



GESUNDHEITSREPORT 2016

HAMBURG

JUNGE MENSCHEN AM START IHRES BERUFSLEBENS



BARMER GEK

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

BARMER GEK
Hauptverwaltung Wuppertal
Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

AUTOREN

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Thomas G. Grobe
Susanne Steinmann
Julia Gerr

KONZEPTION UND REDAKTION

Ursula Bertels
Solveig Wessel

Inhaltsverzeichnis

Editorial	3
Einleitung	5

Auswertungen zur Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeiten.....	8
Grundlegende Kennzahlen und Entwicklungen 2015	8
Branchen- und tätigkeitsbezogene Ergebnisse	29
Diagnosen der Arbeitsunfähigkeit	40
Krankheitsarten – Diagnosekapitel der ICD10	40
Ergebnisse zu ausgewählten Diagnosegruppen.....	68
Ergebnisse zu ausgewählten Einzeldiagnosen.....	73

Schwerpunkt Berufseinstieg und Gesundheit

Berufseinstieg und Gesundheit	78
Häufigkeit von Erkrankungen im jungen Erwerbsalter	86
Diagnosen bei Schülern, Studierenden und Berufstätigen	97
Zusammenfassung – Resümee	149
Junge Menschen am Start ihres Berufslebens.....	153
Der BARMER GEK Firmenkundenmonitor Gesundheit.....	154
Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements für Berufsstarter.....	166
Generation Z als betriebliches Gesundheitsmanagement <i>Christian Scholz</i>	169
Auszubildende in ihrer Gesundheitskompetenz stärken: Beispiel Stadtwerke Neumünster.....	189
Das BARMER GEK Firmenangebot Gesundheit	192
Serviceangebote der BARMER GEK zum Schwerpunktthema	195

Kennzahlen, Datengrundlagen und Methoden

Datengrundlage und Methoden	197
Erfassung von Arbeitsunfähigkeiten und Kennzahlen	197
Erwerbspersonen in der BARMER GEK	203
Klassifikationssysteme, Diagnoseschlüssel, Methoden	206

Anhang

Anhang	216
Tabellenanhang	216
Verzeichnisse.....	239
Abkürzungen – Glossar.....	247

Editorial

Junge Menschen am Start ihres Berufslebens – so lautet das Schwerpunktthema des diesjährigen Gesundheitsreports. Nachdem der BARMER GEK Gesundheitsreport 2015 den Fokus auf die Auswirkungen des demografischen Wandels insbesondere für ältere Beschäftigte gelegt hat, werden in diesem Jahr wichtige Aspekte des Themas aus der Perspektive junger Beschäftigten aufgezeigt.

Dargestellt werden Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation von unterschiedlichen Versichertengruppen in dem Alter, in dem typischerweise die Schulzeit endet und eine berufliche Ausbildung oder ein Studium sowie der Einstieg in das Berufsleben erfolgt. Ein Ergebnis: Bereits im hier betrachteten jungen Erwerbsalter war mehr als ein Fünftel der Population von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens betroffen, darunter mehr als 16 Prozent von Rückenschmerzen.

Allein dieses Ergebnis verdeutlicht, wie wichtig es ist, auch jungen Beschäftigten Gesundheitskompetenz zu vermitteln. Die Forderung nach verstärkter Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung wird daher seit Jahren immer lauter – nicht zuletzt durch die Vorgaben des 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes.

Doch welche Rolle spielt der Arbeitgeber dabei? Und welche Angebote des Betrieblichen Gesundheitsmanagement sind speziell für junge Menschen sinnvoll? Die Ergebnisse der Befragung, die bei Unternehmen im Rahmen des BARMER GEK Firmenkundenmonitors durchgeführt wurde, geben einen ersten Eindruck in die betriebliche Praxis.

Um die Bedürfnisse und Interessen der jungen Menschen zwischen 15 und 29 Jahren kennenzulernen, ist es notwendig, sich mit deren Lebensgefühl auseinander zu setzen. Wir freuen uns daher sehr, dass Professor Dr. Christian Scholz einen Beitrag für den Gesundheitsreport verfasst hat, in dem er einen Überblick über die Erwartungen der so genannten Generation Z an die Arbeitswelt gibt. Der Erfahrungsbericht der Stadtwerke Neumünster zeigt zudem, welche Maßnahmen speziell für junge Beschäftigte erfolgreich umgesetzt werden können.

Neben dem Schwerpunktthema enthält der Gesundheitsreport auch in diesem Jahr eine detaillierte Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens für das Bundesgebiet und speziell für Hamburg.

Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten 2015 bundesweit merklich, nämlich um 3,4 Prozent beziehungsweise 0,59 Tage je Erwerbsperson, gestiegen. Für den Anstieg der Fehlzeiten 2015 war maßgeblich eine stärkere Grippe- und Erkältungswelle

verantwortlich. Mit Krankheiten des Atmungssystems wurden 2015 26,3 Prozent mehr Fehltag als 2014 erfasst. Auch psychische Störungen verursachten 2015 erneut etwas höhere Fehlzeiten als im Vorjahr. Der größte Anteil der Fehlzeiten entfiel 2015 mit 22,1 Prozent weiterhin auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems.

Die Auswertungen und Aussagen des Gesundheitsreports 2016 beruhen auf den sorgfältigen und umfassenden Analysen von Dr. Thomas Grobe und seinem Team vom Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA). Hierfür unseren herzlichen Dank!

Ihnen als Leserin bzw. Leser wünschen wir, dass Sie durch die Lektüre des Gesundheitsreport 2016 neue Erkenntnisse und Anregungen für Ihren Berufsalltag erhalten.

Hamburg, im August 2016

Frank Liedtke

Landesgeschäftsführer
Hamburg

Einleitung

Der BARMER GEK Gesundheitsreport 2016 umfasst, wie im vorausgehenden Jahr, einen Routineteil sowie ein Schwerpunktthema. Im Routineteil des Gesundheitsreportes werden vorrangig aktuelle Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten aus dem Jahr 2015 dargestellt. Basis der aktuellen Auswertungen bilden bundesweit erfasste und pseudonymisierte Daten zu jahresdurchschnittlich 3,59 Millionen Erwerbspersonen mit Versicherung in der BARMER GEK 2015. Ergebnisse werden im Report sowohl regional sowie für unterschiedliche Subgruppen ausgewiesen als auch mit Vorjahresergebnissen verglichen. Im Gegensatz zu den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zur Vorlage bei Arbeitgebern umfassen die Meldungen bei Krankenkassen auch Angaben zu Diagnosen. Damit sind erkrankungsbezogene Auswertungen möglich, die weitere wesentliche Inhalte des vorliegenden Reportes bilden.

Ergebnisse von Statistiken zu Arbeitsunfähigkeiten hängen von vielen Faktoren ab. Vor diesem Hintergrund finden sich im Anhang des Reportes relativ umfangreiche Erläuterungen zu den Berechnungen und Abhängigkeiten der dargestellten Kennzahlen. Im Report werden Kennzahlen zumeist in geschlechts- und altersstandardisierter Form präsentiert, um Ergebnisse in Subgruppen adäquater vergleichen zu können (vgl. Textabschnitte ab Seite 212).

Der diesjährige Schwerpunkt des Reportes mit dem Titel „Berufseinstieg und Gesundheit“ befasst sich mit der Gesundheit jüngerer Menschen in der Übergangsphase zwischen Ausbildung und Beruf. Betrachtet werden schwerpunktmäßig Versicherte bis einschließlich zum 30. Lebensjahr. Übliche Indikatoren für die Gesundheit weisen in entsprechenden Altersgruppen zumeist auf merklich geringere gesundheitliche Einschränkungen und Beschwerden als im höheren Alter hin. Ziel der Schwerpunktauswertungen ist es, innerhalb eines an sich noch „gesunden Alters“ Risikogruppen frühzeitig zu identifizieren. Zum einen dürften Änderungen des Verhaltens in einer noch wenig etablierten Situation leichter fallen, zum anderen sind die individuellen präventiven Potentiale bei einer frühzeitigen Verhaltensänderung am größten.

Abschließend sei auch zur diesjährigen Ausgabe des Gesundheitsreportes angemerkt, dass – ausschließlich zur Vereinfachung des sprachlichen Ausdrucks – im Text des Reportes in der Regel nur eine Geschlechtsform einer Bezeichnung verwendet wird, mit der Frauen und Männer gleichermaßen gemeint sind.

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

Gesundheitsreport für Hamburg 2016

1.) Wichtige bundesweite Ergebnisse im Überblick

- Die bundesweit ermittelten Ergebnisse des Gesundheitsreportes zum Jahr 2015 beruhen auf Daten der BARMER GEK zu insgesamt 3,6 Millionen Erwerbspersonen. Bei den Berechnungen konnten Daten zu etwa 11,3 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland berücksichtigt werden.
- Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten 2015 bundesweit nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen merklich, nämlich um 3,4 Prozent beziehungsweise 0,59 Tage je Erwerbsperson, gestiegen. Der Krankenstand lag damit 2015 bei 4,85 Prozent (Vorjahr: 4,69 Prozent; vgl. Tabelle 1 auf Seite 8). Dabei wurden 2015 deutlich mehr Arbeitsunfähigkeitsfälle als 2014 registriert (+7,9 Prozent), diese dauerten im Mittel jedoch kürzer als im Vorjahr.
- Für den Anstieg der Fehlzeiten 2015 war maßgeblich eine stärkere Grippe- und Erkältungswelle verantwortlich. Mit Krankheiten des Atmungssystems wurden 2015 26,3 Prozent mehr Fehltage als 2014 erfasst. Im Durchschnitt fehlte eine Erwerbsperson 2015 unter Angabe entsprechender Diagnosen 0,54 Tage mehr als 2014 (vgl. Seite 47). Auch psychische Störungen verursachten 2015 erneut etwas höhere Fehlzeiten als im Vorjahr.
- Der größte Anteil der Fehlzeiten entfiel 2015 mit 22,1 Prozent weiterhin auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. Nach psychischen Störungen mit 18,8 Prozent folgen mit Anteilen von 14,7 beziehungsweise 11,7 Prozent Krankheiten des Atmungssystems sowie Verletzungen (vgl. Abschnitte ab Seite 43).
- Die Fehlzeiten variieren bei bundesweiten Auswertungen sehr deutlich in Abhängigkeit von Branchen und Berufen sowie von der Schul- und Ausbildung der Beschäftigten (vgl. Text ab Seite 29).
- Das diesjährige Schwerpunktthema „Berufseinstieg und Gesundheit“ befasst sich mit der Gesundheit von Menschen im Alter zwischen 16 und 30 Jahren und fokussiert damit eine Altersspanne, in der typischerweise die Schulzeit endet und ein Einstieg in das Berufsleben erfolgt. Offensichtlich werden dabei sowohl geschlechts- und altersabhängige Unterschiede als auch Unterschiede zwischen Schülern, Studierenden und jungen Berufstätigen.

Gesundheitsreport für Hamburg 2016

2.) Wichtige regionale Ergebnisse im Überblick

- Von den bei bundesweiten Auswertungen 2015 berücksichtigten Erwerbspersonen wohnten 74 Tausend (2,1%) in Hamburg. Für die Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten in Hamburg konnten damit Daten zu etwa 7,8 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aus Hamburg berücksichtigt werden.
- Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten auch in Hamburg, nämlich hier um 2,6 Prozent beziehungsweise 0,42 Tage je Person, gestiegen.
- Der Krankenstand lag nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen in Hamburg bei 4,54 Prozent, was – bezogen auf eine einzelne Erwerbsperson – durchschnittlich 16,6 gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstagen im Jahr 2015 entspricht (vgl. Seite 8). Bundesweit ermittelte Fehlzeiten wurden in Hamburg 2015 damit um 6,5 Prozent unterschritten.
- Für den Anstieg der Fehlzeiten von 2014 auf 2015 waren auch in Hamburg deutlich mehr Arbeitsunfähigkeiten mit Krankheiten des Atmungssystems verantwortlich (vgl. Seite 47).
- Auf die vier relevantesten Krankheitsarten entfielen in Hamburg 2015 insgesamt 68,8 Prozent und damit mehr als zwei Drittel der Fehlzeiten, dabei 25,4 Prozent auf psychische Störungen, 19,2 Prozent auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, 14,0 Prozent auf Atemwegserkrankungen und 10,2 Prozent auf Verletzungen.
- Auswertungen zum Schwerpunkt „Berufseinstieg und Gesundheit“ beruhen weit überwiegend auf bundesweit erfassten Daten. Die Ergebnisse deuten unter anderem auf merkliche Unterschiede der gesundheitlichen Situation von jungen Berufstätigen und Studierenden hin. Hinweise auf kardiovaskuläre Risikofaktoren fanden sich bei jungen Berufstätigen merklich häufiger als in altersentsprechenden Gruppen von Studierenden. Von den jungen Menschen in der betrachteten Altersspanne zwischen 16 und 30 Jahren waren insgesamt bereits 4,82 Prozent von einem Bluthochdruck, einem Diabetes oder einer Fettstoffwechselstörung betroffen.
- In Hamburg wurde mindestens eine der drei genannten Erkrankungen bei 3,36 Prozent der jungen Menschen dokumentiert. Bundesweite Ergebnisse wurden damit deutlich unterschritten.

Arbeitsunfähigkeiten

Grundlegende Kennzahlen und Entwicklungen 2015

Nachfolgend werden zunächst grundlegende Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten aus den Jahren 2014 und 2015 dargestellt, wobei den bundeslandspezifischen Ergebnissen aus beiden Jahren bundesweit ermittelte Ergebnisse gegenübergestellt werden.

Tabelle 1 zeigt Ergebnisse zum regionalen und bundesweiten Arbeitsunfähigkeitsmeldegesehen in den Jahren 2014 und 2015. Angaben zu relativen Veränderungen regionaler und bundesweiter Zahlen von 2014 auf 2015 sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 1 Grundlegende Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit

Kennzahl Hamburg	2014			2015		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Betroffenheitsquote	46,6%	53,2%	49,6%	47,7%	55,1%	51,1%
AU-Fälle je 100 VJ	102	124	112	109	131	119
AU-Tage je Fall	14,7	14,1	14,4	14,1	13,7	13,9
AU-Tage je 100 VJ	1.504	1.743	1.614	1.535	1.797	1.656
Krankenstand	4,12%	4,78%	4,42%	4,21%	4,92%	4,54%
BUNDESWEIT	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Betroffenheitsquote	52,8%	57,5%	55,0%	55,3%	60,0%	57,5%
AU-Fälle je 100 VJ	113	130	121	123	140	131
AU-Tage je Fall	14,4	13,8	14,1	13,8	13,3	13,5
AU-Tage je 100 VJ	1.639	1.798	1.712	1.692	1.863	1.771
Krankenstand	4,49%	4,93%	4,69%	4,64%	5,10%	4,85%

BARMER GEK 2014 und 2015, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Nach den Ergebnissen geschlechts- und altersstandardisierter Auswertungen von bundesweiten Daten der BARMER GEK waren im Jahr 2015 57,5 Prozent der Erwerbspersonen, also deutlich mehr als die Hälfte, mindestens einmalig erkrankungsbedingt arbeitsunfähig gemeldet. Je 100 durchgängig Beschäftigte wurden bundes-

weit 131 Arbeitsunfähigkeitsmeldungen und insgesamt 1.771 Fehltag erfasst. Für einzelne Beschäftigte wurden demnach innerhalb des Jahres durchschnittlich 1,31 Arbeitsunfähigkeitsfälle sowie insgesamt rund zweieinhalb Erkrankungswochen gemeldet. Die 1.771 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre (VJ) entsprechen einem Krankenstand von 4,85 Prozent. An einem durchschnittlichen Kalendertag des Jahres 2015 waren demnach von 1.000 Beschäftigten knapp 49 Beschäftigte arbeitsunfähig gemeldet. Eine einzelne Arbeitsunfähigkeitsmeldung dauerte im Durchschnitt 13,5 Tage.

Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten 2015 nach bundesweit ermittelten Ergebnissen um 3,4 Prozent merklich gestiegen. Der Anstieg resultierte dabei vorrangig aus einer deutlich größeren Anzahl von AU-Fällen (+7,9 Prozent), die jedoch durch eine kürzere durchschnittliche Krankschreibungsdauer (-4,2 Prozent) teilweise kompensiert wurde.

Tabelle 2 Relative Veränderungen von Kennzahlen 2015 im Vergleich zum Vorjahr

Kennzahl	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Betroffenheitsquote	2,5%	3,6%	3,1%	4,7%	4,4%	4,5%
AU-Fälle je 100 VJ	6,6%	6,0%	6,3%	8,2%	7,6%	7,9%
AU-Tage je Fall	-4,3%	-2,8%	-3,5%	-4,6%	-3,7%	-4,2%
AU-Tage je 100 VJ	2,1%	3,1%	2,6%	3,2%	3,6%	3,4%
Krankenstand	2,1%	3,1%	2,6%	3,2%	3,6%	3,4%

BARMER GEK 2015, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Für Erwerbspersonen in **Hamburg** ergeben die Auswertungen auch für 2015 niedrigere Kennzahlen zur Zahl der AU-Fälle und -Tage im Vergleich zum Bundesdurchschnitt. Mit 119 AU-Fällen und 1.656 AU-Tagen je 100 VJ wurden in Hamburg 8,7 Prozent weniger AU-Fälle und 6,5 Prozent weniger AU-Tage als im Bundesdurchschnitt erfasst (vgl. Tabelle 1).

Im Vergleich zum Vorjahr sind auch in Hamburg insbesondere die AU-Fallzahlen, jedoch gleichfalls auch die Fehlzeiten gestiegen, nämlich um 6,3 beziehungsweise um 2,6 Prozent (vgl. Tabelle 2).

Regionale Variationen

AU-Fallzahlen im Bundeslandvergleich

Ergebnisse zu AU-Fallzahlen je 100 Versicherungsjahre in den 16 Bundesländern zeigen Tabelle 3 sowie Abbildung 1 auf der folgenden Seite. Während die Tabelle Ergebnisse zu 2014 und 2015 beinhaltet, beschränkt sich die Kartendarstellung auf aktuelle Angaben zum Jahr 2015. Vermerkt werden in den folgenden Abbildungen für Bundesländer primär jeweils relative Abweichungen von bundesweit ermittelten Ergebnissen. In Klammern werden zudem auch bundeslandspezifische Ergebnisse zu AU-Fällen beziehungsweise in Abbildung 2 zu AU-Tagen je 100 VJ genannt.

Tabelle 3 AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2014 und 2015

Bundesland	AU-Fälle je 100 VJ 2014			AU-Fälle je 100 VJ 2015		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	108	117	112	117	126	121
Bayern	108	116	112	118	125	121
Berlin	109	144	125	115	150	131
Brandenburg	126	155	139	137	166	150
Bremen	108	128	117	112	138	124
Hamburg	102	124	112	109	131	119
Hessen	118	132	125	127	141	133
Meckl.-Vorpommern	124	154	138	136	166	150
Niedersachsen	116	128	122	125	139	131
Nordrhein-Westfalen	109	125	116	118	135	126
Rheinland-Pfalz	117	125	121	127	137	131
Saarland	113	125	118	125	135	130
Sachsen	119	146	131	130	158	143
Sachsen-Anhalt	130	157	143	140	168	153
Schleswig-Holstein	115	130	122	124	140	131
Thüringen	132	157	144	144	169	156
BUNDESWEIT	113	130	121	123	140	131

BARMER GEK 2014 und 2015, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

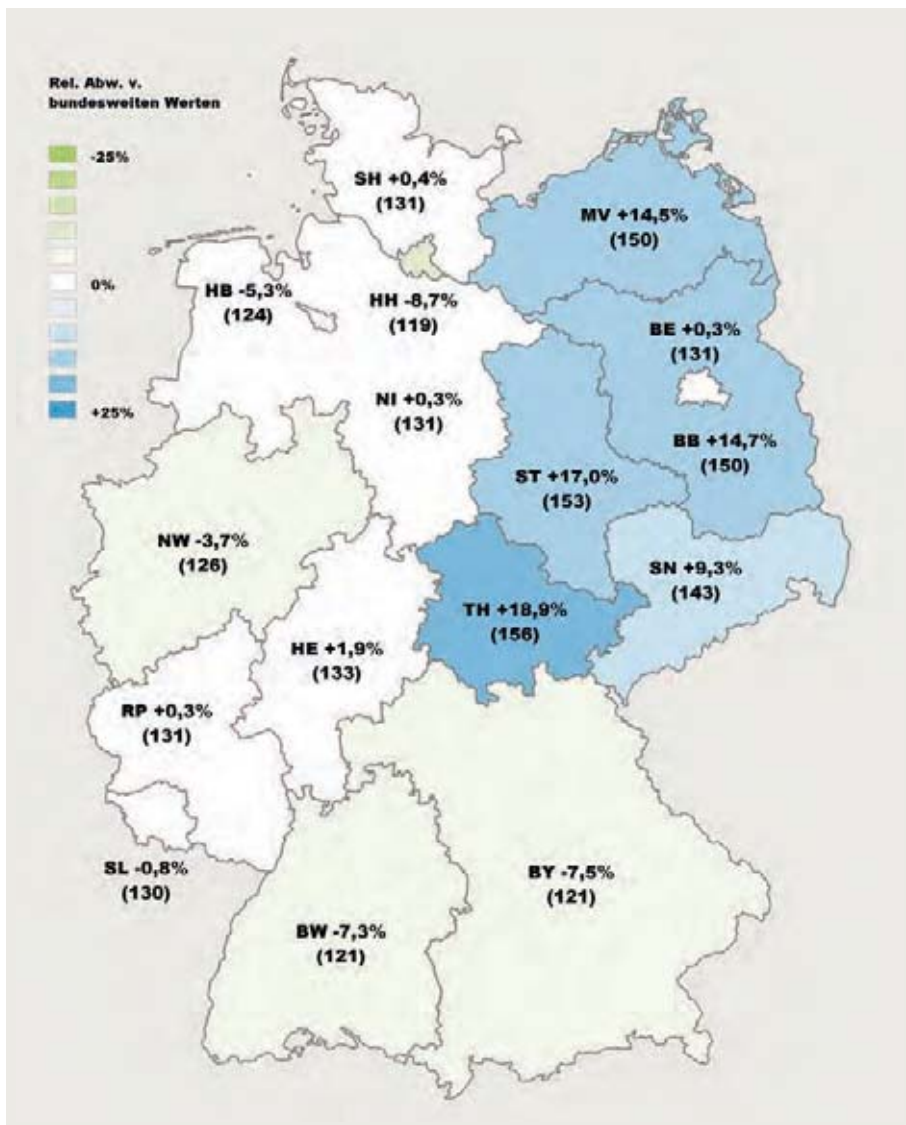


Abbildung 1 Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2015

Prozentangaben: relative Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen; Angaben in Klammern: AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre in einzelnen Bundesländern.

Die AU-Fallzahlen variierten 2015 zwischen 119 Fällen je 100 Versicherungsjahre in Hamburg sowie 156 Fällen je 100 Versicherungsjahre in Thüringen, womit die bundesweiten Ergebnisse um 8,7 Prozent unterschritten beziehungsweise um 18,9 Prozent überschritten werden.

Fehlzeiten im Bundeslandvergleich

Tabelle 4 und Abbildung 2 zeigen bundeslandbezogene Ergebnisse zu Fehlzeiten, angegeben in AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre. Die Fehlzeiten variierten, wie im vorausgehenden Jahr, auch 2015 noch etwas ausgeprägter als die AU-Fallzahlen, nämlich zwischen 1.520 AU-Tagen je 100 VJ in Baden-Württemberg (-11,2%) und 2.129 AU-Tagen je 100 VJ in Brandenburg (+20,2%). Nach Baden-Württemberg weisen Erwerbspersonen aus Bayern die geringsten Fehlzeiten auf.

Tabelle 4 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2014 und 2015

Bundesland	AU-Tage je 100 VJ 2014			AU-Tage je 100 VJ 2015		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	1.433	1.513	1.470	1.493	1.553	1.520
Bayern	1.500	1.518	1.508	1.569	1.578	1.573
Berlin	1.673	2.111	1.875	1.666	2.170	1.898
Brandenburg	1.906	2.192	2.037	1.998	2.282	2.129
Bremen	1.431	1.695	1.553	1.412	1.769	1.577
Hamburg	1.504	1.743	1.614	1.535	1.797	1.656
Hessen	1.615	1.729	1.667	1.659	1.797	1.723
Meckl.-Vorpommern	1.957	2.125	2.034	2.045	2.218	2.125
Niedersachsen	1.630	1.762	1.691	1.680	1.839	1.753
Nordrhein-Westfalen	1.609	1.788	1.691	1.658	1.844	1.743
Rheinland-Pfalz	1.691	1.753	1.719	1.746	1.828	1.783
Saarland	1.912	2.005	1.955	1.986	2.110	2.043
Sachsen	1.717	1.949	1.824	1.801	2.017	1.901
Sachsen-Anhalt	1.923	2.112	2.010	1.999	2.211	2.097
Schleswig-Holstein	1.661	1.864	1.754	1.713	1.937	1.817
Thüringen	1.946	2.116	2.024	2.034	2.211	2.116
BUNDESWEIT	1.639	1.798	1.712	1.692	1.863	1.771

BARMER GEK 2014 und 2015, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

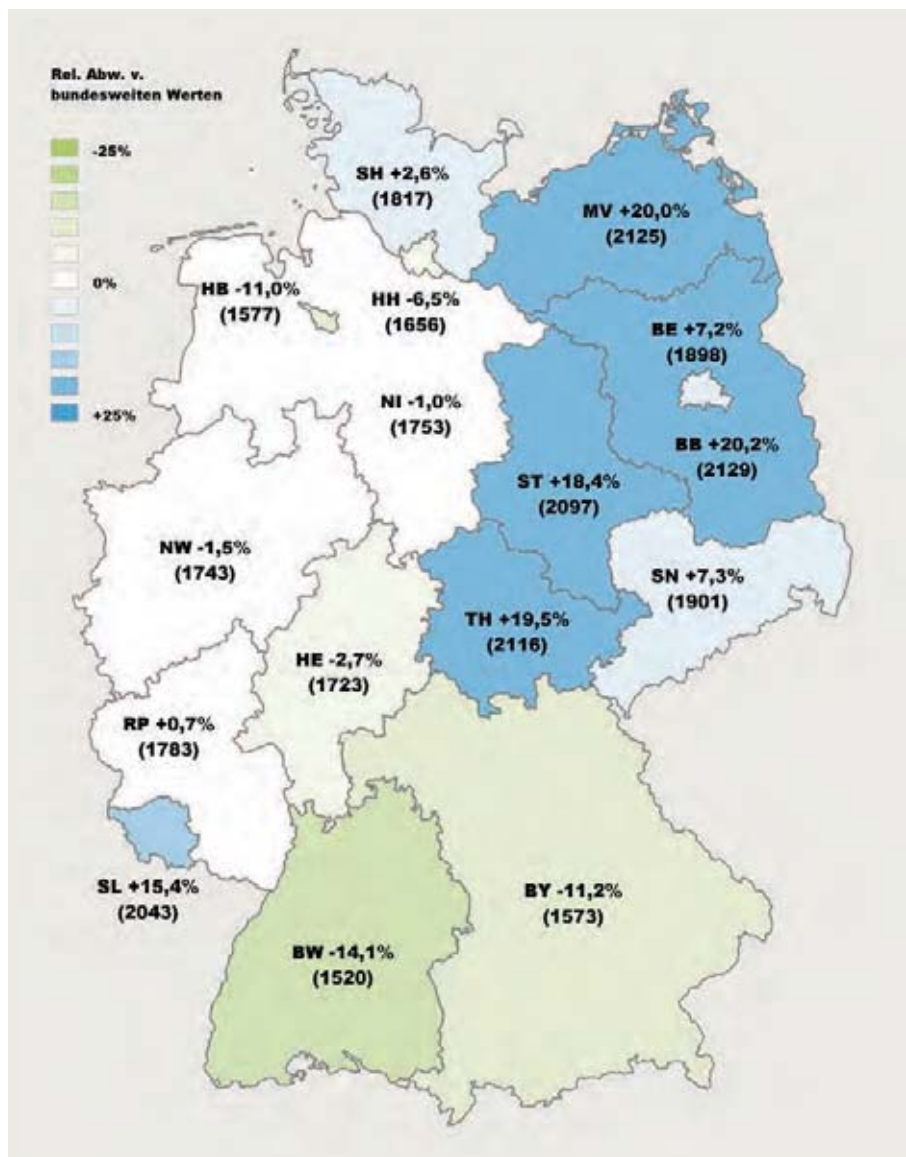


Abbildung 2 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahren in Bundesländern 2015

Prozentangaben: relative Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen; Angaben in Klammern: AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in einzelnen Bundesländern.

Entwicklung der AU-Fallzahlen und Fehlzeiten im Bundeslandvergleich

Die Häufigkeit von Krankschreibungen ist in allen Bundesländern von 2014 auf 2015 merklich gestiegen. Die relativen Zunahmen variieren dabei zwischen knapp 5,0 Prozent in Berlin und 9,6 Prozent im Saarland. Ebenso wurden in allen Bundesländern 2015 höhere Fehlzeiten als 2014 gemeldet. Während die Fehlzeiten in Berlin um lediglich 1,3 Prozent anstiegen, war in Thüringen eine Zunahme um gut 4,5 Prozent zu verzeichnen.

Tabelle 5 Relative Veränderungen 2015 im Vergleich zum Vorjahr in Bundesländern

Bundesland	Rel. Veränderungen AU-Fälle			Rel. Veränderungen AU-Tage		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	8,82%	7,78%	8,32%	4,12%	2,60%	3,40%
Bayern	8,75%	8,24%	8,51%	4,63%	3,98%	4,33%
Berlin	5,82%	4,24%	4,98%	-0,38%	2,80%	1,27%
Brandenburg	8,25%	7,15%	7,69%	4,84%	4,10%	4,47%
Bremen	3,36%	7,72%	5,55%	-1,31%	4,38%	1,55%
Hamburg	6,64%	6,03%	6,33%	2,07%	3,10%	2,58%
Hessen	6,88%	6,90%	6,89%	2,77%	3,93%	3,32%
Meckl.-Vorpommern	9,63%	7,65%	8,61%	4,50%	4,36%	4,44%
Niedersachsen	7,79%	8,12%	7,95%	3,04%	4,36%	3,67%
Nordrhein-Westfalen	8,79%	7,78%	8,28%	3,04%	3,14%	3,09%
Rheinland-Pfalz	8,64%	8,92%	8,77%	3,24%	4,27%	3,72%
Saarland	10,71%	8,48%	9,62%	3,85%	5,23%	4,50%
Sachsen	9,61%	7,99%	8,78%	4,89%	3,46%	4,19%
Sachsen-Anhalt	7,61%	7,12%	7,36%	3,92%	4,69%	4,29%
Schleswig-Holstein	7,34%	7,57%	7,45%	3,17%	3,95%	3,55%
Thüringen	9,25%	7,56%	8,40%	4,55%	4,52%	4,53%
BUNDESWEIT	8,20%	7,60%	7,90%	3,22%	3,63%	3,42%

BARMER GEK 2015 vs. 2014, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Fehlzeiten auf Kreisebene

Abbildung 3 auf der folgenden Seite stellt bundesweite Variationen der Fehlzeiten auf der Ebene von mehr als 400 Kreisen dar. Effektiv werden Ergebnisse zu Flächen von 413 Kreisen in einer Abgrenzung entsprechend dem Stand von Gemeinde- und Kreisreformen Ende 2008 dargestellt, in denen 2015 jahresdurchschnittlich jeweils mehr als 300 Erwerbspersonen mit Versicherung in der BARMER GEK wohnten. Durch die Verwendung dieser bereits „historischen“ Kreisaufteilung lassen sich aktuelle Ergebnisse problemlos mit Vorjahresergebnissen zu identischen Regionen vergleichen. Da Kreisreformen oftmals mit der Zusammenfassung von Gebieten einhergehen, würden mit einer Anpassung an aktuelle Abgrenzungen zudem regionale Differenzierungsmöglichkeiten weiter eingeschränkt.

Farblich angedeutet werden in den Abbildungen, mit identischen Abstufungen wie bereits in den vorausgehenden Abbildungen, relative 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 auf Seite 214 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.

Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins

Abbildung 4 auf Seite 17 zeigt schließlich einen bundeslandspezifischen Kartenausschnitt der Abbildung 3, auch hier mit Einfärbungen von Kreisgebieten entsprechend der relativen Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen von bundesweiten Werten. Die 3-stelligen Zahlenangaben in Abbildung 4 entsprechen dabei der 3. bis 5. Stelle der amtlichen Gemeinde- beziehungsweise Kreisschlüssel und ermöglichen das Auffinden von Kreisbezeichnungen und Ergebnissen in der nachfolgenden 0. 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.

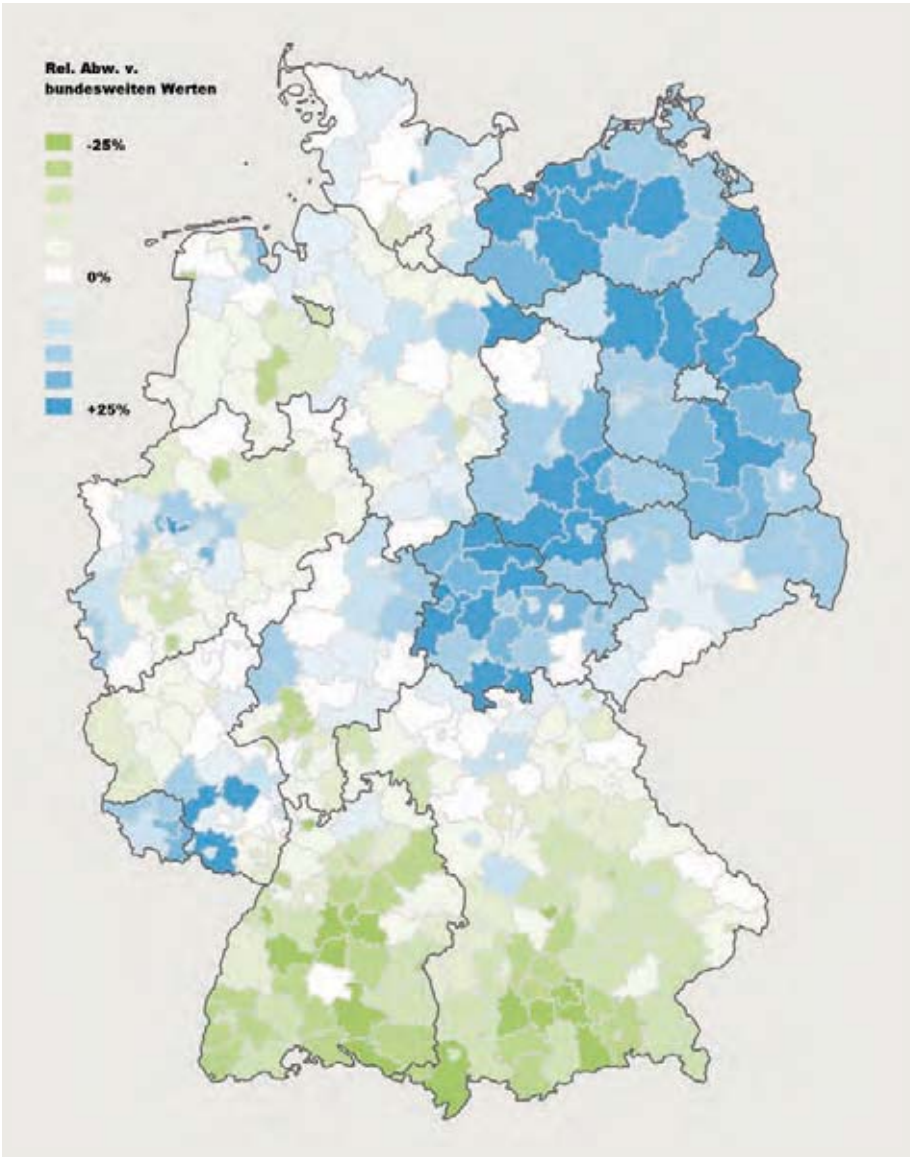


Abbildung 3 Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen 2015 bundesweit

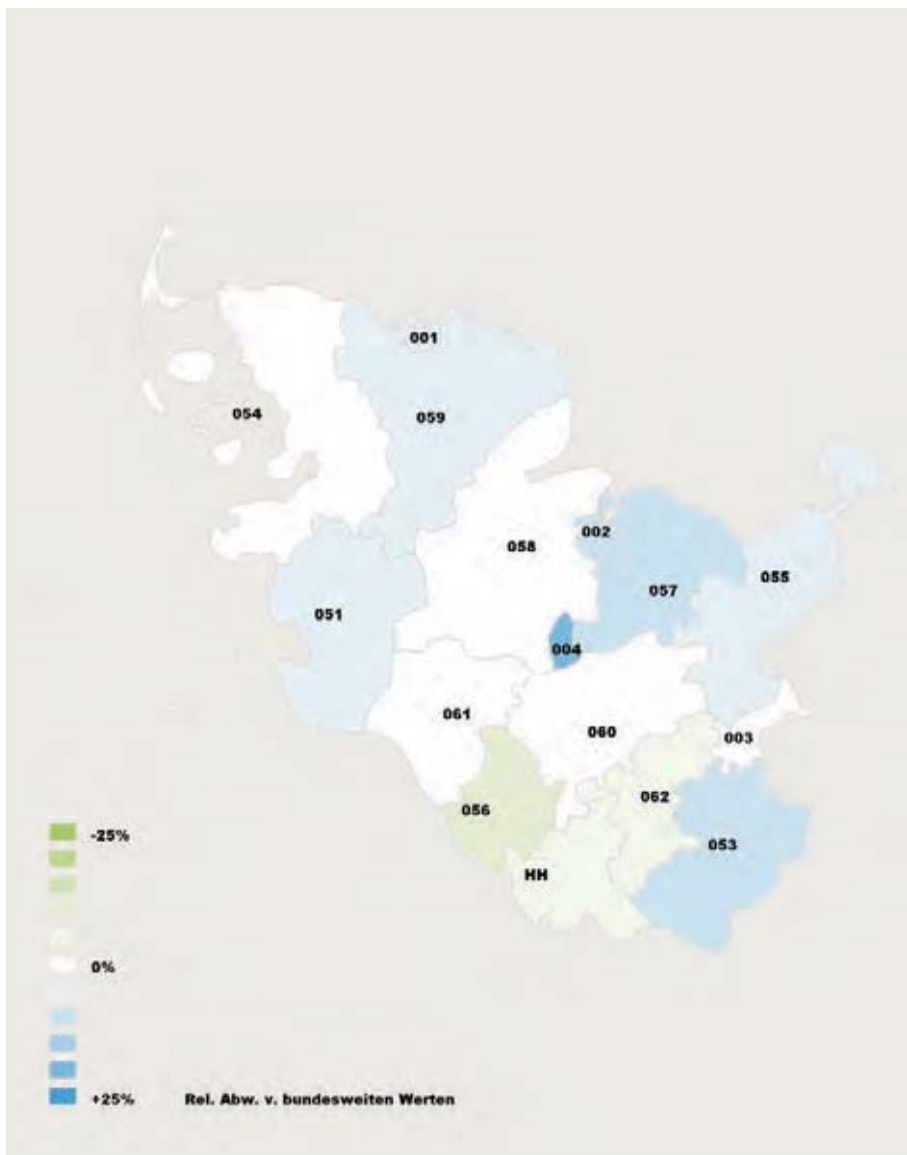


Abbildung 4 Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2015

Zifferangaben in der Abbildung: Kreisnummern ohne die führenden beiden Ziffern zur Bundeslandkennung (vgl. auch Tabelle 6 auf Seite 19 mit Kreisergebnissen).

Hamburg bildet auf der für regionale Auswertungen im Rahmen des Gesundheitsreportes verfügbaren Differenzierungsebene von Kreisen des amtlichen Gemeindegliedschlüssels lediglich eine Region ohne weitere Gliederung. Vor diesem Hintergrund werden an dieser Stelle auch Ergebnisse aus Kreisen des Landes Schleswig-Holstein betrachtet. Das Gebiet Hamburgs ist in Abbildung und Tabelle durch das Kürzel HH gekennzeichnet.

Offensichtlich wird mit der Darstellung in Abbildung 4, dass Fehlzeiten in Hamburg 2015 im Vergleich mit strukturabhängigen Erwartungswerten eher niedrig lagen. So werden bundesweit ermittelte Werte in Hamburg um 6,7 Prozent unterschritten. Für den im Norden an Hamburg angrenzenden Kreis Pinneberg (Kreisnummer: 01 056) wurden sogar noch etwas niedrigere Ergebnisse ermittelt.

Die höchsten Fehlzeiten innerhalb von Schleswig-Holstein ließen sich dagegen 2015 mit einer Überschreitung bundesweiter Fehlzeiten um 20,6, 11,8 und 7,9 Prozent für die Kreise Neumünster (Kreisnummer 01 004), Plön (Kreisnummer 01 057) und Herzogtum Lauenburg (Kreisnummer 01 053) feststellen.

Tabelle 6 Relative Abweichungen der AU-Fallzahlen und Fehlzeiten in Kreisen 2014, 2015

Kreis 01...	Hamburg und Kreise in Schleswig-Holstein, Bezeichnung	VJ 2015	2014		2015	
			AU- Fälle	AU- Tage	AU- Fälle	AU- Tage
001	Flensburg	3.302	-7,5%	10,1%	-5,3%	4,3%
002	Kiel	13.087	6,0%	8,2%	3,0%	7,5%
003	Lübeck	8.458	2,9%	1,1%	-0,6%	0,7%
004	Neumünster	3.720	8,3%	11,7%	12,2%	20,6%
051	Dithmarschen	5.797	-8,3%	0,9%	-4,3%	3,1%
053	Herzogtum Lauenburg	7.091	7,3%	12,5%	4,7%	7,9%
054	Nordfriesland	9.306	-10,2%	-4,5%	-6,7%	-2,4%
055	Ostholstein	10.931	-1,6%	6,7%	-2,0%	5,2%
056	Pinneberg	15.053	-2,1%	-8,3%	-2,9%	-8,7%
057	Plön	9.679	10,0%	11,3%	9,3%	11,8%
058	Rendsburg-Eckernförde	18.594	1,7%	2,3%	0,7%	2,1%
059	Schleswig-Flensburg	12.308	-4,9%	0,3%	-4,0%	2,8%
060	Segeberg	16.504	2,6%	0,2%	3,1%	1,0%
061	Steinburg	5.246	-5,4%	-2,1%	-5,0%	1,5%
062	Stormarn	11.104	-2,0%	-4,7%	-4,8%	-5,7%
HH	Hamburg	73.775	-7,4%	-6,3%	-8,9%	-6,7%
AU-Tage und -Fälle je 100 VJ BUNDESWEIT			121	1.712	131	1.771

BARMER GEK 2014 und 2015, 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. Wohnortbezogene Zuordnung von 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 der unterschiedlich langen Arbeitsunfähigkeiten für die insgesamt erfassten Fehlzeiten.

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

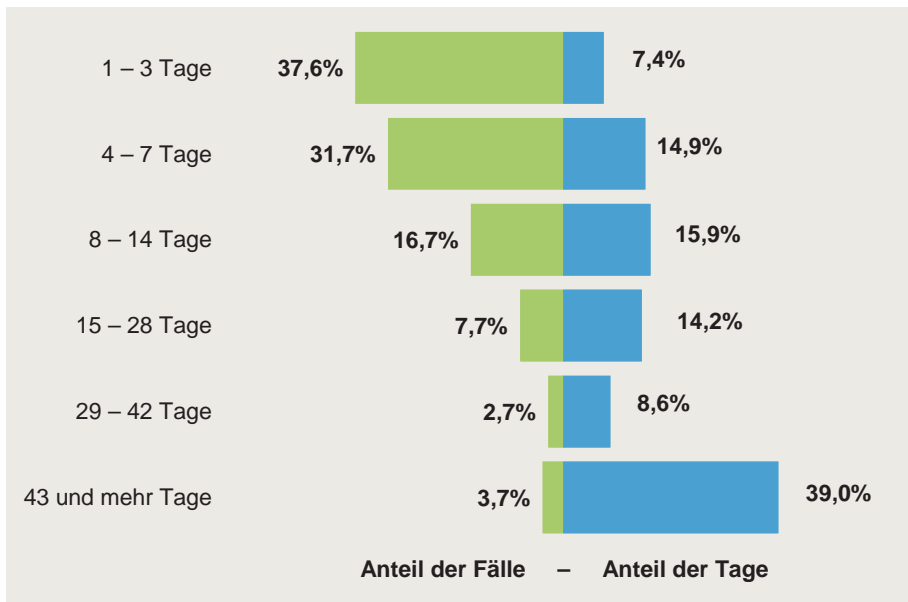


Abbildung 5 AU-Fälle und AU-Tage nach Falldauer Hamburg 2015

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 Abbildung 5.

Nach den Auswertungen bundesweit erhobener Daten der BARMER GEK dauerten 2015 etwa zwei Drittel der erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle maximal eine Woche. 36,9 Prozent der Fälle erstreckten sich dabei über ein bis drei Tage, 30,8 Prozent dauerten zwischen vier und sieben Tage (vgl. Tabelle 7). Auf diese große Zahl eher kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeiten entfiel jedoch mit einem Anteil von 21,4 Prozent lediglich etwa gut ein Fünftel aller erfassten Arbeitsunfähigkeitstage.

Tabelle 7 Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage nach Falldauer regional und bundesweit

Fallbezogene Dauer	Hamburg		BUNDESWEIT	
	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage
1 – 3 Tage	37,6%	7,4%	36,9%	7,0%
4 – 7 Tage	31,7%	14,9%	30,8%	14,4%
8 – 14 Tage	16,7%	15,9%	17,2%	16,5%
15 – 28 Tage	7,7%	14,2%	8,5%	15,6%
29 – 42 Tage	2,7%	8,6%	2,9%	9,3%
43 und mehr Tage	3,7%	39,0%	3,7%	37,1%

BARMER GEK 2015, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Lediglich 3,7 Prozent der bundesweit erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle, also etwa jede 27. Krankschreibung, dauerte länger als sechs Wochen. Allein dieser verhältnismäßig kleinen Zahl von Fällen mit mehr als sechs Wochen Dauer waren jedoch mit 37,1 Prozent knapp zwei Fünftel aller Arbeitsunfähigkeitstage zuzuordnen.

Grundsätzlich entsprechen die Ergebnisse aus **Hamburg** den bundesweiten Resultaten (vgl. auch Abbildung 5). 69,3 Prozent der erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle in Hamburg dauerten 2015 maximal eine Woche, waren mit einem Anteil von 22,3 Prozent jedoch nur für gut ein Fünftel aller AU-Tage verantwortlich. Demgegenüber entfielen auf die nur 14,1 Prozent der AU-Fälle mit mehr als zwei Wochen Dauer mit 61,8 Prozent knapp zwei Drittel der gesamten Fehlzeiten.

Arbeitsunfähigkeiten an Wochentagen

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

Tabelle 8 zeigt sowohl regional als auch bundesweit ermittelte Ergebnisse zur Häufigkeit von AU-Meldungen an einzelnen Wochentagen sowie zur Verteilung der gemeldeten Fehlzeiten auf Wochentage im Jahr 2015.

Tabelle 8 Arbeitsunfähigkeiten an Wochentagen regional und bundesweit

Wochentag	Hamburg		BUNDESWEIT	
	AU-Beginn	AU-Tage	AU-Beginn	AU-Tage
Montag	33,8%	14,0%	34,2%	13,9%
Dienstag	19,8%	15,1%	19,6%	15,0%
Mittwoch	15,9%	15,7%	16,3%	15,7%
Donnerstag	17,9%	15,9%	17,4%	15,9%
Freitag	10,0%	15,9%	9,9%	16,0%
Samstag	1,5%	12,0%	1,4%	12,0%
Sonntag	1,1%	11,5%	1,2%	11,5%

BARMER GEK 2015, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Meldung zur Arbeitsunfähigkeit an einzelnen Wochentagen

Auf den ersten Blick auffällig erscheint, dass regelmäßig etwa 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 Arbeitnehmern sowie aus den Öffnungszeiten von Arztpraxen.

Bei Erkrankungen an Wochenenden besteht bei üblichen Arbeitsverhältnissen mit zumeist arbeitsfreien Wochenenden zum einen häufig kein Anlass, sich sofort krankzuschreiben 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 al-

ler 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.

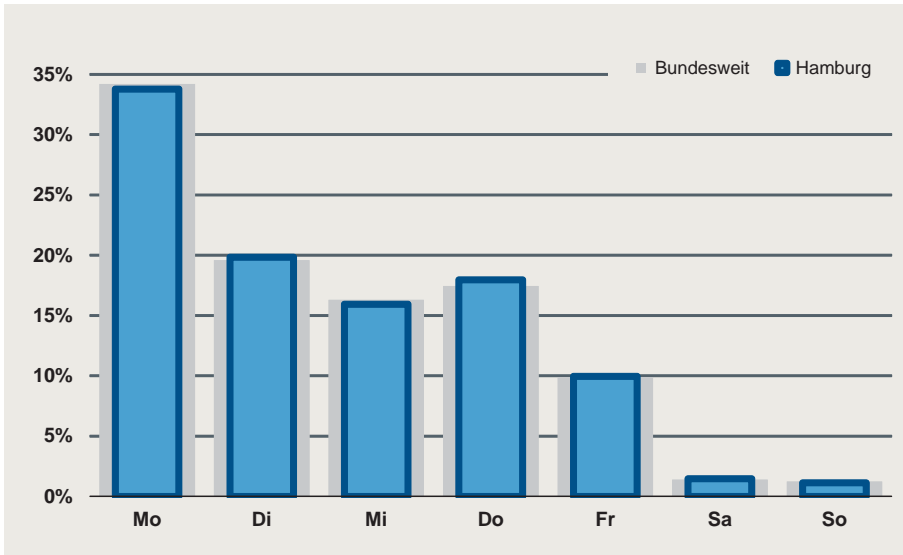


Abbildung 6 Verteilung der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auf Wochentage 2015

Abbildung 6 zeigt die relative Häufigkeit von AU-Meldungen an einzelnen Wochentagen in **Hamburg** (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 Fehltagel auf Wochentage. Abbildung 7 zeigt weitgehend übereinstimmende regionale (blau) und überregionale (grau) Ergebnisse zur anteiligen Verteilung der gemeldeten Fehlzeiten auf die einzelnen Wochentage innerhalb des Kalenderjahres 2015.

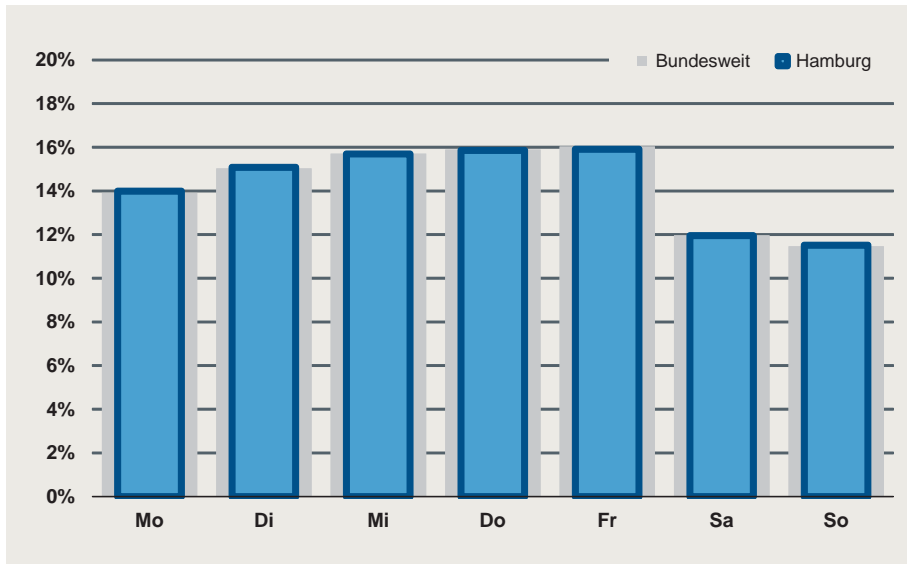


Abbildung 7 Verteilung der Fehlzeiten auf Wochentage 2015

Ganz offensichtlich entfallen, bezogen auf die Wochentage die typischerweise reguläre Arbeitstage sind, auf Montage mit Abstand die geringsten 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 eher 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 typischerweise geschlechts- und altersstandardisierte Zahlen gegenübergestellt, womit etwaige Unterschiede zwischen Vergleichsgruppen hinsichtlich ihrer Geschlechts- und Altersstruktur rechnerisch ausgeglichen werden (vgl. Erläuterungen im Anhang). Der nachfolgende Abschnitt befasst sich demgegenüber explizit mit dem Einfluss von Geschlecht und Alter auf Kennzahlen 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 mehr als zweimal 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.

Abbildung 8 auf Seite 26 zeigt Angaben zur Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versicherungsjahre in 5-Jahres-Altersgruppen für Männer und Frauen. Neben farblich hervorgehobenen regionalen Ergebnissen (Männer – blau, Frauen – grün) werden in der Abbildung mit den grauen Säulen im Hintergrund auch bundesweit ermittelte Ergebnisse angedeutet. Zahlenwerte sind Tabelle A1 auf Seite 216 im Anhang zu entnehmen.

Grundsätzlich entspricht das Muster der Geschlechts- und Altersabhängigkeit von Krankschreibungshäufigkeiten in **Hamburg** den bundesweit ermittelten Ergebnissen. Tendenziell lagen dabei die Fallzahlen insbesondere bei Männern von 20 bis 59 Jahren, in geringerem Umfang aber auch bei Frauen im Alter zwischen 15 und 39 Jahre, niedriger als nach bundesweit ermittelten Zahlen.

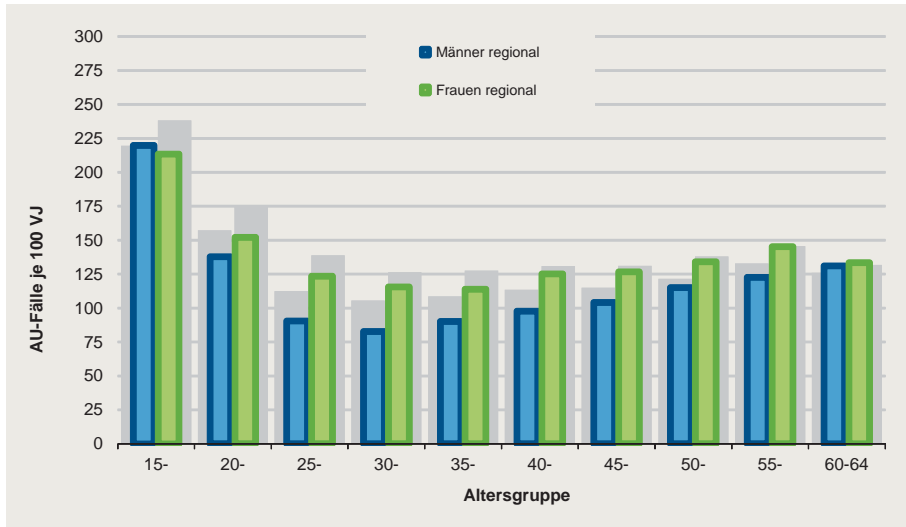


Abbildung 8 AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2015

Dauer der Arbeitsunfähigkeitsfälle

Abbildung 9 auf Seite 28 zeigt Ergebnisse zur durchschnittlichen Dauer einzelner Arbeitsunfähigkeitsfälle in Abhängigkeit vom Geschlecht und Alter der Betroffenen. Zahlenangaben sind Tabelle A2 auf Seite 217 im Anhang zu entnehmen.

Die Falldauer steigt mit zunehmendem Alter stetig. Während einzelne AU-Fälle in der jüngsten Altersgruppe durchschnittlich weniger als 6 Tage dauerten, waren 60- bis 64-jährige Erwerbspersonen im Falle einer Krankschreibung durchschnittlich rund 24 Tage arbeitsunfähig gemeldet.

Die Geschlechts- und Altersabhängigkeit der fallbezogenen Krankschreibungsdauer in **Hamburg** entspricht weitgehend den bundesweit ermittelten Ergebnissen. Allerdings werden bundesweite fallbezogenen Fehlzeiten in jüngeren Altersgruppen in Hamburg eher leicht überschritten, während sich in älteren Altersgruppen auch niedrigere Werte als bundesweit zeigen.

Fehlzeiten

Abbildung 10 auf Seite 28 zeigt schließlich die aus AU-Fallzahlen und -Dauer in einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen bezogen auf jeweils 100 Versicherungsjahre resultierenden Arbeitsunfähigkeitszeiten. Zahlenangaben finden sich in Tabelle A3 auf Seite 217 im Anhang.

Trotz der ausgesprochen hohen Zahl gemeldeter AU-Fälle liegen die Fehlzeiten in den jüngsten Altersgruppen nur auf vergleichbarem Niveau wie bei Personen im Alter zwischen 30 und 34 Jahren, die 2015 nach bundesweiten Ergebnissen durchschnittlich etwa 12,4 Tage krankgemeldet waren (was der Angabe 1.239 AU-Tage je 100 VJ sowie einem Krankenstand von 3,4 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 mehr als doppelt so lange Fehlzeiten erfasst. Bei Betrieben ist demnach mit zunehmendem Alter der Beschäftigten kaum mit einer Veränderung der Krankschreibungshäufigkeit zu rechnen. Da jedoch einzelne Fälle im Durchschnitt erheblich länger als bei jüngeren Beschäftigten dauern, ist dennoch ein merklich höherer Krankenstand zu erwarten.

Grundsätzlich gelten diese Aussagen auch für Erwerbspersonen in **Hamburg**. Insgesamt liegen die Fehlzeiten im Vergleich mit bundesweiten Werten auf einem niedrigeren Niveau. Höhere Fehlzeiten als nach bundesweiten Ergebnissen finden sich in Hamburg vor allem bei Männern und Frauen der jüngsten Altersgruppe (15 bis 19 Jahre).

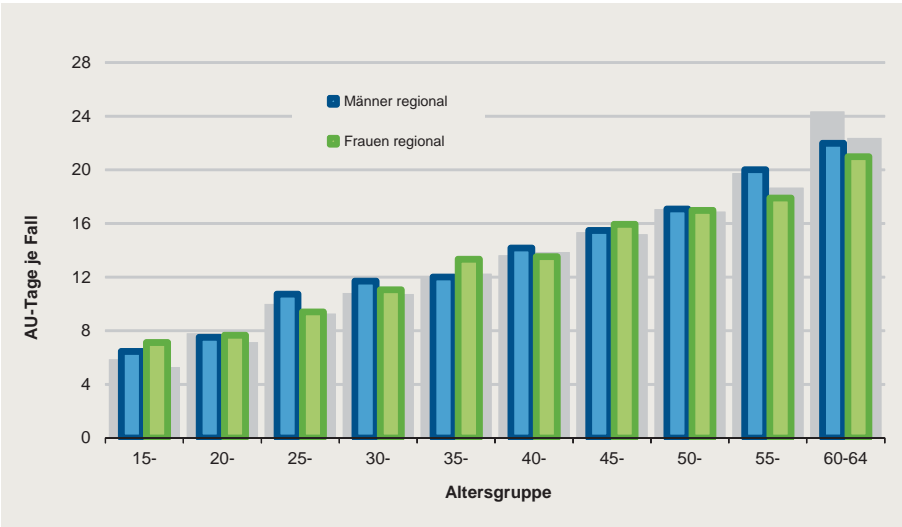


Abbildung 9 AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter 2015

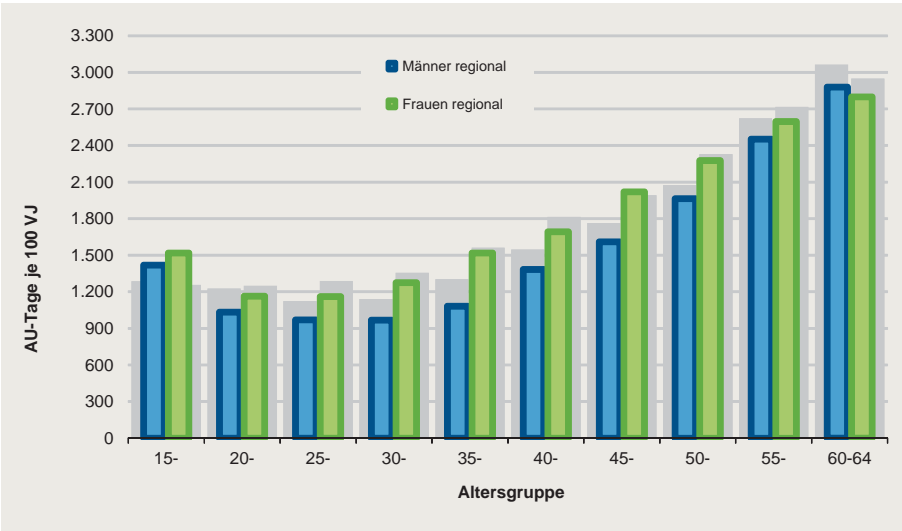


Abbildung 10 AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2015

Branchen- und tätigkeitsbezogene Ergebnisse

Der nachfolgende Abschnitt liefert Ergebnisse zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen 2015 in einzelnen Branchen sowie in Abhängigkeit von Schulabschluss, Ausbildung und Beruf. Die Ergebnisse des Abschnitts beruhen dabei grundsätzlich auf bundesweit erhobenen Daten.

Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen in Branchen

In Deutschland erhält, abgesehen von wenigen Ausnahmen, jeder Arbeitgeber mit sozialversicherungspflichtig Beschäftigten von der Bundesagentur für Arbeit eine Betriebsnummer, bei Betriebsstandorten in unterschiedlichen Gemeinden gegebenenfalls auch mehrere. Unter anderem für entsprechende Aufschlüsselungen in kommunalen und bundesweiten Wirtschaftsstatistiken werden Niederlassungen eines Unternehmens dabei auch einem Wirtschaftszweig zugeordnet. Informationen zu Wirtschaftszweigen beziehungsweise zur Branchenzuordnung der Arbeitsstellen ihrer Versicherten werden an die Krankenkassen weitergeleitet. Zur Bezeichnung und Differenzierung von Branchen wird dabei aktuell in Deutschland die „Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008“ verwendet (WZ2008; vgl. auch Erläuterungen auf Seite 211).

Abbildung 11 zeigt geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse zur Häufigkeit von AU-Fällen sowie zu Fehlzeiten im Jahr 2015 je 100 VJ nach Branchenzuordnungen der Erwerbspersonen auf einer übergeordneten Ebene von insgesamt 21 „Abschnitten“ der WZ2008. Die offiziellen Bezeichnungen der Branchen werden aus Platzgründen in der Abbildung zum Teil nur verkürzt angegeben.

Ausgesprochen geringe Fehlzeiten und Krankschreibungshäufigkeiten finden sich für einige Branchen, deren Beschäftigte in der Regel nur wenig durch körperliche Tätigkeiten belastet sein dürften. Dies gilt insbesondere für die Branche „Information und Kommunikation“ sowie die Branche „Erbringung von freiberuflichen, technischen und wissenschaftlichen Dienstleistungen“. Beschäftigte aus diesen beiden Branchen waren 2011 durchschnittlich gut einmal krankgeschrieben und fehlten dabei nach kassenseitig vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsmeldungen innerhalb des Jahres etwa 11 Tage erkrankungsbedingt am Arbeitsplatz, also im Durchschnitt gut sechs Tage weniger als eine durchschnittliche Erwerbsperson.

