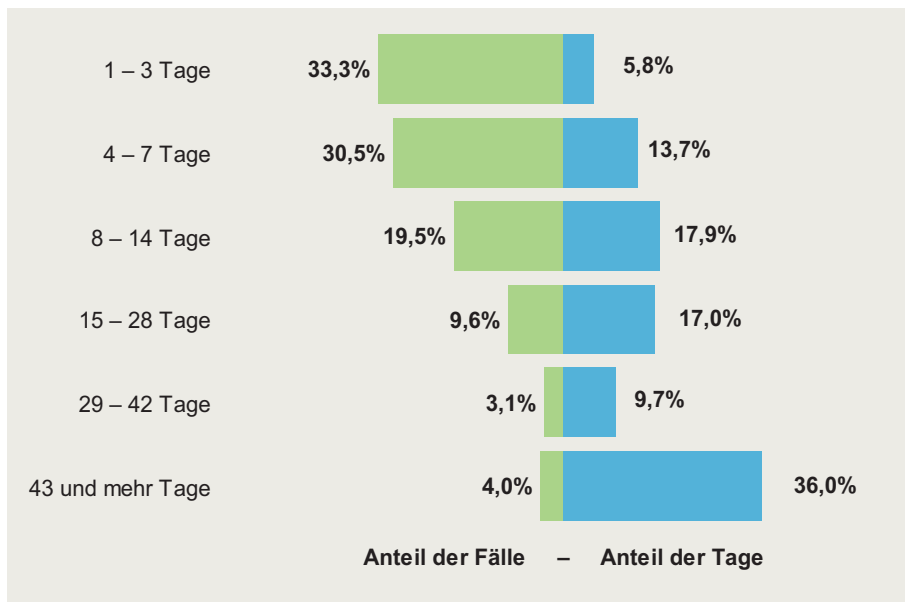


Abbildung 9 Arbeitsunfähigkeitsfälle und –tage nach Falldauer Mecklenburg-Vorpommern 2010

Nach Auswertungen bundesweit erhobener Daten der BARMER GEK dauerten mehr als zwei Drittel der erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle maximal eine Woche: 38,3 Prozent der Fälle erstreckten sich dabei über ein bis drei Tage, 29,9 Prozent dauerten zwischen vier und sieben Tage (vgl. Tabelle 5). Auf diese große Zahl eher kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeiten entfielen jedoch bei einem Anteil von 21,2 Prozent lediglich gut ein Fünftel aller erfassten Arbeitsunfähigkeitstage.

Tabelle 5 Arbeitsunfähigkeitsfälle und –tage nach Falldauer regional und bundesweit

Fallbezogene Dauer	Mecklenburg-Vorpommern		Bundesweit	
	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage
1 – 3 Tage	33,3%	5,8%	38,3%	7,3%
4 – 7 Tage	30,5%	13,7%	29,9%	13,9%
8 – 14 Tage	19,5%	17,9%	16,1%	15,4%
15 – 28 Tage	9,6%	17,0%	8,7%	16,0%
29 – 42 Tage	3,1%	9,7%	3,0%	9,6%
42 und mehr Tage	4,0%	36,0%	3,9%	37,8%

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Lediglich 3,9 Prozent der bundesweit erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle, also weniger als jede 25. Krankschreibung, dauerte über mehr als sechs Wochen. Allein dieser verhältnismäßig kleinen Zahl von Fällen mit mehr als sechs Wochen Dauer waren jedoch mit 37,8 Prozent deutlich mehr als ein Drittel aller Arbeitsunfähigkeitstage zuzuordnen.

Grundsätzlich entsprechen die Ergebnisse aus **Mecklenburg-Vorpommern** den bundesweiten Resultaten, wobei kurzzeitige Krankschreibungen mit maximal drei Tagen Dauer in Mecklenburg-Vorpommern allerdings eine geringere anteilige Bedeutung besitzen. Ein verhältnismäßig großer Anteil entfiel auf Krankschreibungen mit einer Dauer zwischen 8 und 14 Tagen (vgl. auch Abbildung 9). Den 16,7 Prozent der AU-Fälle mit mehr als zwei Wochen Dauer konnten auch in Mecklenburg-Vorpommern mit 62,7 Prozent knapp zwei Drittel der gesamten Fehlzeiten zugeordnet werden.

Arbeitsunfähigkeiten an Wochentagen

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

Tabelle 6 zeigt sowohl regional als auch bundesweit ermittelte Ergebnisse zur Häufigkeit von AU-Meldungen an einzelnen Wochentagen und zur Verteilung der gemeldeten Fehlzeiten auf Wochentage im Jahr 2010.

Tabelle 6 Arbeitsunfähigkeiten an Wochentagen regional und bundesweit

Wochentag	Mecklenburg-Vorpommern		Bundesweit	
	AU-Beginn	AU-Tage	AU-Beginn	AU-Tage
Montag	34,9%	13,9%	34,1%	13,9%
Dienstag	19,7%	15,0%	20,5%	15,1%
Mittwoch	16,3%	15,7%	16,7%	15,8%
Donnerstag	15,4%	15,9%	15,7%	15,9%
Freitag	10,9%	16,3%	10,1%	16,1%
Samstag	1,6%	11,8%	1,5%	11,8%
Sonntag	1,3%	11,4%	1,4%	11,4%

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Meldung zur Arbeitsunfähigkeit an einzelnen Wochentagen

Auf den ersten Blick auffällig erscheint, dass regelmäßig mehr als ein Drittel aller Arbeitsunfähigkeiten an einem Montag beginnen, was von manchen Betrachtern entsprechender Statistiken als arbeitnehmerseitige Tendenz fehlinterpretiert wurde, sich durch eine Krankschreibung am Montag das Wochenende zu verlängern.

Eine zweifellos inhaltlich korrektere Begründung für die ungleiche Verteilung des AU-Beginns auf einzelne Wochentage ergibt sich aus typischen Arbeitszeiten von niedergelassenen Ärzten und Arbeitnehmern allgemein.

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

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

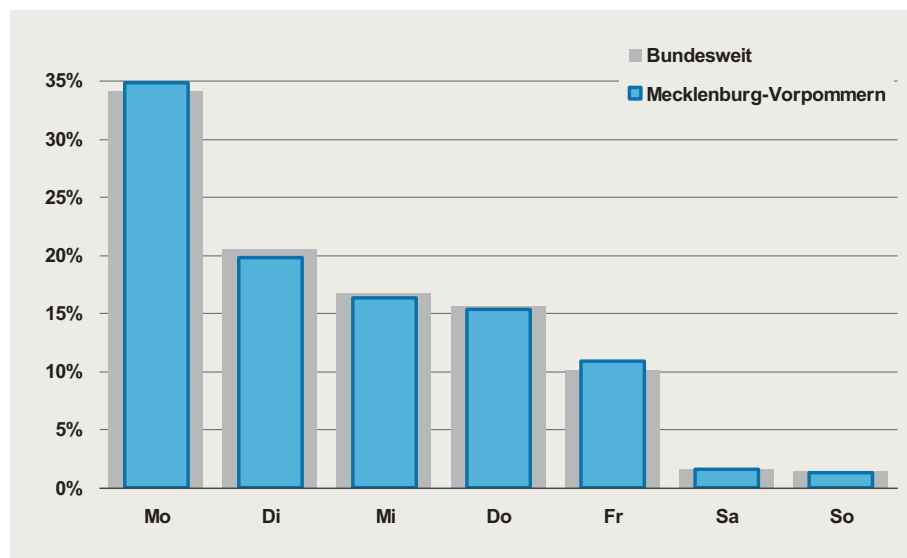


Abbildung 10 Verteilung der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auf Wochentage

Abbildung 10 zeigt die relative Häufigkeit von AU-Meldungen an einzelnen Wochentagen in **Mecklenburg-Vorpommern** (blau) sowie nach bundesweit ermittelten Zahlen (grau). Die regionalen Ergebnisse unterscheiden sich allenfalls graduell von bundesweit ermittelten Zahlen.

Arbeitsunfähigkeitstage

Inhaltlich noch aufschlussreicher als Auswertungen zum Beginn von Arbeitsunfähigkeiten sind Auswertungen zur Verteilung der gemeldeten Fehlzeiten auf Wochentage. Abbildung 11 zeigt weitgehend übereinstimmende regionale (blau) und überregionale (grau) Ergebnisse zur anteiligen Verteilung der gemeldeten Fehlzeiten auf die einzelnen Wochentage innerhalb des Kalenderjahres 2010.

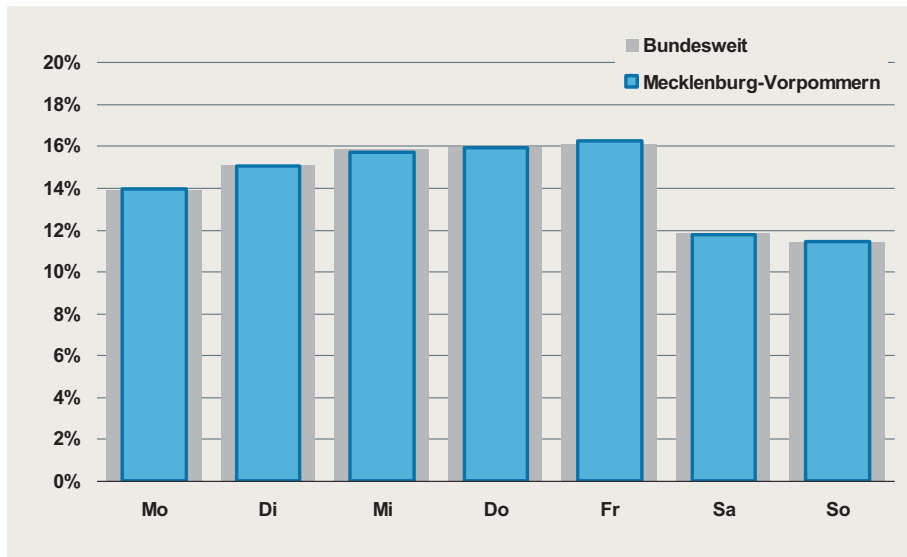


Abbildung 11 Verteilung der Fehlzeiten auf Wochentage

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

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

Arbeitsunfähigkeiten nach Geschlecht und Alter

Geschlecht und Alter haben einen erheblichen Einfluss auf die Ergebnisse in nahezu allen gesundheitsbezogenen Statistiken. Bei Gruppenvergleichen im Gesundheitsreport werden grundsätzlich geschlechts- und altersstandardisierte Zahlen gegenübergestellt, womit etwaige Unterschiede zwischen Vergleichsgruppen hinsichtlich ihrer Geschlechts- und Altersstruktur rechnerisch ausgeglichen werden und insofern nicht mehr für die ggf. weiterhin beobachteten Unterschiede verantwortlich gemacht werden können (vgl. Erläuterungen im Anhang). Der nachfolgende Abschnitt befasst sich demgegenüber explizit mit dem Einfluss von Geschlecht und Alter auf diagnoseübergreifende Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten.

Arbeitsunfähigkeitsfälle

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

Tabelle 7 und Abbildung 12 auf Seite 66 zeigen Angaben zur Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versicherungsjahre im Jahr 2010 in 5-Jahres-Altersgruppen für Männer und Frauen. Neben farblich hervorgehobenen regionalen Ergebnissen (Männer – blau, Frauen – grün) werden in der Abbildung mit grauen Säulen im Hintergrund auch bundesweit ermittelte Ergebnisse angedeutet.

Grundsätzlich entspricht das Muster der Geschlechts- und Altersabhängigkeit von Krankschreibungshäufigkeiten in **Mecklenburg-Vorpommern** den bundesweit ermittelten Ergebnissen. In allen Altersgruppen werden dabei allerdings die bundesweit ermittelten Ergebnisse überschritten. Relativ große Differenzen zwischen regionalen und bundesweiten Fallzahlen zeigen sich insbesondere in der jüngsten Altersgruppe und allgemein bei Frauen.

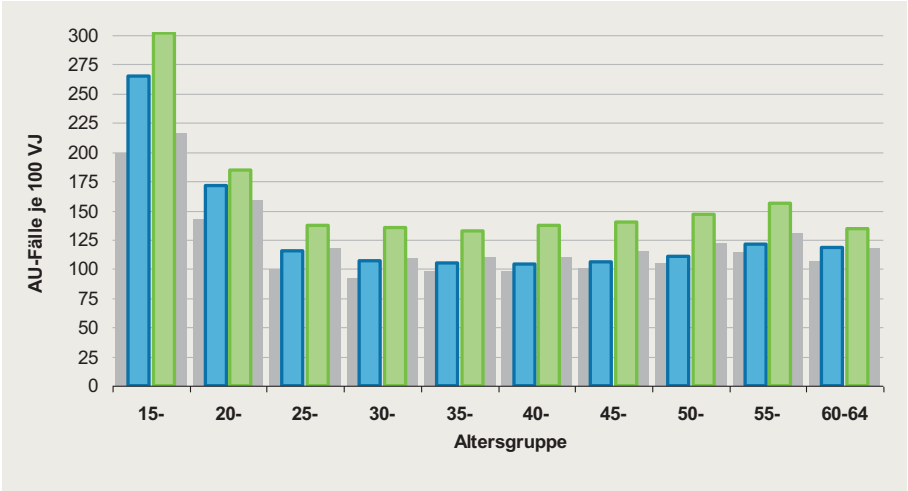


Abbildung 12 AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2010

(Abbildung: blau – Männer regional, grün – Frauen regional; grau – bundesweite Ergebnisse)

Tabelle 7 AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2010

AU-Fälle je 100 VJ Altersgruppe	Mecklenburg-Vorpommern			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	265	302	281	199	215	206
20 – 24 Jahre	171	184	177	143	159	150
25 – 29 Jahre	115	137	125	99	118	107
30 – 34 Jahre	107	135	119	92	109	99
35 – 39 Jahre	105	132	116	99	110	103
40 – 44 Jahre	104	137	118	99	110	104
45 – 49 Jahre	106	140	121	101	115	107
50 – 54 Jahre	111	147	125	105	122	112
55 – 59 Jahre	121	157	134	115	131	120
60 – 64 Jahre	118	135	122	107	117	110
Gesamt	122	152	135	109	125	116

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand..

Dauer der Arbeitsunfähigkeitsfälle

Tabelle 8 und Abbildung 13 zeigen Ergebnisse zur durchschnittlichen Dauer einzelner Arbeitsunfähigkeitsfälle in Abhängigkeit vom Geschlecht und Alter der Betroffenen. Offensichtlich wird eine stetige Zunahme der Falldauer mit zunehmendem Alter. Während einzelne AU-Fälle in der jüngsten Altersgruppe durchschnittlich weniger als 6 Tage dauerten, waren 60- bis 64-jährigen Erwerbspersonen im Falle einer Krankschreibung durchschnittlich mehr als 24 Tage arbeitsunfähig gemeldet.

Die Geschlechts- und Altersabhängigkeit der fallbezogenen Krankschreibungsdauer in **Mecklenburg-Vorpommern** entspricht weitgehend den bundesweit ermittelten Ergebnissen.

Fehlzeiten

Tabelle 9 und Abbildung 14 auf Seite 69 zeigen schließlich die aus AU-Fallzahlen und –Dauer in einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen bezogen auf jeweils 100 Versicherungsjahre resultierenden Arbeitsunfähigkeitszeiten.

Trotz der ausgesprochen hohen Zahl gemeldeter AU-Fälle liegen die Fehlzeiten in den jüngsten Altersgruppen kaum höher als bei Personen im Alter zwischen 25 und 34 Jahren, welche 2010 durchschnittlich etwa 10 Tage krankgemeldet waren (was der Angabe 1.000 AU-Tage je 100 VJ sowie einem Krankenstand von 2,74 Prozent entspricht). Mit zunehmendem Alter steigt nach Vollendung des 35. Lebensjahres der Krankenstand. In der höchsten hier berücksichtigten Altersgruppe der 60- bis 64-jährigen werden schließlich etwa 2,5-fach höhere Fehlzeiten erfasst. Bei Betrieben ist demnach mit zunehmendem Alter der Beschäftigten kaum mit einer Veränderung der Krankschreibungshäufigkeit zu rechnen. Da jedoch einzelne Fälle durchschnittlich erheblich länger als bei jüngeren Beschäftigten dauern, ist dennoch ein höherer Krankenstand zu erwarten.

Grundsätzlich gelten diese Aussagen auch für Erwerbspersonen in **Mecklenburg-Vorpommern**. Wie schon im Hinblick auf die AU-Fallzahlen beschrieben, werden dabei in Mecklenburg-Vorpommern in allen Altersgruppen die bundesweit ermittelten Ergebnisse überschritten, wobei sich relativ große Differenzen zwischen regionalen und bundesweiten Fallzahlen insbesondere in der jüngsten Altersgruppe zeigen.

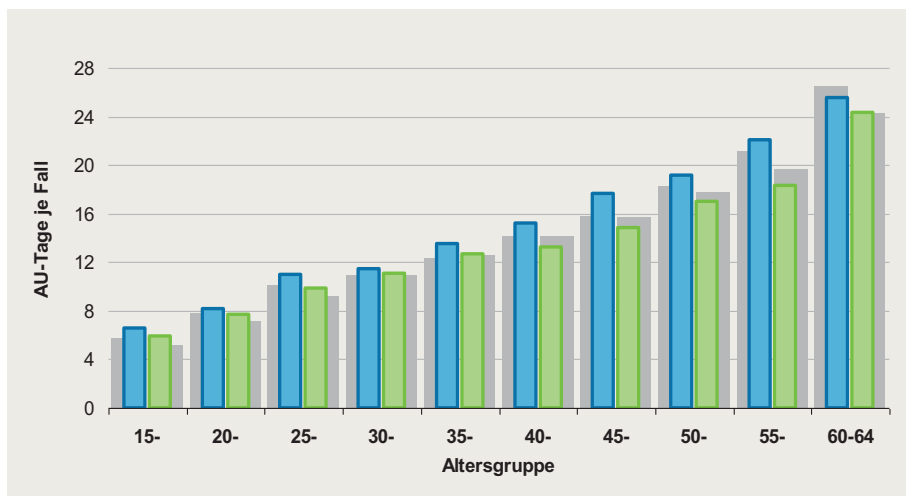


Abbildung 13 AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter 2010

(Abbildung: blau – Männer regional, grün – Frauen regional; grau – bundesweite Ergebnisse)

Tabelle 8 AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2010

AU-Tage je Fall Altersgruppe	Mecklenburg-Vorpommern			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	6,6	5,9	6,3	5,8	5,2	5,5
20 – 24 Jahre	8,2	7,7	8,0	7,8	7,1	7,4
25 – 29 Jahre	11,0	9,9	10,5	10,0	9,2	9,7
30 – 34 Jahre	11,5	11,1	11,3	10,9	10,9	10,9
35 – 39 Jahre	13,6	12,7	13,2	12,3	12,6	12,4
40 – 44 Jahre	15,2	13,3	14,2	14,1	14,1	14,1
45 – 49 Jahre	17,7	14,9	16,3	15,8	15,7	15,8
50 – 54 Jahre	19,2	17,0	18,2	18,2	17,8	18,0
55 – 59 Jahre	22,1	18,3	20,6	21,2	19,7	20,6
60 – 64 Jahre	25,5	24,3	25,2	26,5	24,2	25,9
Gesamt	13,9	12,1	13,0	13,3	12,2	12,8

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand..