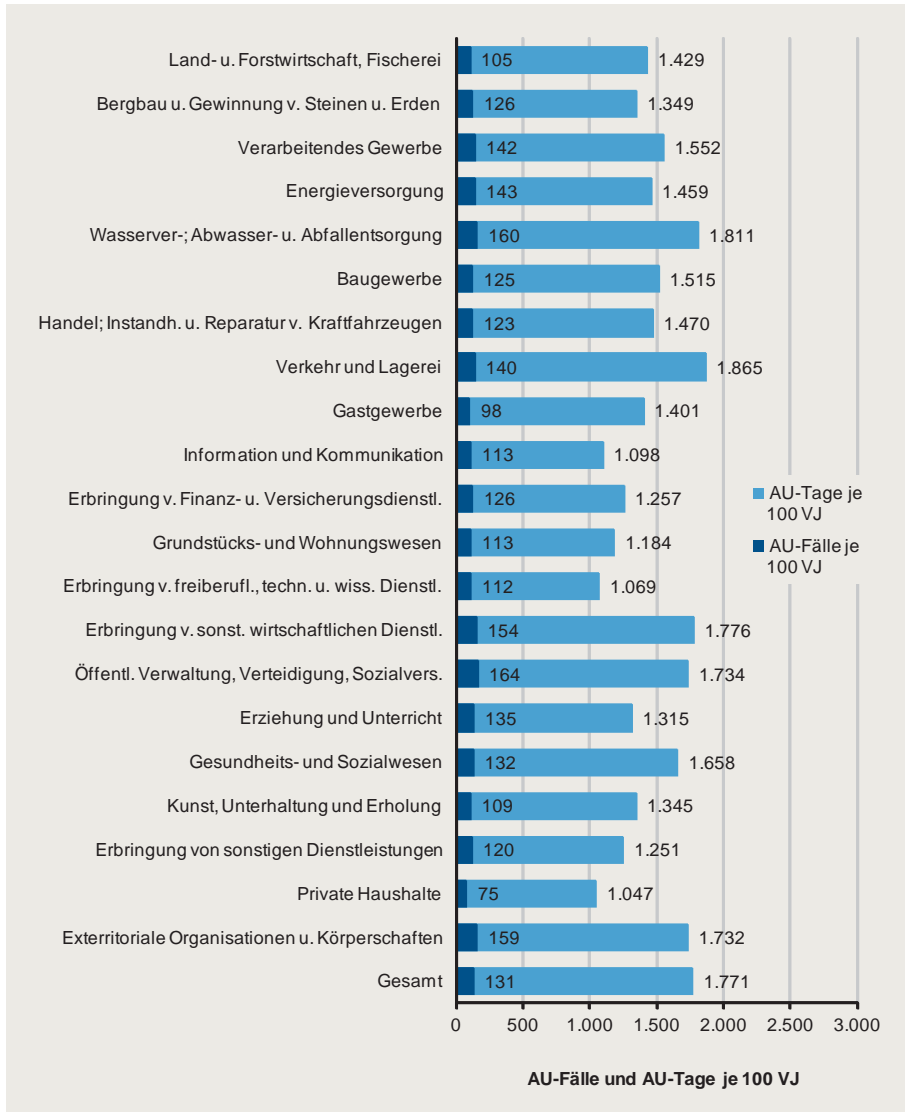


Abbildung 11 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen bundesweit 2015

Verhältnismäßig hohe Fehlzeiten finden sich unter anderem für die Branchen „Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen“ und „Verkehr und Lagerei“, in denen von überdurchschnittlichen körperlichen Belastungen und Anforderungen der Beschäftigten ausgegangen werden kann, wobei in der letztgenannten Branche 2015 mit 1.865 AU-Tagen je 100 VJ die höchsten Fehlzeiten erfasst wurden. Verhältnismäßig hohe Fehlzeiten finden sich auch für die Branche „Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen“. Die Werte lassen sich damit erklären, dass zu dieser Gruppe von Arbeitgebern auch Leiharbeitsfirmen zählen, deren Beschäftigte häufig an überdurchschnittlich belasteten Arbeitsplätzen eingesetzt werden.

Eine **erheblich differenziertere branchenbezogene Übersicht zu den Arbeitsunfähigkeiten** auf der Ebene von 88 „Abteilungen“ der WZ2008 liefert Tabelle A4 auf Seite 218 im Anhang. Tabelle A5 auf Seite 221 beinhaltet entsprechend differenzierte Angaben zu Krankenständen, die ergänzend hier auch separat für Männer und Frauen ausgewiesen werden. Ein kleiner Teil der dargestellten branchenbezogenen Ergebnisse in den Tabellen beruht auf Angaben zu verhältnismäßig geringen Versichertenzahlen und sollte daher nur zurückhaltend interpretiert werden. Ergebnissen auf der Basis von jahresdurchschnittlich weniger als 1.000 Beschäftigten werden in den Tabellen durch kursive Schreibweise hervorgehoben.

Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten nach Schulabschluss, Ausbildung und Beruf

Arbeitgeber sind verpflichtet Angaben zur Tätigkeit, zur beruflichen Stellung sowie zur Ausbildung von sozialversicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmern an die zuständigen Sozialversicherungen zu melden. Seit Dezember 2011 wird hierfür das „Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit – Ausgabe 2010“ genutzt. Dieser 9-stellige Schlüssel enthält sowohl Angaben zur ausgeübten Tätigkeit, die sogenannte „Klassifikation der Berufe 2010“ (KldB 2010), als auch separat erfasste Informationen zu Schulbildung und Ausbildungsabschlüssen sowie zu Arbeitnehmerüberlassungen und zur Vertragsform (vgl. auch Erläuterungen ab Seite 208 im Anhang). Für Auswertungen im Gesundheitsreport standen diese Angaben erstmals für das Jahr 2014 zu allen berufstätigen Versicherten der Barmer GEK zur Verfügung.

Schulabschluss

Abbildung 12 zeigt geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im Jahr 2015 in Abhängigkeit vom höchsten gemeldeten Schul-

abschluss der Erwerbspersonen. Gemeldet werden können vier unterschiedliche Formen von Schulabschlüssen sowie behelfsmäßig der Hinweis auf einen unbekannten Schulabschluss.

Die höchsten AU-Fallzahlen und Fehlzeiten weisen Personen ohne Schulabschluss sowie Personen mit Haupt- beziehungsweise Volksschulabschluss auf. Berufstätige mit entsprechenden Schulabschlüssen waren 2015 durchschnittlich mehr als 20 Tage pro Jahr krankgeschrieben. Die niedrigsten Werte sind, mit etwa halb so vielen Fehltagen, bei Berufstätigen mit Abitur oder Fachabitur zu finden.

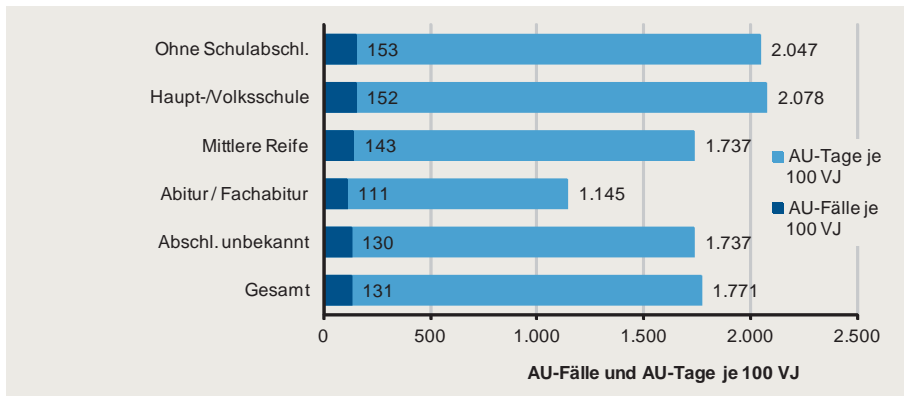


Abbildung 12 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Schulabschluss bundesweit 2015

Ausbildung

Ergebnisse zur Arbeitsunfähigkeit in Abhängigkeit vom Ausbildungsabschluss der Erwerbstätigen sind in Abbildung 13 dargestellt. Die Ausbildungsabschlüsse können dabei gemäß einer Einteilung in sechs Kategorien von „ohne beruflichen Abschluss“ bis hin zu „Promotion“ gemeldet werden. Auch bei diesem Schlüssel existiert eine Kategorie „unbekannt“. Gemeldet werden sollen explizit die individuell höchsten bislang erreichten Ausbildungsabschlüsse unabhängig von ihrer Bedeutung für die jeweils aktuell ausgeübte Tätigkeit und ggf. auch unabhängig von der formalen Anerkennung eines Abschlusses in Deutschland.

Noch deutlicher als bei den weniger differenziert erfassten Schulabschlüssen zeigt sich bei dieser Auswertung eine starke Abhängigkeit der Krankschreibungshäufigkeit und -dauer von der beruflichen Qualifikation, wobei beide Kennzahlen mit steigen-

dem Ausbildungsabschluss kontinuierlich zurückgehen. Die niedrigsten Fehlzeiten sind in der Gruppe der Berufstätigen mit Promotion zu verzeichnen.

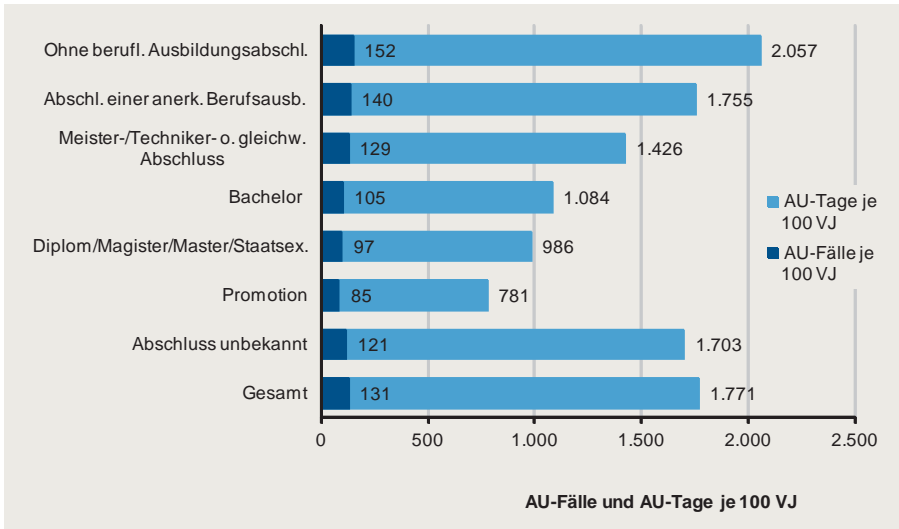


Abbildung 13 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Ausbildungsabschluss bundesweit 2015

Auch die hier beobachteten Unterschiede dürften maßgeblich in Zusammenhang mit spezifischen körperlichen Belastungen stehen, denen Berufstätige mittelbar in Abhängigkeit vom Schul- bzw. Ausbildungsabschluss im Erwerbsleben ausgesetzt sind. Es ist davon auszugehen, dass Tätigkeiten, die mit stärkeren körperlichen Belastungen verbunden sind und bereits vor diesem Hintergrund mit häufigeren Krankschreibungen und höheren Fehlzeiten assoziiert sind, eher von Berufstätigen mit geringerer Qualifikation ausgeübt werden. Weitere potenzielle Determinanten von Arbeitsunfähigkeiten werden ab Seite 199 im Anhang erläutert.

Berufsfelder

Abbildung 14 zeigt AU-Fallzahlen und Fehlzeiten 2015 in Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf in 20 sogenannten Berufsfeldern mit vergleichbaren Charakteristika (vgl. Erläuterungen zu den traditionell im Report verwendeten Berufsfeldern im Anhang auf Seite 211). Im Gegensatz zur Branchenzuordnung, die in der Regel bei allen Beschäftigten eines Betriebes identisch ist, sollte die Berufszuordnung individuell und in

Abhängigkeit von der jeweils aktuell ausgeübten Tätigkeit erfolgen und insofern die berufliche Situation eines einzelnen Beschäftigten trennschärfer beschreiben.

Die geringsten Fehlzeiten ließen sich nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen für das Jahr 2015 mit durchschnittlich weniger als 13 Fehltagen je Person für Beschäftigte mit technisch-naturwissenschaftlichen Berufen, mit Verwaltungs-/Wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Berufen sowie mit Medien-, geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufen ermitteln.

Durchschnittlich mehr als 20 Fehltage je Person pro Jahr wurden demgegenüber bei Bergbauberufen, Chemiearbeitern und Kunststoffverarbeitern, bei Metallberufen in Metallerzeugung und -bearbeitung, bei Ernährungsberufen, bei Beschäftigten mit Bau-, Bauneben- und Holzberufen sowie bei Verkehrs- und Lagerberufen erfasst.

Auch nach dieser Auswertung zeigt sich, dass insbesondere Beschäftigte mit körperlich belastenden Tätigkeiten beziehungsweise mit Tätigkeiten, die in ihrer Ausübung eine höhere körperliche Belastbarkeit voraussetzen, häufiger von höheren erkrankungsbedingten Arbeitsunfähigkeitszeiten betroffen sind (vgl. auch Textabschnitt zu Determinanten der Arbeitsunfähigkeit auf Seite 199).

Trotz geringer AU-Fallzahlen noch höhere erkrankungsbedingte Arbeitsunfähigkeitszeiten als in allen zuvor differenzierten Berufsfeldern finden sich bei arbeitslos gemeldeten Berufstätigen beziehungsweise ALG-I-Empfängern.

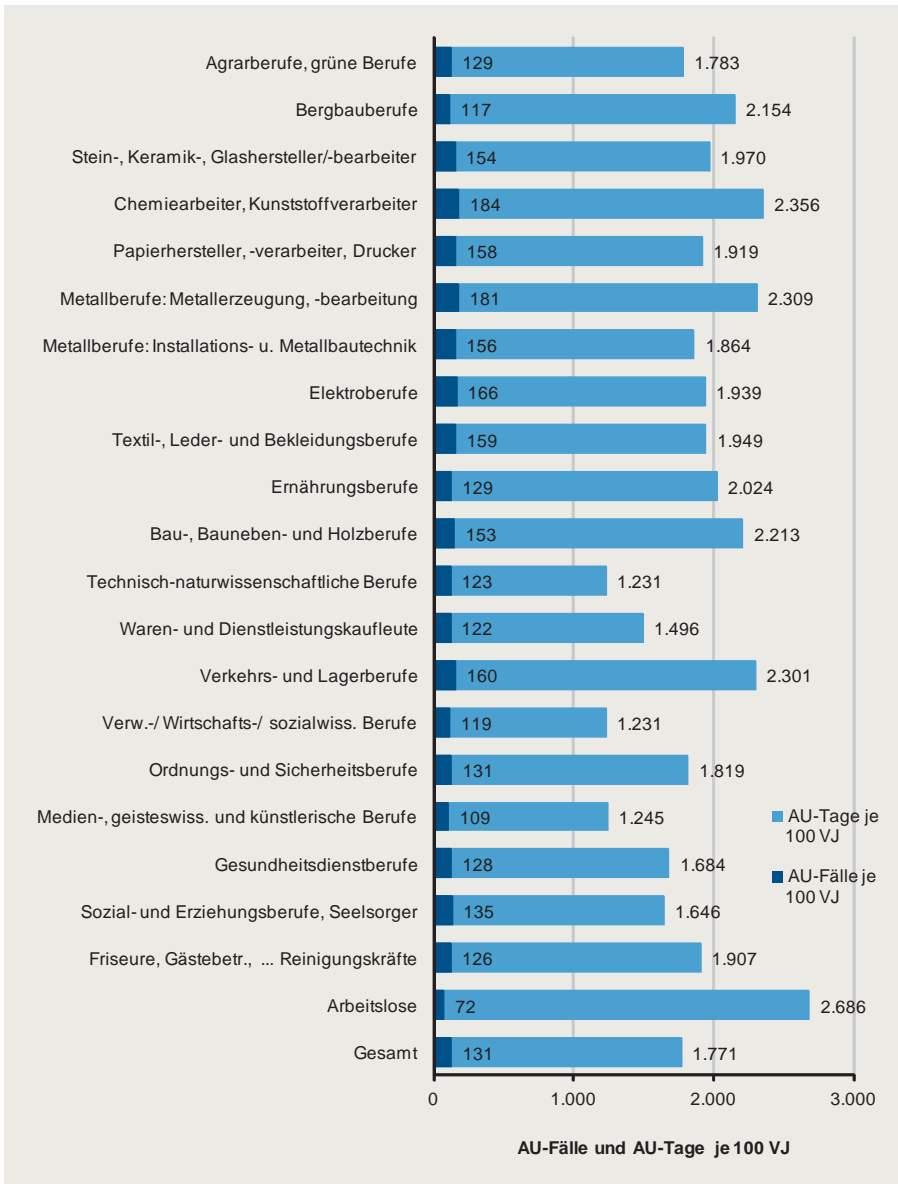


Abbildung 14 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Berufsfeldern bundesweit 2015

Zweistellige Klassifikation der Berufe 2010

Die Ende 2011 zur Meldung der Arbeitgeber bei Sozialversicherungsträgern neu eingeführte Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) ist hierarchisch aufgebaut und umfasst zur Kodierung von Berufen insgesamt fünf Ziffern, die eine Unterscheidung von insgesamt mehr als 1.200 beruflichen Tätigkeiten erlauben (vgl. Erläuterungen ab Seite 208 im Anhang). Tabelle 9 zeigt Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeitsfällen und Fehlzeiten differenziert nach den ersten zwei Stellen der KldB 2010, den sogenannten Berufshauptgruppen. Diese ermöglichen eine Unterscheidung von insgesamt 37 Gruppen in Abhängigkeit von der ausgeübten Tätigkeit. Da die Ausübung einiger Berufe nicht in allen Altersgruppen möglich ist, wurde bei dieser und weiter differenzierten tätigkeitsbezogenen Auswertungen auf eine Geschlechts- und Altersstandardisierung verzichtet.

Tabelle 9 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach zweistelliger KldB 2010 im Jahr 2015

	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, zweistellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
01	Angehörige der regulären Streitkräfte	159	2.520	15,9
11	Land-, Tier- & Forstwirtschaftsberufe	112	1.635	14,5
12	Gartenbauberufe & Floristik	149	1.802	12,1
21	Rohstoffgewinnung & -aufbereitung, Glas- & Keramikbe- & -verarbeitung	159	2.228	14,0
22	Kunststoffherstellung & -verarbeitung, Holzbe- & -verarbeitung	168	2.145	12,8
23	Papier- & Druckberufe, technische Mediengestaltung	139	1.541	11,1
24	Metallerzeugung & -bearbeitung, Metallbauberufe	168	2.107	12,5
25	Maschinen- & Fahrzeugtechnikberufe	155	1.832	11,8
26	Mechatronik-, Energie- & Elektroberufe	148	1.605	10,9
27	Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- & Produktionssteuerungsberufe	120	1.263	10,5
28	Textil- & Lederberufe	152	1.940	12,8
29	Lebensmittelherstellung & -verarbeitung	127	1.980	15,6
31	Bauplanungs-, Architektur- & Vermessungsberufe	104	1.125	10,8
32	Hoch- & Tiefbauberufe	142	2.210	15,6
33	(Innen-)Ausbauberufe	147	2.073	14,1
34	Gebäude- & versorgungstechnische Berufe	147	2.022	13,8
41	Mathematik-, Biologie-, Chemie- & Physikberufe	142	1.525	10,7

	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, zweistellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
42	Geologie-, Geografie- & Umweltschutzberufe	114	1.114	9,8
43	Informatik-, Informations- & Kommunikationstechnologieberufe	102	936	9,2
51	Verkehrs- & Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	158	2.179	13,8
52	Führer/innen von Fahrzeug- & Transportgeräten	124	2.423	19,6
53	Schutz-, Sicherheits- & Überwachungsberufe	143	2.303	16,1
54	Reinigungsberufe	144	2.463	17,1
61	Einkaufs-, Vertriebs- & Handelsberufe	114	1.260	11,0
62	Verkaufsberufe	122	1.863	15,2
63	Tourismus-, Hotel- & Gaststättenberufe	110	1.507	13,7
71	Berufe in Unternehmensführung & -organisation	121	1.408	11,7
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen & Steuerberatung	126	1.335	10,6
73	Berufe in Recht & Verwaltung	151	1.738	11,5
81	Medizinische Gesundheitsberufe	136	1.830	13,5
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- & Wellnessberufe, Medizintechnik	139	2.228	16,0
83	Erziehung, soziale & hauswirtschaftliche Berufe, Theologie	166	2.055	12,4
84	Lehrende & ausbildende Berufe	104	1.236	11,8
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- & wirtschaftswissenschaftliche Berufe	129	1.496	11,6
92	Werbung, Marketing, kaufmännische & redaktionelle Medienberufe	141	1.589	11,3
93	Produktdesign & kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau	129	1.459	11,3
94	Darstellende & unterhaltende Berufe	93	1.304	14,0
Gesamt		131	1.874	14,3

BARMER GEK 2015, Erwerbspersonen bundesweit, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, **NICHT geschlechts- und altersstandardisiert**

Auf zweistelliger Ebene der KldB 2010 lassen sich hinsichtlich der Fehlzeiten noch größere Unterschiede zwischen einzelnen Tätigkeitsgruppen feststellen als bei der Einteilung der Tätigkeit nach Berufsfeldern.

Wenige Krankschreibungsfälle und relativ geringe Fehlzeiten finden sich mit durchschnittlich weniger als 1,1 Krankschreibungsfällen und unter 12,5 Fehltagen pro Person im Jahr insbesondere in den Tätigkeitsgruppen „Bauplanungs-, Architektur- & Vermessungsberufe“ (KldB zweistellig: 31), „Informatik-, Informations- & Kommunikationstechnologieberufe“ (43), „Lehrende & ausbildende Berufe“ (84).

Dagegen wurden in den Tätigkeitsgruppen „Rohstoffgewinnung & -aufbereitung, Glas- & Keramikbe- & -verarbeitung“ (21), „Kunststoffherstellung & -verarbeitung, Holzbe- & -verarbeitung“ (22), „Metallerzeugung & -bearbeitung, Metallbauberufe“ (24), „Verkehrs- & Logistikberufe“ (51) sowie „Erziehung, soziale & hauswirtschaftliche Berufe, Theologie“ (83) im Durchschnitt mehr als 1,5 AU-Fälle und 20 Fehltag pro Berufstätigem im Jahr dokumentiert.

Kennzahlen zu Angehörigen der regulären Streitkräfte basieren – als einzige der dargestellten Tätigkeitsgruppen – auf Angaben zu weniger als 1.000 Versicherten und sind daher zurückhaltend zu interpretieren.

Vierstellige Klassifikation der Berufe 2010

Auf Basis der KldB 2010 lassen sich noch differenziertere Einteilungen als in der vorausgehenden Abbildung betrachten. **Tabelle A6 auf Seite 225** im Anhang **zeigt Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten** mit einer Differenzierung von Tätigkeiten nach vierstelligen Tätigkeitsschlüsseln der KldB 2010, die eine Einteilung in 700 Gruppen ermöglichen (vgl. Erläuterungen ab Seite 208 im Anhang). Dargestellt sind Ergebnisse zu den bei Versicherten der BARMER GEK im Jahr 2015 am häufigsten erfassten 100 Berufsgruppen. Auswertungen zu den aufgeführten Berufen beruhen auf Angaben zu jeweils mehr als 7.500 Personen. Wie auch bei den Auswertungen zu Fehlzeiten nach zweistelliger KldB 2010 wurde auf eine Geschlechts- und Altersstandardisierung verzichtet.

Durchschnittlich mehr als 25 Tage innerhalb des Jahres 2015 waren nach den vorliegenden Ergebnissen Beschäftigte aus folgenden Berufsgruppen arbeitsunfähig gemeldet (gemäß Reihenfolge ihrer Nennung in der Tabelle): „Berufe für Post- & Zustelldienste“ (Tätigkeitsschlüssel 5132), „Berufskraftfahrer/innen (Güterverkehr/LKW)“ (5212), „Bus- & Straßenbahnfahrer/innen“ (5213), „Berufe in der Altenpflege (ohne Spezialisierung)“ (8210) sowie „Berufe im Dialogmarketing“ (9212). Zu der letztgenannten Berufsgruppe zählen insbesondere auch Callcenter-Mitarbeiter.

Durchschnittlich weniger als 8 Arbeitsunfähigkeitstage innerhalb eines Jahres fanden sich bei den Auswertungen 2015 demgegenüber in den Berufsgruppen „Berufe in der technischen Forschung & Entwicklung (ohne Spezialisierung)“ (2710), „Berufe in der

Softwareentwicklung“ (4341) und in der Gruppe „Berufe in der Hochschullehre & -forschung“ (8430).

Tabelle A7 auf Seite 229 im Anhang liefert ergänzend **Ergebnisse zum Krankenstand** von Beschäftigten in den 100 bei Mitgliedern der BARMER GEK 2015 am häufigsten vertretenen Berufsgruppen nach Differenzierung auf der Basis von vierstelligen Schlüsseln der KldB 2010. Bei den in dieser Tabelle ergänzend auch geschlechtsspezifisch ausgewiesenen Ergebnissen beruhen Angaben vereinzelt auf Daten zu weniger als 1.000 Versicherten (z.B. bei Frauen mit Berufen im Hochbau oder bei Männern unter den zahnmedizinischen Fachangestellten). Entsprechende Angaben sollten zurückhaltend interpretiert werden und sind in kursiver Schrift dargestellt. Die Reihenfolge der Berufsbenennung entspricht der in Tabelle A6. Da sich die in Tabelle A7 genannten geschlechtsübergreifenden Krankenstände einfach und direkt aus den Angaben zu den Arbeitsunfähigkeitstagen je Versicherungsjahr der Tabelle A6 berechnen lassen, führen die Ergebnisse aus beiden Tabellen auch inhaltlich zu übereinstimmenden Aussagen.

Für einen weit überwiegenden Teil der betrachteten Berufe gilt, dass weibliche Beschäftigte auch bei übereinstimmender Berufszuordnung durchschnittlich höhere Krankenstände als ihre männlichen Kollegen aufweisen.

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.

Krankheitsarten – Diagnosekapitel der ICD10

In Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden Diagnosen von Ärzten ausschließlich 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 206 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.

Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten

Abbildung 15 zeigt einleitend zunächst die anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf einzelne Krankheitsarten im Jahr 2015 (Bezeichnungen aus Darstellungsgründen verkürzt). Eine differenziertere Verteilung lässt sich aus Angaben zu Fehlzeiten in Tabelle A10 auf Seite 235 im Anhang herleiten.

Offensichtlich wird die relativ große Bedeutung der vier für die Fehlzeiten relevantesten Krankheitsarten, namentlich die Bedeutung von psychischen Störungen, von Krankheiten des Atmungssystems, von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie von Verletzungen. Die hier, vorrangig ob ihrer Bedeutung in höheren Altersgruppen, separat ausgewiesenen Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems spielen bei Krankschreibungen von Personen im typischen Erwerbsalter insgesamt noch eine eher untergeordnete Rolle.

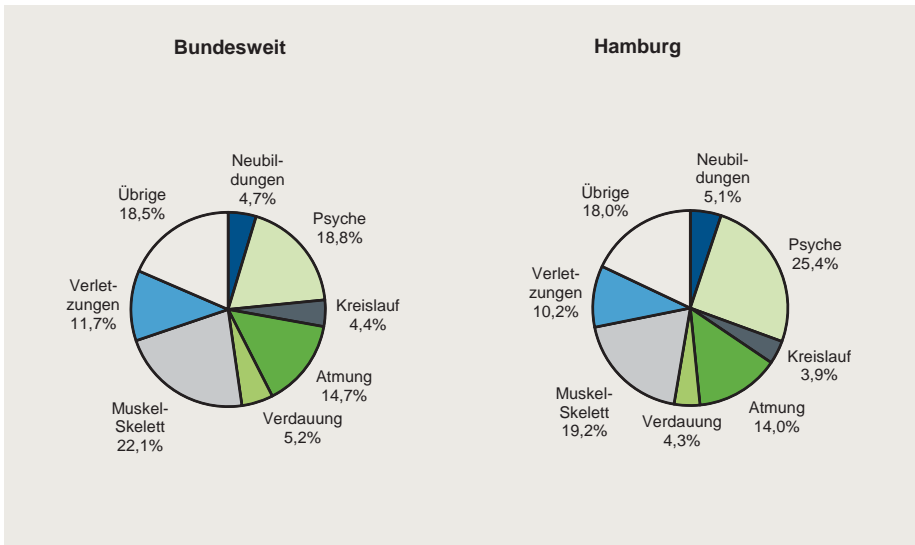


Abbildung 15 Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten 2015

Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Krankheitsarten

Ein typischerweise erster Schritt diagnosebezogener Auswertungen befasst sich mit der Anzahl der Erkrankungsfälle. Abbildung 16 auf Seite 44 zeigt Ergebnisse zur Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versicherungsjahre mit Zuordnungen zu einzelnen Krankheitsarten. Regionale Ergebnisse (blau) werden in der Abbildung jeweils den bundesweit ermittelten Ergebnissen (in der Abbildung grau und im Hintergrund) gegenübergestellt. Ausschließlich in **Tabelle A8 auf Seite 233** im Anhang werden auch Ergebnisse zu weniger bedeutsamen Kapiteln der ICD10 sowie **separate Ergebnisse für Männer und Frauen** gelistet.

- Mit Abstand die meisten Arbeitsunfähigkeitsfälle werden unter der Diagnose von „**Krankheiten des Atmungssystems**“ erfasst. Nach bundesweiten Auswertungen waren es 2015 40,1 AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre. Zu Krankheiten des Atmungssystems zählen insbesondere auch typische Erkältungskrankheiten (vgl. auch differenziertere Auswertungen in späteren Abschnitten).
- Bezogen auf die Fallhäufigkeiten den zweiten Rang belegen nach bundesweiten Auswertungen „**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 **Hamburg** werden insbesondere die bundesweit ermittelten AU-Fallzahlen im Hinblick auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, des Atmungs- und Verdauungssystems unterschritten. Psychische Störungen sind demgegenüber in Hamburg für vergleichsweise viele AU-Fälle verantwortlich.

Dauer der Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten (je Fall)

Abbildung 17 auf Seite 45 zeigt Ergebnisse zur durchschnittlichen fallbezogenen Dauer von Arbeitsunfähigkeitsfällen mit Zuordnungen zu den einzelnen Krankheitsarten. Es geht also um die Frage, wie lange einzelne Krankschreibungsfälle durchschnittlich dauern, sofern sie unter Diagnosen aus den unterschiedlichen Diagnosekapiteln erfasst wurden. Zahlenwerte sind Tabelle A9 auf Seite 234 im Anhang zu entnehmen.

- Mit Abstand **am längsten** dauern Arbeitsunfähigkeitsfälle mit einer Diagnose aus dem Kapitel „**Psychische und Verhaltensstörungen**“ oder aus dem Kapitel „**Neubildungen**“. Im Mittel werden bei einzelnen Krankschreibungsfällen unter entsprechenden Diagnosen jeweils etwa 46 bzw. 42 AU-Tage erfasst. Einzelne Erkrankungsfälle erstrecken sich demnach häufiger über mehr als sechs Wochen. Während als psychische Störung bei Arbeitsunfähigkeiten häufig Depressionen diagnostiziert werden, werden aus dem Kapitel Neubildungen ggf. häufig bösartige Neubildungen als Ursache von Arbeitsunfähigkeiten dokumentiert, was die verhältnismäßig langen Erkrankungszeiträume verständlich erscheinen lässt.
- Demgegenüber **ausgesprochen kurz**, nämlich durchschnittlich nur etwa sechs bis sieben 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 eine Ursache für den überwiegenden Teil der Arbeitsunfähigkeitsfälle.

Fehlzeiten nach Krankheitsarten

Aus den Fallhäufigkeiten und der durchschnittlichen fallbezogenen Dauer resultieren die Fehlzeiten, die bestimmten Erkrankungen zugeschrieben werden können. Einleitend wurde bereits die anteilige Bedeutung der relevantesten Krankheitsarten für die Fehlzeiten dargestellt (vgl. Abbildung 15 auf Seite 41). In der nachfolgenden Abbildung 18 auf Seite 46 werden die den einzelnen Krankheitsarten zuzuordnenden AU-Tage je 100 Versicherungsjahre 2015 dargestellt, sinngemäß also, wie viele Fehltag mit bestimmten Diagnosen in einer Gruppe von 100 Beschäftigten im Jahr 2015 durchschnittlich beobachtet werden konnten. Zahlenangaben sind Tabelle A10 auf Seite 235 im Anhang zu entnehmen. Vorjahresergebnisse mit aktueller Geschlechts- und Altersstandardisierung sind in Tabelle A11 auf Seite 236 aufgeführt.

- Nach Auswertungen bundesweit erhobener Daten ließen sich **Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems** mit 391 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre die meisten Fehlzeiten auf der Ebene von Krankheitsarten zuordnen. Eine einzelne durchgängig versicherte Erwerbsperson war 2015 statistisch gesehen durchschnittlich also knapp vier Tage allein mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems krankgeschrieben.
- Den Rang zwei belegen **Psychische und Verhaltensstörungen**. Mit entsprechenden Diagnosen wurden 2015 332 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre erfasst, was durchschnittlich 3,3 Tagen je Person entspricht.
- 207 bzw. 260 Tage je 100 VJ waren nach bundesweiten Auswertungen im Jahr 2015 **Verletzungen** sowie **Krankheiten des Atmungssystems** zuzuordnen. Krankheiten des Atmungssystems waren 2014 deutlich weniger, nämlich nur 206 Tage, zugeordnet worden.
- Typische Erkrankungen höherer Altersgruppen wie Neubildungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielen demgegenüber als Ursachen von Arbeitsunfähigkeiten noch eine vergleichsweise geringe Rolle.

Vergleichbare Relationen lassen sich auch für Erwerbspersonen in **Hamburg** beobachten. Die insgesamt niedrigeren Krankenstände in Hamburg resultieren dabei aus geringeren Fehlzeiten insbesondere bei „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“, „Verletzungen“ sowie bei „Krankheiten des Atmungssystems“ und zugleich, auch aufgrund einer sehr langen fallbezogenen Dauer, deutlich erhöhten Fehlzeiten unter der Diagnose von „Psychische Störungen“.

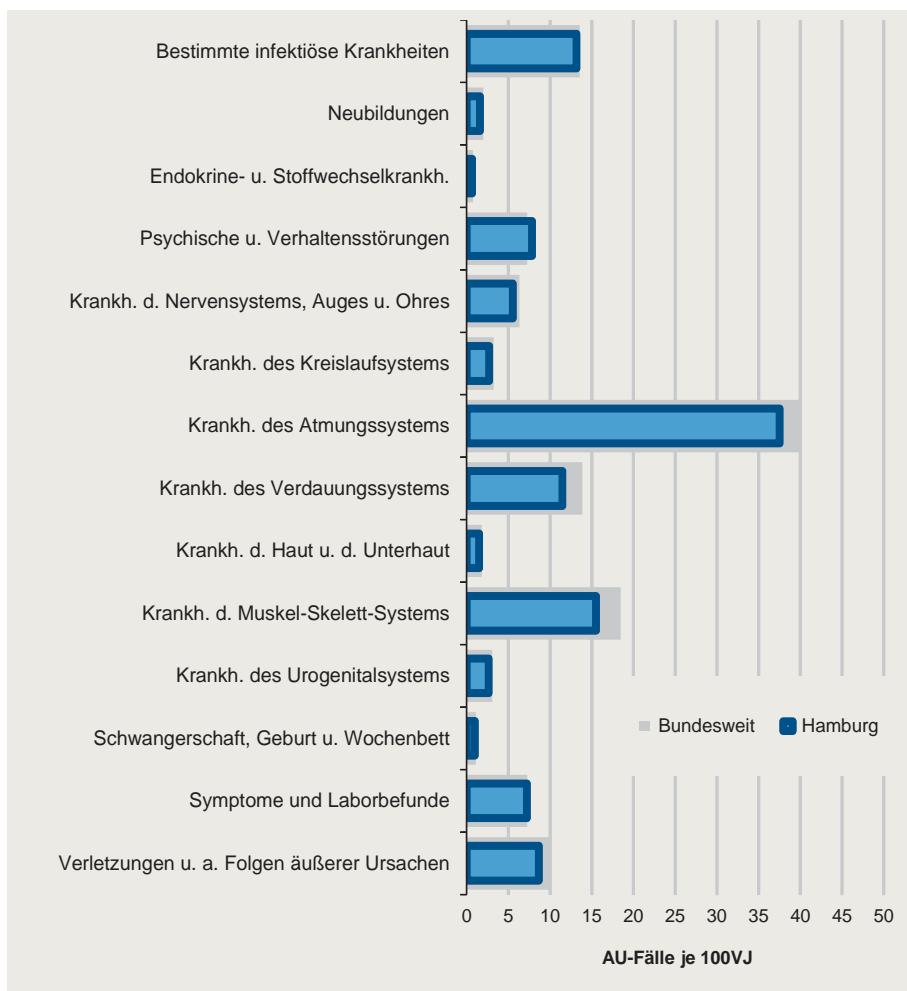


Abbildung 16 AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2015

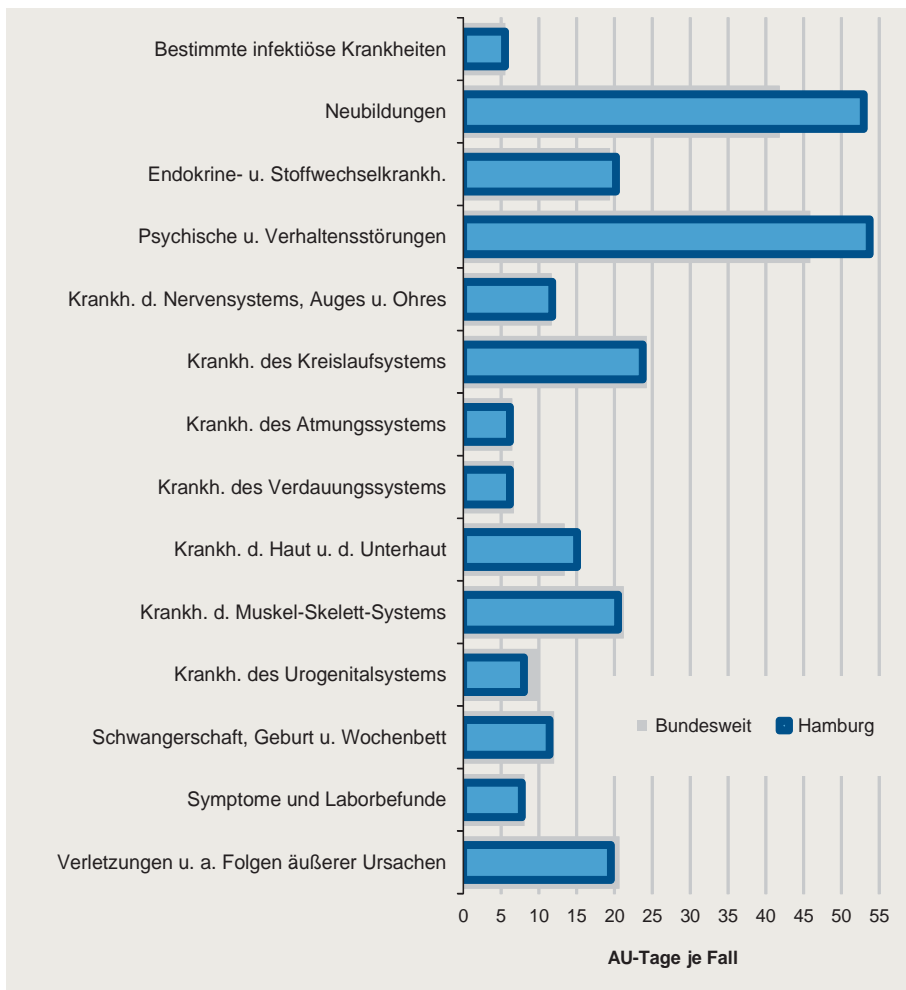


Abbildung 17 AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2015

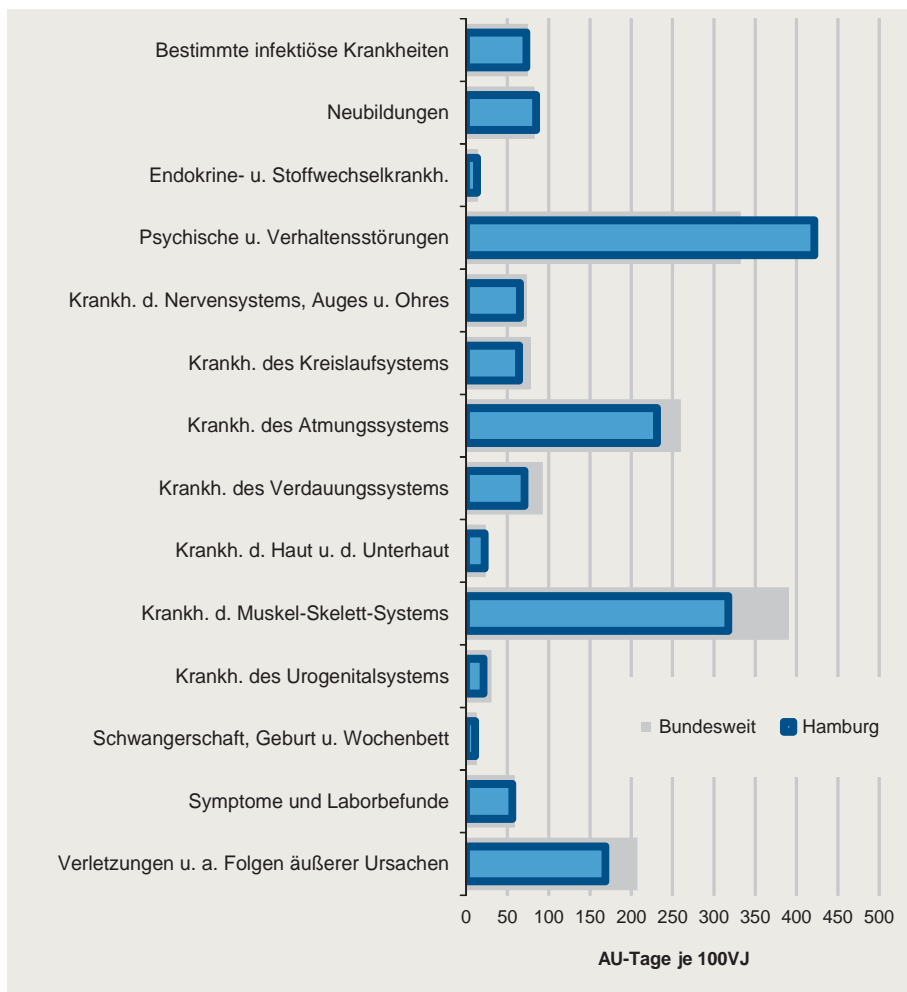


Abbildung 18 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2015

Veränderungen diagnosebezogener Fehlzeiten im Vergleich zum Vorjahr

Abbildung 19 zeigt die Veränderungen der Fehlzeiten von 2014 auf 2015 bezogen auf einzelne Krankheitsarten, aus denen bundesweit ein Anstieg um insgesamt 59 AU-Tage je 100 VJ, und damit eine Zunahme der Fehlzeiten um 3,4 Prozent bzw. rechnerisch 0,59 Fehltag je Erwerbsperson resultierte.

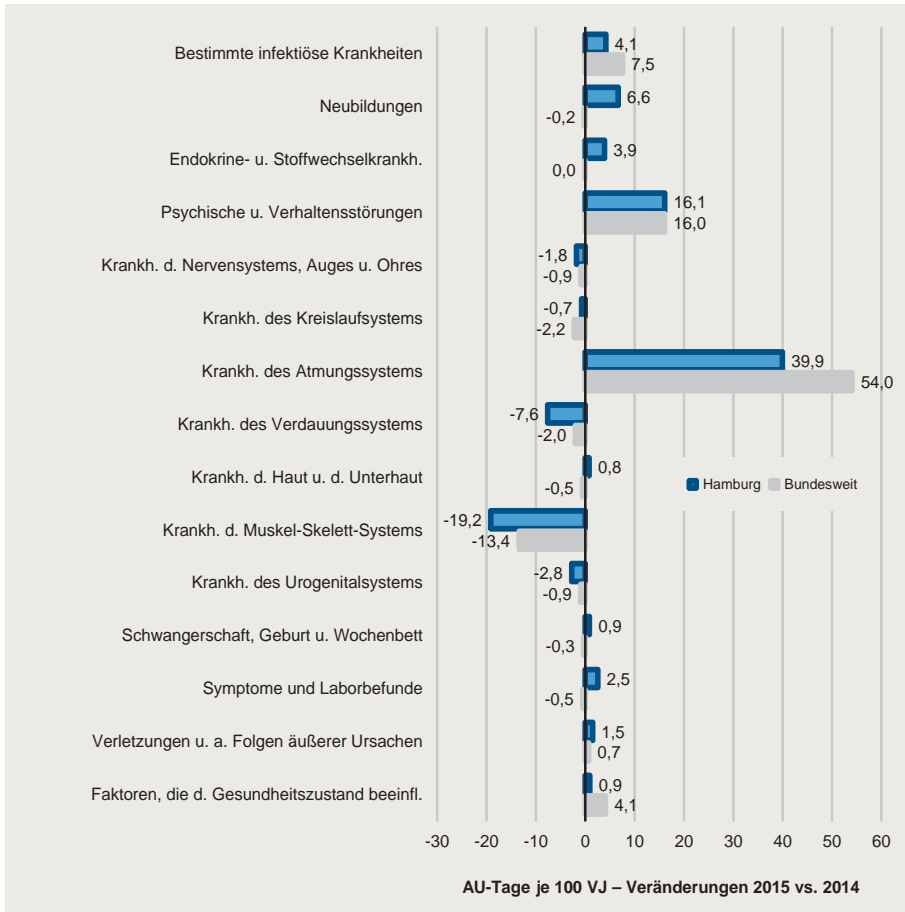


Abbildung 19 AU-Tage je 100 VJ – Veränderungen in Tagen 2015 gegenüber 2014

Den bundesweit ermittelten Veränderungen (graue Balken) werden in der Abbildung regional beobachtete Veränderungen (blaue Balken) gegenübergestellt. Verantwortlich für den bundesweit beobachteten Anstieg waren weit überwiegend merklich gestiegene Fehlzeiten unter der Diagnose von Krankheiten des Atmungssystems.

Auch in **Hamburg** sind die Fehlzeiten von 2014 auf 2015 gestiegen. Diagnoseübergreifend ließ sich ein Anstieg um 41,6 Tage je 100 VJ ermitteln. Im Durchschnitt fehlte eine Erwerbsperson 2015 also rund 0,42 Tage mehr als im vorausgehenden Jahr. Auch in Hamburg resultiert dieser Anstieg maßgeblich aus höheren Fehlzeiten unter der Diagnose von Krankheiten des Atmungssystems.

Altersabhängige Fehlzeiten nach Krankheitsarten

Wie bereits betont und diagnoseübergreifend dargestellt, hängen die erfassten Fehlzeiten maßgeblich vom Geschlecht und insbesondere vom Alter der Erwerbspersonen ab. Dass dabei krankheitsartenspezifisch erheblich unterschiedliche Muster zu beobachten sind, belegt der nachfolgende Abschnitt.

Abbildung 20 und Abbildung 21 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. Zahlenwerte zu den dargestellten Ergebnissen sowie auch bundeslandspezifische Angaben sind Tabelle A12 sowie Tabelle A13 ab Seite 237 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 in zunehmendem Umfang erfasst werden. Während der Anstieg vor Vollendung des 35. Lebensjahres noch moderat erscheint, steigen die Fehlzeiten mit zunehmendem Alter ab 35 Jahre steil an. So wurden in der Altersgruppe der 60- bis 64-jährigen Erwerbspersonen im Jahr 2015 bundesweit bei Männern im Durchschnitt knapp neun und bei Frauen knapp acht Arbeitsunfähigkeitstage allein mit Diagnosen aus diesem Kapitel erfasst. Verantwortlich sind vorrangig degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und Rückenschmerzen.
- Auch Diagnosen aus dem **Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“** führen mit zunehmendem Alter der Erwerbspersonen vermehrt zu Fehlzeiten. Während bei Männern im Jahr 2015 die Fehlzeiten altersabhängig – von der jüngsten bis zur höchsten Altersgruppe – von 87 auf 403 AU-Tage je 100 VJ stiegen, ließ sich bei Frauen ein altersabhängiger Anstieg auf deutlich höherem Ni-

veau von 158 auf 589 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre feststellen. Weibliche Erwerbspersonen im Alter zwischen 60 und 64 Jahren waren durchschnittlich also fast sechs Tage mit entsprechenden Diagnosen arbeitsunfähig gemeldet. Allgemeine Arbeitsausfälle durch psychische Probleme dürften durch gemeldete Krankschreibungstage unter entsprechenden Diagnosen erheblich unterschätzt werden.

- **„Krankheiten des Atmungssystems“ (Kapitel X)** führen, im Gegensatz zu den beiden zuvor abgehandelten Krankheitsarten, vorrangig in den jüngsten, aber auch in den oberen Altersgruppen zu verhältnismäßig hohen Fehlzeiten. Frauen waren etwas stärker als Männer betroffen.
- **„Verletzungen“ (Kapitel XIX)** betreffen unter Männern 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 von Krankschreibungen mit Verletzungen 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.

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 regulären bisherigen Renteneintrittsalters von 65 Jahren insbesondere unter Männern recht steil verlaufen. Entsprechend ließe sich vermuten, dass eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit 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. Fehlzeiten unter der Diagnose von Neubildungen bei Frauen resultieren maßgeblich aus bösartigen Neubildungen der Brustdrüse, der insgesamt häufigsten Krebserkrankung bei Frauen.

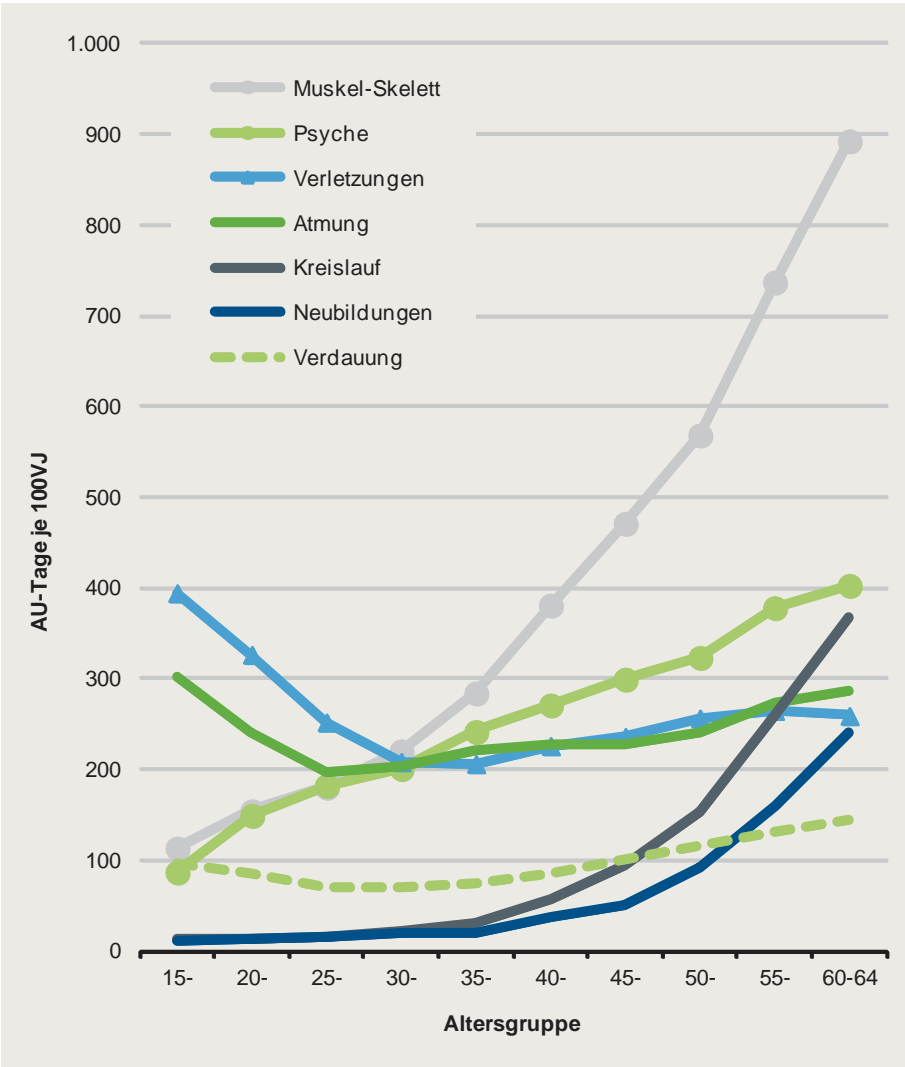


Abbildung 20 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Männer bundesweit 2015

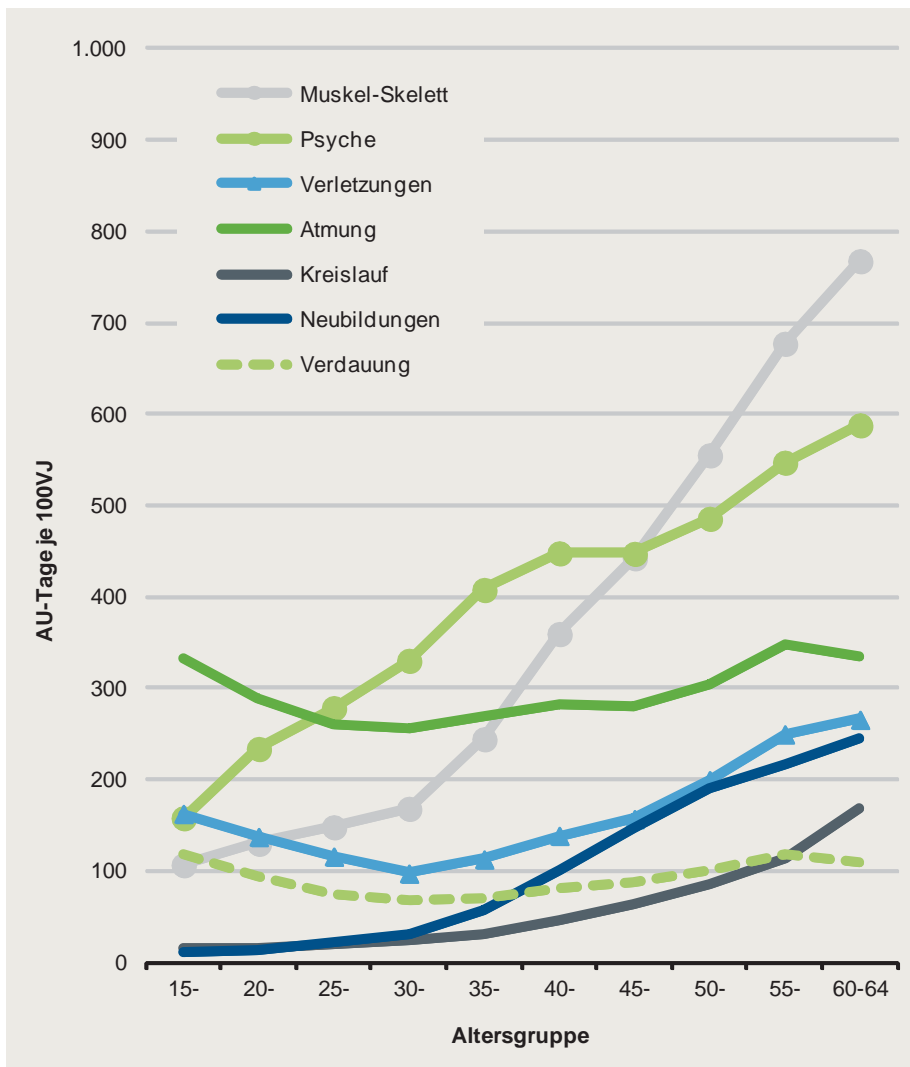


Abbildung 21 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Frauen bundesweit 2015

Regionale Variationen von Fehlzeiten nach Krankheitsarten

Der nachfolgende Abschnitt stellt für die vier relevantesten Krankheitsarten regionale Variationen der Fehlzeiten sowohl auf der Ebene von Bundesländern als auch auf der Ebene von Kreisen in geschlechts- und altersstandardisierter Form dar.

Für jede der vier Krankheitsarten finden sich bundesweite Kartendarstellungen sowohl in einer Gliederung auf Bundesland- als auch auf Kreisebene. Schließlich werden in einem gesonderten Abschnitt ab Seite 62 in einer diagnosebezogenen jeweils dritten Kartendarstellung (entsprechend der diagnoseübergreifenden Darstellung in Abbildung 4 auf Seite 17) Ergebnisse auf Kreisebene ausschließlich zu der im vorliegenden Report näher betrachteten Region mit Kreiskennzeichnungen abgebildet, die eine Zuordnung zu Ergebnissen in Tabelle 10 auf Seite 67 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 begründbaren 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 22). Die höchsten Werte wurden 2015 – wie im Vorjahr – für Mecklenburg-Vorpommern mit 484 AU-Tagen je 100 VJ ermittelt, die niedrigsten für Hamburg mit 317 AU-Tagen je 100 VJ. Merkliche Variationen auch innerhalb einzelner Bundesländer werden in Abbildung 23 offensichtlich. Neben einigen klaren Mustern, wie beispielsweise den überdurchschnittlichen Fehlzeiten in nördlichen 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 2015 für das Saarland mit 437 AU-Tagen je 100 VJ sowie für Hamburg und Schleswig-Holstein 421 und 386 AU-Tagen je 100 VJ nachweisbar. Auch für Berlin wurden mit 374 AU-Tagen je 100 VJ Fehlzeiten über dem Bundesdurchschnitt ermittelt (vgl. Abbildung 24). Fehlzeiten von nur weniger als 300 AU-Tagen je 100 VJ zeigten sich für Baden-Württemberg und Bayern. Kreisfreie Städte scheinen zumindest zum Teil eher stärker als das jeweilige ländliche Umfeld betroffen zu sein (vgl. Abbildung 25). Damit ständen 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 2015 insbesondere in den neuen Bundesländern einschließlich Berlins zu überdurchschnittlichen Fehlzeiten (vgl. Abbildung 26). Nahezu durchgängig unterdurchschnittliche Fehlzeiten zeigten sich demgegenüber im Nordwesten und Süden Deutschlands (vgl. Abbildung 27).
- **Kapitel XIX „Verletzungen“** betreffen nach Auswertungen auf Bundeslandebene gleichfalls insbesondere Erwerbspersonen in den neuen Bundesländern in überdurchschnittlichem Umfang (vgl. Abbildung 28). Vergleichbar hohe Fehlzeiten lassen sich nach differenzierteren Auswertungen auf Kreisebene jedoch auch in einer Reihe von Kreisen innerhalb der alten Bundesländer identifizieren (vgl. Abbildung 29). 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.

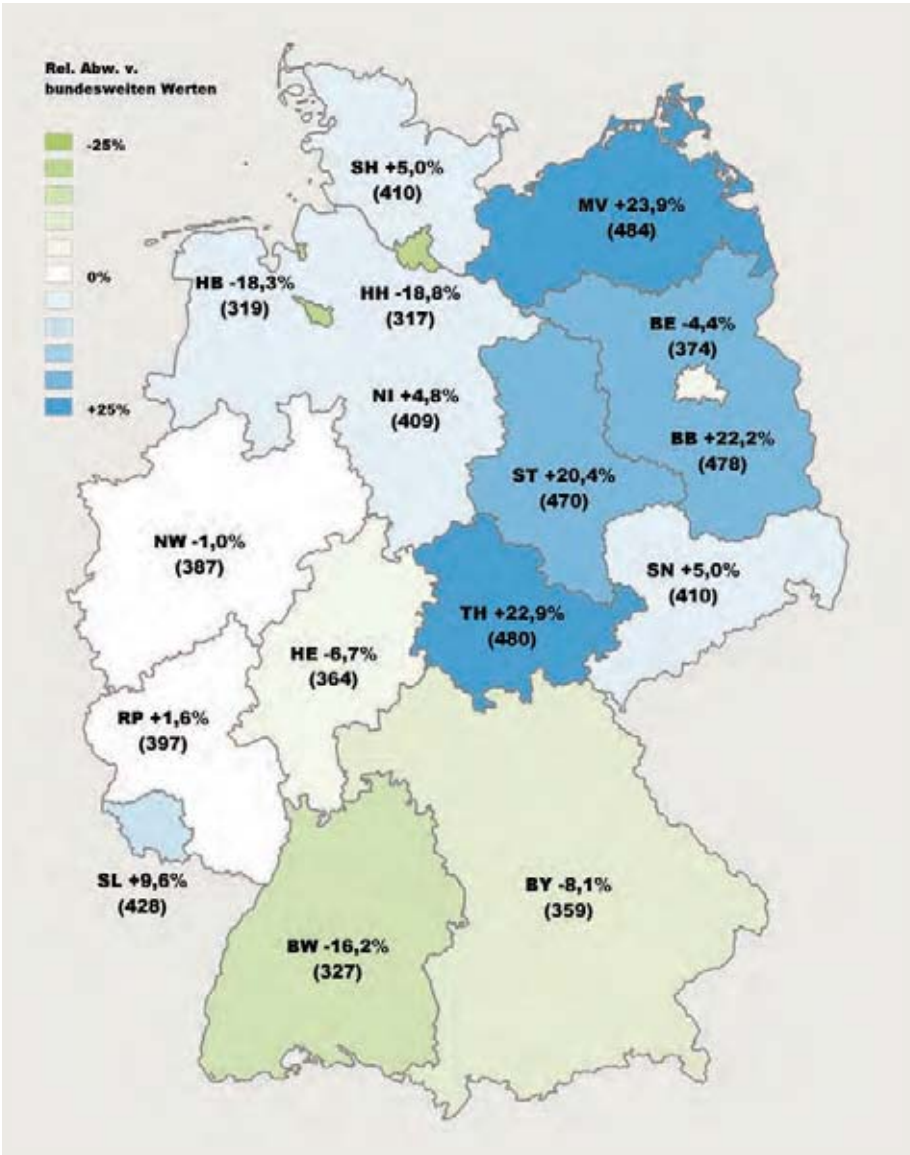


Abbildung 22 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahren 2015, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

Prozentangaben: relative Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen; Angaben in Klammern: AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in einzelnen Bundesländern.