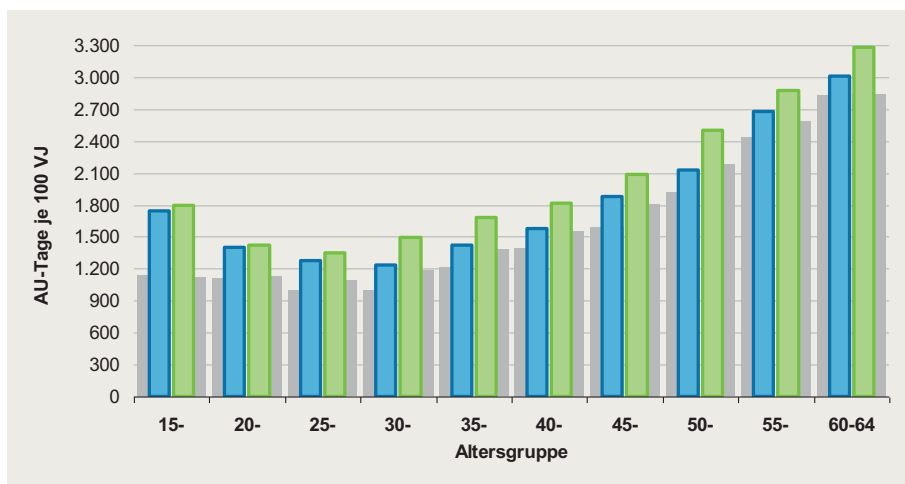


Abbildung 14 AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2010

(Abbildung: blau – Männer regional, grün – Frauen regional; grau – bundesweite Ergebnisse)

Tabelle 9 AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2010

AU-Tage je 100 VJ Altersgruppe	Mecklenburg-Vorpommern			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	1.746	1.793	1.767	1.146	1.123	1.136
20 – 24 Jahre	1.399	1.420	1.409	1.111	1.131	1.120
25 – 29 Jahre	1.275	1.352	1.308	994	1.088	1.036
30 – 34 Jahre	1.235	1.496	1.342	1.000	1.187	1.077
35 – 39 Jahre	1.420	1.686	1.532	1.213	1.382	1.284
40 – 44 Jahre	1.578	1.817	1.680	1.393	1.556	1.462
45 – 49 Jahre	1.879	2.090	1.967	1.591	1.808	1.682
50 – 54 Jahre	2.130	2.497	2.274	1.916	2.174	2.017
55 – 59 Jahre	2.682	2.873	2.749	2.435	2.581	2.486
60 – 64 Jahre	3.014	3.278	3.082	2.837	2.842	2.838
Gesamt	1.697	1.838	1.756	1.444	1.529	1.479

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand..

Diagnosen der Arbeitsunfähigkeit

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

Krankheitsarten – Diagnosekapitel der ICD10

In Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden Diagnosen von Ärzten in Form von Diagnoseschlüsseln angegeben. Verwendet wird hierbei in Deutschland gemäß gesetzlicher Vorgaben seit dem Jahr 2000 die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ in der 10. Revision, kurz auch als ICD10 bezeichnet (vgl. auch Erläuterungen ab Seite 112 im Anhang).

In der ICD10 werden Krankheiten hierarchisch gegliedert. Die übergeordnete, höchste Gliederungsebene der ICD10 bilden insgesamt 22 Kapitel. In Gesundheitsberichten von Krankenkassen und vergleichbaren Publikationen wird bei entsprechend zusammengefassten Erkrankungsgruppen oftmals auch von „Krankheitsarten“ gesprochen. Auswertungen auf der Ebene dieser Krankheitsarten können einen ersten Überblick zu Ursachen von Arbeitsunfähigkeiten geben.

Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Krankheitsarten

Abbildung 15 und Tabelle 10 auf den folgenden Seiten zeigen Ergebnisse zur Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versicherungsjahre mit Zuordnung zu den unterschiedlichen Krankheitsarten. Ausschließlich in der Tabelle werden auch weniger bedeutsame Kapitel der ICD10 sowie separate Ergebnisse für Männer und Frauen gelistet. Regionale Ergebnisse (in der Abbildung blau) werden jeweils bundesweit ermittelten Ergebnissen (in der Abbildung grau) gegenübergestellt.

- Mit Abstand die meisten Arbeitsunfähigkeitsfälle werden unter der Diagnose von „**Krankheiten des Atmungssystems**“ erfasst. Nach bundesweiten Auswertungen waren es 2010 33,0 AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre mit entsprechenden Diagnosen. Zu dieser Erkrankungsgruppe zählen insbesondere auch typische Erkältungskrankheiten (vgl. auch differenziertere Auswertungen in späteren Abschnitten).

- Bezogen auf die Fallhäufigkeiten den zweiten Rang belegen „**Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems**“, zu denen insbesondere diverse Erkrankungen des Rückens zählen.
- Von verhältnismäßig großer Relevanz im Hinblick auf die AU-Fallzahlen sind des weiteren „Krankheiten des Verdauungssystems“, „Bestimmte infektiöse Krankheiten“ und „Verletzungen“.

In **Mecklenburg-Vorpommern** werden insbesondere die bundesweit ermittelten AU-Fallzahlen im Hinblick auf Krankheiten des Atmungs-, Verdauungs- sowie des Muskel-Skelett-Systems überschritten.

Dauer der Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Krankheitsarten

Abbildung 16 und Tabelle 11 ab Seite 75 zeigen Ergebnisse zur durchschnittlichen fallbezogenen Dauer von Arbeitsunfähigkeitsfällen mit Zuordnung zu den unterschiedlichen Krankheitsarten.

- Mit Abstand **am längsten** dauern Arbeitsunfähigkeitsfälle, die unter einer Diagnose aus dem Kapitel „**Psychische und Verhaltensstörungen**“ oder aus dem Kapitel „**Neubildungen**“ erfasst wurden. Im Mittel werden bei einzelnen Krankschreibungsfällen unter entsprechenden Diagnosen jeweils etwa 40 AU-Tage erfasst. Während als psychische Störung bei Arbeitsunfähigkeiten häufig eine Depression diagnostiziert wird, werden aus dem Kapitel Neubildungen ggf. häufiger bösartige Neubildungen als Ursache von Arbeitsunfähigkeiten dokumentiert, was die verhältnismäßig langen Erkrankungszeiträume verständlich erscheinen lässt.
- Demgegenüber **ausgesprochen kurz**, nämlich durchschnittlich nur etwa fünf bis sechs Tage, dauern Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Diagnosen aus den Kapiteln „**Infektiöse und parasitäre Krankheiten**“, „**Krankheiten des Atmungssystems**“ sowie „**Krankheiten des Verdauungssystems**“. Offensichtlich bilden aus diesen Kapiteln vorrangig leichtere Erkrankungen mit nur kurzzeitigen Erkrankungsintervallen die Ursache für den überwiegenden Teil der Arbeitsunfähigkeitsfälle.

Fehlzeiten nach Krankheitsarten

Aus den Fallhäufigkeiten und der durchschnittlichen fallbezogenen Dauer resultieren die AU-Tage beziehungsweise Fehlzeiten, die bestimmten Erkrankungen insgesamt zugeschrieben werden können. Abbildung 17 und Tabelle 12 ab Seite 77 zeigen entsprechende Ergebnisse. Angegeben werden die AU-Tage je 100 Versicherungsjahre, welche den einzelnen Krankheitsarten zuzuordnen sind, sinngemäß also, wie viele

Fehltagen mit bestimmten Diagnosen in einer Gruppe von 100 Beschäftigten im Jahr 2010 durchschnittlich beobachtet werden konnten.

- Nach Auswertungen bundesweit erhobener Daten ließen sich **Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems** mit 334 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre auf der Ebene von Krankheitsarten die meisten Fehlzeiten zuordnen. Eine einzelne, 2010 durchgängig versicherte Erwerbsperson war statistisch gesehen durchschnittlich also allein mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems mehr als drei Tage krankgeschrieben.
- Den Rang zwei belegen „**Psychische und Verhaltensstörungen**“. Mit entsprechenden Diagnosen wurden 2010 244 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre erfasst, was durchschnittlich 2,44 Tagen je Person entspricht.
- Etwa jeweils 200 Tage je 100 VJ waren nach bundesweiten Auswertungen **Krankheiten des Atmungssystems** sowie **Verletzungen** zuzuordnen.
- Typische Erkrankungen höherer Altersgruppen wie Neubildungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielen demgegenüber als Ursachen von Arbeitsunfähigkeiten noch eine verhältnismäßig geringe Rolle.

Vergleichbare Relationen lassen sich auch für Erwerbspersonen in **Mecklenburg-Vorpommern** beobachten. Die insgesamt hohen Krankenstände in Mecklenburg-Vorpommern resultieren dabei insbesondere aus hohen Fehlzeiten mit Diagnosen aus drei der vier allgemein dominierenden Erkrankungsgruppen „Muskel-Skelett-System“, „Krankheiten des Atmungssystems“ sowie „Verletzungen“. Fehlzeiten mit „Psychischen Störungen“ werden demgegenüber in Mecklenburg-Vorpommern nur in vergleichbarem Umfang wie nach bundesweiten Auswertungen erfasst.

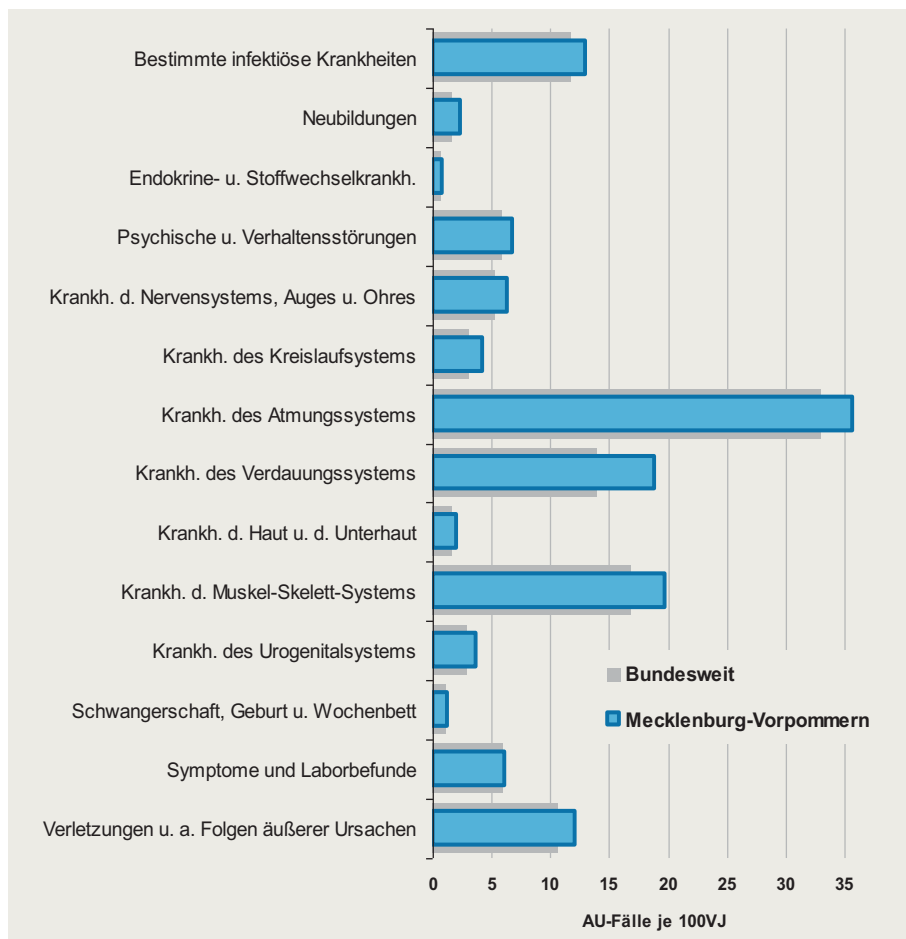


Abbildung 15 AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2010

Tabelle 10 AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2010

ICD10-Diagnosekapitel	Mecklenburg-Vorpommern			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	11,9	14,6	13,0	11,3	12,3	11,7
Neubildungen	1,9	3,0	2,4	1,4	2,0	1,6
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	0,1	0,3	0,2	0,1	0,2	0,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,7	0,9	0,8	0,6	0,7	0,6
Psychische u. Verhaltensstörungen	4,7	9,6	6,7	4,6	7,7	5,8
Krankheiten des Nervensystems	2,1	3,8	2,8	2,0	3,4	2,6
Krankheiten des Auges	1,6	1,6	1,6	1,3	1,3	1,3
Krankheiten des Ohres	1,8	2,1	1,9	1,3	1,6	1,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	4,2	4,2	4,2	3,2	3,0	3,1
Krankheiten des Atmungssystems	30,4	43,2	35,7	29,6	37,7	33,0
Krankh. des Verdauungssystems	17,5	20,6	18,8	13,5	14,6	14,0
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	2,1	2,0	2,0	1,8	1,5	1,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	21,1	17,8	19,7	18,3	14,9	16,9
Krankheiten des Urogenitalsystems	1,5	6,6	3,6	1,4	4,9	2,8
Schwangerschaft, Geburt	0,0	3,1	1,3	-	2,6	1,1
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	4,8	8,0	6,1	5,0	7,3	6,0
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	14,7	8,4	12,1	12,6	7,8	10,6
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	0,5	1,5	0,9	0,6	1,2	0,8
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alle Diagnosen	122,2	152,1	134,6	108,9	125,2	115,7

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert

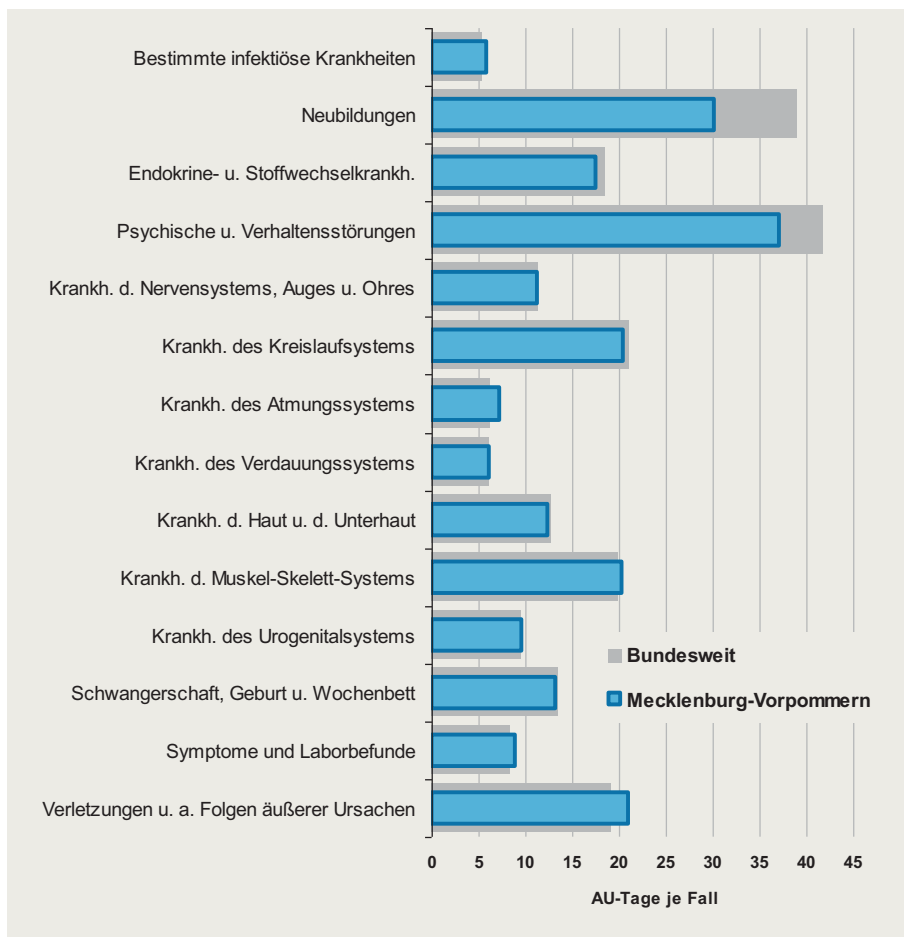


Abbildung 16 AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2010

Tabelle 11 AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten und Geschlecht 2010

ICD10-Diagnosekapitel	Mecklenburg-Vorpommern			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	6,0	5,7	5,9	5,5	5,3	5,4
Neubildungen	31,8	28,5	30,1	36,1	41,7	39,0
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	17,8	14,1	15,6	24,7	19,5	21,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	17,1	17,9	17,4	19,0	17,8	18,4
Psychische u. Verhaltensstörungen	36,4	37,4	37,0	43,5	40,3	41,8
Krankheiten des Nervensystems	17,8	13,0	15,1	16,3	12,6	14,3
Krankheiten des Auges	7,2	6,0	6,7	8,5	7,3	8,0
Krankheiten des Ohres	9,7	9,1	9,5	9,5	8,9	9,2
Krankheiten des Kreislaufsystems	24,3	14,9	20,4	24,8	15,3	21,0
Krankheiten des Atmungssystems	7,3	7,1	7,2	6,3	6,2	6,2
Krankh. des Verdauungssystems	6,6	5,4	6,0	6,4	5,6	6,1
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	13,3	11,1	12,4	13,7	11,3	12,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	20,8	19,2	20,2	19,7	20,0	19,8
Krankheiten des Urogenitalsystems	10,6	9,2	9,5	11,3	8,9	9,5
Schwangerschaft, Geburt	7,3	13,1	13,1	-	13,4	13,4
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	1,0	9,1	7,2	13,1	16,8	15,6
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	24,6	16,7	20,8	22,3	23,7	22,9
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	9,7	8,3	8,9	8,6	7,9	8,3
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	21,8	18,7	20,9	19,6	18,2	19,2
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	16,0	2,3	6,4	14,0	7,8	11,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	20,2	16,0	17,4	19,6	17,0	18,1
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	1,0	-	1,0	20,5	8,3	15,6
Alle Diagnosen	13,9	12,1	13,0	13,3	12,2	12,8