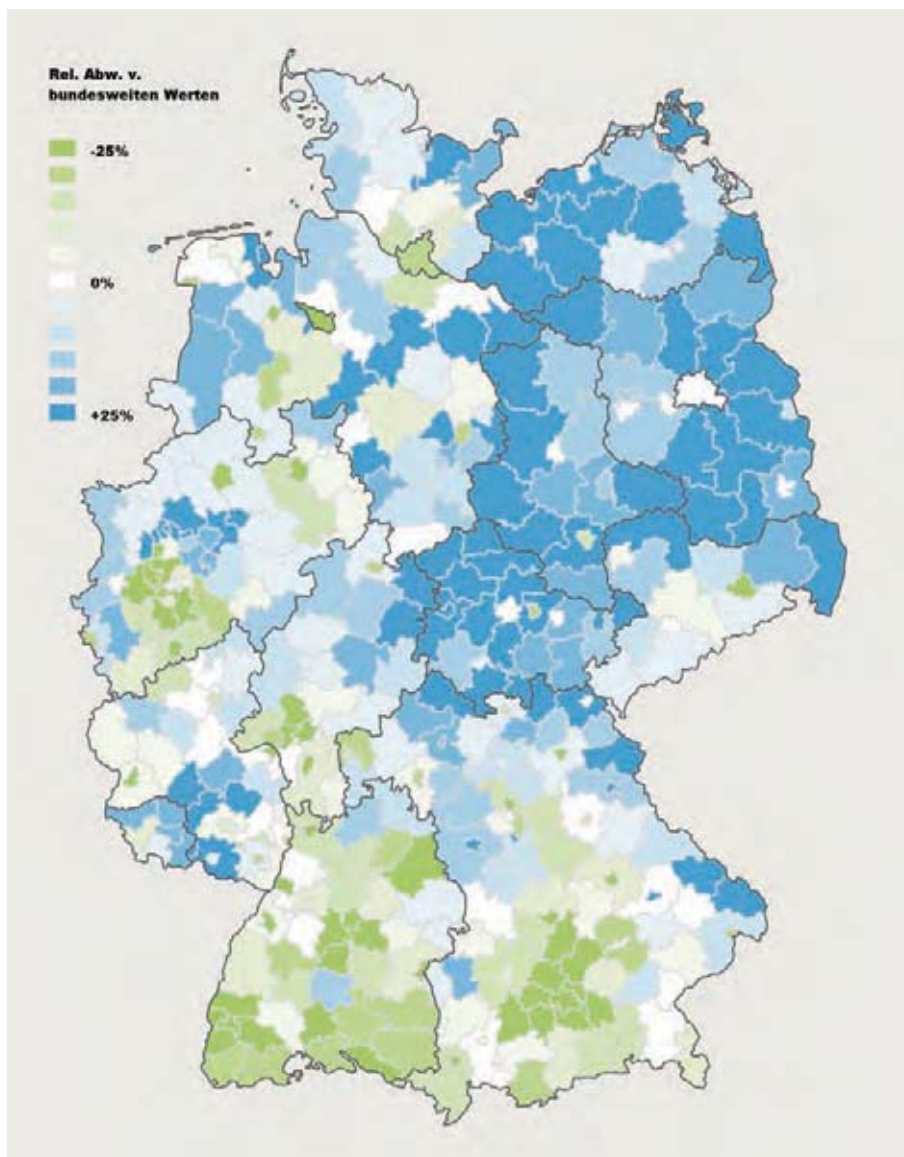


Abbildung 23 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2015, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

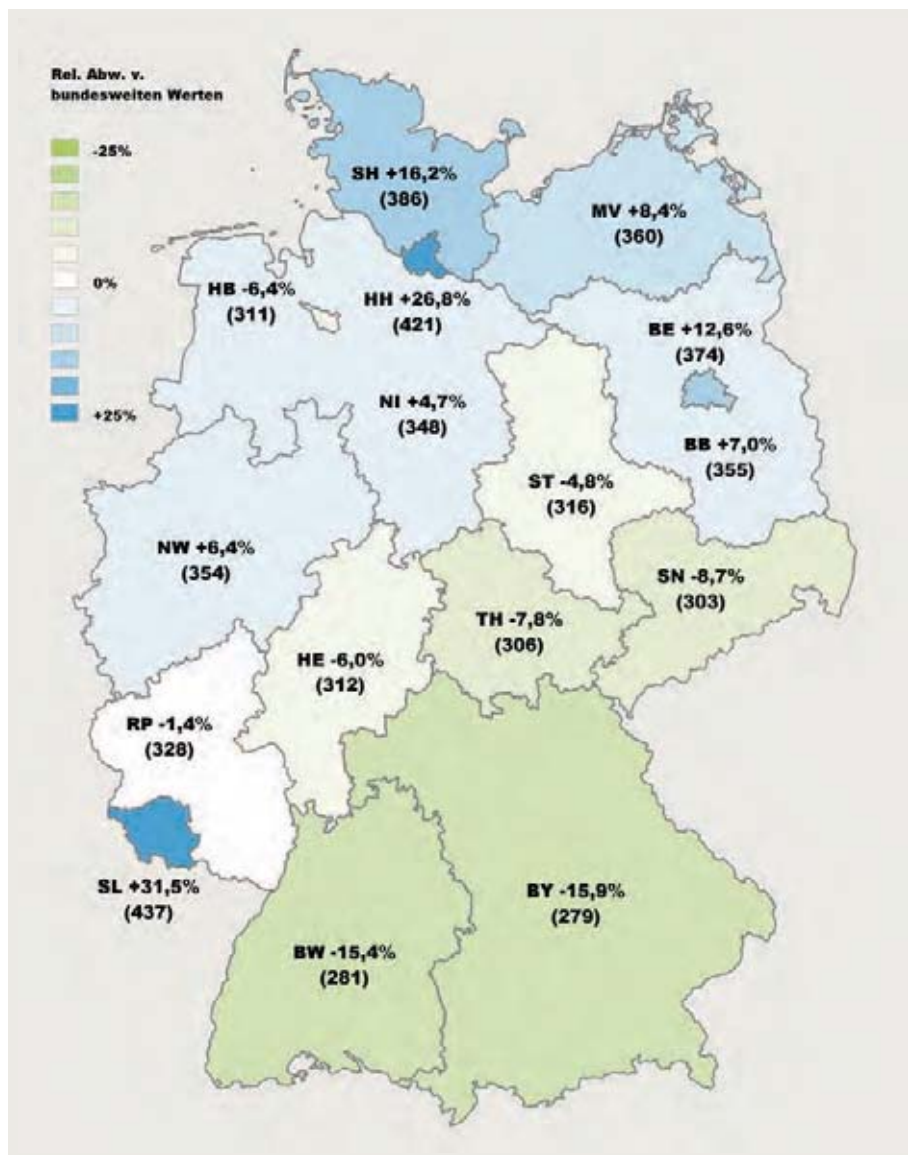


Abbildung 24 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2015, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen

Prozentangaben: relative Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen; Angaben in Klammern: AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in einzelnen Bundesländern.

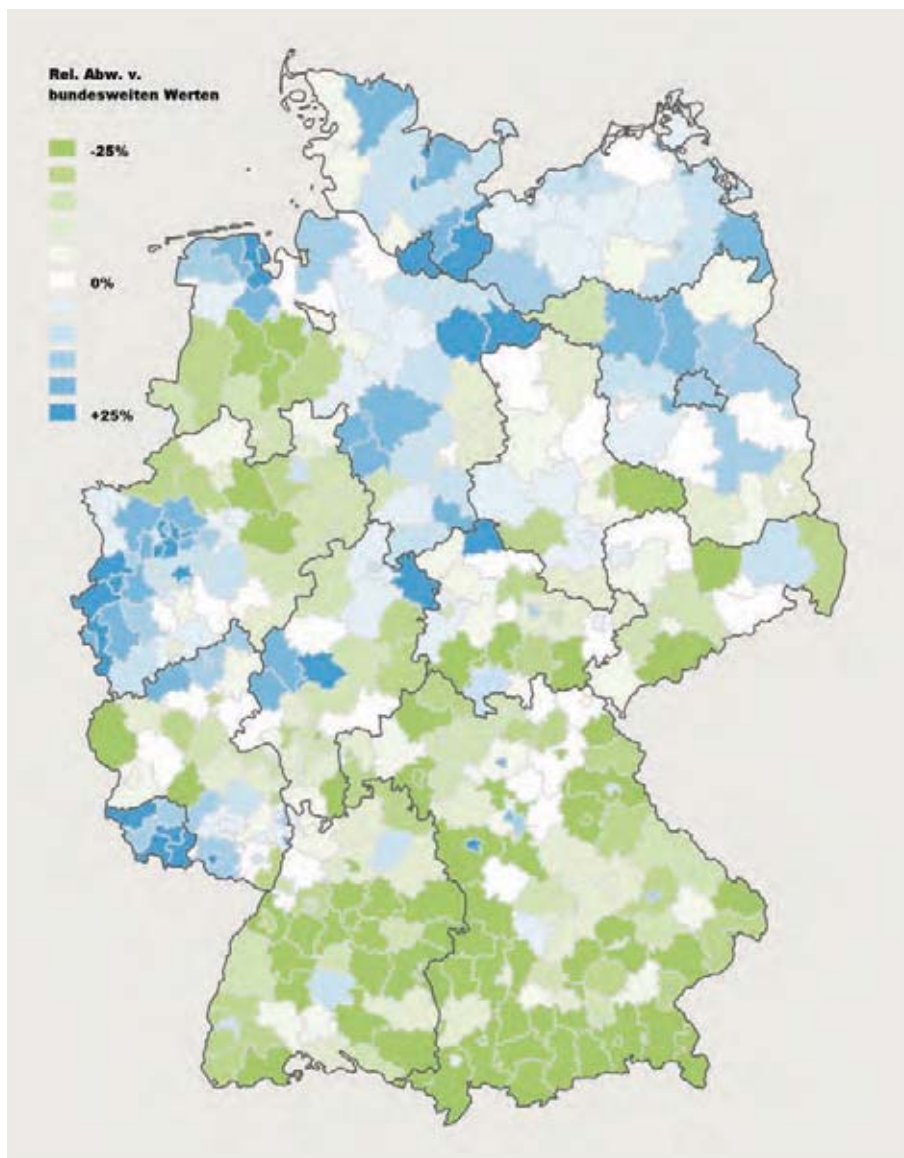


Abbildung 25 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2015, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen

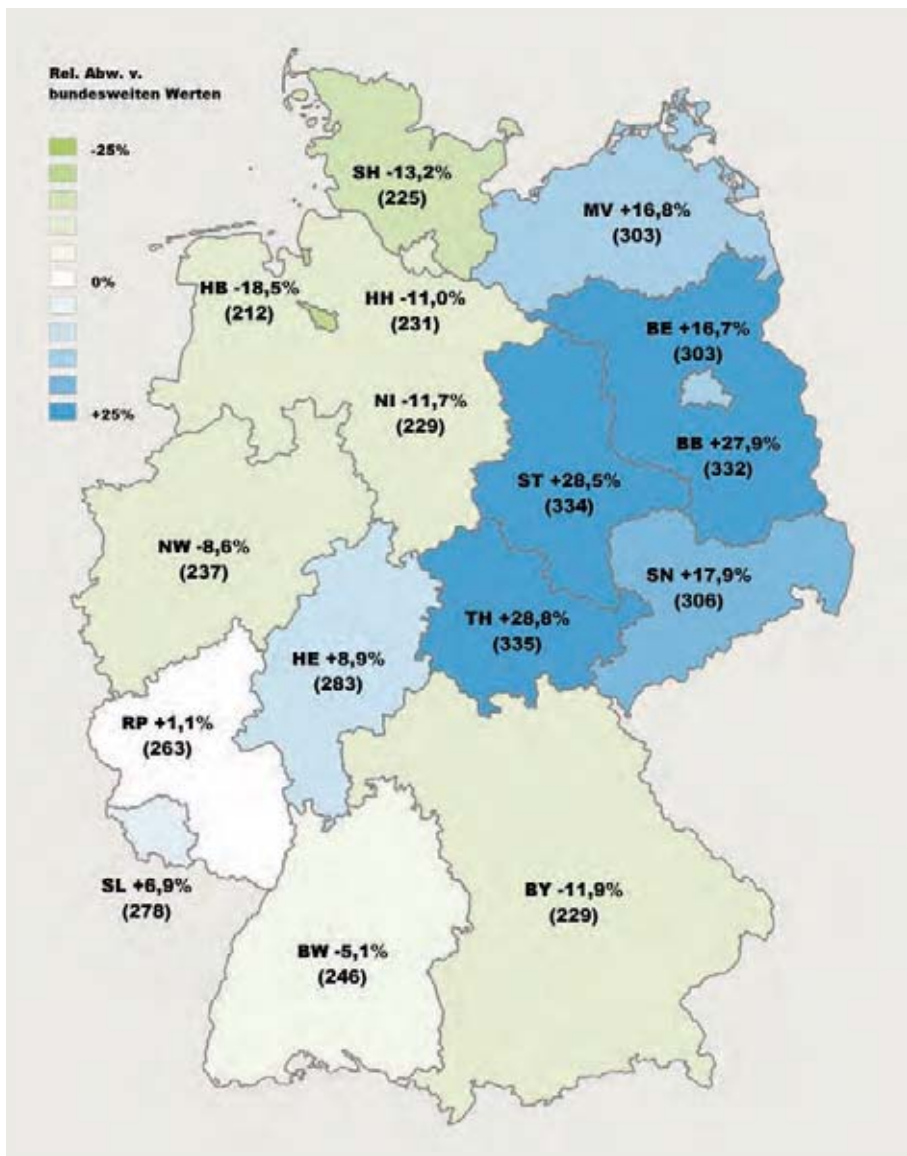


Abbildung 26 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2015, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems

Prozentangaben: relative Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen; Angaben in Klammern: AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in einzelnen Bundesländern.

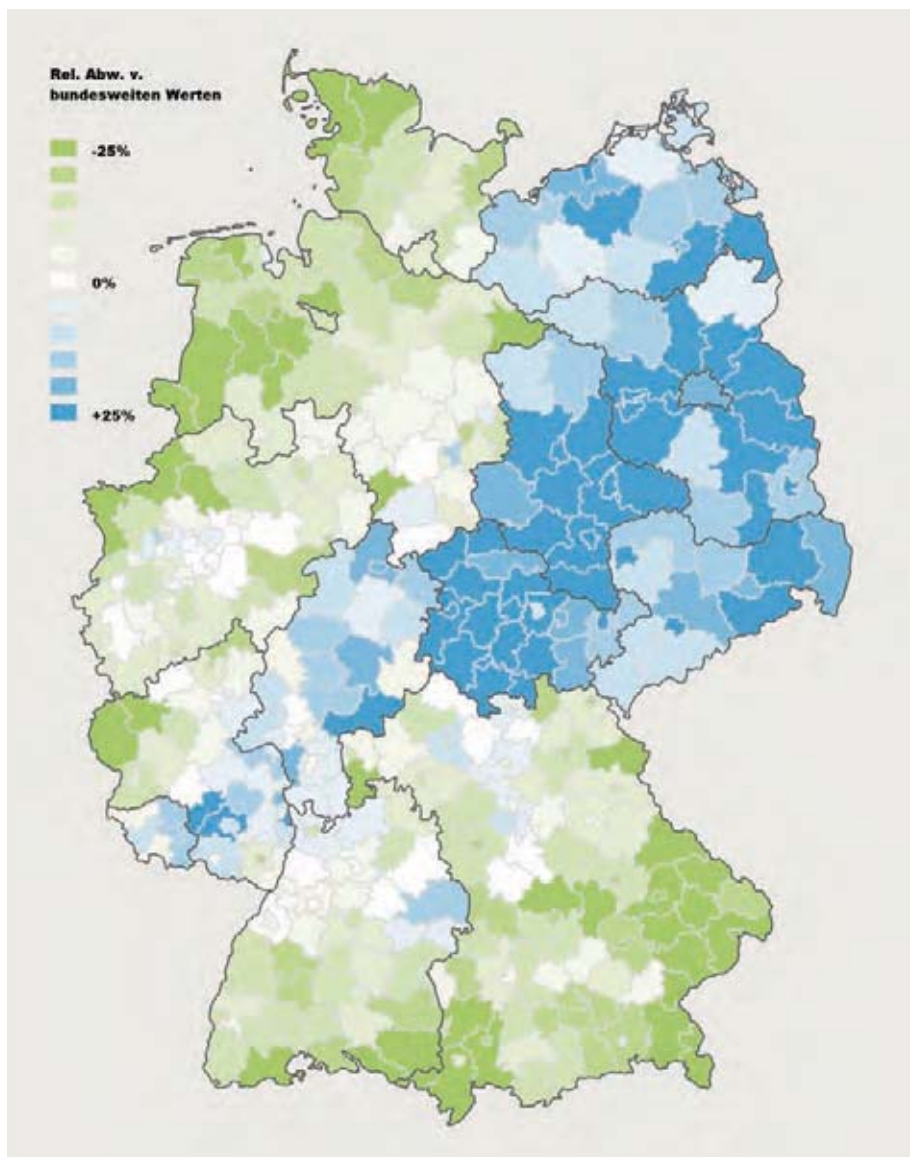


Abbildung 27 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2015, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems

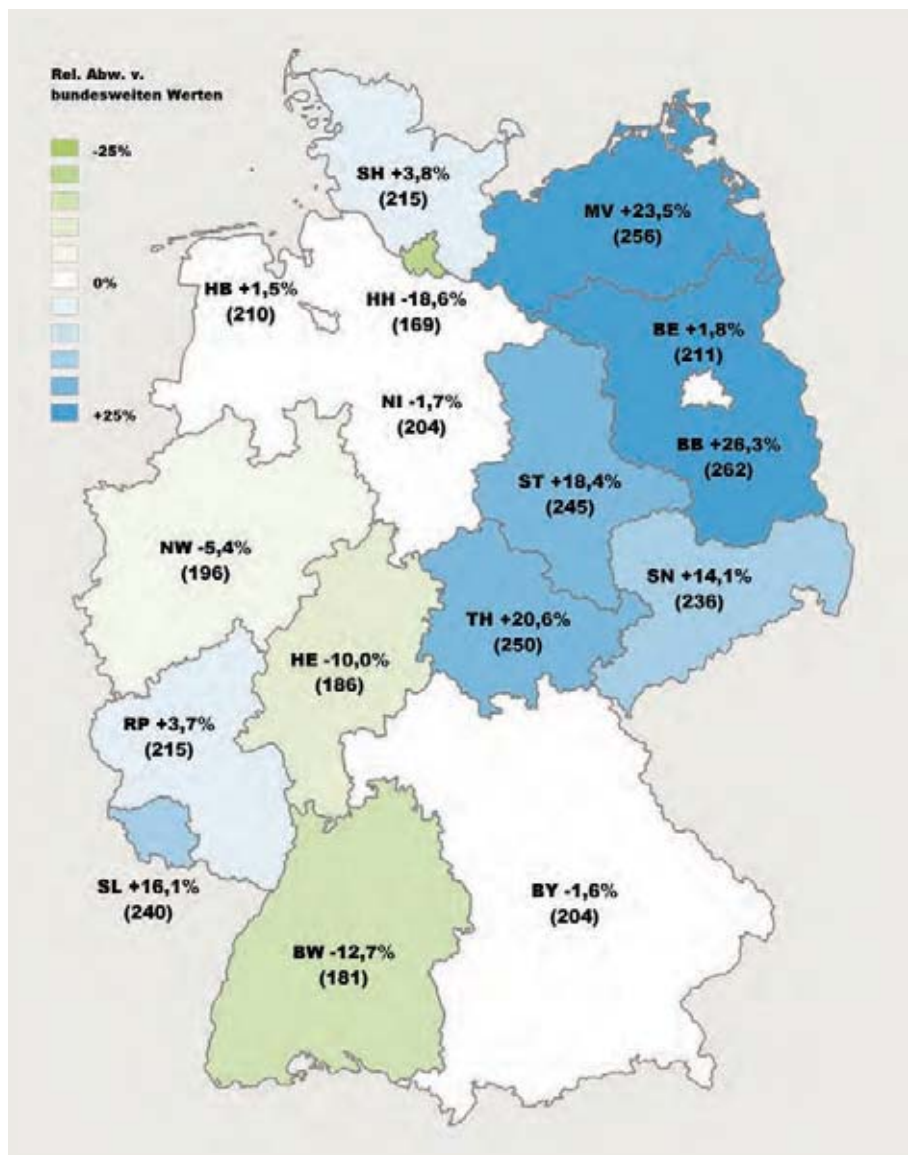


Abbildung 28 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2015, Kapitel XIX – Verletzungen

Prozentangaben: relative Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen; Angaben in Klammern: AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in einzelnen Bundesländern.

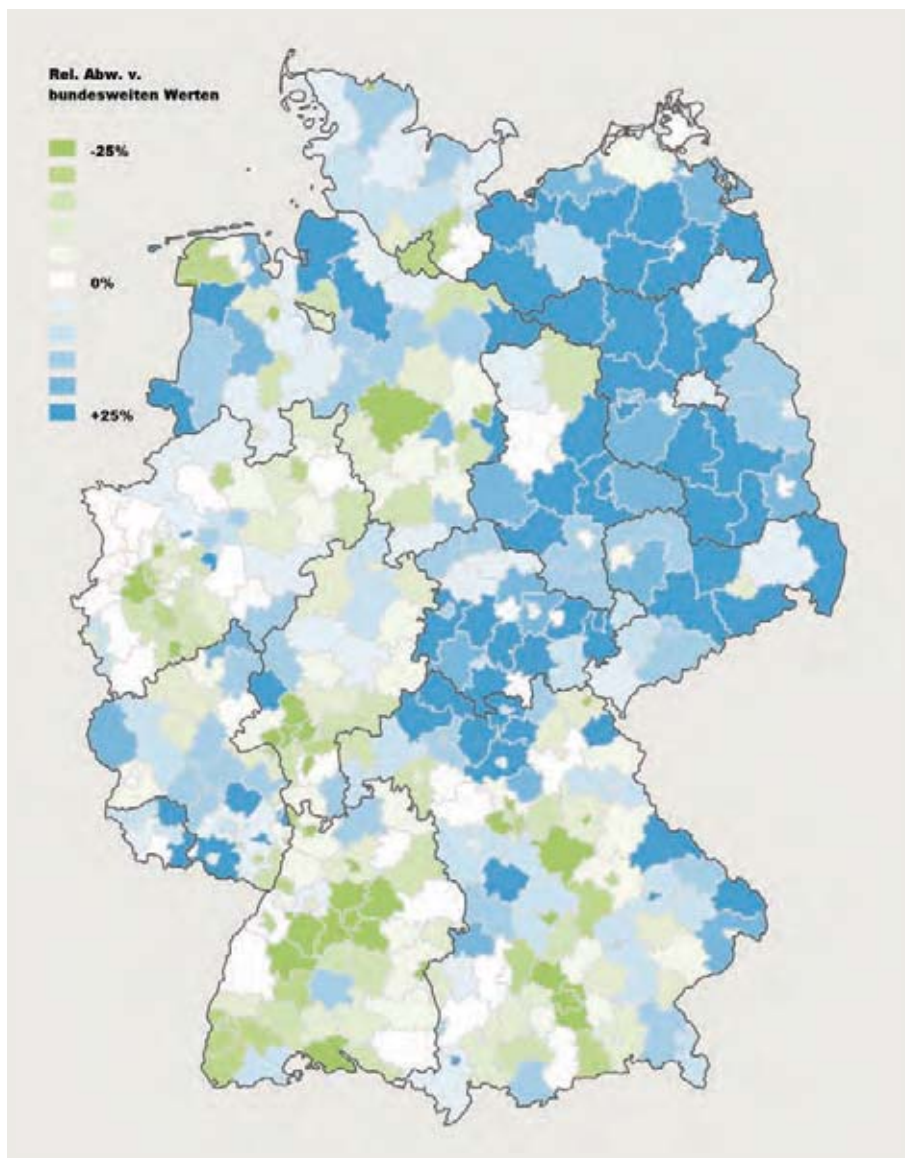


Abbildung 29 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2015, Kapitel XIX – Verletzungen

Regionale Variationen von Fehlzeiten nach Krankheitsarten innerhalb von Hamburg und Schleswig-Holstein

Abbildung 30 bis Abbildung 33 auf den Seiten 63 bis 66 zeigen nochmals, und hier in regionalspezifischen Kartenausschnitten, relative Abweichungen der Fehlzeiten nach Krankheitsarten in einzelnen Kreisen im Jahr 2015 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 10 auf Seite 67 zuordnen. **Hamburg** ist in den Darstellungen mit dem Kürzel HH gekennzeichnet. **Schleswig-Holstein** lässt sich nach dem amtlichen Gemeindeschlüssel, der im Sinne einer Bundeslandkennung immer mit den beiden Ziffern „01“ beginnt, in eine vergleichsweise geringe Anzahl von Kreisen gliedern.

Arbeitsunfähigkeiten mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, erfahrungsgemäß oftmals im Zusammenhang mit Rückenbeschwerden, führten 2015 in Hamburg bei einer Unterschreitung der Erwartungswerte um 19,7 Prozent zu geringeren Fehlzeiten als in allen Kreisen Schleswig-Holsteins.

Bei Fehlzeiten mit psychischen Störungen wurden strukturabhängige Erwartungswerte 2015 in Hamburg demgegenüber um 27,3 Prozent und damit – unter Ausnahme der Kreise Neumünster und Flensburg – stärker als in allen Kreisen Schleswig-Holsteins überschritten.

Krankheiten des Atmungssystems, erfahrungsgemäß oftmals Erkältungen, führten in Hamburg und in allen Kreisen Schleswig-Holsteins zu vergleichsweise geringen Fehlzeiten.

Im Hinblick auf verletzungsbedingte Fehlzeiten zeigten sich 2015 vor allem in mittleren und nördlichen Kreisen Schleswig-Holsteins mit Ausnahme von Flensburg (Kreisnummer 01 001: -25,1%) überdurchschnittliche Werte, während für Hamburg aber auch für einige südliche Kreise Schleswig-Holsteins niedrigere Ergebnisse ermittelt wurden.

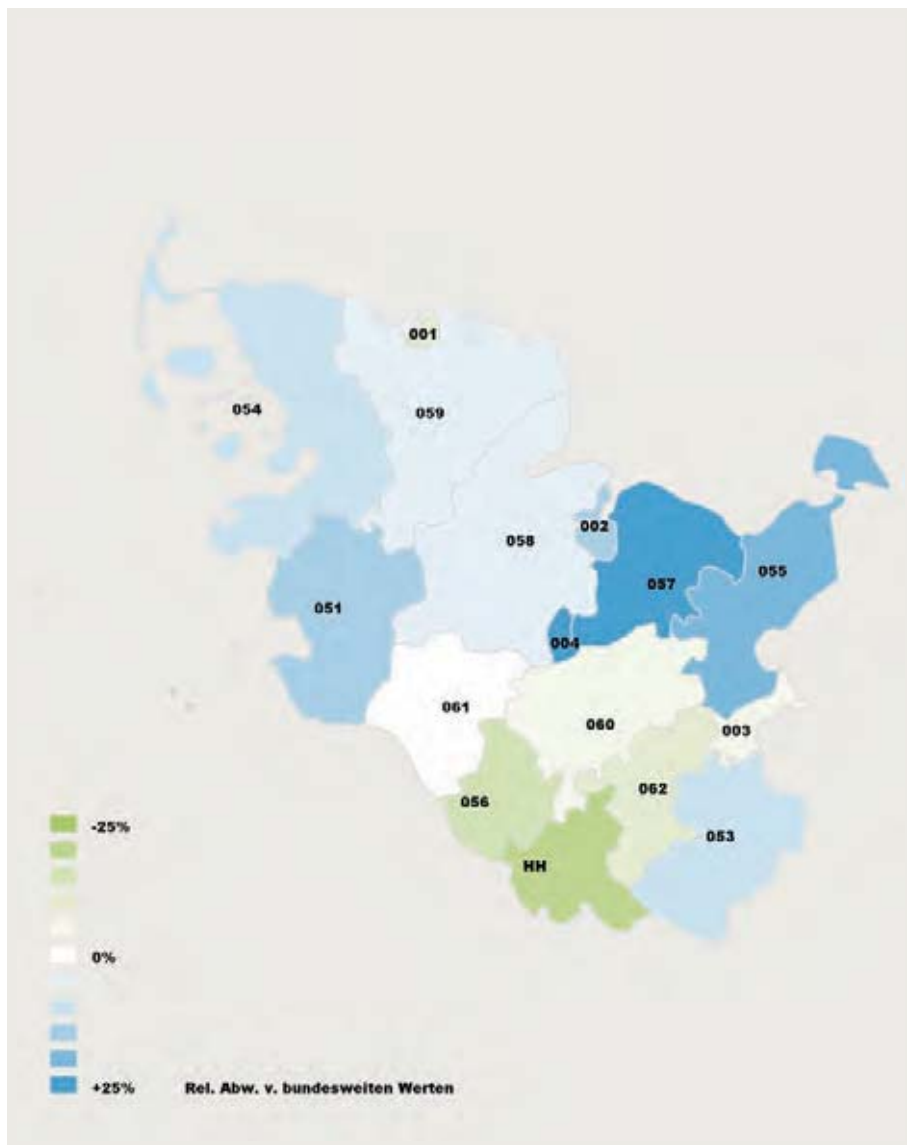


Abbildung 30 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2015, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

Zifferangaben in der Abbildung: Kreisnummern ohne die führenden beiden Ziffern zur Bundeslandkennung (vgl. auch Tabelle 10 auf Seite 67 mit Kreisergebnissen).

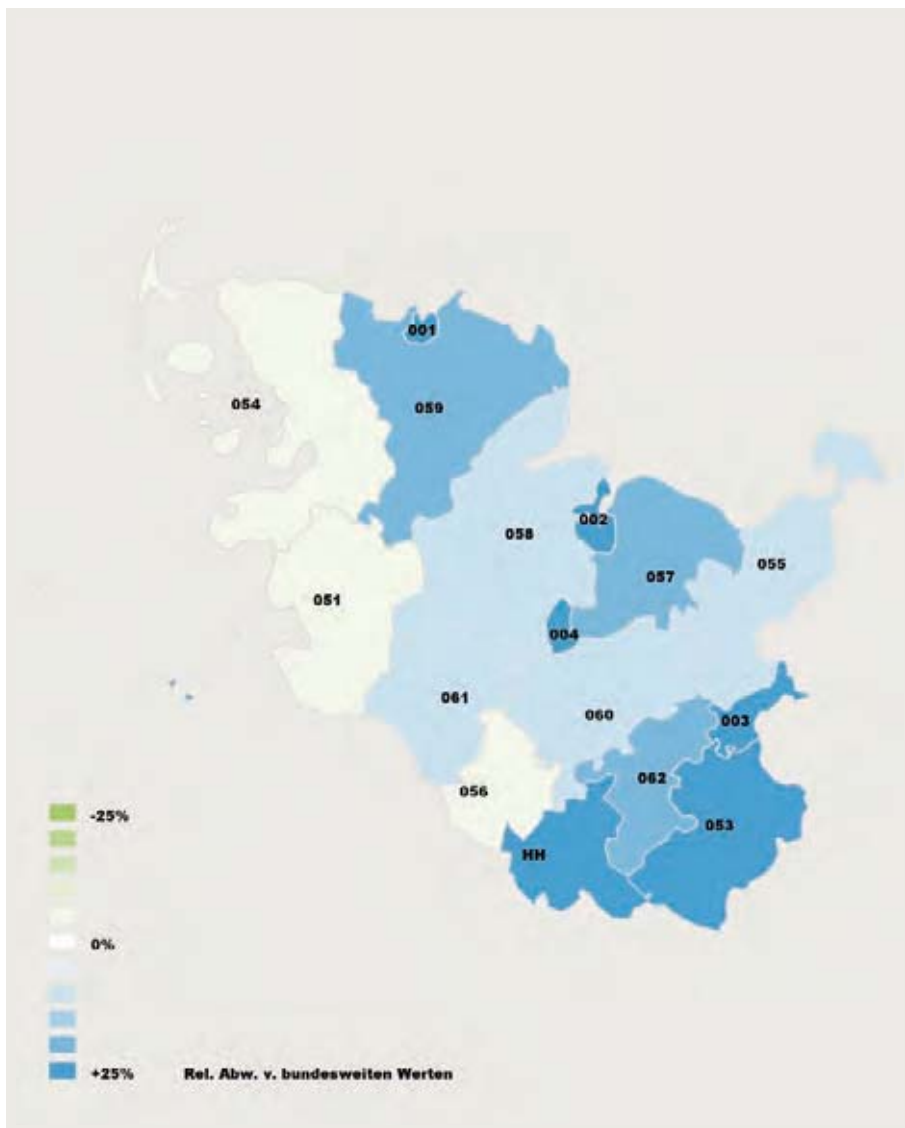


Abbildung 31 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2015, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen

Zifferangaben in der Abbildung: Kreisnummern ohne die führenden beiden Ziffern zur Bundeslandkennung (vgl. auch Tabelle 10 auf Seite 67 mit Kreisergebnissen).