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

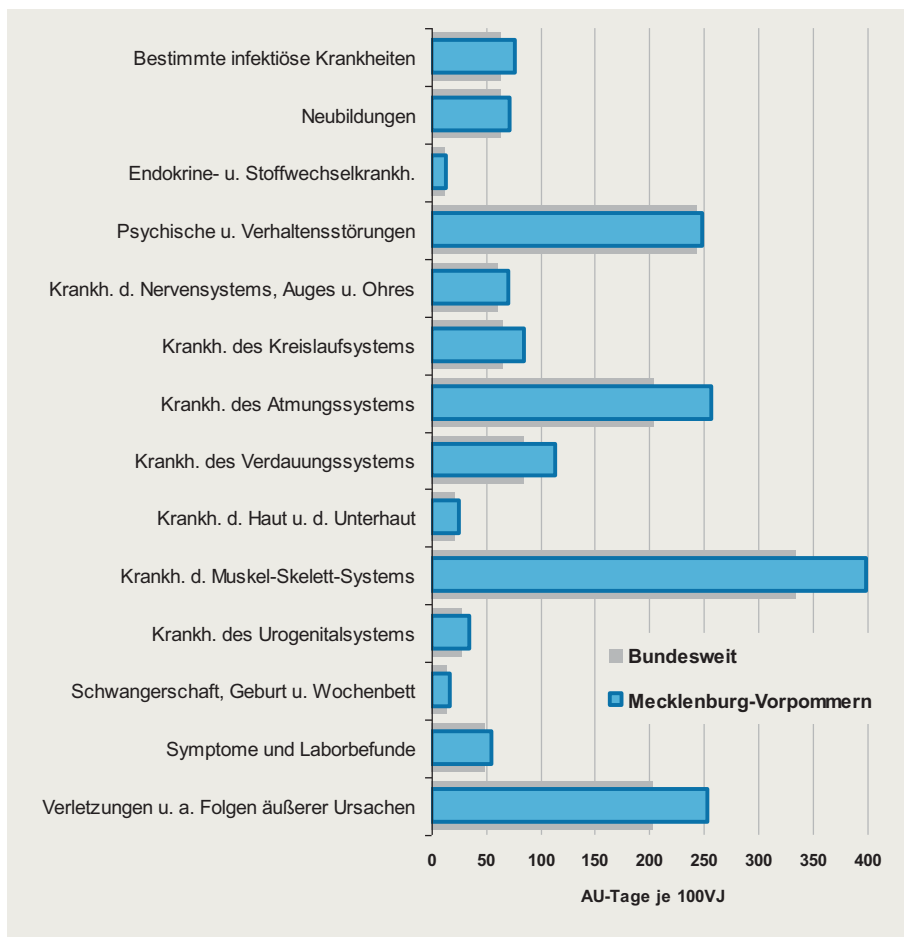


Abbildung 17 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2010

Tabelle 12 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2010

ICD10-Diagnosekapitel	Mecklenburg-Vorpommern			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	72	83	76	62	66	64
Neubildungen	61	86	71	49	84	63
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	2	4	3	2	3	3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	12	15	14	11	13	12
Psychische u. Verhaltensstörungen	171	358	249	198	310	244
Krankheiten des Nervensystems	37	50	42	33	43	37
Krankheiten des Auges	11	10	11	11	9	10
Krankheiten des Ohres	18	19	18	13	14	13
Krankheiten des Kreislaufsystems	101	63	85	80	46	66
Krankheiten des Atmungssystems	222	308	257	186	232	205
Krankh. des Verdauungssystems	115	112	114	87	82	85
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	27	22	25	25	17	21
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	441	341	399	360	298	334
Krankheiten des Urogenitalsystems	16	60	34	15	43	27
Schwangerschaft, Geburt	0	40	17	-	35	15
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	0	0	0	0	0	0
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	3	3	3	3	4	3
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	47	66	55	43	58	49
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	321	157	253	246	142	203
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0	0	0	0	0	0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	11	24	16	12	20	15
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	0	0	0	0	0	0
Alle Diagnosen	1.697	1.838	1.756	1.444	1.529	1.479

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten

Abbildung 18 zeigt die anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten, die sich für das Jahr 2010 aus den Angaben in Tabelle 12 errechnen lässt (die Bezeichnungen wurden hier ausschließlich aus Darstellungsgründen verkürzt). Offensichtlich wird die relativ große Bedeutung der vier für Fehlzeiten relevantesten Krankheitsarten, namentlich die Bedeutung von psychischen Störungen, von Krankheiten des Atmungs- sowie des Muskel-Skelett-Systems und von Verletzungen. Krankheiten des Verdauungssystems belegen im Hinblick auf die Fehlzeiten nach bundesweiten Ergebnissen mit einigem Abstand den fünften Rang. Die hier vorrangig ob ihrer Bedeutung in höheren Altersgruppen separat ausgewiesenen Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems spielen bei Krankschreibungen von Erwerbspersonen insgesamt noch eine eher untergeordnete Rolle.

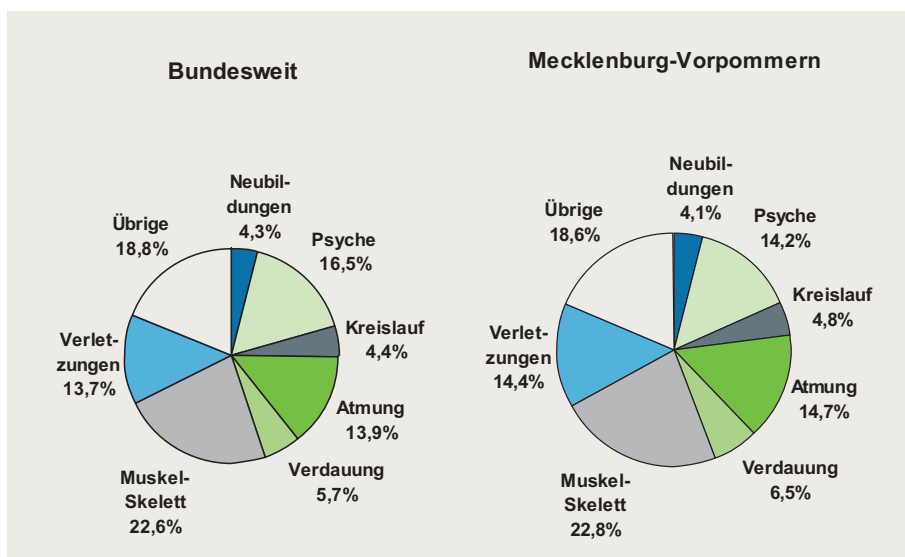


Abbildung 18 Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten 2010

Altersabhängige Fehlzeiten nach Krankheitsarten

Wie bereits an unterschiedlichen Stellen betont und diagnoseübergreifend dargestellt, sind das Geschlecht und insbesondere das Alter der Erwerbspersonen statistisch bedeutsame Einflussgrößen im Hinblick auf die durchschnittlich je Versicherungsjahr erfassten Fehlzeiten. Dass dabei krankheitsartenspezifisch erheblich unterschiedliche Muster zu beobachten sind, soll der nachfolgende Abschnitt mit geschlechts- und altersspezifischen Ergebnissen zu ausgewählten Krankheitsarten belegen.

Abbildung 19 und Abbildung 20 zeigen altersabhängig ermittelte Fehlzeiten je 100 Versicherungsjahre für jeweils sieben relevante Krankheitsarten (beziehungsweise Diagnosekapitel) getrennt für Männer und Frauen. Dargestellt und diskutiert werden hier eher grundsätzliche Muster auf der Basis bundesweit ermittelter Ergebnisse. Die bundesweit ermittelten Zahlenwerte sowie bundeslandspezifische Ergebnisse sind bei Bedarf Tabelle A1 und Tabelle A2 ab Seite 118 im Anhang zu entnehmen.

- Beide Abbildungen, sowohl zu Männern als auch zu Frauen, werden auf den ersten Blick sehr wesentlich von den altersabhängigen Fehlzeiten unter Diagnosen aus dem **Kapitel XIII „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“** bestimmt, die mit ansteigendem Alter stetig zunehmend erfasst werden. Während der Anstieg vor Vollendung des 35. Lebensjahres noch eher moderat erscheint, steigen die Fehlzeiten mit zunehmendem Alter ab 35 Jahre steil an. So wurden schließlich in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen Erwerbspersonen im Jahr 2010 bundesweit sowohl bei Männern als auch bei Frauen im Durchschnitt mehr als acht Arbeitsunfähigkeitstage allein mit Diagnosen aus diesem Kapitel erfasst. Verantwortlich sind vorrangig degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und Rückenschmerzen (vgl. spätere Abschnitte).
- Auch Diagnosen aus dem **Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“** führen mit zunehmendem Alter der Erwerbspersonen vermehrt zu Fehlzeiten. Ein Vergleich beider Abbildungen verdeutlicht dabei merkbare Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Während bei Männern im Jahr 2010 die Fehlzeiten altersabhängig – von der jüngsten bis zur höchsten Altersgruppe – von 57 auf 364 AU-Tag je 100 VJ stiegen, ließ sich bei Frauen ein Anstieg auf deutlich höherem Niveau von 109 auf 519 AU-Tag je 100 Versicherungsjahre feststellen. Weibliche Erwerbspersonen im Alter zwischen 60 und 64 Jahren waren nach den bundesweit ermittelten Ergebnissen also durchschnittlich mehr als fünf Tage mit entsprechenden Diagnosen arbeitsunfähig gemeldet. Arbeitsausfälle durch psychische Probleme dürften durch gemeldete Krankschreibungstage unter entsprechenden Diagnosen erheblich unterschätzt werden. Nur ein geringer Teil der Erwerbspersonen mit psychischen Problemen wird auch unter einer entsprechenden Diagnose krankgeschrieben.

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

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

Während unter Männern Kreislauferkrankungen zu höheren Fehlzeiten als Neubildungen führen, dominieren bei Frauen Fehlzeiten mit der Diagnose von Neubildungen. Krankheiten des Kreislaufsystems führen bei Frauen altersspezifisch nur zu etwa halb so vielen Fehltagen wie bei Männern, was im Einklang mit epidemiologischen Studienergebnissen steht, die regelmäßig deutlich geringere altersspezifische Erkrankungsraten bei Frauen im Hinblick auf Herz-Kreislauf-Krankheiten wie der chronisch ischämischen Herzkrankheit und ihren Folgen, z.B. dem Herzinfarkt, nachweisen. Fehlzeiten unter der Diagnose von Neubildungen bei Frauen im Erwerbsalter resultieren maßgeblich aus bösartigen Neubildungen der Brustdrüse, der insgesamt häufigsten Krebserkrankung bei Frauen.

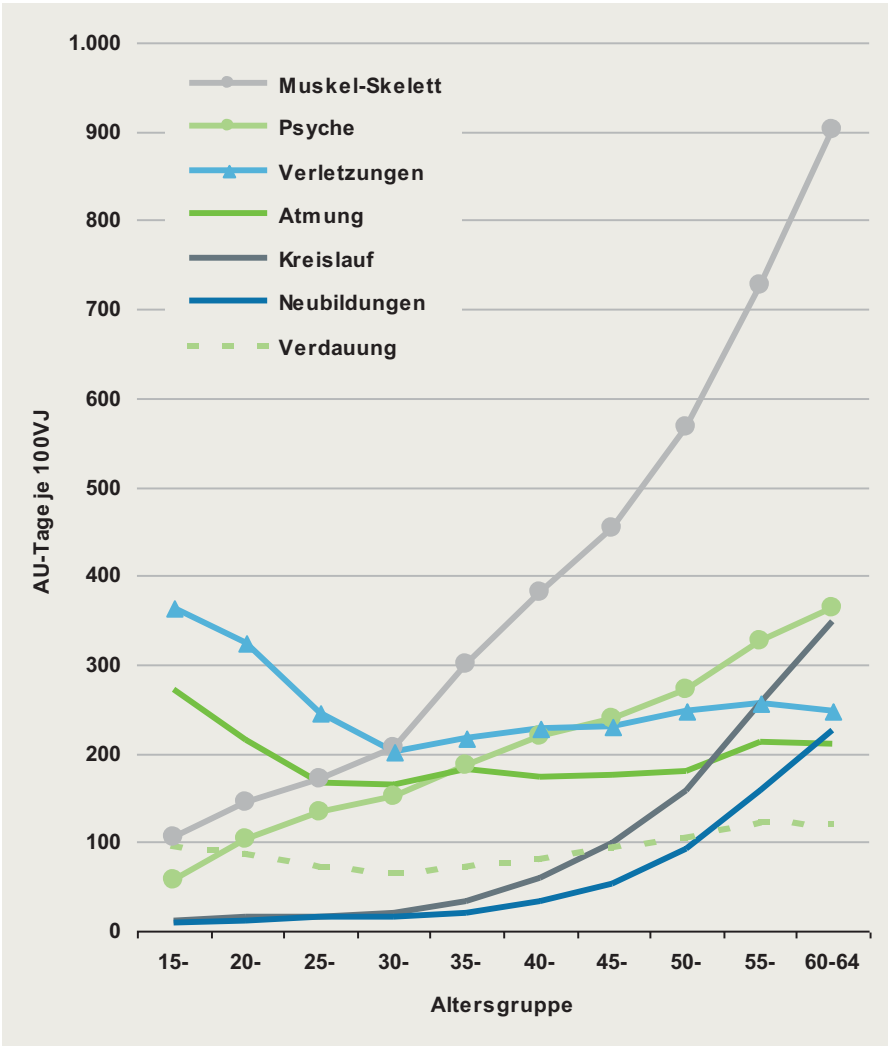


Abbildung 19 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Männer 2010

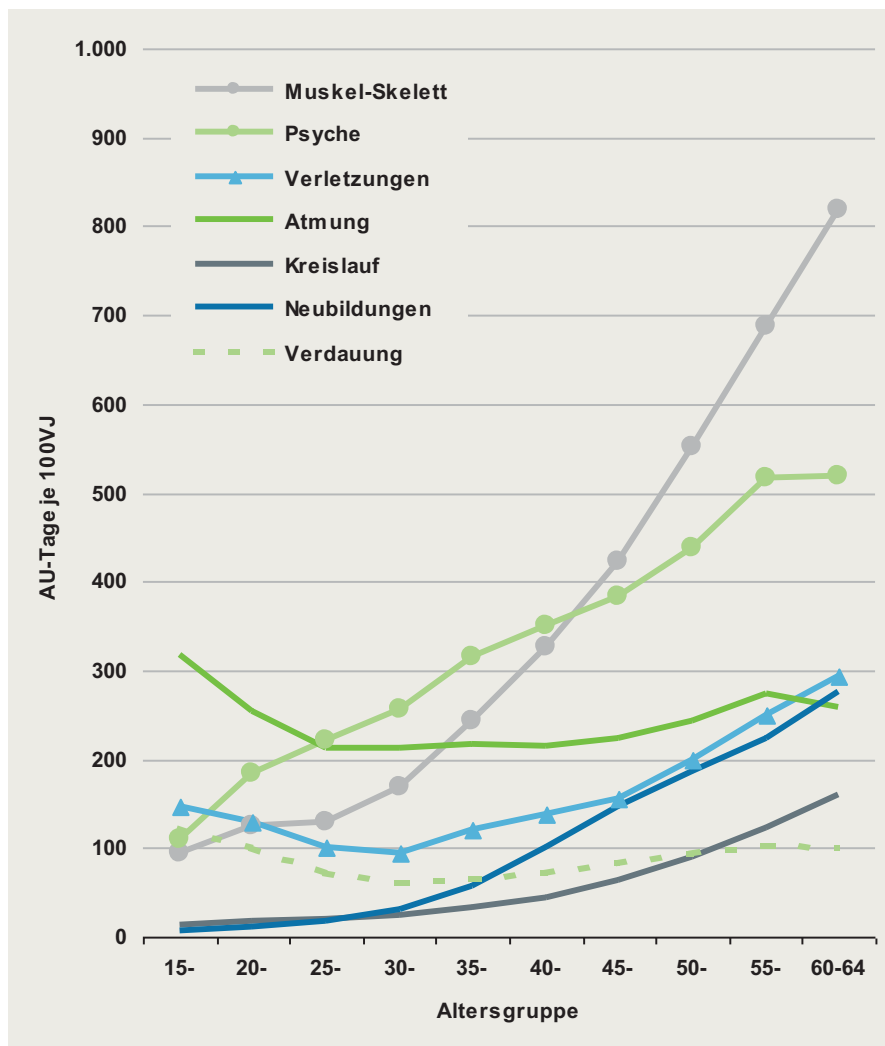


Abbildung 20 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Frauen 2010

Regionale Variationen von Fehlzeiten nach Krankheitsarten

Der nachfolgende Abschnitt stellt für die vier relevantesten Krankheitsarten geschlechts- und altersstandardisierte regionale Variationen der Fehlzeiten in Karten dar.

Für jede der vier Krankheitsarten finden sich bundesweite Kartendarstellungen mit Differenzierungen sowohl auf Bundesland- als auch auf Kreisebene. Schließlich werden in einem gesonderten Abschnitt ab Seite 94 in einer diagnosebezogenen jeweils dritten Kartendarstellung (entsprechend der diagnoseübergreifenden Darstellung in Abbildung 8 auf Seite 57) Ergebnisse auf Kreisebene ausschließlich zu der im vorliegenden Report näher betrachteten Region mit Kreiskennzeichnungen abgebildet, die eine Zuordnung von Kreisbezeichnungen und Ergebnissen in Tabelle 13 auf Seite 99 erlauben.

Hingewiesen sei an dieser Stelle ausdrücklich darauf, dass diagnosebezogene Ergebnisse zu Fehlzeiten auf Kreisebene immer mit einer gewissen Zurückhaltung interpretiert werden sollten. Dies gilt insbesondere für stark abweichende Werte in einzelnen Kreisen, die keinem erkennbaren regionalen oder inhaltlich begründbarem Muster folgen. Entsprechende Ergebnisse sollten ggf. vorrangig einen Anlass für weitergehende Analysen liefern.

- **Kapitel XIII „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“** führen, unter Ausnahme der Stadtstaaten, insbesondere in den nördlichen und nordöstlichen Bundesländern sowie dem Saarland zu überdurchschnittlichen Fehlzeiten (vgl. Abbildung 21). Die höchsten Werte wurden 2010 für Brandenburg mit 406 AU-Tagen je 100 VJ ermittelt, die niedrigsten für Baden-Württemberg mit 275 AU-Tagen je 100 VJ. Merkliche Variationen auch innerhalb einzelner Bundesländer werden in Abbildung 22 offensichtlich. Neben einigen klaren Mustern, wie beispielsweise den überdurchschnittlichen Fehlzeiten in östlichen Kreisen Bayerns, deuten sich in der Karte tendenziell geringere Fehlzeiten in städtischen Räumen im Vergleich zu umliegenden Bereichen an. So zeigen sich für Regionen kreisfreier Städte (als kleinere Flächen innerhalb von größeren Regionen) oftmals geringere Fehlzeiten als im direkten Umfeld. Ursache könnten körperlich weniger belastende Tätigkeiten von Erwerbspersonen aus Städten im Vergleich zu Personen aus eher ländlichen Gebieten sein.
- **Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“** betreffen demgegenüber tendenziell eher Menschen in städtischen Regionen als in ländlichen Gebieten. Auf Bundeslandebene die höchsten Fehlzeiten unter entsprechenden Diagnosen waren 2010 für die beiden Stadtstaaten Hamburg mit 354 und Berlin mit 297 AU-Tagen je 100 VJ nachweisbar (vgl. Abbildung 23). Fehlzeiten von nur etwa 210 AU-Tage je 100 VJ zeigten sich für Baden-Württemberg, Bayern, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Auch kreisfreie Städte scheinen zumindest zum Teil eher stärker

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

- **Kapitel X „Krankheiten des Atmungssystems“** führten 2010 insbesondere in den neuen Bundesländern einschließlich Berlins zu überdurchschnittlichen Fehlzeiten (vgl. Abbildung 25). Nahezu durchgängig unterdurchschnittliche Fehlzeiten zeigten sich demgegenüber im Nordwesten und Süden Deutschlands (vgl. Abbildung 26).
- **Kapitel XIX „Verletzungen“** betreffen nach Auswertungen auf Bundeslandebene gleichfalls insbesondere Erwerbspersonen in den neuen Bundesländern in überdurchschnittlichem Umfang (vgl. Abbildung 27). Vergleichbar hohe Fehlzeiten lassen sich nach differenzierteren Auswertungen auf Kreisebene jedoch auch in einer Reihe von Kreisen innerhalb der alten Bundesländer identifizieren (vgl. Abbildung 28). Ländliche Regionen scheinen zum Teil stärker als städtische betroffen. Wie schon im Kontext von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems diskutiert, könnte dabei ein wohnortabhängig unterschiedliches Tätigkeitsspektrum eine Rolle spielen. Bestimmte Tätigkeiten können mit einem erhöhten Verletzungsrisiko verbunden sein. Gleichzeitig sind bestimmte körperlich belastende oder anspruchsvolle Tätigkeiten im Falle von Verletzungen zum Teil erheblich länger nicht ausführbar als diesbezüglich weniger anspruchsvolle Tätigkeiten, was zu unterschiedlichen Fehlzeiten bei identischen Verletzungen führen kann. Ob sich das Verletzungsrisiko zwischen städtischen und ländlichen Regionen möglicherweise auch primär unterscheidet, wäre eher auf Basis von Daten zu beantworten, die unabhängig von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen erhoben werden.

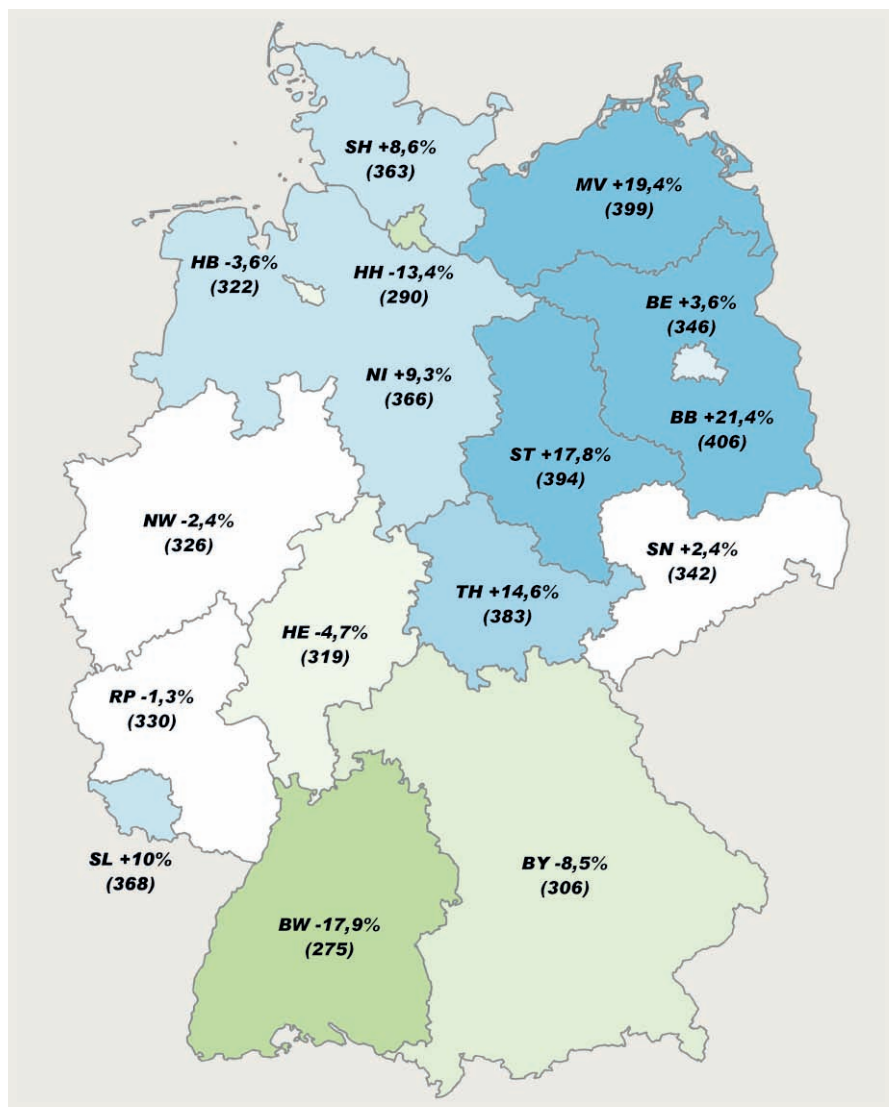


Abbildung 21 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2010, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

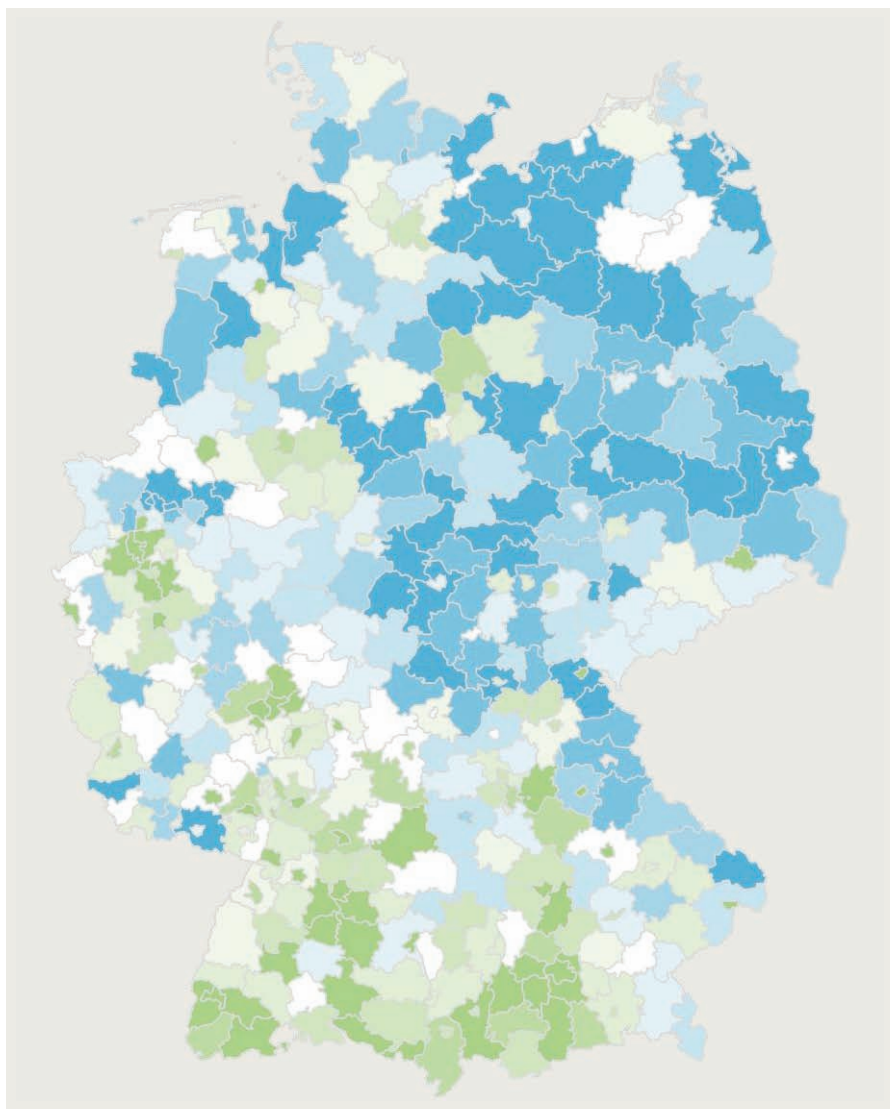


Abbildung 22 **Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2010, Kapitel XIII**
– **Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems**

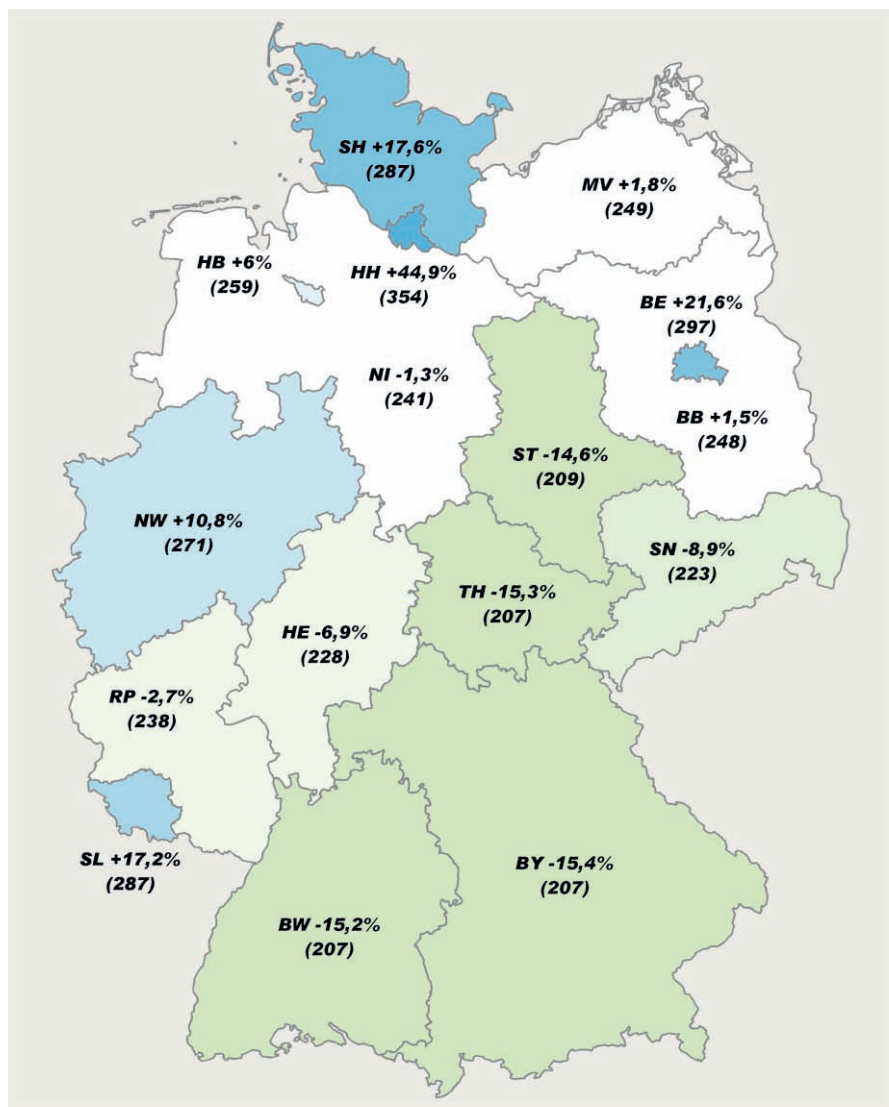


Abbildung 23 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2010, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen

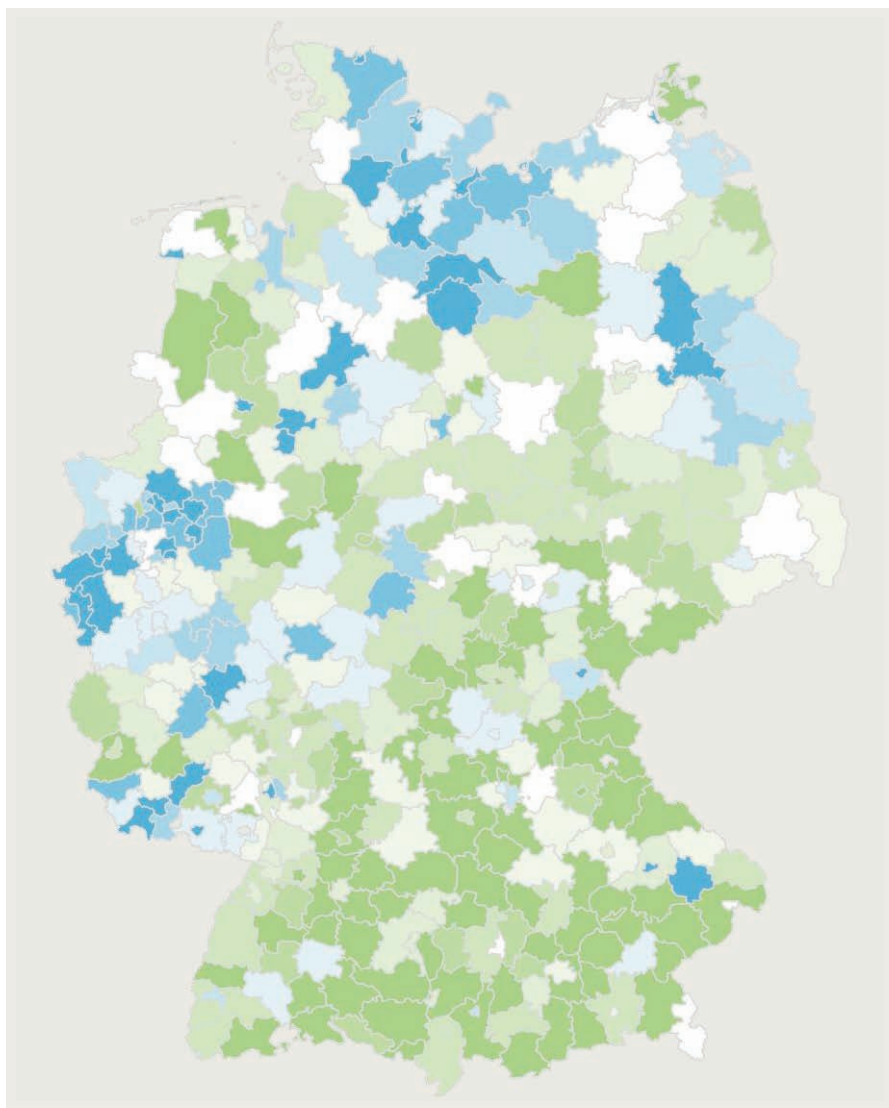


Abbildung 24 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2010, Kapitel V –
Psychische und Verhaltensstörungen

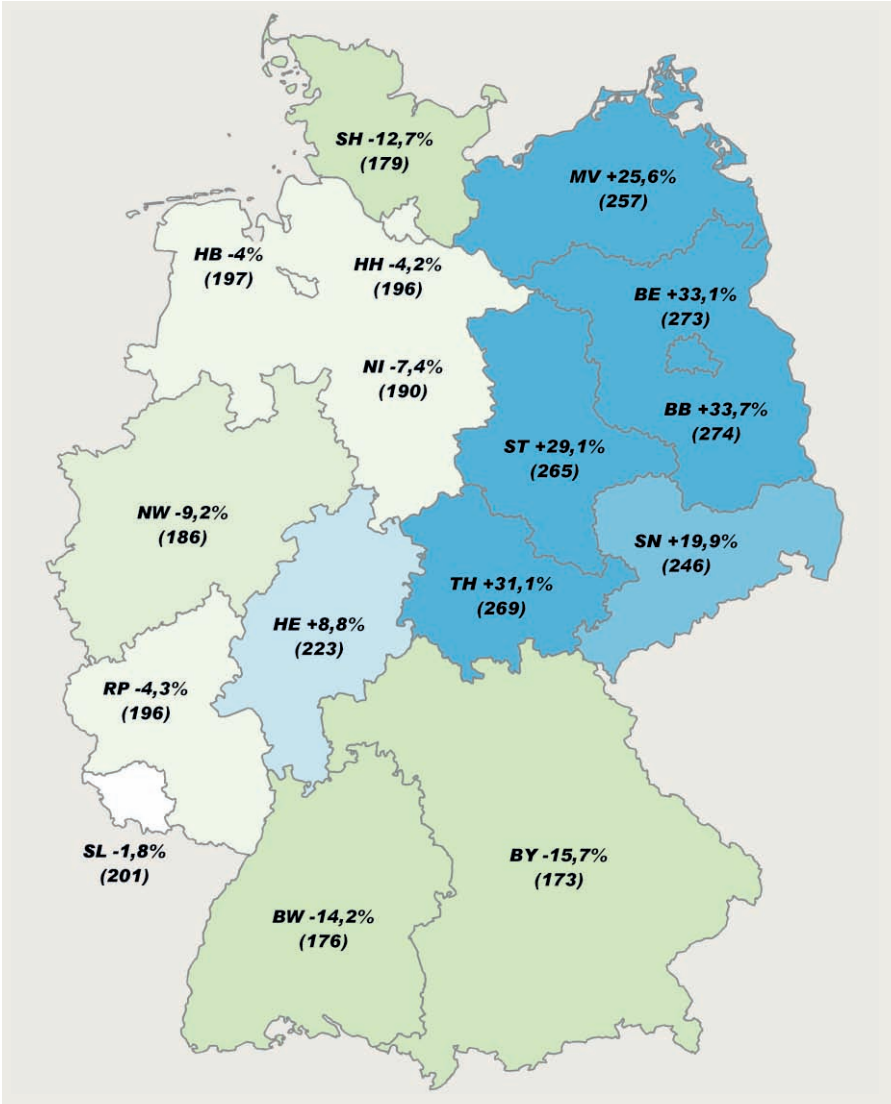


Abbildung 25 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2010, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems