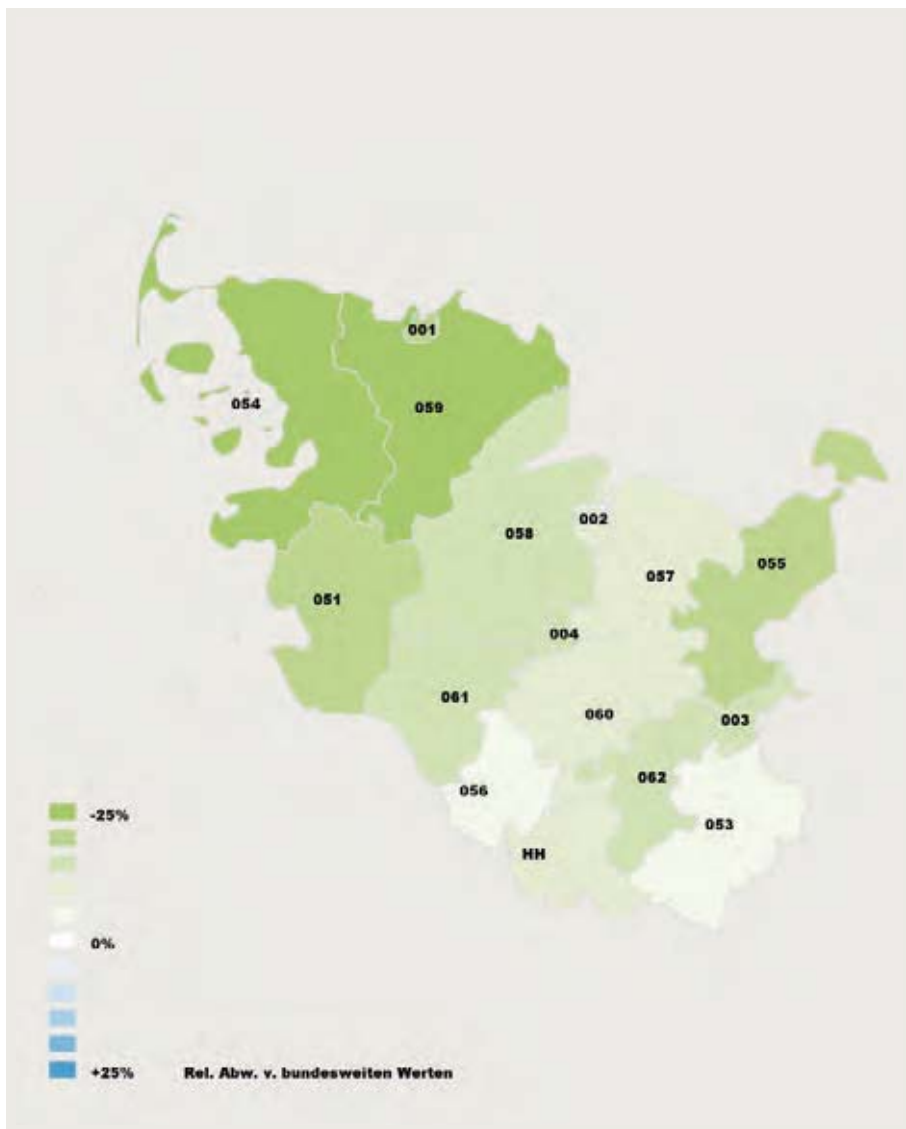


Abbildung 32 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2015, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems

Zifferangaben in der Abbildung: Kreisnummern ohne die führenden beiden Ziffern zur Bundeslandkennung (vgl. auch Tabelle 10 auf Seite 67 mit Kreisergebnissen).

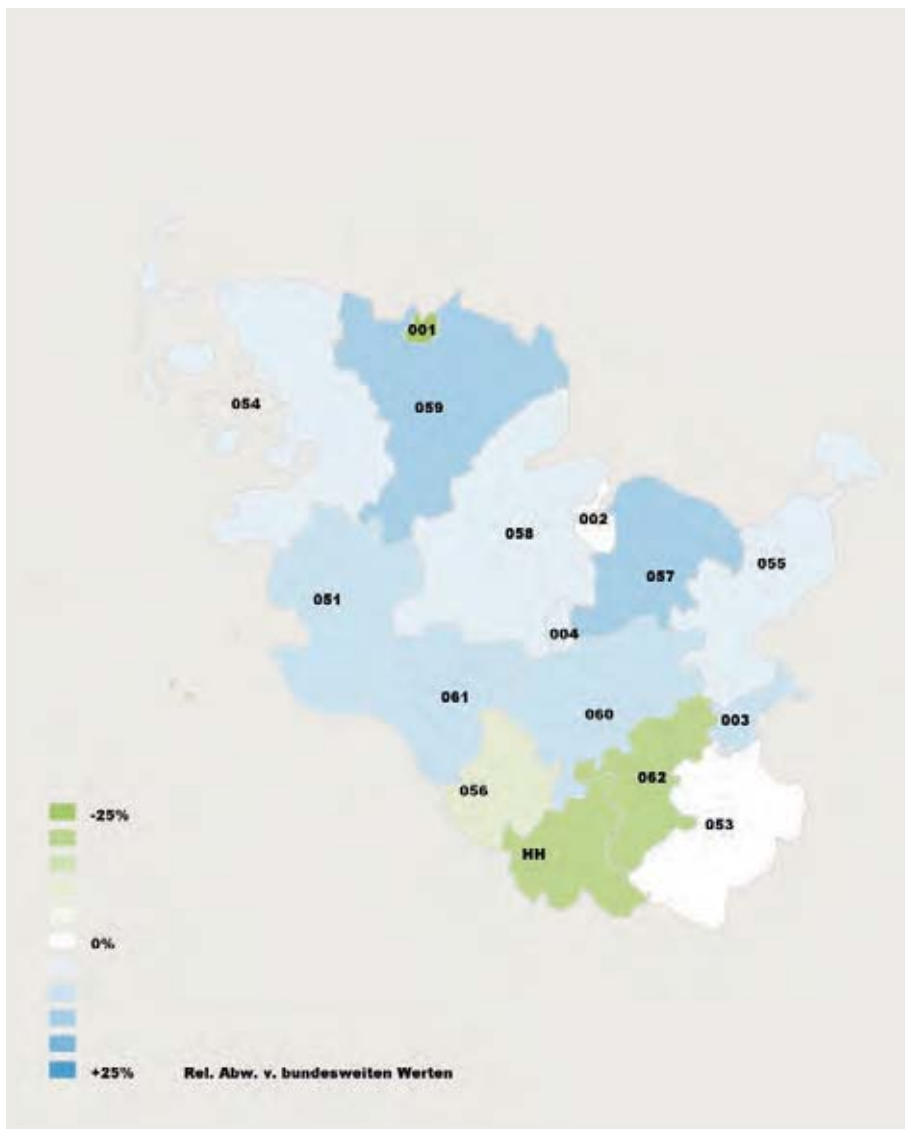


Abbildung 33 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2015, Kapitel XIX – Verletzungen

Zifferangaben in der Abbildung: Kreisnummern ohne die führenden beiden Ziffern zur Bundeslandkennung (vgl. auch Tabelle 10 auf Seite 67 mit Kreisergebnissen).

Tabelle 10 Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen nach Krankheitsarten 2015

Kreis 01...	Hamburg und Kreise in Schleswig-Holstein, Bezeichnung	V Psyche	X Atemwege	XIII Muskel-Skelett	XIX Verletzungen
001	Flensburg	61,1%	-20,5%	-8,0%	-25,1%
002	Kiel	26,6%	-9,5%	15,0%	-0,1%
003	Lübeck	26,9%	-12,6%	-3,6%	10,8%
004	Neumünster	66,7%	-16,1%	33,5%	4,8%
051	Dithmarschen	-7,3%	-17,9%	16,6%	9,6%
053	Herzogtum Lauenburg	24,5%	-3,3%	11,2%	0,0%
054	Nordfriesland	-4,2%	-23,8%	10,6%	3,2%
055	Ostholstein	12,4%	-21,0%	18,4%	2,8%
056	Pinneberg	-2,7%	-7,0%	-12,6%	-11,6%
057	Plön	22,3%	-10,7%	25,2%	14,7%
058	Rendsburg-Eckernförde	8,7%	-15,3%	3,6%	4,5%
059	Schleswig-Flensburg	18,4%	-23,7%	7,1%	17,1%
060	Segeberg	10,9%	-7,8%	-5,6%	12,0%
061	Steinburg	10,0%	-17,3%	-0,7%	9,9%
062	Stormarn	21,7%	-15,2%	-11,4%	-19,8%
HH	Hamburg	27,3%	-11,6%	-19,7%	-18,3%
AU-Tage je 100 VJ BUNDESWEIT		332	260	391	207

BARMER GEK 2015, 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. Auswertungen wohnortbezogen. 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 Erkrankungen und Gesundheitszustände in der ICD10 mehr als 200 unterschiedlichen Gruppen zuordnen, welche nach den zuvor dargestellten Diagnosekapiteln beziehungsweise Krankheitsarten eine nächste Differenzierungsebene bilden.

Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Diagnosegruppen

Tabelle 11 listet relevante Diagnosegruppen in einer Rangfolge im Hinblick auf ihre fallzahlbezogene Relevanz nach bundesweit ermittelten Ergebnissen zum Jahr 2015. 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 der ICD10 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 12 auf Seite 72. Gelistet werden Ergebnisse zu Fehlzeiten mit Zuordnung zu relevanten Diagnosegruppen aus dem Jahr 2015, wobei die Sortierung der Tabelle der Rangfolge der bundesweit zugeordneten Fehlzeiten folgt. Auf die gelisteten 20 Diagnosegruppen entfielen nach bundesweiten Ergebnissen 69 Prozent, also mehr als zwei Drittel aller 2015 erfassten Fehlzeiten.

- Nach bundesweiten Auswertungen von BARMER GEK-Daten lassen sich allein 10,0 Prozent der gemeldeten Arbeitsunfähigkeitszeiten „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ zuordnen. Statistisch gesehen war jede Erwerbsperson 2015 durchschnittlich 1,82 Tage mit entsprechenden Diagnosen krankgeschrieben.
- „Affektive Störungen“, die in einer Veränderung des Gefühlslebens vorrangig im Sinne von Depression bestehen, lassen sich für 9,0 Prozent der bundesweit gemeldeten Fehlzeiten beziehungsweise 160 AU-Tage je 100 VJ verantwortlich ma-

chen. Bei Frauen sind sie bundesweit für höhere Fehlzeiten als Rückenbeschwerden verantwortlich.

- „Neurotische, Belastungs- u. somatoforme Störungen“ sind mit 139 AU-Tagen je 100 VJ Ursache für 7,9 Prozent der bundesweit gemeldeten Fehlzeiten verantwortlich. Dabei sind die Fehlzeiten von Frauen mit entsprechenden Diagnosen fast doppelt so hoch wie die von Männern. Bundesweit entfielen bei Frauen auf diese Erkrankungsgruppe nach „Affektiven Störungen“ die zweitmeisten Fehltage.
- „Akute Infektionen der oberen Atemwege“, die im Wesentlichen normale Erkältungen umfassen, waren 2015 für 8,7 Prozent der bundesweit gemeldeten Fehlzeiten beziehungsweise 154 AU-Tage je 100 VJ verantwortlich.

Abbildung 34 auf Seite 70 stellt bundesweite und regionale Ergebnisse zu geschlechtsübergreifend ermittelten Fehlzeiten für relevante Diagnosegruppen grafisch gegenüber – Bezeichnungen der Gruppen können Tabelle 12 entnommen werden.

Die Fehlzeiten von Erwerbspersonen mit Wohnort in **Hamburg** unterschreiten bei einem überwiegenden Teil der relevanten Diagnosegruppen die bundesweit ermittelten Werte. Ausnahmen bilden insbesondere Fehlzeiten mit bestimmten psychischen Störungen, die in der ICD10-Kodierung allgemein durch ein vorangestelltes Zeichen „F“ gekennzeichnet sind.

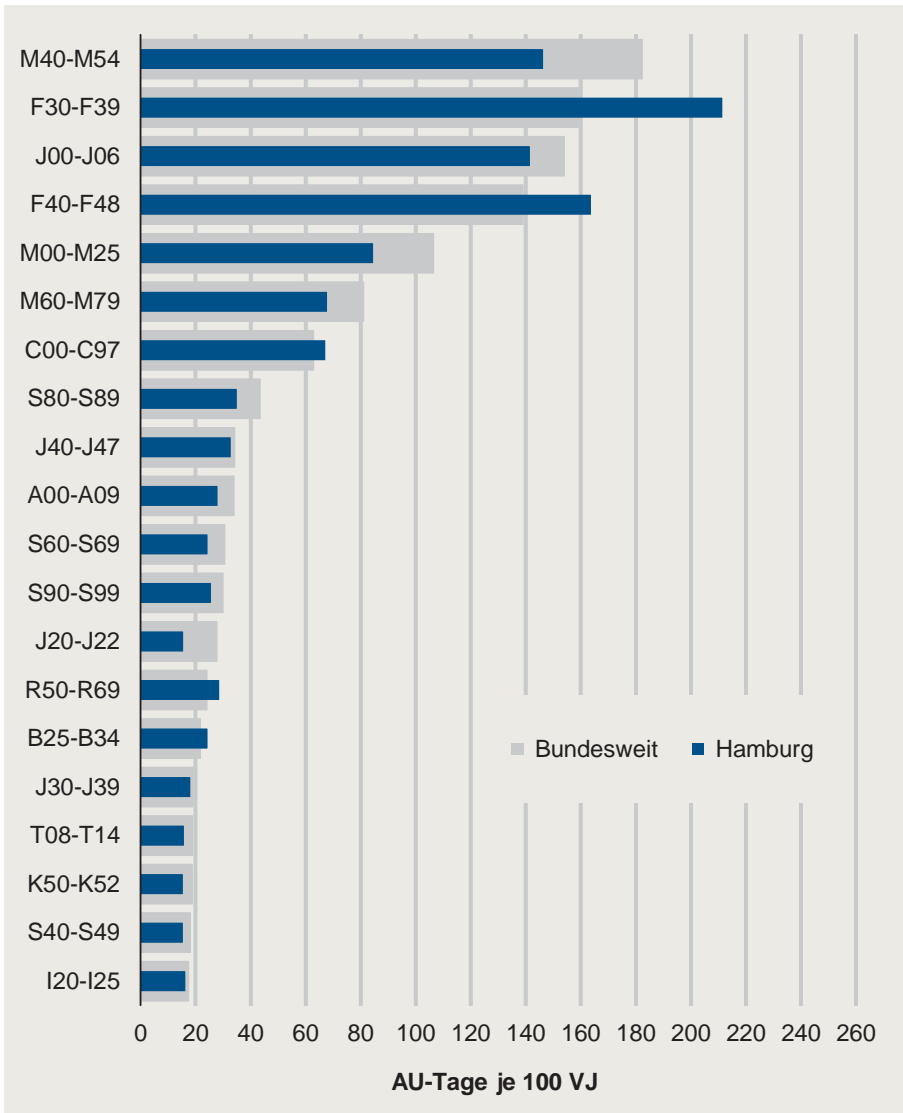


Abbildung 34 AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosegruppen regional und bundesweit 2015

Tabelle 11 Fallzahlrelevante Diagnosegruppen regional und bundesweit 2015

AU-Fälle je 100 VJ ICD10-Diagnosegruppe	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
J00-J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	22,7	29,6	25,9	23,9	29,7	26,6
M40-M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	9,0	7,4	8,3	10,7	8,9	9,9
A00-A09 Infektiöse Darmkrankheiten	6,3	6,6	6,4	7,7	7,8	7,8
K00-K14 Krankh. d. Mundhöhle, d. Speicheldrüsen und der Kiefer	3,9	4,6	4,2	5,1	5,6	5,3
F40-F48 Neurotische, Belastungs- u. somatoforme Störungen	3,4	6,6	4,9	3,1	6,1	4,5
J40-J47 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	3,5	4,3	3,8	4,0	4,5	4,2
J20-J22 Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	2,1	2,5	2,3	3,7	4,2	3,9
M60-M79 Krankheiten der Weichteilgewebe	3,5	3,3	3,4	4,1	3,6	3,8
B25-B34 Sonst. Viruskrankheiten	4,1	4,9	4,4	3,4	4,0	3,7
K50-K52 Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	2,9	2,8	2,9	3,5	3,5	3,5
M00-M25 Arthropathien	2,8	2,6	2,7	3,8	2,9	3,4
R50-R69 Allgemeinsymptome	2,6	3,5	3,0	2,3	3,0	2,6
R10-R19 Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	1,7	3,1	2,3	1,9	3,3	2,5
J30-J39 Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	2,0	3,1	2,5	2,0	2,9	2,4
K20-K31 Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	1,8	2,3	2,0	2,0	2,5	2,2
G40-G47 Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	1,5	2,7	2,0	1,6	2,9	2,2
F30-F39 Affektive Störungen	1,7	2,9	2,2	1,6	2,6	2,1
J09-J18 Grippe und Pneumonie	0,9	1,1	1,0	1,6	1,7	1,6
S90-S99 Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	1,6	1,2	1,4	1,8	1,3	1,6
T08-T14 Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten	1,6	1,0	1,4	1,9	1,2	1,6
Gesamt	109,1	131,4	119,4	122,8	140,2	130,8

BARMER GEK 2015, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle 12 Fehlzeitenrelevante Diagnosegruppen regional und bundesweit 2015

AU-Tage je 100 VJ ICD10-Diagnosegruppe	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
M40-M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	157	134	146	193	169	182
F30-F39 Affektive Störungen	150	283	211	128	198	160
J00-J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	122	165	141	136	176	154
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	127	206	164	101	184	139
M00-M25 Arthropathien	81	88	84	111	102	107
M60-M79 Krankheiten der Weichteilgewebe	70	66	68	84	78	81
C00-C97 Bösartige Neubildungen	59	77	67	49	80	63
S80-S89 Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	38	31	35	52	34	44
J40-J47 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	31	35	33	32	37	34
A00-A09 Infektiöse Darmkrankheiten	27	29	28	34	35	34
S60-S69 Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	31	16	24	43	17	31
S90-S99 Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	29	22	25	34	25	30
J20-J22 Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	14	18	15	26	30	28
R50-R69 Allgemeinsymptome	21	37	28	21	28	24
B25-B34 Sonstige Viruskrankheiten	22	27	24	20	24	22
J30-J39 Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	14	22	18	17	22	19
T08-T14 Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten	19	11	16	24	14	19
K50-K52 Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	15	16	15	18	19	19
S40-S49 Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	19	11	15	24	12	18
I20-I25 Ischämische Herzkrankheiten	26	5	16	27	6	18
Gesamt	1.535	1.797	1.656	1.692	1.863	1.771

BARMER GEK 2015, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Ergebnisse zu ausgewählten Einzeldiagnosen

Einzelne Erkrankungen im üblichen Sprachsinne 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 13 listet Diagnosen sortiert in der Rangfolge im Hinblick auf ihre fallzahlbezogene Relevanz nach bundesweit ermittelten Ergebnissen zum Jahr 2015. Den dargestellten 20 häufigsten von insgesamt mehr als 1.600 Diagnosen waren bei bundesweiten Auswertungen mit 53,9 Prozent gut die Hälfte aller Arbeitsunfähigkeitsfälle zuzuordnen. Bei einem überwiegenden Teil der Diagnosen handelt es sich um akute Erkrankungen und Beschwerden.

Fehlzeiten nach Einzeldiagnosen

Eine Zuordnung von Fehlzeiten zu anteilig relevanten Einzeldiagnosen findet sich in Tabelle 14 auf Seite 77. Gelistet werden Ergebnisse zu relevanten Diagnosen aus dem Jahr 2015, wobei hier die Sortierung der Tabelle in der Rangfolge der bundesweit zugeordneten Fehlzeiten erfolgte. Auf die gelisteten 20 dreistelligen Diagnosen entfielen nach bundesweiten Ergebnissen 44,0 Prozent aller 2015 erfassten Fehlzeiten.

- **„Rückenschmerzen“ (ICD10: M54)** belegten hinsichtlich der zugeordneten Fehlzeiten mit einem Anteil von 5,7 Prozent bei bundesweiten Auswertungen im Jahr 2015 lediglich den dritten Rang. Im Vorjahr hatten sie noch den ersten Rang belegt. Jede Erwerbsperson war 2015, statistisch betrachtet, im Mittel genau einen Tag unter dieser Diagnose krankgeschrieben. Männer waren in größerem Umfang als Frauen betroffen.
- Auf die Diagnose **„Depressive Episoden“ (ICD10: F32)** entfielen nach geschlechtsübergreifenden Auswertungen bundesweiter Daten der BARMER GEK 6,2 Prozent aller Fehlzeiten. Gemeinsam mit der Diagnose **„Rezidivierende depressive Störungen“ (ICD10: F33)**, auf die 2,5 Prozent der Fehlzeiten entfielen, erfassen sie das Erkrankungsbild von Depressionen, dem damit insgesamt 8,7 Prozent der gemeldeten Fehlzeiten direkt zugeordnet werden können.

- Die häufigste Diagnose von Krankschreibungen „**Akute Infektionen der oberen Atemwege**“ (ICD10: J06) war 2015 für 6,3 Prozent der Fehlzeiten und damit für mehr Fehlzeiten als alle anderen dreistelligen Diagnosen verantwortlich.
- Eine verhältnismäßig hohe Relevanz für die Fehlzeiten besitzen aus dem Diagnoseseptel „Psychische und Verhaltensstörungen“ neben den beiden bereits genannten Depressionsdiagnosen noch die dreistelligen Diagnosen „Reaktionen auf schwere Belastungen“ (ICD10: F43; Anteil 3,4%), „Andere neurotische Störungen“ (ICD10: F48; Anteil 1,8%), „Somatoforme Störungen“ (ICD10: F45; Anteil 1,3%) sowie „Andere Angststörungen“ (ICD10: F41; Anteil 1,2%).
- Fehlzeitenrelevant waren ansonsten vorrangig eine Reihe weiterer Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie Verletzungen.
- Als einzige Neubildungsdiagnose zählte bei einer Differenzierung auf dreistelliger Ebene „Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]“ 2015 zu den zwanzig Diagnoseschlüsseln mit den (geschlechtsübergreifend) meisten Fehlzeiten. Unter Frauen belegt die Diagnose mit 42 AU-Tagen je 100 VJ hinsichtlich der erfassten Fehlzeiten den siebten Rang.

Abbildung 35 auf Seite 75 stellt bundesweite und regionale Ergebnisse zu Fehlzeiten für relevante dreistellige Diagnosen grafisch gegenüber – Bezeichnungen der Diagnosen können in diesem Fall Tabelle 14 auf Seite 77 entnommen werden.

Die Fehlzeiten von Erwerbspersonen mit Wohnort in **Hamburg** unterschreiten bei einigen der relevanten Diagnosen auf dreistelliger Ebene die bundesweit ermittelten Werte. Sehr auffällig sind aber auch die durchgängig höheren Werte bei relevanten Diagnosen aus der Gruppe der psychischen Störungen, also bei den mit „F“ beginnenden Schlüsselnummern. Eine große Bedeutung kommt dabei Diagnosen von Depressionen im Sinne der ICD10-Diagnose „Depressive Episode“ (F32) zu.

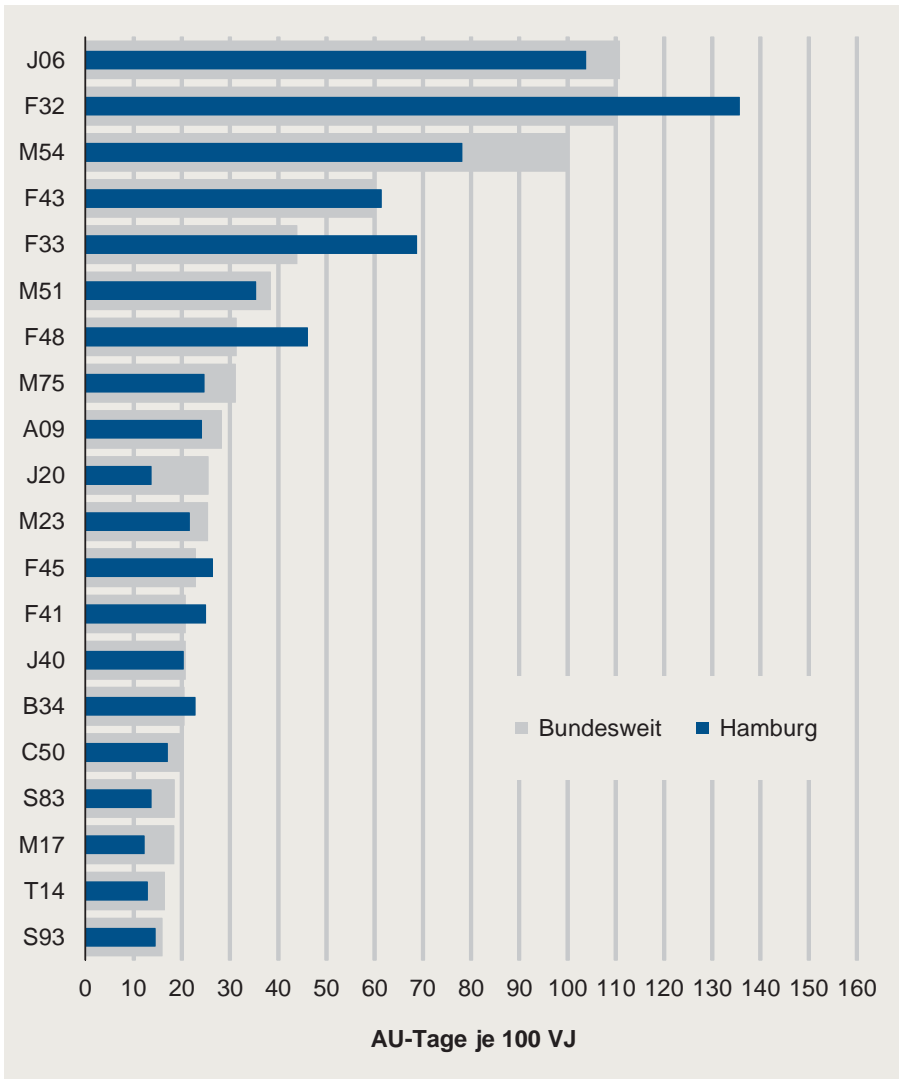


Abbildung 35 AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosen regional und bundesweit 2015

Tabelle 13 Fallzahlrelevante Diagnosen regional und bundesweit 2015

AU-Fälle je 100 VJ ICD10-Diagnose	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	17,3	21,0	19,0	17,8	20,6	19,1
M54 Rückenschmerzen	6,9	5,5	6,3	8,1	6,4	7,4
A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	5,4	5,9	5,6	6,5	6,6	6,6
K08 Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	3,4	3,9	3,6	4,7	5,0	4,8
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	3,9	4,7	4,3	3,3	3,8	3,5
J20 Akute Bronchitis	1,8	2,2	2,0	3,3	3,8	3,5
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	2,6	2,6	2,6	3,1	3,2	3,2
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	2,5	3,1	2,8	2,8	3,2	3,0
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1,5	2,9	2,1	1,5	3,0	2,2
J03 Akute Tonsillitis	1,2	1,8	1,5	1,5	2,1	1,8
J01 Akute Sinusitis	1,0	1,9	1,4	1,3	2,2	1,8
R10 Bauch- und Beckenschmerzen	1,2	2,2	1,6	1,2	2,4	1,7
J32 Chronische Sinusitis	1,2	2,2	1,7	1,3	2,1	1,7
K29 Gastritis und Duodenitis	1,2	1,8	1,5	1,5	1,9	1,7
J02 Akute Pharyngitis	1,1	1,8	1,4	1,4	1,9	1,6
F32 Depressive Episode	1,2	2,1	1,6	1,2	1,9	1,5
J00 Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	1,8	2,0	1,9	1,3	1,6	1,4
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	1,4	0,9	1,1	1,7	1,0	1,4
G43 Migräne	0,6	1,9	1,2	0,7	2,2	1,4
J98 Sonstige Krankheiten der Atemwege	1,9	2,2	2,0	1,1	1,4	1,2
Gesamt	109,1	131,4	119,4	122,8	140,2	130,8

BARMER GEK 2015, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle 14 Fehlzeitenrelevante Diagnosen regional und bundesweit 2015

AU-Tage je 100 VJ ICD10-Diagnose	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	93	117	104	101	122	111
F32 Depressive Episode	94	185	136	89	134	110
M54 Rückenschmerzen	84	71	78	110	89	100
F43 Reaktionen auf schwere Belast. und Anpassungsstörungen	43	83	61	42	80	60
F33 Rezidivierende depressive Störung	52	88	69	33	56	44
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	38	33	35	41	35	38
F48 Andere neurot. Störungen	37	57	46	21	43	31
M75 Schulterläsionen	26	23	25	34	28	31
A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	23	25	24	28	29	28
J20 Akute Bronchitis	12	16	14	24	28	26
M23 Binnenschädigung des Kniegelenkes	23	20	22	30	20	25
F45 Somatoforme Störungen	21	33	26	17	30	23
F41 Andere Angststörungen	20	31	25	16	26	21
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	19	22	20	19	23	21
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	20	26	23	19	23	21
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	1	36	17	0	42	20
S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	15	12	14	23	13	19
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	11	14	12	20	17	18
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	16	10	13	21	11	16
S93 Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	16	13	15	18	14	16
Gesamt	1.535	1.797	1.656	1.692	1.863	1.771

BARMER GEK 2015, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Berufseinstieg und Gesundheit

Der diesjährige Schwerpunkt des Gesundheitsreportes befasst sich mit der Gesundheit von Versicherten in Altersgruppen, in denen typischerweise die Schulzeit endet und eine berufliche Ausbildung oder ein Studium sowie der Einstieg in das Berufsleben erfolgt. Dargestellt werden Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation von unterschiedlichen Versichertengruppen aus einer entsprechenden Altersspanne. Damit soll der Frage nachgegangen werden, inwiefern sich Hinweise auf spezifische gesundheitliche Belastungen in Übergangsphasen zwischen Schule, Studium und Beruf identifizieren lassen.

Datengrundlage – Versichertengruppen

Die BARMER GEK versichert, wie alle gesetzliche Krankenversicherungen, Menschen aus allen Altersgruppen. In unterschiedlichen Lebensphasen sind dabei unterschiedliche Versicherungsverhältnisse typisch, die unter anderem auch einen Einfluss darauf haben, welche Informationen zu den Versicherten für die Krankenkasse relevant sind und entsprechend erfasst werden.

Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres werden Kinder von Eltern mit Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung typischerweise unentgeltlich über einen Elternteil im Rahmen der **Familienversicherung** mitversichert, sofern sie nicht selbst bereits über ein regelmäßiges relevantes Einkommen verfügen. Familienversichert sind in der gesetzlichen Krankenversicherung in späteren Lebensabschnitten zudem auch Ehepartner ohne ein beitragsrelevantes Einkommen.

Die Familienversicherung kann bei Schülern und Studierenden über das 18. Lebensjahr hinaus bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres fortbestehen, wobei der Krankenkasse ein Schul- bzw. Studienstatus regelmäßig bestätigt werden muss. Insofern liegen den Krankenkassen auch Informationen zu **familienversicherten Studierenden** vor. Ab dem 25. Geburtstag müssen sich Studierende dann typischerweise in der sogenannten „Krankenversicherung der Studenten“ (**KVdS**) versichern und werden damit selbst beitragspflichtiges Mitglied einer Krankenkasse. Da für die KVdS besondere Beitragssätze gelten, sind in den Daten der Kasse auch entsprechend versicherte Studierende identifizierbar.

Häufig bereits auch vor Vollendung des 18. Lebensjahres sind diejenigen Jugendlichen eigenständige Mitglieder einer Krankenkasse, die nach der Schulzeit eine berufliche Ausbildung bzw. Lehre beginnen und dann eine Ausbildungsvergütung erhal-

ten. Da diese Azubis bereits, wie andere sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, im Krankheitsfall Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen abgeben müssen und bei langfristigen Erkrankungen einen Anspruch auf Krankengeldzahlungen haben, werden sie, im Gegensatz zu den vorausgehend genannten Gruppen, auch bei den routinemäßigen Auswertungen im Rahmen des Gesundheitsreportes berücksichtigt. Grundsätzlich wird bei einer Meldung der Arbeitgeber an die Sozialversicherungen ggf. auch der Status als Auszubildender mitgeteilt – für die vorliegenden Auswertungen war dieses Merkmal jedoch nicht verfügbar, weshalb hier auf Basis des Tätigkeitsschlüssels lediglich eine Abgrenzung von **Beschäftigten ohne Abschluss einer Berufsausbildung** vorgenommen werden konnte. Da ein beruflicher Ausbildungsabschluss in den Daten zum Teil auch als „unbekannt“ angegeben wird sowie gelegentlich gänzlich fehlt, dürfte der reale Anteil der Beschäftigten ohne beruflichen Ausbildungsabschluss mit den nachfolgend berichteten Werten eher unterschätzt werden.

Ab einem Alter von etwa 25 Jahren bilden die gleichfalls standardmäßig im Gesundheitsreport betrachteten **sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Ausbildungsabschluss** den überwiegenden Anteil der Versicherten der Krankenkasse. Ein aktuell relativ kleiner Anteil der Versicherten, der sich in den Daten abgrenzen lässt und auch routinemäßig bei Auswertungen zum Gesundheitsreport berücksichtigt wird, erhält **Arbeitslosengeld I**. Neben den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bilden **anderweitige Berufstätige**, wie beispielsweise Selbstständige und Künstler, die nicht im Rahmen der Routineauswertungen zum Gesundheitsreport berücksichtigt werden, typischerweise einen verhältnismäßig kleinen Anteil der Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung. Neben den bereits genannten Gruppen lassen sich in den Daten zudem Bezieher von Arbeitslosengeld II nach **SGB II** (in den nachfolgenden Darstellungen inklusive einer kleineren Gruppe von Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe) sowie einige weitere Gruppen abgrenzen.

Einen umfassenden Überblick zur anteiligen Bedeutung von Versichertengruppen in einzelnen Altersjahrgängen für die Altersgruppen von 15 bis 34 Jahre gibt Abbildung 36. Der Darstellung liegen Daten zu $n=1.962.806$ Versicherten zugrunde, die am 31.12.2014 bei der BARMER GEK versichert waren. In den einzelnen Altersjahrgängen waren es jeweils mehr als 80.000 Versicherte. Die im Gesundheitsreport routinemäßig berücksichtigten Gruppen im Sinne von Erwerbspersonen sind in der Legende der Abbildung durch ein nachgestelltes **(EP)** gekennzeichnet. Zusätzlich zu bereits genannten Gruppen werden in der Abbildung auch Absolventen eines freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahres inklusive von Absolventen des Bundesfreiwilligendienstes abgegrenzt, die insbesondere um das 19. Lebensjahr herum eine relevante Subgruppe bilden.

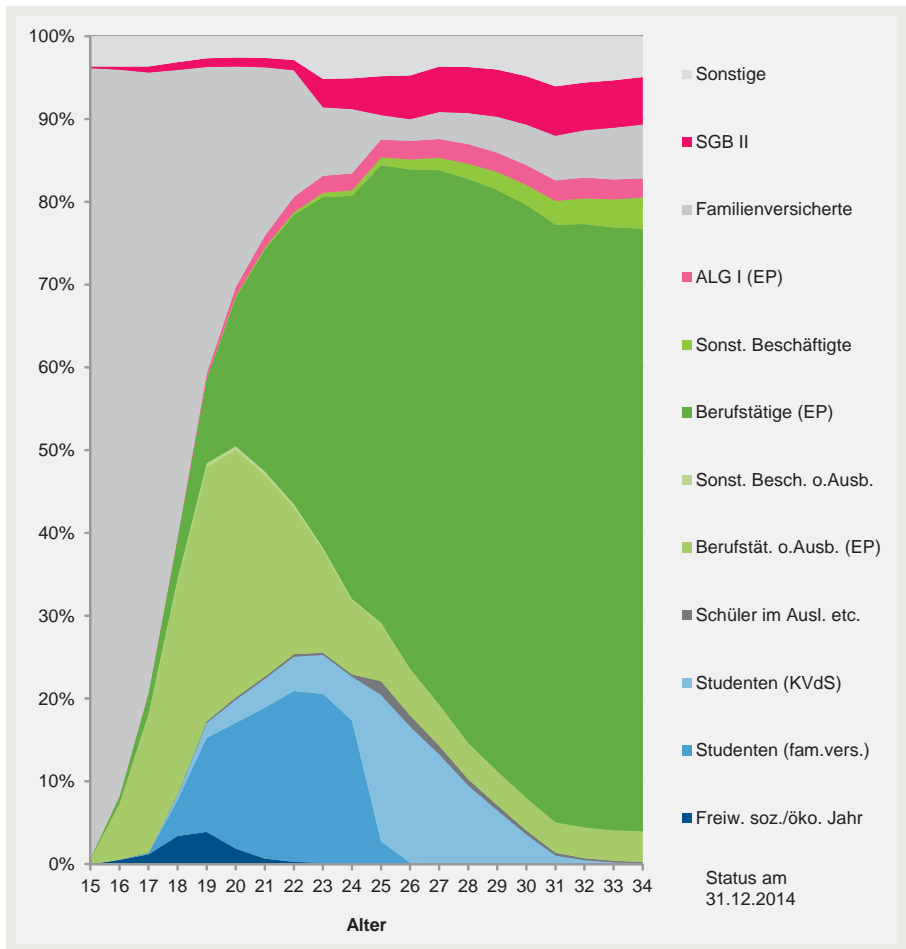


Abbildung 36 Versichertengruppen in einzelnen Altersjahrgängen am 31.12.2014

Verteilung von Versichertengruppen in einzelnen Altersjahrgängen

Aus der jüngsten in Abbildung 36 dargestellten Altersgruppe der 15-Jährigen waren mehr als 95 Prozent aller Versicherten familienversichert, wobei es sich hierbei nahezu ausschließlich um Schüler handeln dürfte. Anderweitige „Sonstige“ Versicherungsverhältnisse können in dieser Altersgruppe u.a. beispielsweise aus dem Bezug einer Waisenrente resultieren.

In den nächsthöheren Altersgruppen steigt zunächst insbesondere der Anteil der Beschäftigten ohne Ausbildungsabschluss, bei dem es sich vorrangig um Auszubilden-

de handelt und der in der Altersgruppe der 19-Jährigen mit gut 30 Prozent einen maximalen Anteil an allen Versicherten eines Altersjahrgangs erreicht. Auch der Anteil der Versicherten im freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahr liegt altersabhängig mit knapp 4 Prozent in der Gruppe der 19-Jährigen am höchsten.

Dem Status eines Studierenden sind relevante Anteile der Versicherten in den Altersgruppen zwischen 18 und 30 Jahren zuzuordnen, wobei ein maximaler Anteil von gut 25 Prozent im Alter von 23 Jahren erreicht wird. In dieser Zuordnung nicht enthalten und vorrangig den Berufstätigen ohne Ausbildungsabschluss zugeordnet sein dürften Studierende in dualen Studiengängen.

Bis zum Alter von 24 Jahren ist ein weit überwiegender Teil der Studierenden familienversicherten, ab einem Alter von 25 Jahren sind Studierende in der Regel eigenständig versichert, nur bei einem kleineren Teil der Studierenden verlängert sich die Möglichkeit zur Familienversicherung durch einen zuvor geleisteten Wehr- oder Ersatzdienst (vergleichbares gilt seit Juli 2011 auch für das freiwillige soziale Jahr und ähnliche Dienste). Nicht mit den vorliegenden Daten identifiziert werden können vornehmlich ältere Studierende, die über ihren Ehepartner familienversichert sind und dies auch in höherem Alter noch sein können.

Ab einem Alter von 21 Jahren sind mehr als die Hälfte der Versicherten den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zuzuordnen (Anteil inklusive Beschäftigte ohne Ausbildungsabschluss), ab einem Alter von 30 Jahren sind es mehr als 75 Prozent. Im Alter von 30 Jahren hat auch ein weit überwiegender Teil der Studierenden das Studium abgeschlossen, zumindest ein erster Einstieg in das Berufsleben liegt für die meisten Menschen bereits in der Vergangenheit.

Unterschiede zwischen Männern und Frauen

Separate Auswertungen zu Männern und Frauen zeigen eher moderate Unterschiede bezüglich der altersabhängigen Verteilung der unterschiedlichen Versicherungsverhältnisse (vgl. Abbildung 37 und Abbildung 38 auf den folgenden Seiten). Ab einem Alter von 26 Jahren beginnt sich der Anteil der Familienversicherten bei Frauen mit ansteigendem Alter wieder zu vergrößern, wohingegen er bei Männern auf einem sehr niedrigen Niveau unterhalb von zwei Prozent verharret. Überwiegend verantwortlich hierfür dürfte eine vergleichsweise häufigere Berufsaufgabe von verheirateten Frauen im Zusammenhang mit der Erziehung der eigenen Kinder sein.

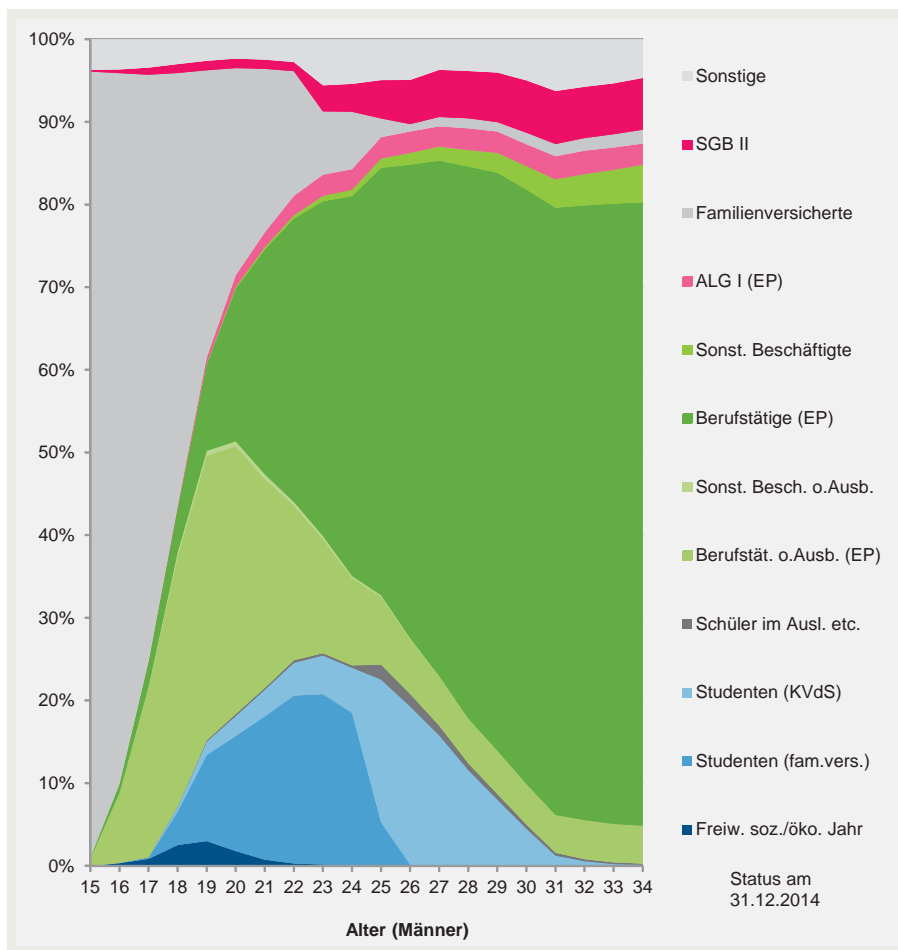


Abbildung 37 Versichertengruppen in einzelnen Altersjahrgängen am 31.12.2014 - Männer

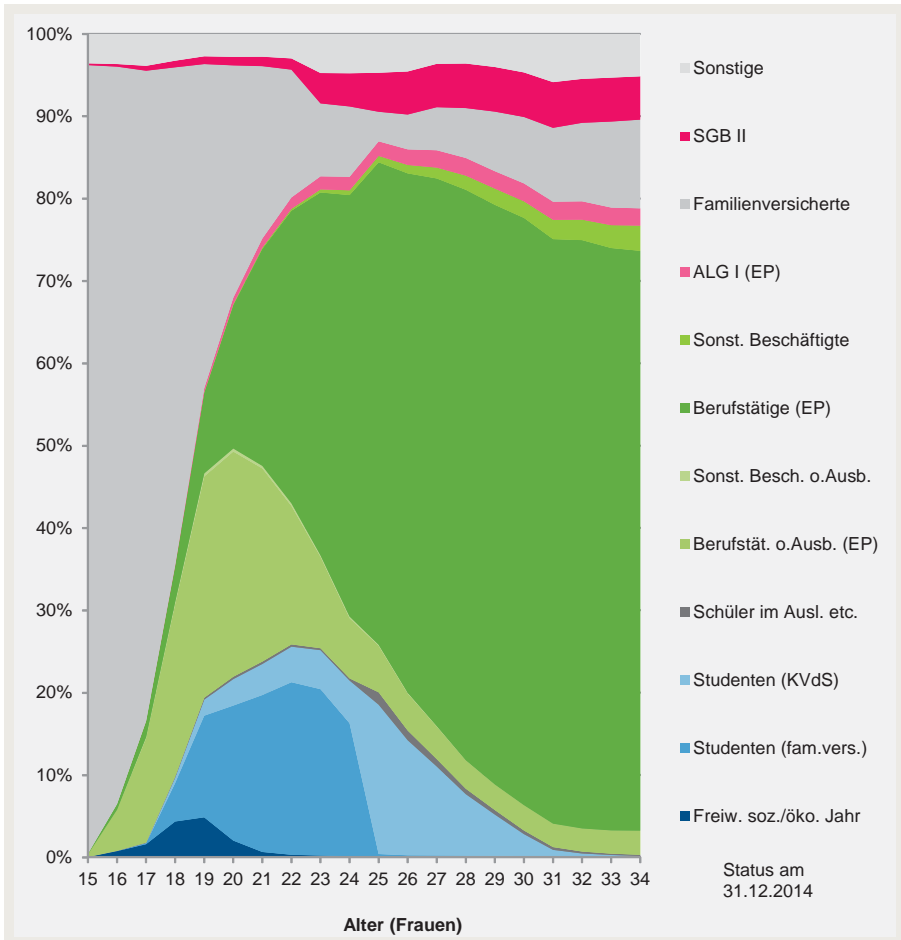


Abbildung 38 Versichertengruppen in einzelnen Altersjahrgängen am 31.12.2014 - Frauen

Gesundheitliche Situation – betrachtete Gruppen und Auswertungsmethoden

In den nachfolgenden Abschnitten des Schwerpunktes soll die **gesundheitliche Situation im zeitlichen Umfeld eines Berufseinstiegs** betrachtet werden. Dieser findet – abhängig vom angestrebten Beruf und der außerberuflichen Ausbildung – individuell zu unterschiedlichen Zeitpunkten und dabei aber weit überwiegend im Alter **zwischen 16 und 30 Jahren** statt, weshalb sich die nachfolgenden Auswertungen auf entsprechend junge Altersgruppen beschränken. Die genannte Altersspanne lässt sich grob in drei unterschiedliche Phasen aufteilen.

- Im Alter **zwischen 16 und 20 Jahren** verlässt ein weit überwiegender Teil der Jugendlichen die Schule. Viele beginnen in diesem Alter eine berufliche Ausbildung, ein anderer Teil beginnt ein Studium. Es lassen sich in diesem Alter drei maßgebliche Gruppen differenzieren, nämlich Familienversicherte (überwiegend Schüler), Auszubildende beziehungsweise Berufstätige noch ohne Ausbildungsabschluss sowie junge Studierende.
- Im Alter **zwischen 21 und 25 Jahren** nimmt die Zahl der Studierenden zunächst noch zu. Berufliche Ausbildungen sind oder werden typischerweise abgeschlossen, es findet somit ein Übergang in die reguläre Berufstätigkeit statt. Der Anteil der regulär Berufstätigen steigt damit erheblich. Wesentliche Teile der Versicherten lassen sich in dieser Altersgruppe den Studierenden sowie den Berufstätigen zuordnen, wobei letztere innerhalb der Altersspanne zunehmend bereits mit abgeschlossener Berufsausbildung beschäftigt sind.
- Im Alter **zwischen 26 und 30 Jahren** endet für viele Studierende das Studium und mündet in einen Berufseinstieg, womit der Anteil der regulär Beschäftigten nochmals weiter steigt.

Ziel der nachfolgend dargestellten Auswertungen ist es, die gesundheitliche Situation in der zuvor umrissenen typischen Altersspanne eines Berufseinstiegs zu beschreiben. Dabei sollen zum einen altersabhängige Veränderungen der Gesundheit beschrieben werden, zum anderen sollen ggf. vorhandene Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Subgruppen von Versicherten identifiziert und beschrieben werden (insbesondere Schüler, Studierende und Berufstätige).

Da Arbeitsunfähigkeiten regelmäßig nur zu Erwerbspersonen gemeldet werden, eignen sie sich nicht zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation von anderen Gruppen wie beispielsweise von Studierenden. Insofern wird nachfolgend vorrangig auf Informationen zu Erkrankungen beziehungsweise Gesundheitszuständen aus Daten zur allgemeinen ambulanten und stationären Versorgung zurückgegriffen.

Vergleiche innerhalb einzelner 5-Jahres-Altersgruppen

Zwangsläufig können nicht alle Informationen zur Gesundheit in Subgruppen der Versicherten für alle einzelnen Altersjahrgänge dargestellt werden. Innerhalb von Altersgruppen, beispielsweise bei den 16 bis 20-Jährigen, unterscheidet sich die Altersstruktur in den einzelnen Subgruppen jedoch zum Teil erheblich und kann einen maßgeblichen Einfluss auf Subgruppenergebnisse haben. Während beispielsweise 16-Jährige unter Schülern die stärkste Altersgruppe bilden, bilden sie bei den Studierenden eine extreme Minderheit – gesundheitliche Probleme, die vorrangig 16-Jährige betreffen, wären allein bedingt durch die Altersstruktur regelmäßig bei Schülern, jedoch kaum bei Studierenden zu erwarten, selbst wenn man sich bei der Auswertung auf die 16- bis 20-Jährigen beschränkt.

Um diesem Problem Rechnung zu tragen, wurden bei detaillierteren Gegenüberstellungen von Subgruppenergebnissen indirekt geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse unter Berücksichtigung von Ergebnissen aus 1-Jahres-Altersgruppen berechnet und zudem die ggf. beobachteten Abweichungen von Gesamtergebnissen hinsichtlich ihrer statistischen Signifikanz geprüft. Berechnet wurden dabei relative Abweichungen der real in einer Subgruppe beobachteten Erkrankungshäufigkeiten von Erkrankungshäufigkeiten, die aufgrund der spezifischen Geschlechts- und Altersstruktur ohne eine anderweitige Selektion in der jeweils betrachteten Gesamtpopulation der Versicherten aus einer 5-Jahres-Altersgruppe zu erwarten wären (vgl. auch Methodenhinweise auf Seite 214).

Abweichungen der Subgruppenwerte von Erwartungswerten werden nachfolgend auch in fünf Kategorien berichtet, wobei „++“ für eine mindestens 25%ige und „+“ für eine mindestens 5%ige Überschreitung stehen, „--“ und „-“ für entsprechende Unterschreitungen. Waren die beobachteten Abweichungen von Erwartungswerten nicht auf dem 5%-Niveau signifikant, werden die entsprechenden Symbole in Klammern berichtet. Abweichungen von weniger als 5% werden durch ein „=“ gekennzeichnet.

Häufigkeit von Erkrankungen im jungen Erwerbsalter

Der nachfolgende Abschnitt liefert eine erste und systematisch gegliederte Übersicht zur Häufigkeit von Diagnosen bei Menschen im jungen Erwerbsalter zwischen 16 und 30 Jahren. Betrachtet wurden jüngere Menschen, die familienversichert und damit in der Regel noch Schüler waren, die als Studierende gemeldet waren oder die, ggf. auch als Auszubildende, bereits einer Berufstätigkeit nachgingen. Betrachtet wurden Diagnosen aus der allgemeinen ambulanten und stationären Versorgung, die zu entsprechenden Versicherten innerhalb eines Jahres erfasst und an die Krankenkasse gemeldet wurden.

Arbeitsunfähigkeitsmeldungen umfassen nur einen kleineren Teil der Informationen zu Diagnosen, welche in den Daten bei Krankenkassen zu den Versicherten vorliegen. Zudem betreffen Arbeitsunfähigkeitsmeldungen ausschließlich Erwerbspersonen – über die Gesundheit von Schülern und Studierenden können sie entsprechend keine Auskunft geben. Vor diesem Hintergrund wurden für die nachfolgend dargestellten Auswertungen sowohl Informationen zu Diagnosen aus der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung als auch zu Diagnosen von Krankenhausbehandlungen versichertenbezogen zusammengestellt und ausgewertet. Entsprechende Daten stehen den Krankenkassen erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung zur Verfügung, so dass die hier dargestellten Ergebnisse auf Daten aus dem Jahr 2014 basieren.

Betrachtet wurden Diagnosehäufigkeiten bei denjenigen Versicherten im Alter zwischen 16 und 30 Jahren, die sowohl zu Beginn als auch zu Ende des Jahres 2014 noch nachweislich bei der BARMER GEK versichert waren, im Inland wohnten und zu Jahresende familienversichert waren ($n = 302.143$, vorrangig Schüler), als Studierende erfasst waren ($n = 190.832$, sowohl familien- als auch eigenständig versichert) oder bereits sozialversicherungspflichtig berufstätig waren ($n = 738.077$, inklusive Auszubildende). Insgesamt konnten somit Daten zu $n = 1.231.052$ Menschen im jüngeren Erwerbsalter berücksichtigt werden.

Berichtet werden in der nachfolgenden Tabelle 15 zunächst Diagnoseraten zur Gesamtgruppe der Personen im jüngeren Erwerbsalter sowie Diagnoseraten zu den drei Subgruppen von Personen im Alter zwischen 16 und 20, 21 und 25 sowie 26 und 30 Jahren. Dargestellt werden Ergebnisse vorrangig zu häufig erfassten Diagnosen auf unterschiedlichen Ebenen der ICD10-Klassifikation. Die Reihenfolge der Diagnosen

in dieser Tabelle orientiert sich strikt an der Systematik der ICD10-Klassifikation. Ergebnisse zu übergeordneten **Diagnosekapiteln** bzw. Krankheitsarten sind blau unterlegt (Ebene **E=1**), zu **Diagnosegruppen** beige (**E=2**). Häufigkeiten zu jeweils untergeordneten **3-stelligen ICD10-Diagnosen** werden in der Tabelle ggf. weiß hinterlegt (**E=3**). Die hier dargestellten Ergebnisse wurden in der Regel geschlechtsübergreifend ermittelt. Lediglich bei Erkrankungen, welche ausschließlich ein Geschlecht betreffen, werden geschlechtsspezifische Werte berichtet (vgl. Diagnose-Codes mit nachgestelltem *).

Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten betreffen innerhalb eines Jahres – gemessen an den in Daten erfassten Diagnosen – knapp ein Drittel der hier betrachteten Menschen im jungen Erwerbsalter. Am häufigsten werden dabei infektiöse Darmerkrankungen erfasst.

Neubildungen wurden 2014 bei gut zehn Prozent der Menschen im jungen Erwerbsalter dokumentiert, wobei bereits innerhalb der hier betrachteten Altersspanne mit steigendem Alter eine Zunahme der Diagnoserate festzustellen ist. **Bösartige Neubildungen** („Krebserkrankungen“) sind im jungen Erwerbsalter erwartungsgemäß insgesamt selten. Noch vergleichsweise häufig, nämlich bei etwa 0,2 Prozent der Menschen im jungen Erwerbsalter, werden dabei bösartige Neubildungen der Haut dokumentiert, mit denen sich der BARMER GEK Arztreport 2014 ausführlich befasste¹. Knapp die Hälfte der 0,2 Prozent von einer Hautkrebsdiagnose betroffenen, nämlich 0,09 Prozent, waren nach den vorliegenden Ergebnissen von einem malignen Melanom (ICD10: C43) betroffen. Ergebnisse aus dem Arztreport legen allerdings die Vermutung nahe, dass reale Erkrankungshäufigkeiten merklich seltener als die genannten Diagnosehäufigkeiten sein könnten.

Auch die sehr viel häufiger dokumentierten **gutartigen Neubildungen** betreffen oftmals die Haut. So wurde die Diagnose „Melanozytennävus“ (ICD10: D22) innerhalb des Jahres 2014 bei etwa sieben Prozent der 16- bis 30-Jährigen dokumentiert. In der Regel kommt einer entsprechenden Diagnose, die umgangssprachlich häufig unscharf auch als Muttermal oder Leberfleck bezeichnet werden dürfte, kein Krankheitswert zu. In seltenen Fällen können sich aus entsprechenden Hautveränderungen jedoch auch maligne Melanome entwickeln, was die häufige Dokumentation dieser an sich harmlosen Veränderungen mitbegründen dürfte.

¹ Link (Volltext): <http://presse.barmergek.de/barmarweb/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2014/140204-Arztreport/PDF-Arztreport-2014.property=Data.pdf>

Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems sind insgesamt verhältnismäßig selten. Am häufigsten werden im jungen Erwerbsalter Anämien dokumentiert (umgangssprachlich „Blutarmut“), die beispielsweise im Zusammenhang mit längerfristig starken Menstruationsblutungen oder in der Schwangerschaft auftreten können.

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten fassen als Kapitelüberschrift unterschiedliche Diagnosen zusammen. Relativ häufig werden bereits im jungen Erwerbsalter in der Diagnosegruppe **Schilddrüsenerkrankungen** Schilddrüsenvergrößerungen („Struma“), -entzündungen (Thyreoiditis) und insbesondere Unterfunktionen der Schilddrüse („Hypothyreose“) dokumentiert.

Von einem **Diabetes mellitus** („Zuckerkrankheit“ ICD10: E10-E14) waren 0,7 Prozent betroffen, eine **Adipositas** (starkes Übergewicht, ICD10: E66) wurde bei 4,5 Prozent dokumentiert, **Lipidämien** (zumeist „erhöhte Blutfettwerte“, ICD10: E78) bei 1,4 Prozent. Abgesehen von einer eigenständigen Bedeutung gelten die hier genannten Diagnosen zugleich auch als kardiovaskuläre Risikofaktoren und können bei Vorliegen bestimmter Subdiagnosen und der gleichzeitigen Diagnose eines Bluthochdrucks als „Metabolisches Syndrom“ bezeichnet werden. Bei Betroffenen ist mittelfristig von einem merklich erhöhten kardiovaskulären Risiko, beispielsweise für Herzinfarkte, auszugehen.

Psychische und Verhaltensstörungen betreffen insgesamt nahezu ein Viertel der betrachteten Population im jungen Erwerbsalter. **Somatoforme Störungen** (ICD10: F45, körperliche Beschwerden ohne hinreichend begründende organische Ursache), werden auf 3-stelliger Diagnoseebene in der Population am häufigsten dokumentiert. Gleichfalls relativ häufig werden **Depressionen** (ICD10: F32, F33) sowie „**Reaktionen auf schwere Belastungen**“ (ICD10: F43) erfasst. Vergleichsweise selten und insbesondere bei Jüngeren werden **Alkoholprobleme** dokumentiert (ICD10: F10). Etwas häufiger werden „**Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak**“ (ICD10: F17) erfasst, wobei aus entsprechenden Ergebnissen allerdings keinesfalls auf die allgemeine Verbreitung des Nikotinkonsums geschlossen werden kann.

Krankheiten des Nervensystems Zu den häufigen Beschwerden im jungen Erwerbsalter mit Zuordnung zu diesem Kapitel zählen insbesondere Kopfschmerzen inklusive Migräne sowie Schlafstörungen.

Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde Diagnosen aus diesem Kapitel beschreiben im jungen Erwerbsalter häufig unterschiedliche Formen der Fehlsichtigkeit. Häufungen von Diagnosen in der jüngsten Altersgruppe dürften aus

Untersuchung im Rahmen einer erstmaligen Beschäftigung sowie im Zusammenhang mit dem Erwerb eines Führerscheins resultieren.

Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes sind im jungen Erwerbsalter häufig lokale Infektionen und Entzündungen, welche das äußere Ohr sowie das Mittelohr betreffen.

Krankheiten des Kreislaufsystems spielen im jungen Erwerbsalter noch eine untergeordnete Rolle. Auffällig ist die merkliche altersabhängige Zunahme bei **Hypertonie**-Diagnosen (ICD10: I10, Bluthochdruck) bereits innerhalb der hier betrachteten Altersspanne. In jungem Alter zunächst noch ähnlich häufig wird eine Hypotonie, also ein zu geringer Blutdruck, dokumentiert, dem an sich jedoch kein Krankheitswert zuzuschreiben ist.

Krankheiten des Atmungssystems wurden innerhalb des Jahres bei mehr als der Hälfte der betrachteten Population dokumentiert. Dabei überwiegen mit Abstand **akute Erkältungskrankheiten**. Eine Rolle spielen auch allergische Rhinopathien (ICD10: J30, „Heuschnupfen“) sowie Asthma bronchiale.

Krankheiten des Verdauungssystems betreffen innerhalb eines Jahres rund ein Fünftel der Personen im jungen Erwerbsalter, wobei es sich überwiegend um entzündliche Erkrankungen des Magen-Darmtraktes handelt.

Krankheiten der Haut und der Unterhaut Zu den häufigen Erkrankungen der Haut im jungen Erwerbsalter gehört das atopische Ekzem (ICD10: L20, „Neurodermitis“) sowie insbesondere in der jüngsten Altersgruppe auch die Akne (ICD10: L70).

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes betrafen 2014 mehr als ein Drittel der betrachteten Personen im jungen Erwerbsalter. Ein erheblicher Anteil der Diagnosen betrifft die **Wirbelsäule und den Rücken**. Allein von der Diagnose „**Rückenschmerzen**“ (ICD10: M54) waren mehr als 16 Prozent betroffen, in der Altersgruppe der 26- bis 30-Jährigen sogar bereits knapp 20 Prozent.

Krankheiten des Urogenitalsystems betreffen zum Teil ausschließlich Frauen. Diagnosehäufigkeiten aus diesem Kapitel werden insofern maßgeblich durch Diagnosen von Frauenärztinnen und Frauenärzten bestimmt. So waren Männer zu lediglich 5,45 Prozent, Frauen jedoch zu 72,13 Prozent von entsprechenden Diagnosen betroffen (Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt). Ein Teil der Diagnosen bei Frauen dürfte vorrangig zu Abrechnungszwecken dokumentiert worden sein und ist inhaltlich nicht interpretierbar. Dies gilt insbesondere für den ICD10-Diagnoseschlüssel N89.

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett Diagnosen aus diesem Kapitel deuten in jedem Fall auf eine Schwangerschaft hin. Von einer Schwangerschaft betroffen waren innerhalb des Jahres 2014 insgesamt 7,7 Prozent der betrachteten Frauen im Alter zwischen 16 und 30 Jahren, in der Subgruppe der 26- bis 30-Jährigen waren es rund 15 Prozent.

Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien Häufige Diagnosen aus diesem Kapitel betreffen in der Regel den Bewegungsapparat.

Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind Mit Schlüsseln aus diesem Kapitel können Beschwerdesymptome ohne Festlegung auf eine ursächliche Erkrankung dokumentiert werden. Entsprechende Angaben fanden sich 2014 bei knapp 40 Prozent der Personen im jungen Erwerbsalter. Zumeist handelt es sich um Beschwerden, die nahezu jeder Erwachsene im Laufe seines Lebens schon einmal erfahren haben dürfte.

Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen betrafen 2014 gemäß dokumentierter Diagnosen knapp 30 Prozent der betrachteten Population, wobei Jüngere tendenziell häufiger als Ältere betroffen waren. Bei den auch in der Tabelle aufgeführten häufigen Verletzungen handelt es sich überwiegend um leichtere Verletzungen.

Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen lassen sich gleichfalls durch bestimmte Schlüssel der ICD10-Klassifikation erfassen. Entsprechende Schlüssel wurden insgesamt bei mehr als der Hälfte der Personen im jungen Erwerbsalter dokumentiert. Häufig erfasst werden beispielsweise Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (vgl. ICD10: Z12) oder auch Impfungen (vgl. ICD10 Z24 bis Z27). Bei Frauen wird sehr häufig der Schlüssel Z30 „Kontrazeptive Maßnahmen“ erfasst. Weit überwiegend dürfte dies im Kontext der Verordnung hormoneller Kontrazeptiva (der „Pille“) geschehen.

Lediglich drei von 22 Kapiteln der ICD10-Klassifikation werden in Tabelle 15 nicht erwähnt. „Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“ (Kapitel XVI.) werden bei Erwachsenen äußerst selten dokumentiert. „Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität“ (Kapitel XX.) werden typischerweise in GKV-Daten nicht erfasst. „Schlüsselnummern für besondere Zwecke“ (Kapitel XXII.) werden nur für ergänzende Informationen oder kurzfristige und vorläufige Ergänzungen der ICD10-Klassifikation genutzt.