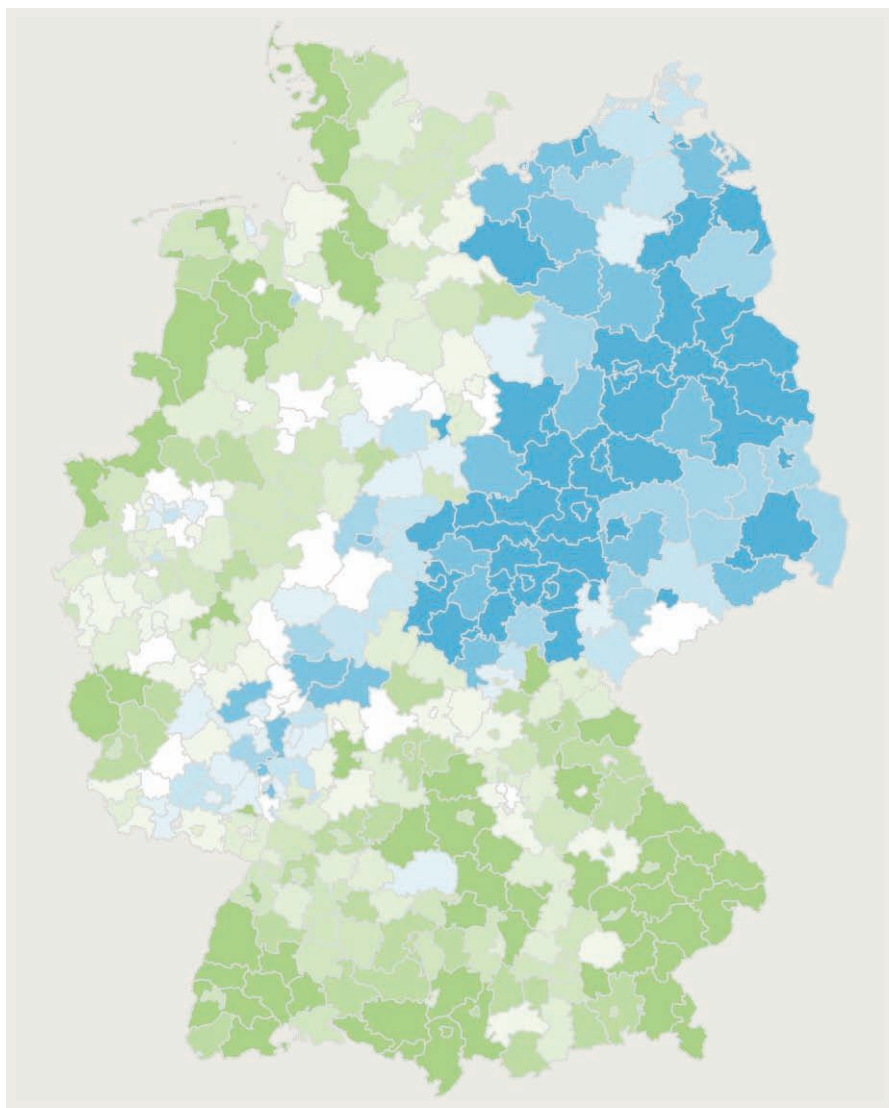


Abbildung 26 **Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2010, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems**

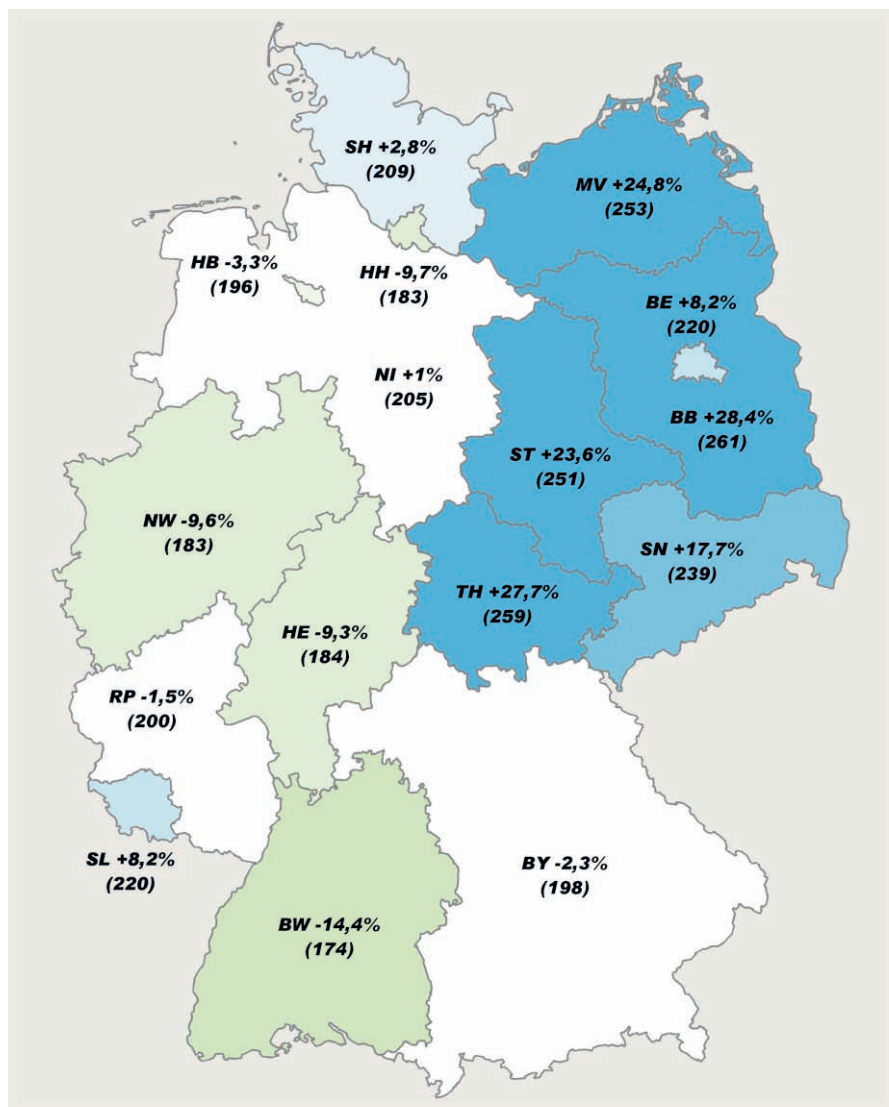


Abbildung 27 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2010, Kapitel XIX – Verletzungen

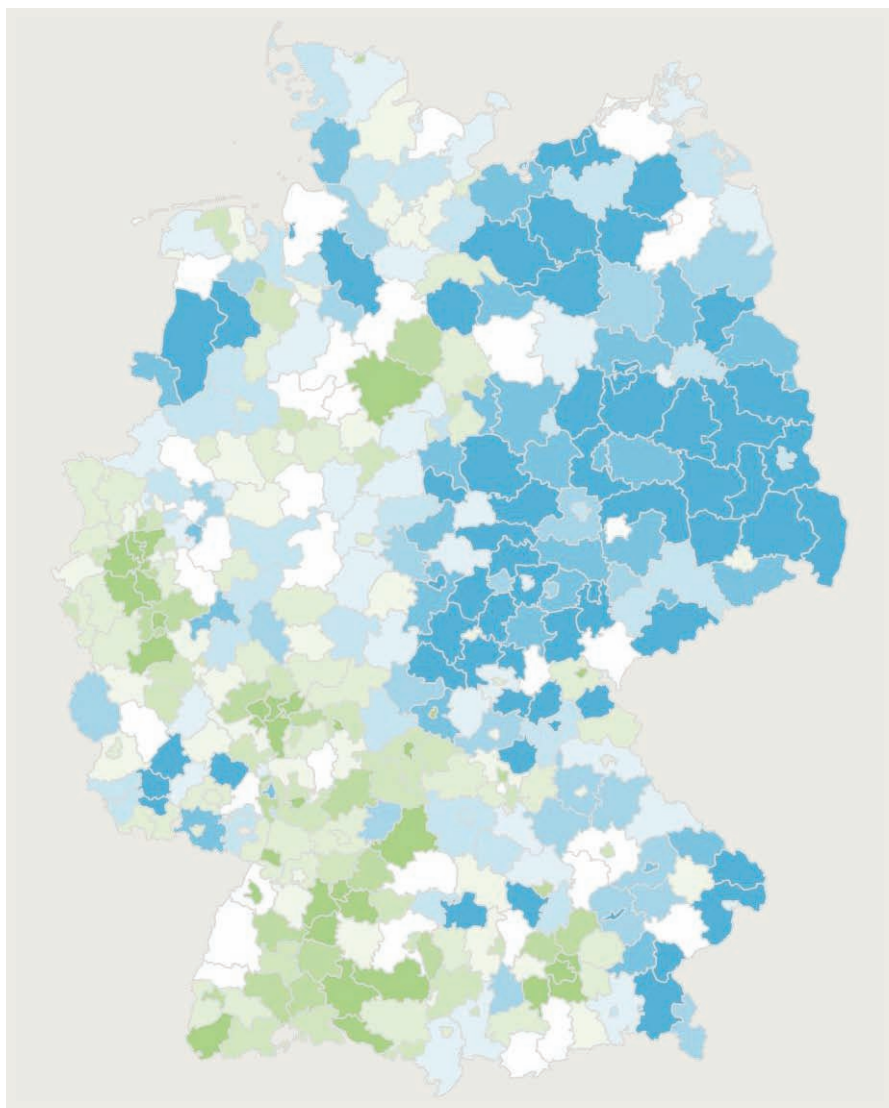


Abbildung 28 **Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2010, Kapitel XIX**
– Verletzungen

Regionale Variationen von Fehlzeiten nach Krankheitsarten innerhalb von Mecklenburg-Vorpommern

Abbildung 29 bis Abbildung 32 auf den Seiten 95 bis 98 zeigen nochmals, und hier in regionalspezifischen Kartenausschnitten, relative Abweichungen der Fehlzeiten nach Krankheitsarten in einzelnen Kreisen im Jahr 2010 von Werten, die bei der jeweils kreisspezifischen Geschlechts- und Altersstruktur nach bundesweiten Ergebnissen hätten erwartet werden können („indirekt standardisierte Ergebnisse“). Über die in den Kartendarstellungen angegebenen Ziffernkennungen lassen sich kreisbezogene Einzelergebnisse aus Tabelle 13 auf Seite 99 zuordnen.

Mecklenburg-Vorpommern lässt sich nach dem amtlichen Gemeindeschlüssel, der im Sinne einer Bundeslandkennung immer mit den beiden Ziffern „13“ beginnt, in eine vergleichsweise kleine Anzahl von Kreisen gliedern.

Arbeitsunfähigkeiten mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, erfahrungsgemäß oftmals im Zusammenhang mit Rückenbeschwerden, zeigten 2010 in Kreisen Mecklenburg-Vorpommerns unterschiedlich gerichtete Abweichungen von strukturabhängig erwarteten Werten. Dabei variierten die Werte zwischen einer Unterschreitung um -10,6 Prozent in Stralsund (Kreisschlüssel 13 005) und einer Überschreitung um +47,8 Prozent im Kreis Ludwigslust (Kreisschlüssel 13 054).

Fehlzeiten mit psychischen Störungen zeigten in Kreisen Mecklenburg-Vorpommerns gleichfalls merkliche Variationen, die von einer Unterschreitung der Erwartungswerte um -24,7 Prozent auf Rügen (Kreisnummer 13 061) bis zu einer Überschreitung um +53 Prozent in Stralsund (Kreisschlüssel 13 005) reichten.

Krankheiten des Atmungssystems, erfahrungsgemäß oftmals Erkältungen, führten demgegenüber in allen Kreisen zu Fehlzeiten oberhalb von Erwartungswerten.

Entsprechendes gilt auch für verletzungsbedingte Fehlzeiten in Kreisen Mecklenburg-Vorpommerns. Dabei variierten die Überschreitungen allerdings deutlich zwischen +1,0 Prozent in Nordvorpommern (Kreisschlüssel 13 057) und +40,2 Prozent im Kreis Bad Doberan (Kreisschlüssel 13 051).

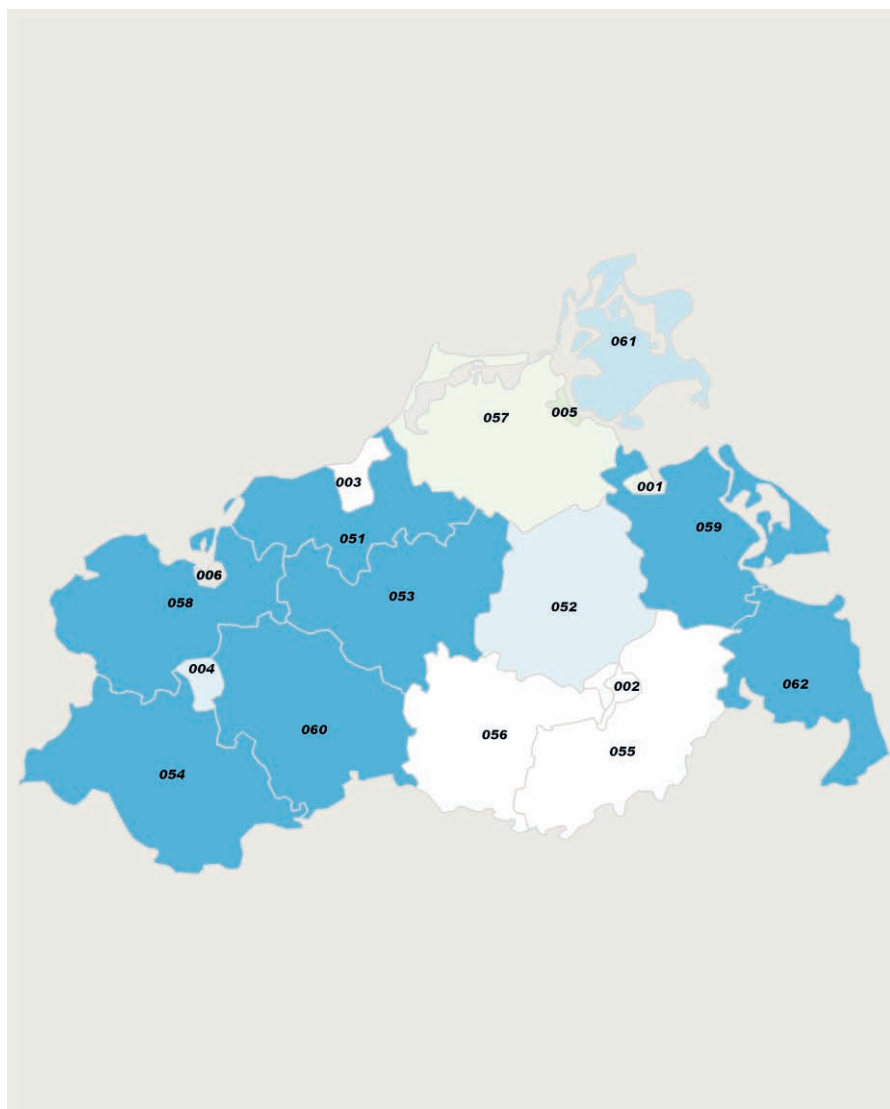


Abbildung 29 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen Mecklenburg-Vorpommerns 2010, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

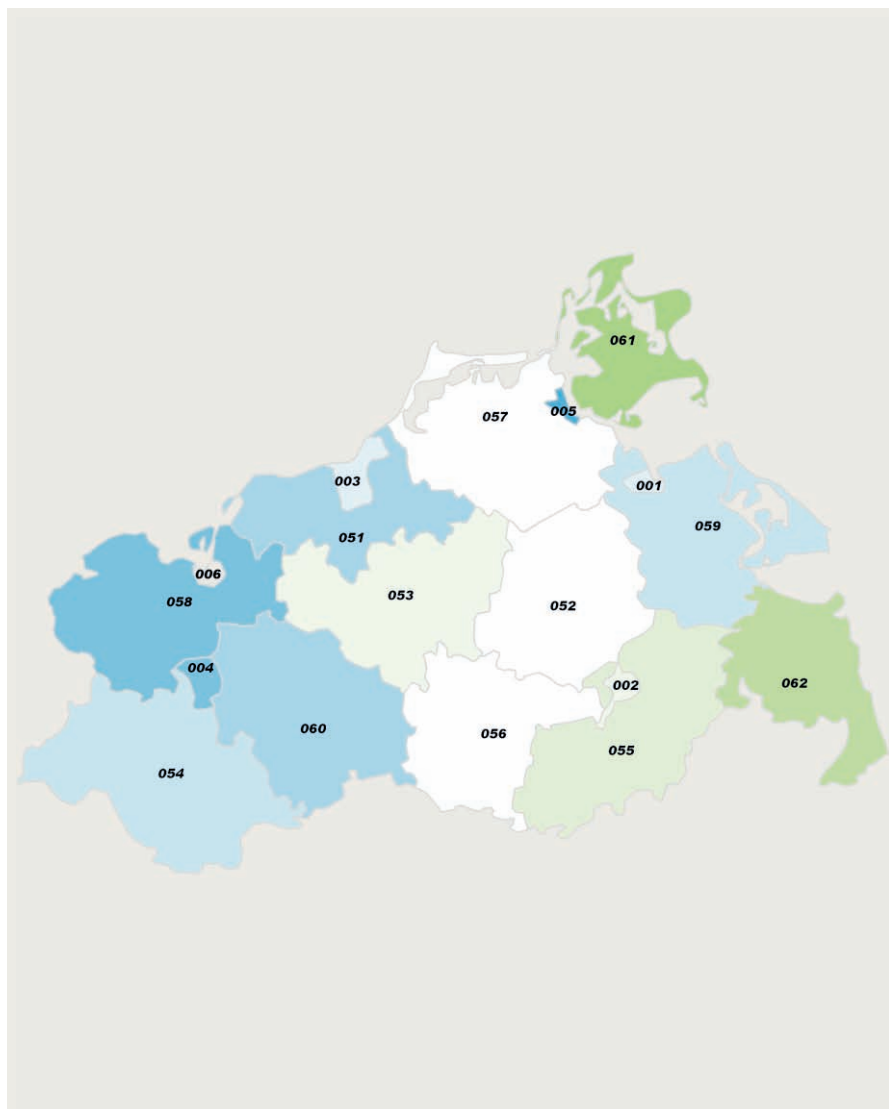


Abbildung 30 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen Mecklenburg-Vorpommerns 2010, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen

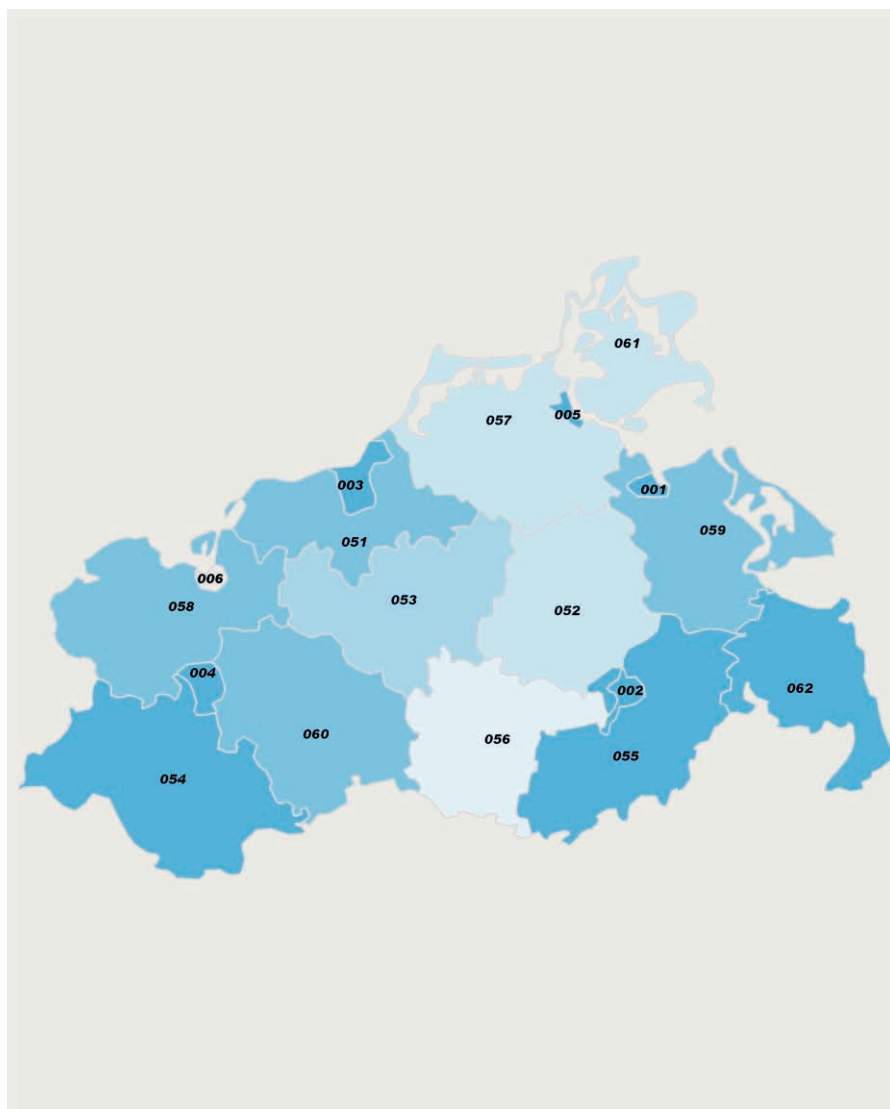


Abbildung 31 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen Mecklenburg-Vorpommerns 2010, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems

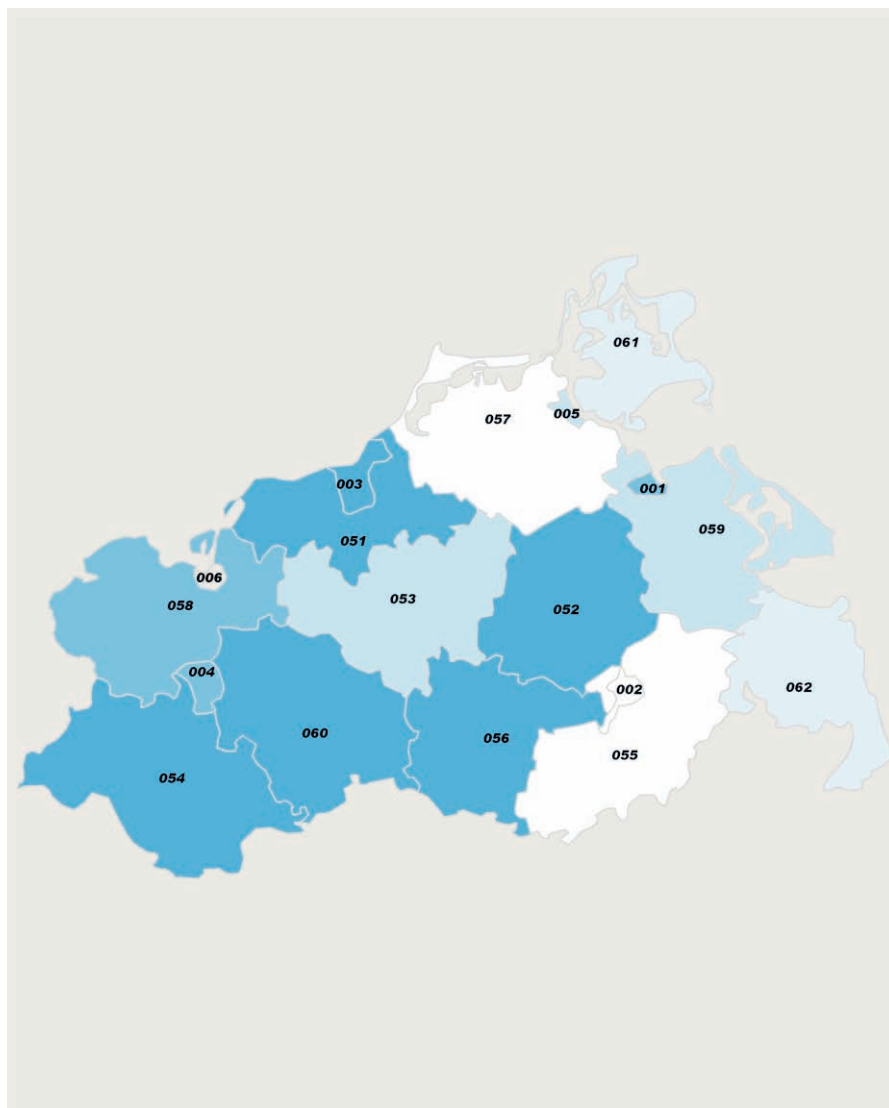


Abbildung 32 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen Mecklenburg-Vorpommerns 2010, Kapitel XIX – Verletzungen

Tabelle 13 Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen nach Krankheitsarten 2010

Kreis 13...	Kreise in Mecklenburg-Vorpommerns, Bezeichnung	V	X	XIII	XIX
001	Greifswald	3,0%	36,2%	-5,5%	21,5%
002	Neubrandenburg	-3,1%	44,9%	-1,3%	2,0%
003	Rostock	5,6%	41,7%	-2,0%	25,8%
004	Schwerin	19,6%	27,1%	3,4%	19,3%
005	Stralsund	53,0%	31,0%	-10,6%	8,3%
006	Wismar	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
051	Bad Doberan	16,7%	18,9%	26,5%	40,2%
052	Demmin	0,1%	10,9%	5,1%	24,4%
053	Güstrow	-3,3%	15,3%	24,7%	11,3%
054	Ludwigslust	10,3%	22,6%	47,8%	40,0%
055	Mecklenburg-Strelitz	-8,9%	25,5%	0,4%	0,1%
056	Müritz	0,5%	3,7%	1,4%	26,4%
057	Nordvorpommern	0,7%	10,7%	-7,5%	1,0%
058	Nordwestmecklenburg	18,0%	22,4%	43,7%	21,5%
059	Ostvorpommern	9,8%	18,2%	23,4%	10,5%
060	Parchim	17,1%	19,5%	40,4%	36,5%
061	Rügen	-24,7%	11,2%	10,2%	3,9%
062	Uecker-Randow	-17,8%	60,1%	44,9%	3,7%
AU-Tage je 100 VJ bundesweit		244	205	334	203

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, indirekt standardisiert, relative Abweichungen regional beobachteter von den nach bundesweiten Ergebnissen strukturabhängig regional erwarteten Werten. Der Wert 0% resultiert bei Übereinstimmung, kleinere Werte bei Unterschreiten und größere Werte bei Überschreiten. Wohnortbezogen, ausschließlich Angaben zu Kreisen mit Daten zu jahresdurchschnittlich mehr als 100 Erwerbspersonen. Aufgeführte Diagnosekapitel der ICD10: **V** Psychische und Verhaltensstörungen; **X** Krankheiten des Atmungssystems; **XIII** Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes; **XIX** Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen.

Ergebnisse zu ausgewählten Diagnosegruppen

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

Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Diagnosegruppen

Tabelle 14 listet AU-Fallzahlen für anteilig relevante Diagnosegruppen in einer Rangfolge im Hinblick auf ihre fallzahlbezogene Relevanz nach bundesweit ermittelten Ergebnissen zum Jahr 2010. Den 20 gelisteten Diagnosegruppen waren bei bundesweiten Auswertungen 73 Prozent und damit ein weit überwiegender Teil aller Arbeitsunfähigkeitsfälle zuzuordnen. Offensichtlich wird auch bei einer Betrachtung auf dieser Differenzierungsebene die große Bedeutung von Atemwegserkrankungen für die AU-Fallzahlen (vgl. alle Diagnoseschlüssel mit „J“ als erstem Zeichen). Im Vergleich zu akuten Infekten der Atemwege werden chronische Atemwegserkrankungen verhältnismäßig selten diagnostiziert. Auch Infekte anderer Körperbereiche spielen im Hinblick auf die AU-Fallzahlen eine verhältnismäßig große Rolle.

Fehlzeiten nach Diagnosegruppen

Inhaltlich relevanter als die Zuordnungen von AU-Fallzahlen erscheinen Zuordnungen von Fehlzeiten beziehungsweise von AU-Tagen zu Diagnosegruppen. Entsprechende Ergebnisse finden sich in Tabelle 15 auf Seite 103. Gelistet werden Ergebnisse zu Fehlzeiten mit Zuordnung zu relevanten Diagnosegruppen aus dem Jahr 2010, wobei die Sortierung der Tabelle der Rangfolge der bundesweit zugeordneten Fehlzeiten folgte. Auf die gelisteten 20 Diagnosegruppen entfielen nach bundesweiten Ergebnissen 68 Prozent, also mehr als zwei Drittel aller 2010 erfassten Fehlzeiten.

- Nach bundesweiten Auswertungen von BARMER GEK-Daten lassen sich allein 11,4 Prozent der gemeldeten Arbeitsunfähigkeitszeiten „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ zuordnen. Statistisch gesehen war jede Erwerbsperson 2010 durchschnittlich 1,68 Tage mit entsprechenden Diagnosen krankgeschrieben.
- „Affektive Störungen“, die im Wesentlichen Depressionsdiagnosen umfassen, lassen sich für 7,8 Prozent der bundesweit gemeldeten Fehlzeiten beziehungsweise 115 AU-Tage je 100 VJ verantwortlich machen. Bei Frauen sind sie für vergleichbar hohe Fehlzeiten wie Rückenbeschwerden verantwortlich.

Abbildung 33 auf Seite 101 stellt bundesweite und regionale Ergebnisse zu geschlechtsübergreifend ermittelten Fehlzeiten für relevante Diagnosegruppen grafisch gegenüber – Bezeichnungen der Gruppen können Tabelle 15 entnommen werden.

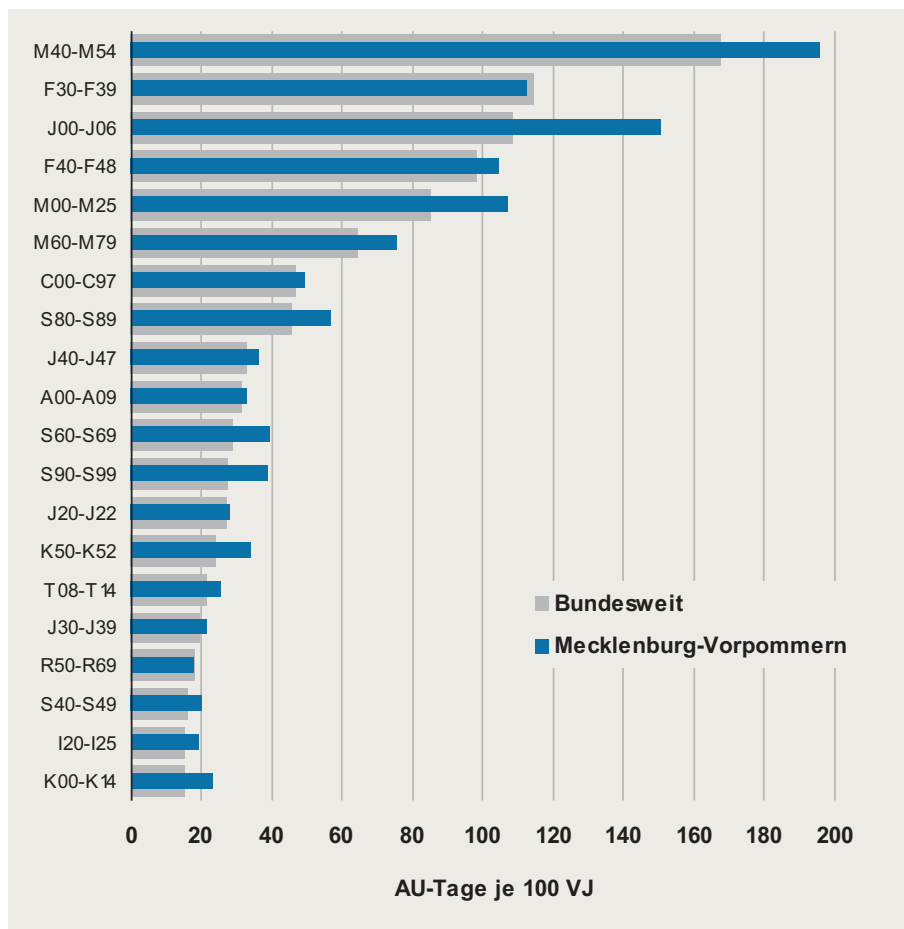


Abbildung 33 AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosegruppen regional und bundesweit 2010

Die Fehlzeiten von Erwerbspersonen mit Wohnort in **Mecklenburg-Vorpommern** überschreiten in nahezu allen relevanten Diagnosegruppen den bundesweit ermittelten Werten. Ausnahmen bilden Fehlzeiten mit einigen Gruppen psychischer Störungen.

Tabelle 14 Fallzahlrelevante Diagnosegruppen bundesweit und regional 2010

AU-Fälle je 100 VJ ICD10-Diagnosegruppe	Mecklenburg-Vorpommern			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
J00-J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	19,4	28,8	23,3	17,4	23,1	19,8
M40-M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	11,6	10,2	11,0	10,2	8,4	9,4
A00-A09 Infektiöse Darmkrankheiten	6,4	7,7	7,0	7,0	7,4	7,2
K00-K14 Krankh. d. Mundhöhle, Speicheldrüsen u. d. Kiefer	6,8	8,5	7,5	4,6	5,3	4,9
K50-K52 Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	6,2	6,9	6,5	4,6	4,9	4,8
J40-J47 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	3,7	4,7	4,1	4,2	4,9	4,5
J20-J22 Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	3,2	3,9	3,5	3,8	4,4	4,0
M60-M79 Krankheiten der Weichteilgewebe	3,9	3,3	3,6	3,6	3,1	3,4
F40-F48 Neurotische, Belastungs- u. somat. Störungen	2,7	6,2	4,2	2,4	4,7	3,3
M00-M25 Arthropathien	4,2	2,8	3,6	3,4	2,4	3,0
B25-B34 Sonstige Viruskrankheiten	2,9	3,7	3,2	2,4	2,8	2,6
J30-J39 Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	1,9	2,9	2,3	2,1	3,1	2,5
K20-K31 Krankh. d. Ösophagus, Magens u. d. Duodenums	2,4	3,0	2,6	2,1	2,6	2,3
R10-R19 Sympt., die Verdauungssys. u. Abdomen betreffen	1,8	3,7	2,5	1,6	3,1	2,2
R50-R69 Allgemeinsymptome	1,5	2,2	1,8	1,8	2,4	2,0
T08-T14 Verletzungen n.n. bez. Teile d. Rumpfes, der Extremitäten	2,5	1,3	2,0	2,2	1,2	1,8
F30-F39 Affektive Störungen	1,1	2,7	1,8	1,4	2,4	1,8
G40-G47 Episod. u. paroxysmale Krankh. D. Nervensys.	1,1	2,7	1,8	1,2	2,3	1,7
S90-S99 Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	2,3	1,5	2,0	1,9	1,3	1,6
S60-S69 Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	2,2	0,9	1,7	2,0	0,8	1,5
Gesamt	122,2	152,1	134,6	108,9	125,2	115,7

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle 15 Fehlzeitenrelevante Diagnosegruppen bundesweit und regional 2010

AU-Tage je 100 VJ ICD10-Diagnosegruppe	Mecklenburg-Vorpommern			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
M40-M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	218	166	196	182	148	168
F30-F39 Affektive Störungen	70	173	113	91	148	115
J00-J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	124	188	151	96	128	109
F40-F48 Neurotische, Belast.- u. somatoforme Störungen	64	162	105	73	135	98
M00-M25 Arthropathien	122	87	107	93	75	85
M60-M79 Krankheiten der Weichteilgewebe	81	67	75	68	60	65
C00-C97 Bösartige Neubildungen	48	52	49	39	59	47
S80-S89 Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	68	41	57	55	33	46
J40-J47 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	34	40	37	31	35	33
A00-A09 Infektiöse Darmkrankheiten	31	37	33	31	33	31
S60-S69 Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	56	16	40	40	14	29
S90-S99 Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	50	24	39	32	21	28
J20-J22 Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	26	31	28	25	29	27
K50-K52 Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	33	36	34	23	25	24
T08-T14 Verletz.n n.n. bez. T.d. Rumpfes, Extremitäten	34	15	26	28	13	22
J30-J39 Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	19	25	22	17	23	20
R50-R69 Allgemeinsymptome	16	20	18	16	21	18
S40-S49 Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	28	10	20	21	9	16
I20-I25 Ischämische Herzkrankheiten	28	6	19	23	5	15
K00-K14 Krankh. d. Mundhöhle, Speicheldrüsen u. d. Kiefer	20	28	23	14	18	15
Gesamt	1.697	1.838	1.756	1.444	1.529	1.479

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Ergebnisse zu ausgewählten Einzeldiagnosen

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

Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Einzeldiagnosen

Tabelle 16 listet Fallzahlen für Diagnosen sortiert in der Rangfolge im Hinblick auf ihre fallzahlbezogene Relevanz nach bundesweit ermittelten Ergebnissen zum Jahr 2010. Den dargestellten 20 von insgesamt mehr als 1.600 Diagnosen waren bei bundesweiten Auswertungen mit 53 Prozent noch gut die Hälfte aller Arbeitsunfähigkeitsfälle zuzuordnen. Bei einem überwiegenden Teil der Diagnosen handelt es sich um akute Erkrankungen und Beschwerden.

Fehlzeiten nach Einzeldiagnosen

Inhaltlich relevanter als die Zuordnungen von AU-Fallzahlen erscheinen auch bei Diagnosen Zuordnungen von Fehlzeiten, die sich in Tabelle 17 auf Seite 108 finden. Gelistet werden Ergebnisse zu relevanten Diagnosen aus dem Jahr 2010, wobei hier die Sortierung der Tabelle in der Rangfolge der bundesweit zugeordneten Fehlzeiten erfolgte. Auf die gelisteten 20 dreistelligen Diagnosen entfielen nach bundesweiten Ergebnissen 42 Prozent aller 2010 erfassten Fehlzeiten.

- Auf die Diagnose „**Rückenschmerzen**“ (ICD10: **M54**) entfielen nach schlechtsübergreifenden Auswertungen bundesweiter Daten der BARMER GEK 6,8 Prozent aller Fehltage. Eine Erwerbsperson war 2010, statistisch betrachtet, im Mittel genau einen Tag unter der Diagnose krankgeschrieben. Männer waren in größerem Umfang als Frauen betroffen.
- „**Depressive Episoden**“ (ICD10: **F32**) belegten hinsichtlich der zugeordneten Fehlzeiten mit einem Anteil von 5,9 Prozent bei bundesweiten Auswertungen den zweiten Rang. Gemeinsam mit der Diagnose „**Rezidivierende depressive Störungen**“ (ICD10: **F33**), auf die 1,5 Prozent der Fehlzeiten entfielen, erfassen sie das Erkrankungsbild von Depressionen, dem damit insgesamt 7,4 Prozent der Fehlzeiten direkt zugeordnet werden können.
- Eine verhältnismäßig hohe Relevanz für die Fehlzeiten besitzen aus dem Diagnosekapitel „**Psychische und Verhaltensstörungen**“ ansonsten noch die dreistelligen Diagnosen „**Reaktionen auf schwere Belastungen**“ (ICD10: **F43**; Anteil 2,7%), „**Andere neurotische Störungen**“ (ICD10: **F48**; Anteil 1,4%), „**Somatoforme Störungen**“ (ICD10: **F45**; Anteil 1,2%) sowie „**Andere Angststörungen**“ (ICD10: **F41**; Anteil 1,1%).

- Auf die häufigste Diagnose von Krankschreibungen „Akute Infektionen ...“ (ICD10: J06) entfielen, aufgrund ihrer unterdurchschnittlichen Dauer, lediglich 4,5 Prozent der Fehlzeiten.
- Fehlzeitenrelevant waren ansonsten vorrangig eine Reihe weiterer Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie Verletzungen.
- Als einzige Neubildungsdiagnose zählt bei einer Differenzierung auf dreistelliger Ebene „Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]“ zu den zwanzig Diagnoseschlüsseln mit den (geschlechtsübergreifend) meisten Fehlzeiten.

Abbildung 34 auf Seite 106 stellt bundesweite und regionale Ergebnisse zu Fehlzeiten für relevante dreistellige Diagnosen grafisch gegenüber – Bezeichnungen der Diagnosen können in diesem Fall Tabelle 17 auf Seite 108 entnommen werden.

Die Fehlzeiten von Erwerbspersonen mit Wohnort in **Mecklenburg-Vorpommern** überschreiten auch bei nahezu allen relevanten Diagnosen auf dreistelliger Ebene die bundesweit ermittelten Werte. Ausnahmen bildeten 2010 insbesondere Fehlzeiten mit „Rezidivierenden depressiven Episoden“ (ICD10 F33), „Anderen neurotischen Störungen“ (F48) sowie mit „Anderen Angststörungen“ (F41).

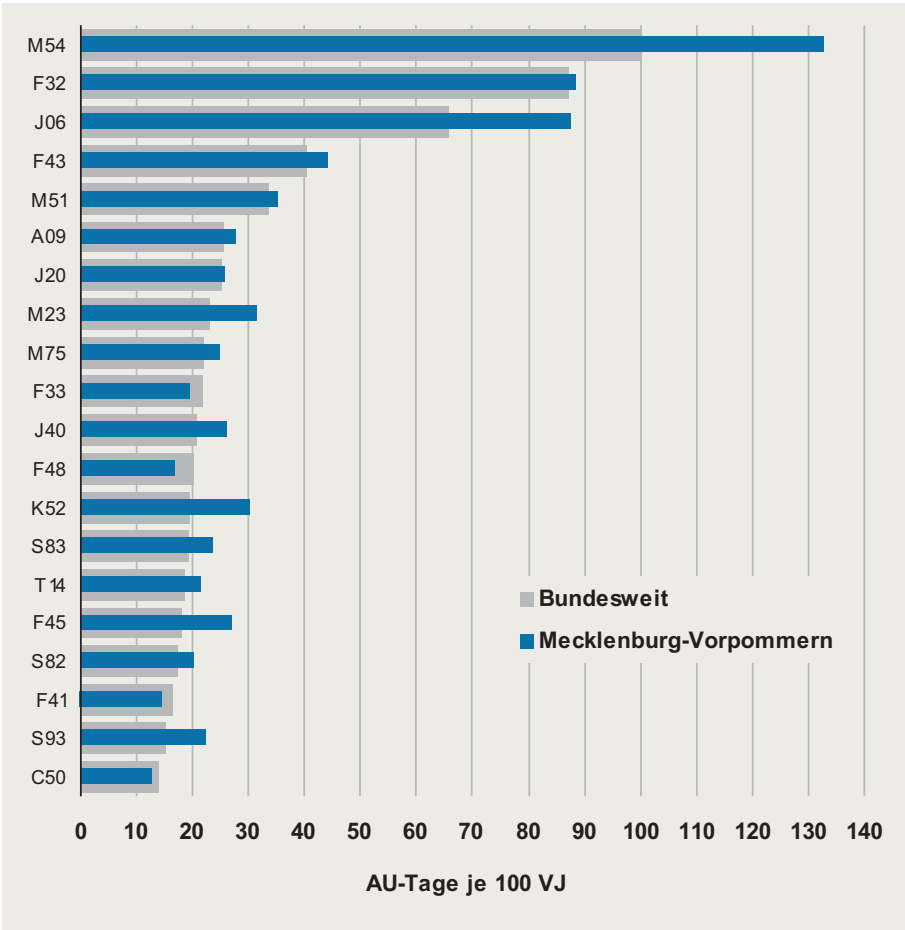


Abbildung 34 AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosen regional und bundesweit 2010

Tabelle 16 Fallzahlrelevante Diagnosen bundesweit und regional 2010

AU-Fälle je 100 VJ ICD10-Diagnose	Mecklenburg-Vorpommern			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	12,3	16,5	14,0	11,1	13,3	12,1
M54 Rückenschmerzen	9,6	7,8	8,8	7,8	6,0	7,1
A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis	5,4	6,5	5,8	5,7	6,0	5,8
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	6,0	6,6	6,2	4,4	4,7	4,5
K08 Sonstige Krankh. d. Zähne u. des Zahnhalteapparates	6,3	7,8	6,9	4,1	4,6	4,3
J20 Akute Bronchitis	2,8	3,4	3,0	3,5	4,0	3,7
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	2,9	3,8	3,3	3,0	3,5	3,2
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	2,8	3,7	3,2	2,3	2,7	2,5
J03 Akute Tonsillitis	2,6	4,2	3,3	1,9	2,7	2,2
J01 Akute Sinusitis	1,0	2,1	1,5	1,5	2,6	1,9
J32 Chronische Sinusitis	1,1	2,2	1,6	1,4	2,3	1,7
K29 Gastritis und Duodenitis	1,7	2,3	2,0	1,5	2,0	1,7
J02 Akute Pharyngitis	1,5	2,7	2,0	1,4	2,1	1,7
T14 Verletzung an einer n.n. bezeichneten Körperregion	2,0	1,0	1,6	2,0	1,0	1,6
R10 Bauch- und Beckenschmerzen	1,2	2,7	1,8	1,1	2,2	1,5
F32 Depressive Episode	0,9	2,3	1,5	1,1	2,0	1,5
F43 Reaktionen auf schwere Belast. u. Anpassungsstör.	1,3	3,0	2,0	1,0	2,1	1,5
A08 Virusbedingte und sonstige näher bez. Darminfektionen	0,9	1,1	1,0	1,1	1,2	1,2
S93 Luxation, Verstauchung u. Zerrung d. Gelenke u. Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	1,6	1,0	1,3	1,2	0,8	1,1
G43 Migräne	0,4	2,0	1,1	0,5	1,7	1,0
Gesamt	122,2	152,1	134,6	108,9	125,2	115,7

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle 17 Fehlzeitenrelevante Diagnosen bundesweit und regional 2010

AU-Tage je 100 VJ ICD10-Diagnose	Mecklenburg-Vorpommern			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
M54 Rückenschmerzen	150	108	133	111	85	100
F32 Depressive Episode	53	138	88	70	112	87
J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	76	103	88	61	73	66
F43 Reakt. auf schwere Belast. U. Anpassungsstörungen	29	67	44	30	56	41
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	41	28	35	37	29	34
A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis	26	31	28	25	26	25
J20 Akute Bronchitis	24	28	26	24	27	25
M23 Binnenschädigung des Kniegelenkes	40	20	32	28	17	23
M75 Schulterläsionen	31	16	25	25	18	22
F33 Rezidivierende depressive Störung	13	29	20	16	29	22
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	24	30	26	19	23	21
F48 Andere neurotische Störungen	8	30	17	14	29	20
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	30	31	30	19	20	20
S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes	30	15	24	24	13	19
T14 Verletzung an einer n.n. bezeichneten Körperregion	29	11	22	24	11	19
F45 Somatoforme Störungen	18	39	27	14	24	18
S82 Fraktur d. Unterschenkels, einschl. d. o. Sprunggelenkes	22	19	20	19	15	17
F41 Andere Angststörungen	8	24	15	12	22	17
S93 Luxation, Verstauchung und Zerrung in Höhe d. oberen Sprunggelenkes u. des Fußes	28	15	22	17	12	15
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	0	30	13	0	34	14
Gesamt	1.697	1.838	1.756	1.444	1.529	1.479

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Datengrundlage und Methoden

In diesem Abschnitt finden sich ergänzende Hinweise zu den Datengrundlagen für Auswertungen zum BARMER GEK Gesundheitsreport sowie zu den verwendeten Methoden.

Erwerbspersonen in der BARMER GEK

Grundsätzlich beziehen sich alle Auswertungen im Gesundheitsreport ausschließlich auf Personen, die im Auswertungszeitraum – hier ausschließlich die dokumentierten Versicherungstage im Kalenderjahr 2010 – als Erwerbspersonen bei der BARMER GEK versichert waren. Mit dem Begriff **Erwerbspersonen** werden dabei in der Arbeitsmarktforschung allgemein sowohl Berufstätige als auch Arbeitslose bezeichnet. Im Gesundheitsreport wird mit dem Begriff diejenige Gruppe von Mitgliedern bezeichnet, denen bei längerfristigen Arbeitsunfähigkeiten ggf. typischerweise Krankengeldzahlungen seitens der Krankenkasse zustehen und die vor genau diesem Hintergrund auch zur Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bei ihrer Krankenkasse verpflichtet sind. Betrachtet werden damit im Gesundheitsreport sowohl sozialversicherungspflichtig Beschäftigte als auch Arbeitslosengeld-I-Empfänger. Demgegenüber konnten Arbeitslosengeld-II-Empfänger nicht berücksichtigt werden, da sie von der Krankenkasse kein Krankengeld erhalten und insofern auch nicht zur Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bei der Krankenkasse verpflichtet sind.

Ergebnisse im Gesundheitsreport basieren auf taggenauen Zuordnungen von dokumentierten Arbeitsunfähigkeitsintervallen und Versicherungszeiten, wobei ausschließlich AU-Tage bei Versicherung mit Erwerbspersonenstatus berücksichtigt werden. Insofern werden in der Regel keine AU-Zeiten oder Fälle in Bezug auf Personen, sondern regelmäßig in Bezug auf Versicherungsjahre berichtet, womit auch Personen mit unvollständigen Versicherungszeiten innerhalb des Jahres adäquat berücksichtigt werden können. Ein **Versicherungsjahr** entspricht dabei sinngemäß der Versicherung einer Person über 365 Tage.

Daten der BARMER GEK umfassen Angaben zu einem ausgesprochen großen Personenkreis. Für die Auswertungen zum Jahr 2010 konnten **im Jahresdurchschnitt Daten zu 3,43 Millionen Erwerbspersonen** im Alter zwischen 15 und 64 Jahren berücksichtigt werden (vgl. Tabelle 18).

Bundesweite Zahlen zu Erwerbspersonen im hier verwendeten Sinn lassen sich nur schwer ermitteln. Besser und relativ zeitnah verfügbar sind über die Bundesagentur für Arbeit vorläufige Angaben zur Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland sowie auf regionaler Ebene. Vergleicht man die Anzahl der im Report im Jahresdurchschnitt 2010 berücksichtigten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Wohnort im Inland mit der entsprechenden Gesamtzahl der Beschäftigten in

Deutschland am 31.12.2010, lässt sich festhalten, dass bei Auswertungen zum Report etwa 11,8% aller Beschäftigten in Deutschland berücksichtigt werden konnten. Bundeslandbezogen variiert dieser approximativ für 2010 ermittelte Anteil zwischen 6,3% in Bremen und 19,4% in Brandenburg.

Tabelle 18 Erwerbspersonen in der BARMER GEK nach Bundesländern 2010

Bundesland	Jahresdurchschnittliche Anzahl Personen			Anteil Beschäftigte an Gesamtzahl in Deutschland
	Männer	Frauen	Gesamt	
Baden-Württemberg	149.212	177.742	326.953	8,3%
Bayern	190.157	254.022	444.179	9,4%
Berlin	62.951	89.093	152.045	14,0%
Brandenburg	75.903	104.708	180.611	19,4%
Bremen	6.424	7.250	13.674	6,3%
Hamburg	32.547	37.529	70.075	11,0%
Hessen	123.338	153.991	277.329	12,8%
Meckl.-Vorpommern	38.521	59.004	97.525	16,3%
Niedersachsen	125.823	162.452	288.276	10,6%
Nordrhein-Westfalen	342.232	486.820	829.052	13,7%
Rheinland-Pfalz	74.638	103.209	177.847	12,6%
Saarland	24.555	27.532	52.087	15,2%
Sachsen	54.386	88.839	143.225	9,4%
Sachsen-Anhalt	47.594	76.775	124.369	14,3%
Schleswig-Holstein	63.051	78.595	141.646	14,9%
Thüringen	41.287	60.265	101.552	11,9%
Gesamt	1.457.614	1.972.659	3.430.273	11,8%

BARMER GEK 2010, bei Auswertungen berücksichtigte Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Anteil der bei Auswertungen berücksichtigten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Wohnort im Inland an deren Gesamtzahl der Beschäftigten in Deutschland nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit zum 31.12.2010.

Datenbasis Arbeitsunfähigkeitsauswertungen

Tabelle 19 listet absolute Angaben zu Arbeitsunfähigkeitsfällen und –tagen aus dem Jahr 2010, die im Rahmen der Auswertungen zum Gesundheitsreport in einzelnen Bundesländern berücksichtigt werden konnten. Diese variierten zwischen gut 15 Tsd. Fällen mit gut 220 Tsd. Tagen in Bremen und 920 Tsd. Fällen mit 13,7 Mio. Tagen in Nordrhein-Westfalen. Selbst im Land Bremen ergibt sich damit noch eine empirisch recht breite Auswertungsbasis. Bei bundesweiten Auswertungen zum Jahr 2010 wurden 3,98 Mio. AU-Fälle und 56,97 Mio. AU-Tage berücksichtigt.

Tabelle 19 AU-Fälle und –Tage bei Erwerbspersonen in der BARMER GEK 2010

Bundesland	Anzahl AU-Fälle 2010 absolut	Anzahl AU-Tage 2010 absolut
Baden-Württemberg	340.858	4.448.529
Bayern	469.651	6.252.681
Berlin	185.911	2.939.324
Brandenburg	241.210	3.628.553
Bremen	15.428	220.771
Hamburg	75.201	1.091.925
Hessen	331.143	4.434.314
Meckl.-Vorpommern	134.266	1.925.395
Niedersachsen	338.453	4.766.182
Nordrhein-Westfalen	920.219	13.727.432
Rheinland-Pfalz	204.764	2.903.995
Saarland	56.841	953.831
Sachsen	181.798	2.652.844
Sachsen-Anhalt	171.319	2.456.560
Schleswig-Holstein	165.767	2.417.341
Thüringen	139.262	1.998.850
Gesamt	3.980.752	56.973.928

BARMER GEK 2010, AU-Fälle und AU-Tage zu den bei Auswertungen berücksichtigten Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre.

Klassifikationssysteme - Schlüssel

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

Diagnoseschlüssel – ICD10

Zur Dokumentation von Diagnosen für Statistiken wird in Deutschland seit dem Jahr 2000 nahezu ausschließlich die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ in der 10. Revision, kurz die ICD10, verwendet. Grundsätzlich handelt es sich bei der ICD um ein international gebräuchliches Klassifikationssystem. Die Pflege und Weiterentwicklung obliegt der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In Deutschland ist für die Betreuung und Bereitstellung das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI zuständig. Typischerweise werden vom DIMDI jährlich aktualisierte und angepasste Versionen der ICD10 bereitgestellt, deren Verwendung dann bei bestimmten Diagnoseangaben in vielen Bereichen des deutschen Gesundheitssystems obligat vorgeschrieben ist.

Gliederung

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

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm>

Tabelle 20 Diagnosekapitel der ICD10

Kapitelnummer, Bezeichnung, Schlüssel		Anmerkungen, Beispiele
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Infekte, ohne Atemwegsinfekte, ohne Grippe
II	Neubildungen (C00-D48)	Bösartige u. gutartige Neubildungen
III	Krankheiten des Blutes u. der blutbildenden Organe sowie bestimmte (D50-D89)	Bluterkrankungen, auch Blutarmut
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes
V	Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Depressionen, aber auch Alkoholprobleme
VI	Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Migräne, Epilepsie
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)	Bindehautentzündungen, Glaukom
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)	Mittelohrentzündung
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Bluthochdruck, Herzinfarkt
X	Krankheiten d. Atmungssystems (J00-J99)	Erkältung, Grippe, Asthma
XI	Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Darmentzündungen, Sodbrennen, Leistenbruch, Gallensteine, auch Zahnerkrankungen
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Akne, Furunkel
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems u. des Bindegewebes (M00-M99)	Rückenschmerzen, Wirbelsäulenerkrankungen, Kniegelenkserkrankungen
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Harnwegsinfekte
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Vorzeitige Wehen, Schwangerschaftsprobleme
XVI	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben (P00-P96)	Als AU-Diagnose selten
XVII	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien (Q00-Q99)	Fußfehlstellungen, Herzfehler
XVIII	Symptome u. abnorme klinische u. Laborbefunde, die anderenorts nicht (R00-R99)	Bauchschmerzen, Fieber, Erbrechen
XIX	Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	Verstauchungen, Frakturen
XX	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01-Y84)	Wird bei AU nicht verwendet.
XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Früherkennungsuntersuchungen,
XXII	Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00-U99)	Selten verwendet, z.T. vorläufige Schlüssel für Erkrankungen

Berufe – Stellung im Beruf – Ausbildung

Traditionell wurden und werden bei gesetzlichen Krankenversicherungen, wie auch bei anderen Sozialversicherungsträgern, zu den sozialversicherungspflichtig beschäftigten Mitgliedern Angaben zur ausgeübten Tätigkeit, zur beruflichen Stellung sowie zur Ausbildung erfasst, die von den Arbeitgebern an die Krankenkasse übermittelt werden müssen. Für die Angaben zur Tätigkeit wird dabei ein Tätigkeitsschlüssel verwendet (vgl. „Schlüsselverzeichnis für die Angabe von Tätigkeiten“ der Bundesagentur für Arbeit). Obwohl die Aktualität und Genauigkeit (Validität) endspreschen- der Angaben gelegentlich in Zweifel gezogen wurden, ließen sich bei Beschäftigten aus unterschiedlichen, entsprechend erfassten, Tätigkeitsgruppen in den vergange- nen Jahren empirisch erheblich unterschiedliche Fehlzeiten und Erkrankungsmuster, insbesondere auch im Hinblick auf Arbeitsunfälle, beobachten, die von Beobach- tungsjahr zu Beobachtungsjahr weitgehend konstant erschienen (vgl. z.B. BARMER GEK Arztreport 2010, Abbildungen Seite 204 und Seite 212). Trotz möglicher Ein- schränkungen bei der Erfassung ließ sich also auch für die real verfügbaren Angaben zur Tätigkeit empirisch ein erheblicher und insgesamt plausibel erscheinender Ein- fluss auf das Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen nachweisen. Die ausgeübte Tätig- keit zählt damit zweifellos zu einer der wichtigsten Determinanten für gemeldete Fehlzeiten, was sich auf unterschiedliche Faktoren zurückführen lässt (vgl. Textab- schnitte ab Seite 47).

Veränderungen 2011

Trotz der offensichtlichen Bedeutung der Tätigkeiten für die gemeldeten Arbeitsunfä- higkeiten wurde **im vorliegenden Gesundheitsreport 2011 auf die Darstellung tä- tigkeitsbezogener Auswertungen verzichtet**. Den Hauptgrund für diesen Verzicht bildet eine für Dezember 2011 vorgesehene komplette Umstellung und Erweiterung des vorgeschriebenen Tätigkeitsschlüssels. Ab dem 1. Dezember 2011 muss anstel- le des bislang 5-stelligen Schlüssels für Meldungen an Sozialversicherungsträger das „Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialver- sicherung – Ausgabe 2010“ mit 9-stelligen Schlüsseln verwendet werden, womit dann, neben einer zeitgemäßerer Auswahl von Berufen, auch eine Differenzierung zwischen Teil- und Vollzeittätigkeiten in befristeten oder unbefristeten Beschäfti- gungsverhältnissen sowie zwischen Leiharbeit und normalen Beschäftigungsverhält- nissen möglich werden soll. Wie gut diese Umstellung Ende 2011 in der Praxis ge- lingt, lässt sich schwer abschätzen. In jedem Fall wären tätigkeitsbezogene Auswer- tungen zum Jahr 2010 nur sehr bedingt mit denen aus dem Jahr 2011 vergleichbar gewesen. Sobald Informationen zu Tätigkeiten nach dem neuen Schlüssel in aus- wertbarer Form vorliegen, sollen entsprechende Auswertungen auch in den Ge- sundheitsreport der BARMER GEK integriert werden.

Geschlechts- und Altersstandardisierung

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

Direkte Standardisierung

Ein überwiegender Teil der Ergebnisdarstellungen im Gesundheitsreport zeigt direkt alters- und geschlechtsstandardisierte Ergebnisse. Bei der direkten Standardisierung muss zunächst, und in gewissen Grenzen immer willkürlich, eine Standardpopulation gewählt werden. Anschließend werden für alle betrachteten Gruppen (z.B. für Versicherte in einzelnen Bundesländern) Ergebnisse ermittelt, die in den betrachteten Gruppen bei der (fiktiven) Annahme der Geschlechts- und Altersstruktur der Standardpopulation zu erwarten gewesen wären. Hierzu müssen die gewünschten Kennzahlen für alle Geschlechts- und Altersgruppen (bei den vorliegenden Auswertungen für 20 Gruppen) jeweils separat berechnet werden. Erst anschließend können die Ergebnisse, unter Annahme bestimmter Bevölkerungsanteile in den einzelnen Subgruppen entsprechend den Anteilen in der ausgewählten Standardpopulation, wieder als standardisierte Werte zusammengefasst werden. Bezogen auf die beispielhaft genannten Bundesländer wird damit sinngemäß also so getan, als hätten Versichertengruppen aus allen Bundesländern eine identische (fiktive) Geschlechts- und Altersstruktur, nämlich genau die der anfangs ausgewählten Standardpopulation.

Auswirkungen

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

Standardpopulation

Als Standardpopulation wird im Gesundheitsreport auf die Geschlechts- und Altersstruktur von Erwerbstätigen in Deutschland im Mai 1992 zurückgegriffen. Diese Auswahl der Standardpopulation entspricht den „Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des §20 SGB V“.

Tabelle 21 Standardpopulation Erwerbstätige Deutschland im Mai 1992

Altersgruppe	Männer [Tsd.]	Frauen [Tsd.]
15 – 19 Jahre	852	674
20 – 24 Jahre	2.181	1.856
25 – 29 Jahre	2.851	2.216
30 – 34 Jahre	2.883	2.006
35 – 39 Jahre	2.653	1.942
40 – 44 Jahre	2.540	1.880
45 – 49 Jahre	2.230	1.601
50 – 54 Jahre	2.885	1.856
55 – 59 Jahre	1.738	932
60 – 64 Jahre	624	218

Quelle: Statistisches Jahrbuch 1994, Seite 114

Indirekte Standardisierung

Eine direkte Standardisierung setzt voraus, dass alle relevanten Subgruppen der Standardpopulation, also typischerweise einzelne Geschlechts- und Altersgruppen, auch in jeder (Sub-)Population, deren Ergebnisse standardisiert werden sollen, ausreichend repräsentiert sind. Die Einhaltung dieser Bedingung kann allerdings bei Analysen zu kleineren Subgruppen von Versicherten, beispielsweise bei regionalen Auswertungen auf Kreisebene, nicht immer gewährleistet werden. Bei Analysen zu Berufsgruppen ist sogar regelmäßig von Verletzungen der Voraussetzungen für die direkte Standardisierung auszugehen, zumal auch heutzutage viele Berufe weit überwiegend von einer Geschlechtsgruppe und oftmals auch vorzugsweise von bestimmten Altersgruppen ausgeübt werden. In entsprechenden Fällen kann auf das Verfahren der indirekten Standardisierung zurückgegriffen werden, welches auch für Vergleiche von Populationen geeignet ist, in denen nicht alle Geschlechts- und Altersgruppen ausreichend vertreten sind oder überhaupt vorkommen.

Vorgehen

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

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

Als indirekt standardisierte Ergebnisse werden schließlich primär die relativen Abweichungen der (hier regional) beobachteten von den (regional) erwarteten Ergebnissen berichtet. Berichtet werden also lediglich prozentuale Abweichungen. Aus den bundesweit ermittelten Ergebnissen sowie den regional ermittelten relativen Abweichungen lassen sich bei Bedarf auch wieder eventuell anschaulichere regionale Kennzahlen berechnen. Dies Vorgehen setzt bestimmte Annahmen voraus, die im Falle regionaler Auswertungen auf Kreisebene jedoch als methodisch weitgehend unproblematisch gelten können. Bei indirekt standardisierten Ergebnissen zu einigen Berufsgruppen werden entsprechende Annahmen offensichtlich verletzt, weshalb eine entsprechende Verrechnung von Ergebnissen bei Berufsgruppen allgemein problematischer erscheint.

Anhang

Tabellenanhang

Tabelle A1 AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten bundesweit 2010

Männer	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	8	57	11	272	96	104	363
20 – 24 Jahre	11	104	15	215	88	146	324
25 – 29 Jahre	16	135	16	166	71	171	246
30 – 34 Jahre	16	150	21	164	66	206	201
35 – 39 Jahre	20	185	33	183	72	300	217
40 – 44 Jahre	32	218	59	173	82	381	228
45 – 49 Jahre	53	239	98	175	95	452	230
50 – 54 Jahre	91	272	157	180	105	566	246
55 – 59 Jahre	158	327	256	212	122	726	257
60 – 64 Jahre	224	364	348	209	121	903	247
Frauen	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	7	109	14	317	124	94	147
20 – 24 Jahre	11	184	17	254	101	126	128
25 – 29 Jahre	17	220	19	213	71	130	101
30 – 34 Jahre	32	256	24	212	62	169	95
35 – 39 Jahre	57	314	33	217	66	243	121
40 – 44 Jahre	100	349	43	214	73	327	138
45 – 49 Jahre	146	383	63	222	84	422	156
50 – 54 Jahre	186	437	89	243	93	552	200
55 – 59 Jahre	222	516	123	273	103	686	250
60 – 64 Jahre	276	519	159	258	100	819	293

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen; zu Bezeichnungen der Krankheitsarten vgl. Erläuterungen der nachfolgenden Tabelle.

Tabelle A2 AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten Mecklenburg-Vorpommerns 2010

Männer	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	12	110	24	406	194	157	465
20 – 24 Jahre	13	108	17	286	127	189	377
25 – 29 Jahre	28	129	19	222	88	217	372
30 – 34 Jahre	27	145	22	206	88	260	281
35 – 39 Jahre	17	136	55	217	111	333	342
40 – 44 Jahre	37	196	80	171	80	507	273
45 – 49 Jahre	76	226	123	196	129	587	275
50 – 54 Jahre	119	227	184	205	136	656	292
55 – 59 Jahre	169	227	319	230	145	872	334
60 – 64 Jahre	265	236	440	190	146	1.030	260
Frauen	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	7	183	22	538	206	128	186
20 – 24 Jahre	9	214	23	320	154	151	144
25 – 29 Jahre	13	249	28	283	95	150	120
30 – 34 Jahre	40	273	37	310	89	228	107
35 – 39 Jahre	67	394	48	287	86	281	135
40 – 44 Jahre	97	415	60	284	96	373	133
45 – 49 Jahre	173	414	84	276	108	463	177
50 – 54 Jahre	198	494	117	296	114	635	211
55 – 59 Jahre	196	583	160	334	138	687	270
60 – 64 Jahre	174	682	223	307	114	1.013	339

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen. Bezeichnungen der aufgeführten Krankheitsarten beziehungsweise Diagnosekapitel der ICD10: **II** Neubildungen; **V** Psychische und Verhaltensstörungen; **IX** Krankheiten des Kreislaufsystems; **X** Krankheiten des Atmungssystems; **XI** Krankheiten des Verdauungssystems; **XIII** Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes; **XIX** Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen.

Verzeichnisse

Abbildungen

Abbildung 1	Häuslich ambulantes Versorgungssystem	8
Abbildung 2	Merkmale von privaten Hauptpflegepersonen	9
Abbildung 3	Alter der Pflegenden und zukünftig Pflegenden	11
Abbildung 4	Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger	16
Abbildung 5	Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2010	53
Abbildung 6	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2010	54
Abbildung 7	Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen 2010 bundesweit	56
Abbildung 8	Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen 2010 Mecklenburg-Vorpommerns	57
Abbildung 9	Arbeitsunfähigkeitsfälle und –tage nach Falldauer Mecklenburg-Vorpommern 2010	60
Abbildung 10	Verteilung der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auf Wochentage	63
Abbildung 11	Verteilung der Fehlzeiten auf Wochentage	64
Abbildung 12	AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2010	66
Abbildung 13	AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter 2010	68
Abbildung 14	AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2010	69
Abbildung 15	AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2010	73
Abbildung 16	AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2010	75
Abbildung 17	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2010	77
Abbildung 18	Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten 2010	79
Abbildung 19	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Männer 2010	82

Abbildung 20	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Frauen 2010	83
Abbildung 21	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2010, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	86
Abbildung 22	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2010, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems.....	87
Abbildung 23	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2010, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen	88
Abbildung 24	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2010, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen	89
Abbildung 25	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2010, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems.....	90
Abbildung 26	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2010, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems	91
Abbildung 27	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2010, Kapitel XIX – Verletzungen	92
Abbildung 28	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2010, Kapitel XIX – Verletzungen	93
Abbildung 29	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen Mecklenburg-Vorpommerns 2010, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems.....	95
Abbildung 30	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen Mecklenburg-Vorpommerns 2010, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen.....	96
Abbildung 31	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen Mecklenburg-Vorpommerns 2010, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems.....	97
Abbildung 32	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen Mecklenburg-Vorpommerns 2010, Kapitel XIX – Verletzungen.....	98
Abbildung 33	AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosegruppen regional und bundesweit 2010	101
Abbildung 34	AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosen regional und bundesweit 2010	106

Tabellen

Tabelle 1	Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit regional und bundesweit 2010.....	51
Tabelle 2	Abweichungen regionaler AU-Kennzahlen von bundesweiten Werten 2010	52
Tabelle 3	AU-Fälle und AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2010	55
Tabelle 4	Relative Abweichungen der AU-Fallzahlen und Fehlzeiten in Kreisen 2010.....	59
Tabelle 5	Arbeitsunfähigkeitsfälle und –tage nach Falldauer regional und bundesweit.....	61
Tabelle 6	Arbeitsunfähigkeiten an Wochentagen regional und bundesweit	62
Tabelle 7	AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2010	66
Tabelle 8	AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2010	68
Tabelle 9	AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2010	69
Tabelle 10	AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2010	74
Tabelle 11	AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten und Geschlecht 2010	76
Tabelle 12	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2010.....	78
Tabelle 13	Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen nach Krankheitsarten 2010	99
Tabelle 14	Fallzahlrelevante Diagnosegruppen bundesweit und regional 2010	102
Tabelle 15	Fehlzeitenrelevante Diagnosegruppen bundesweit und regional 2010	103
Tabelle 16	Fallzahlrelevante Diagnosen bundesweit und regional 2010	107
Tabelle 17	Fehlzeitenrelevante Diagnosen bundesweit und regional 2010	108
Tabelle 18	Erwerbspersonen in der BARMER GEK nach Bundesländern 2010	110

Tabelle 19	AU-Fälle und –Tage bei Erwerbspersonen in der BARMER GEK 2010.....	111
Tabelle 20	Diagnosekapitel der ICD10	113
Tabelle 21	Standardpopulation Erwerbstätige Deutschland im Mai 1992	116

Tabellen im Anhang

Tabelle A1	AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten bundesweit 2010	118
Tabelle A2	AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten Mecklenburg-Vorpommerns 2010.....	119

Abkürzungen – Glossar

Begriff, Abkürzung	Erläuterung
AU	Arbeitsunfähigkeit – hier durchgängig im Sinne einer ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit über einen bestimmten Zeitraum von Kalendertagen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Diagnosegruppen	Gliederungsebene der ICD10 mit mehr als 200 Gruppen
Diagnosekapitel	Höchste Gliederungsebene der ICD10 mit 22 Kapiteln, in Gesundheitsreporten oftmals auch als Krankheitsarten bezeichnet
Diagnosen	Hier: Diagnosen in einer Differenzierung nach dreistelligen ICD10-Schlüsseln, von denen insgesamt mehr als 1.600 in der ICD10 existieren
Erwerbspersonen	Hier: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (inklusive Beschäftigte über der Beitragsbemessungsgrenze) und Arbeitslosengeld-I-Empfänger
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision; international verwendeter Schlüssel zu Diagnosekodierung (vgl. auch Tabelle auf Seite 113)
Krankenstand	Prozentualer Anteil der AU-Tage an allen Versicherungstagen von Erwerbspersonen (vgl. Seite 49 ff.)
Krankheitsarten	Gebräuchliche Bezeichnung für Diagnosekapitel (s.o.)
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung; umfasst Gesetze zur Krankenversicherung in Deutschland
Standardisierung	Statistisches Verfahren, um sinnvolle Vergleiche strukturell unterschiedlicher Gruppen zu ermöglichen (vgl. auch Erläuterungen Seite 116)
VJ	Versicherungsjahr – Bezugsgröße für die Berechnungen nahezu aller Kennzahlen (vgl. Seite 49 ff.)



Wir halten Ihr Unternehmen, Ihre Führungskräfte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fit.

BARMER
GEK die gesund
experten

Schon einmal darüber nachgedacht, was Sie in Ihrem Betrieb zum Thema Gesundheit tun können?

➤ www.barmer-gek.de/arbeitgeber

Um Sie hier zu unterstützen, engagieren wir uns mit einem breit angelegten Firmenangebot Gesundheit: von leicht umsetzbaren Maßnahmen zur Firmenfitness, Angeboten zur Verbesserung des individuellen Gesundheitsverhaltens bis hin zu ganzheitlichen Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Haben Sie Interesse? Sprechen Sie uns an. Unsere Gesundexperten entwickeln für Sie das Angebot, das zu Ihrem Unternehmen passt.



Betriebliches Gesundheitsmanagement bewegt was...

Die Beschleunigung der Arbeitswelt, der zunehmende Wettbewerbsdruck sowie die Erwartungen an die Leistungsfähigkeit und Flexibilität des Einzelnen führen zu gesundheitlichen Belastungen von Beschäftigten. Leistungseinschränkungen und Fehlzeiten sind die Folge. Kein Wunder also, dass das Thema Arbeit und Gesundheit immer stärker in den Fokus von Politik, Wirtschaft und Akteuren des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes gerät.

Die BARMER GEK liefert mit ihrem Gesundheitsreport eine systematische Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens und greift jeweils ein aktuelles Schwerpunktthema auf. Der Fokus liegt in diesem Jahr auf der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Denn: Angesichts einer alternden Bevölkerung übernehmen immer mehr Berufstätige auch Pflegeaufgaben zu Hause. Diese zusätzliche Beanspruchung stellt Beschäftigte sowie Arbeitgeber vor neue Herausforderungen.

Was Unternehmen konkret tun können, um ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Bewältigung dieser Aufgabe zu unterstützen und wie sie selbst dabei gewinnen, das war das Thema eines öffentlich geförderten Projekts, das die BARMER GEK von 2008 bis 2011 als Kooperationspartnerin mitgetragen hat. Die Ergebnisse des Forschungsprojekts sind in diesen Bericht eingeflossen und liefern Arbeitgebern wertvolle Hinweise für die Praxis.

Der BARMER GEK Gesundheitsreport richtet sich an Gesundheitsexperten, Führungskräfte und Personalverantwortliche in Unternehmen sowie Dienstleistungsorganisationen.