Tabelle 15 Anteil Betroffene im jungen Erwerbsalter mit ausgewählten Diagnosen 2014

E	Code	Diagnosekapitel, Diagnosegruppe oder 3-stellige ICD10- Einzeldiagnose	16-30J Gesamt	16-20J	21-25J	26-30J
1	I.	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	31,03%	32,59%	32,01%	28,60%
2	A00-	Infektiöse Darmkrankheiten	14,91%	15,49%	16,52%	12,76%
2	B00-	Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet	4,22%	5,23%	3,82%	3,71%
3	B07	Viruswarzen	2,47%	3,43%	2,10%	1,96%
2	B25-	Sonstige Viruskrankheiten	6,20%	7,51%	6,00%	5,20%
2	B35-	Mykosen	5,78%	5,13%	6,06%	6,09%
1	II.	Neubildungen	10,74%	8,78%	10,60%	12,67%
2	C00-	Bösartige Neubildungen	0,66%	0,42%	0,64%	0,91%
3	C43	Bösartiges Melanom der Haut	0,09%	0,04%	0,08%	0,15%
3	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	0,11%	0,06%	0,10%	0,18%
2	D10-	Gutartige Neubildungen	9,51%	7,88%	9,41%	11,10%
3	D22	Melanozytennävus	7,28%	6,28%	7,23%	8,25%
1	III.	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie des Immunsystems	4,89%	4,19%	4,68%	5,74%
2	D50-	Alimentäre Anämien	2,06%	1,66%	2,03%	2,44%
1	IV.	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	18,07%	15,12%	17,91%	20,92%
2	E00-	Krankheiten der Schilddrüse	7,97%	5,48%	8,02%	10,19%
3	E03	Sonstige Hypothyreose	4,66%	3,12%	4,74%	5,97%
3	E04	Sonstige nichttoxische Struma	2,28%	1,51%	2,23%	3,04%
3	E06	Thyreoiditis	1,69%	1,08%	1,67%	2,27%
2	E10-	Diabetes mellitus	0,72%	0,55%	0,70%	0,91%
3	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	0,45%	0,42%	0,47%	0,46%
3	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	0,29%	0,17%	0,25%	0,43%
2	E20-	Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen	2,69%	2,46%	2,63%	2,95%
3	E28*	Ovarielle Dysfunktion	3,24%	2,46%	3,36%	3,78%
2	E50-	Sonstige alimentäre Mangelzustände	1,74%	1,64%	1,73%	1,85%
3	E55	Vitamin-D-Mangel	0,64%	0,59%	0,58%	0,74%
2	E65-	Adipositas und sonstige Überernährung	4,61%	3,98%	4,36%	5,44%
3	E66	Adipositas	4,50%	3,87%	4,26%	5,33%
2	E70-	Stoffwechselstörungen	4,69%	3,91%	4,64%	5,44%
3	E73	Laktoseintoleranz	1,21%	1,13%	1,29%	1,20%
3	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	1,41%	0,79%	1,31%	2,09%

E	Code	Diagnosekapitel, Diagnosegruppe oder 3-stellige ICD10- Einzeldiagnose	16-30J Gesamt	16-20J	21-25J	26-30J
1	V.	Psychische und Verhaltensstörungen	24,66%	23,15%	24,04%	26,67%
2	F10-	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	3,85%	3,07%	3,93%	4,48%
3	F10	Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol	0,66%	0,85%	0,62%	0,52%
3	F17	Psychische u. Verhaltensstörungen durch Tabak	2,85%	1,79%	2,95%	3,70%
2	F30-	Affektive Störungen	6,58%	4,77%	6,62%	8,21%
3	F32	Depressive Episode	5,58%	4,13%	5,61%	6,88%
3	F33	Rezidivierende depressive Störung	1,37%	0,75%	1,42%	1,89%
2	F40-	Neurotische, Belastungs- u. somat. Störungen	15,89%	13,13%	15,88%	18,41%
3	F41	Andere Angststörungen	3,49%	2,52%	3,38%	4,48%
3	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	5,92%	5,05%	5,91%	6,73%
3	F45	Somatoforme Störungen	7,43%	6,15%	7,41%	8,60%
2	F90-	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	2,63%	5,76%	1,63%	0,81%
3	F90	Hyperkinetische Störungen	1,48%	3,23%	0,98%	0,39%
1	VI.	Krankheiten des Nervensystems	12,39%	11,01%	12,96%	13,07%
2	G40-	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	9,72%	8,93%	10,34%	9,81%
3	G43	Migräne	5,65%	4,88%	6,27%	5,71%
3	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	2,34%	2,63%	2,41%	2,01%
3	G47	Schlafstörungen	1,83%	1,49%	1,89%	2,08%
1	VII.	Krankheiten des Auges	16,50%	21,38%	14,53%	14,06%
2	H10-	Affektionen der Konjunktiva	5,00%	5,30%	4,85%	4,90%
3	H10	Konjunktivitis	4,66%	4,96%	4,52%	4,54%
2	H49-	Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	10,82%	15,62%	8,97%	8,33%
3	H50	Sonstiger Strabismus	2,84%	4,88%	2,15%	1,68%
3	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	10,44%	15,04%	8,66%	8,07%
1	VIII.	Krankheiten des Ohres	10,45%	11,06%	10,12%	10,23%
2	H60-	Krankheiten des äußeren Ohres	4,68%	4,99%	4,58%	4,50%
2	H65-	Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	4,58%	5,30%	4,36%	4,15%
1	IX.	Krankheiten des Kreislaufsystems	11,86%	9,71%	11,70%	13,97%
2	I10-	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	2,95%	1,46%	2,80%	4,47%
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	2,88%	1,41%	2,74%	4,38%
2	I80-	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	3,00%	2,07%	2,88%	3,97%

E	Code	Diagnosekapitel, Diagnosegruppe oder 3-stellige ICD10- Einzeldiagnose	16-30J Gesamt	16-20J	21-25J	26-30J
2	I95-	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems	4,01%	4,25%	4,07%	3,74%
3	I95	Hypotonie	2,59%	2,75%	2,58%	2,46%
1	X.	Krankheiten des Atmungssystems	52,46%	55,44%	52,03%	50,18%
2	J00-	Akute Infektionen der oberen Atemwege	36,98%	40,19%	36,58%	34,46%
3	J01	Akute Sinusitis	4,94%	4,76%	4,94%	5,10%
3	J02	Akute Pharyngitis	7,29%	8,66%	7,11%	6,22%
3	J03	Akute Tonsillitis	7,66%	9,40%	7,40%	6,33%
3	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	23,67%	25,45%	23,57%	22,15%
2	J20-	Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	6,85%	7,30%	6,76%	6,52%
3	J20	Akute Bronchitis	6,24%	6,63%	6,17%	5,95%
2	J30-	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	18,79%	19,25%	18,76%	18,41%
3	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	10,92%	11,26%	10,87%	10,66%
3	J32	Chronische Sinusitis	5,23%	4,87%	5,31%	5,47%
2	J40-	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	13,91%	14,92%	13,78%	13,12%
3	J40	Bronchitis, nicht als akut o. chronisch bezeichnet	5,78%	6,07%	5,73%	5,57%
3	J45	Asthma bronchiale	7,67%	8,52%	7,58%	6,98%
1	XI.	Krankheiten des Verdauungssystems	21,54%	20,70%	22,51%	21,30%
2	K20-	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	7,96%	7,37%	8,45%	7,99%
3	K29	Gastritis und Duodenitis	5,99%	5,95%	6,42%	5,58%
2	K50-	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	7,89%	7,96%	8,63%	7,07%
3	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	7,40%	7,68%	8,14%	6,40%
1	XII.	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	28,13%	31,31%	27,46%	25,91%
2	L00-	Infektionen der Haut und der Unterhaut	3,87%	4,40%	3,84%	3,41%
2	L20-	Dermatitis und Ekzem	12,56%	12,99%	12,56%	12,16%
3	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	5,21%	6,05%	5,10%	4,56%
3	L30	Sonstige Dermatitis	5,29%	5,21%	5,26%	5,38%
2	L60-	Krankheiten der Hautanhangsgebilde	13,84%	17,32%	13,13%	11,39%
3	L70	Akne	9,70%	13,76%	8,88%	6,83%
1	XIII.	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	36,44%	34,38%	36,39%	38,37%
2	M00-	Arthropathien	12,06%	12,53%	12,03%	11,66%
3	M21	Sonst. erworbene Deformitäten der Extremitäten	3,55%	4,32%	3,38%	3,04%
3	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	5,02%	5,28%	5,08%	4,72%

E	Code	Diagnosekapitel, Diagnosegruppe oder 3-stellige ICD10- Einzeldiagnose	16-30J Gesamt	16-20J	21-25J	26-30J
2	M40-	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	22,43%	19,41%	22,28%	25,32%
3	M41	Skoliose	4,09%	5,17%	3,85%	3,36%
3	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	3,95%	2,90%	3,96%	4,90%
3	M54	Rückenschmerzen	16,43%	12,74%	16,67%	19,56%
2	M60-	Krankheiten der Weichteilgewebe	13,23%	12,24%	13,43%	13,93%
3	M62	Sonstige Muskelkrankheiten	3,86%	3,67%	3,84%	4,06%
3	M77	Sonstige Enthesopathien	2,41%	2,04%	2,47%	2,68%
3	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	3,99%	3,72%	4,03%	4,18%
2	M95-	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	8,91%	8,22%	8,88%	9,59%
3	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	8,28%	7,45%	8,26%	9,05%
1	XIV.	Krankheiten des Urogenitalsystems	39,66%	34,78%	41,42%	42,32%
2	N30-	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	7,94%	7,68%	8,60%	7,50%
3	N30	Zystitis	3,39%	3,26%	3,76%	3,14%
3	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	5,26%	5,29%	5,64%	4,85%
2	N40-*	Krankheiten der männlichen Genitalorgane	2,93%	2,50%	3,03%	3,26%
2	N60-	Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	3,16%	2,02%	3,26%	4,08%
3	N64	Sonstige Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	2,29%	1,42%	2,41%	2,98%
2	N70-*	Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	14,69%	11,61%	15,76%	16,22%
3	N76*	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	11,86%	9,36%	12,78%	13,06%
2	N80-*	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	66,35%	61,07%	68,90%	68,27%
3	N86*	Erosion und Ektropium der Cervix uteri	10,61%	8,96%	11,43%	11,17%
3	N89*	Sonst. nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	42,97%	34,82%	46,16%	46,67%
3	N91*	Ausgebliebene, zu schwache oder zu seltene Menstruation	8,83%	6,73%	8,39%	11,03%
3	N92*	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	17,61%	18,04%	18,08%	16,77%
3	N94*	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	27,34%	33,23%	27,94%	21,75%
1	XV.*	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	7,71%	1,81%	5,32%	15,06%

E	Code	Diagnosekapitel, Diagnosegruppe oder 3-stellige ICD10- Einzeldiagnose	16-30J Gesamt	16-20J	21-25J	26-30J
1	XVII.	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	9,27%	11,02%	8,77%	8,19%
2	Q65-	Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems	7,05%	8,61%	6,71%	5,99%
3	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	5,82%	7,16%	5,52%	4,91%
1	XVIII.	Symptome u. abnorme klinische u. Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	39,08%	41,24%	38,75%	37,44%
2	R00-	Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	8,94%	10,03%	8,55%	8,33%
3	R05	Husten	2,76%	3,31%	2,53%	2,49%
3	R07	Hals- und Brustschmerzen	2,78%	3,15%	2,67%	2,55%
2	R10-	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	17,48%	18,45%	17,36%	16,72%
3	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	13,14%	13,30%	13,06%	13,07%
3	R11	Übelkeit und Erbrechen	4,86%	6,43%	4,72%	3,57%
2	R40-	Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen	4,10%	4,53%	4,00%	3,81%
3	R42	Schwindel und Taumel	2,79%	3,03%	2,75%	2,62%
2	R50-	Allgemeinsymptome	17,01%	19,15%	16,95%	15,13%
3	R51	Kopfschmerz	7,73%	10,01%	7,70%	5,70%
3	R53	Unwohlsein und Ermüdung	3,50%	3,08%	3,60%	3,77%
1	XIX.	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	28,31%	31,64%	28,59%	24,99%
2	S00-	Verletzungen des Kopfes	2,73%	3,42%	2,78%	2,06%
3	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	1,27%	1,72%	1,27%	0,85%
2	S60-	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	3,90%	4,94%	3,85%	3,00%
2	S80-	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	3,36%	4,10%	3,43%	2,62%
3	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	1,72%	1,91%	1,85%	1,41%
2	S90	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	5,44%	6,79%	5,53%	4,11%
3	S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	3,63%	4,58%	3,74%	2,67%
2	T08-	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen	7,33%	8,60%	7,41%	6,10%
2	T66-	Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen	6,32%	6,56%	6,36%	6,08%
3	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	5,98%	6,19%	6,01%	5,77%

E	Code	Diagnosekapitel, Diagnosegruppe oder 3-stellige ICD10- Einzeldiagnose	16-30J Gesamt	16-20J	21-25J	26-30J
1	XXI.	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	53,58%	51,47%	53,95%	55,11%
2	Z00-	Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in Anspruch nehmen	31,02%	17,29%	36,02%	38,41%
3	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	13,32%	8,28%	15,06%	16,12%
3	Z12	Spez. Verfahren zur Unters. auf Neubildungen	19,13%	6,13%	24,05%	25,96%
2	Z20-	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten	14,28%	17,48%	12,14%	13,54%
3	Z24	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	3,70%	4,44%	3,34%	3,40%
3	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	3,16%	4,58%	2,20%	2,86%
3	Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	5,02%	7,11%	4,02%	4,14%
3	Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	4,93%	4,58%	4,67%	5,53%
2	Z30-	Personen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen mit der Reproduktion in Anspruch nehmen	39,61%	34,27%	41,81%	42,23%
3	Z30*	Kontrazeptive Maßnahmen	74,80%	69,28%	79,59%	74,70%
3	Z34*	Überwachung einer normalen Schwangerschaft	5,28%	1,02%	3,57%	10,59%

BARMER GEK 2014, Familienversicherte, Studierende sowie sozialversicherungspflichtig Beschäftigte mit nachweislicher Versicherung bei der BARMER GEK am 1. Januar und 31. Dezember des Jahres und Wohnort im Inland (n=1.231.052), Altersgruppen 16 bis 30 Jahre, nicht standardisiert. Auswahl von zumeist häufig dokumentierten Diagnosen mit Betroffenenraten >1% auf unterschiedlichen Gliederungsebenen (E) der ICD10-Klassifikation; 1 = Diagnosekapitel bzw. Krankheitsarten, 2 = Diagnosegruppen, 3 = 3-stellige ICD10-Diagnosen. Berücksichtigt wurden als gesichert gekennzeichnete Diagnosen aus der ambulant-ärztlichen Versorgung sowie Diagnoseangaben zu Krankenhausaufenthalten (ohne Einweisungs- und Aufnahmediagnosen). Diagnosebezeichnungen zum Teil verkürzt wiedergegeben. * Aufgeführt werden bei entsprechend gekennzeichneten Diagnosen geschlechtsspezifische Betroffenenraten.

Diagnosen bei Schülern, Studierenden und Berufstätigen

Der nachfolgende Abschnitt befasst sich eingehender mit ausgewählten Diagnosen, wobei geschlechts- und altersspezifische Diagnoseraten bei Schülern (bzw. jungen Familienversicherten), Studierenden sowie bei jungen Berufstätigen verglichen werden. Während einige Erkrankungen in allen drei Gruppen ähnlich häufig dokumentiert werden, zeigen sich bei anderen Erkrankungen erhebliche Differenzen. Ein Teil der Differenzen lässt sich aus der aktuellen Beschäftigungssituation erklären, ein anderer Teil dürfte eher Folge der allgemeinen Lebensumstände sein. Bereits zu Beginn des Berufslebens ist von deutlich unterschiedlichen „Startpositionen“ auszugehen.

Nachfolgend werden zum einen Ergebnisse zu häufig dokumentierten Diagnosen präsentiert, die auch im Hinblick auf die gemeldeten Fehlzeiten eine maßgebliche Rolle spielen. Zum anderen werden Ergebnisse zu Diagnosen präsentiert, die im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Versorgung dokumentiert werden und dabei nicht zwangsläufig auch mit gemeldeten Arbeitsunfähigkeiten assoziiert sind. Ergänzt werden die Ergebnisse um Auswertungen zu Arzneiverordnungen, die Hinweise auf medikamentöse Behandlungen von bestimmten Erkrankungen liefern und damit zugleich die Relevanz von dokumentierten Diagnosen verifizieren können.

Dargestellt werden in einheitlicher Form zu jeder Diagnose(-gruppe) geschlechtsspezifische Diagnoseraten in 5-Jahres-Altersgruppen bei Schülern bzw. jüngeren Familienversicherten (Fa), Studierenden (St) sowie zu sozialversicherungspflichtig beschäftigten Berufstätigen (Be). Ergebnisse zu Familienversicherten werden ausschließlich für die Altersgruppe 16 bis 20 Jahre präsentiert, in der Schüler den weit überwiegenden Anteil der Population stellen. Da sich die Altersstruktur in den betrachteten drei Subgruppen auch innerhalb der dargestellten 5-Jahres-Altersgruppen relevant unterscheidet, wurden innerhalb dieser Altersgruppen auch indirekt standardisierte Ergebnisse ermittelt und jeweils tabellarisch dargestellt (vgl. Erläuterungen auf Seite 85). Ermittelt werden bei der indirekten Standardisierung Abweichungen der beobachteten von altersabhängig erwarteten Werten, die u.a. in fünf Kategorien von „++“ bis „--“ berichtet werden und Abweichungen in Zweifelsfällen inhaltlich korrekterer als die in Abbildungen dargestellten Ergebnisse wiedergeben.

Bestimmte infektiöse Krankheiten (ICD10-Kapitel I) – Infektiöse Darmkrankheiten

Bestimmte infektiöse Krankheiten gemäß ICD10-Kapitel I. führen allgemein verhältnismäßig häufig zu Arbeitsunfähigkeiten, wobei AU-Fälle typischerweise weniger als eine Woche dauern (vgl. Abbildung 16 ff. ab Seite 44). Maßgeblich verantwortlich für die Arbeitsunfähigkeitsfälle aus diesem Diagnosekapitel sind insbesondere Magen-Darm-Infekte, die der Diagnosegruppe „Infektiöse Darmkrankheiten“ (ICD10 A00-A09) zuzuordnen sind (vgl. Tabelle 11 auf Seite 71).

Nach Auswertungen zu Diagnosen auch unabhängig von Arbeitsunfähigkeiten waren von Personen im jungen Erwerbsalter innerhalb des Jahres 2014 gut 30 Prozent von einer Diagnose aus dem Kapitel I. betroffen, darunter knapp 15 Prozent von „Infektiösen Darmkrankheiten“ (vgl. Tabelle 15 ab Seite 91).

Tendenziell sind Personen im Alter zwischen 16 und 20 Jahren häufiger als Personen im Alter zwischen 26 und 30 Jahren betroffen, Frauen häufiger als Männer (vgl. Tabelle 16 und Tabelle 17 auf den nachfolgenden Seiten).

Sehr auffällig erscheint bei der Gegenüberstellung von Diagnoseraten aus den unterschiedlichen Subgruppen innerhalb einzelner Geschlechts- und Altersgruppen, dass die Diagnosen bei jungen Berufstätigen bzw. Auszubildenden erheblich häufiger als bei Studierenden dokumentiert werden (vgl. Abbildung 39 sowie Abbildung 40). So wurden infektiöse Darmkrankheiten bei jungen Berufstätigen bzw. Auszubildenden im Alter zwischen 16 und 21 Jahren innerhalb des Jahres 2014 mehr als dreimal so häufig wie bei Studierenden dokumentiert.

Ein Teil der hier aufgezeigten Unterschiede dürfte aus der Verpflichtung der Berufstätigen zur Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen resultieren. Während Berufstätige auch bei leichteren Erkrankungen, die ohne spezifische Therapie ausheilen, einen Arzt aufsuchen müssen, um sich krankschreiben zu lassen, können Studierende entsprechende Erkrankungen in der Regel auch ohne Arztbesuch und Krankschreibung auskurieren. Vollständig dürften die beobachteten Unterschiede vermutlich jedoch nicht durch entsprechende Effekte erklärbar sein – auch im Vergleich zu Familienversicherten ohne eine Verpflichtung zur Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen zeigen sich bei Studierenden noch merklich geringere Diagnoseraten.

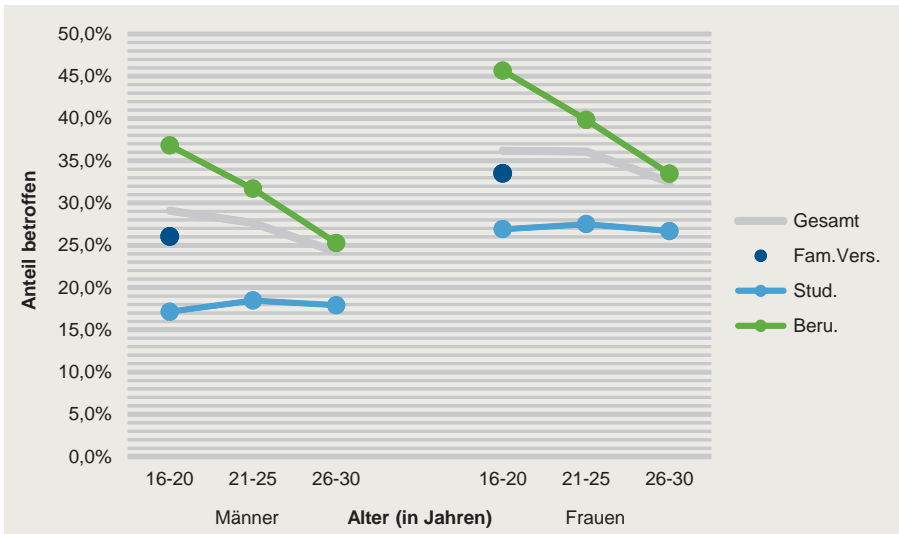


Abbildung 39 Diagnoseraten: Bestimmte infektiöse Krankheiten

Tabelle 16 Diagnoseraten: Bestimmte infektiöse Krankheiten

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Bestimmte infektiöse Krankheiten (ICD10 Kap. I)	M	16-20	29,11%	-	--	+	0,93 (0,92-0,94)	0,54 (0,52-0,56)	1,20 (1,19-1,22)
	M	21-25	27,65%		--	+		0,67 (0,66-0,68)	1,15 (1,14-1,16)
	M	26-30	24,22%		--	=		0,74 (0,72-0,76)	1,04 (1,04-1,06)
	F	16-20	36,19%	=	--	+	0,96 (0,95-0,96)	0,69 (0,67-0,71)	1,20 (1,19-1,22)
	F	21-25	36,09%		-	+		0,76 (0,75-0,77)	1,11 (1,10-1,12)
	F	26-30	32,49%		-	=		0,81 (0,79-0,84)	1,03 (1,02-1,04)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

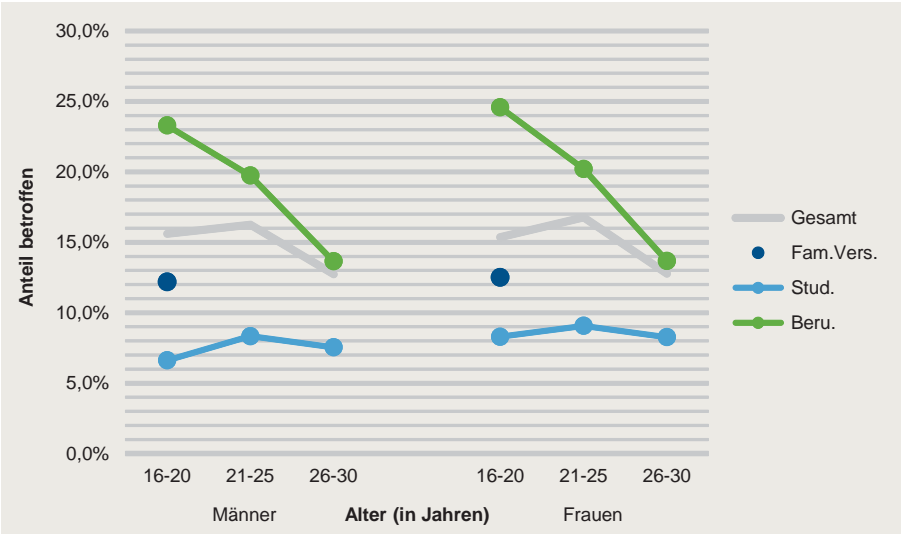


Abbildung 40 Diagnoseraten: Infektiöse Darmkrankheiten

Tabelle 17 Diagnoseraten: Infektiöse Darmkrankheiten

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Infektiöse Darmkrankheiten (ICD10 A00-A09)	M	16-20	15,60%	-	--	++	0,87 (0,86-0,88)	0,35 (0,32-0,37)	1,32 (1,30-1,34)
	M	21-25	16,25%		--	+		0,52 (0,50-0,53)	1,22 (1,21-1,24)
	M	26-30	12,73%		--	+		0,58 (0,56-0,61)	1,08 (1,06-1,09)
	F	16-20	15,37%	-	--	++	0,89 (0,88-0,91)	0,44 (0,42-0,47)	1,40 (1,37-1,42)
	F	21-25	16,77%		--	+		0,54 (0,52-0,55)	1,22 (1,20-1,23)
	F	26-30	12,78%		--	+		0,63 (0,60-0,66)	1,07 (1,06-1,09)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **Familienversicherten** (Schülern), bei **Studierenden** sowie bei **Berufstätigen**. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

Krankheiten des Atmungssystems

– Akute Infektionen der oberen Atemwege

Krankheiten des Atmungssystems gemäß ICD10-Kapitel X. sind regelmäßig für die meisten Arbeitsunfähigkeitsfälle verantwortlich zu machen, wobei auch diese AU-Fälle typischerweise weniger als eine Woche dauern (vgl. Abbildung 16 ff. ab Seite 44). Maßgeblich verantwortlich sind insbesondere „Akute Infektionen der oberen Atemwege“ (ICD10 J00-J06; vgl. Tabelle 11 auf Seite 71).

Nach Auswertungen zu Diagnosen auch unabhängig von Arbeitsunfähigkeiten waren von Personen im jungen Erwerbsalter innerhalb des Jahres 2014 gut die Hälfte von einer Diagnose aus dem Kapitel X. betroffen, darunter ein gutes Drittel von „Akuten Infektionen der oberen Atemwege“ (vgl. Tabelle 15 ab Seite 91).

Tendenziell waren auch hier Personen im Alter zwischen 16 und 20 Jahren häufiger als Personen im Alter zwischen 26 und 30 Jahren betroffen, Frauen häufiger als Männer (vgl. Tabelle 18 und Tabelle 19 auf den nachfolgenden Seiten).

Auch hier zeigen Gegenüberstellung von Diagnoseraten aus den unterschiedlichen Subgruppen innerhalb einzelner Geschlechts- und Altersgruppen, dass die Diagnosen bei jungen Berufstätige bzw. Auszubildenden erheblich häufiger als bei Studierenden dokumentiert werden.

Wie bei den Infektionskrankheiten aus Kapitel I. dürfte auch bei Atemwegserkrankungen ein Teil der aufgezeigten Unterschiede aus der Verpflichtung der Berufstätigen zur Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen resultieren. Vollständig dürften die beobachteten Unterschiede auch hier vermutlich jedoch nicht durch entsprechende Effekte erklärbar sein.

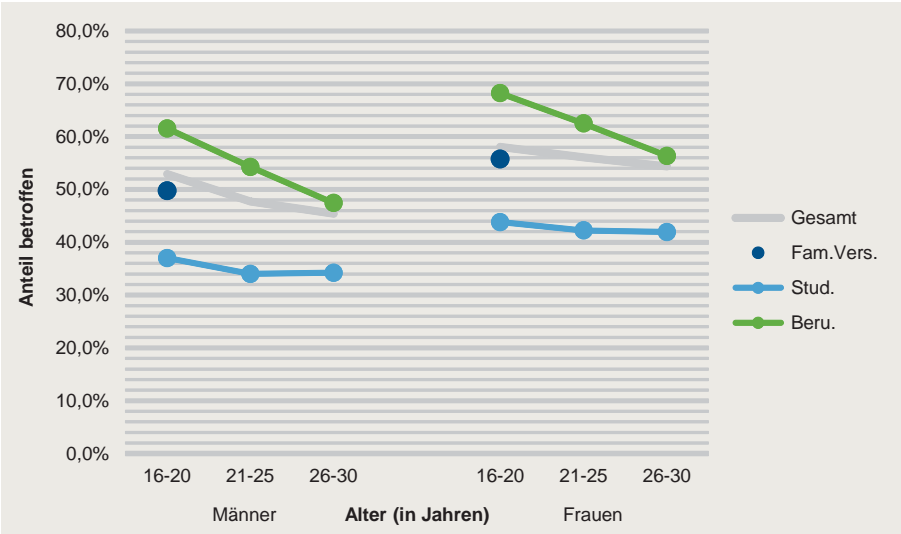


Abbildung 41 Diagnoseraten: Krankheiten des Atmungssystems

Tabelle 18 Diagnoseraten: Krankheiten des Atmungssystems

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Krankheiten des Atmungssystems (ICD10 Kap. X)	M	16-20	52,90%	=	--	+	0,95 (0,95-0,96)	0,69 (0,67-0,70)	1,14 (1,13-1,15)
	M	21-25	47,72%		--	+		0,71 (0,70-0,72)	1,14 (1,13-1,15)
	M	26-30	45,44%		-	=		0,76 (0,74-0,77)	1,04 (1,04-1,05)
	F	16-20	58,06%	=	--	+	0,97 (0,96-0,98)	0,74 (0,72-0,76)	1,15 (1,14-1,17)
	F	21-25	56,08%		-	+		0,75 (0,74-0,76)	1,12 (1,11-1,12)
	F	26-30	54,38%		-	=		0,77 (0,75-0,79)	1,04 (1,03-1,04)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

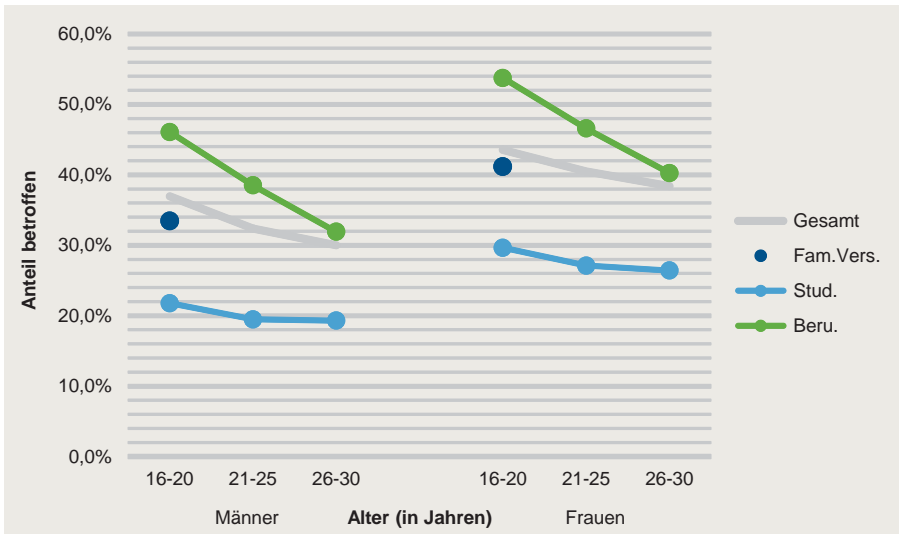


Abbildung 42 Diagnoseraten: Akute Infektionen der oberen Atemwege

Tabelle 19 Diagnoseraten: Akute Infektionen der oberen Atemwege

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Akute Infektionen der oberen Atemwege (ICD10 J00-J06)	M	16-20	36,96%	-	--	+	0,93 (0,92-0,94)	0,56 (0,54-0,58)	1,20 (1,19-1,22)
	M	21-25	32,38%		--	+		0,60 (0,59-0,61)	1,19 (1,18-1,20)
	M	26-30	30,01%		--	+		0,65 (0,63-0,66)	1,06 (1,05-1,07)
	F	16-20	43,54%	=	--	+	0,96 (0,95-0,97)	0,66 (0,64-0,68)	1,20 (1,19-1,22)
	F	21-25	40,51%		--	+		0,67 (0,66-0,68)	1,15 (1,15-1,16)
	F	26-30	38,40%		--	=		0,69 (0,67-0,70)	1,05 (1,04-1,06)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **Familienversicherten** (Schülern), bei **Studierenden** sowie bei **Berufstätigen**. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

Antibiotika zur systemischen Anwendung

Arzneimittel lassen sich allgemein gemäß der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen Klassifikation (**ATC**) nach Anwendungsgebieten und bis hin zu einzelnen chemisch definierten Wirksubstanzen gruppieren und differenzieren. Eine maßgebliche Gruppe bilden „Antibiotika zur systemischen Anwendung“, die in der ATC mit dem Code J01 identifiziert werden können. Der Zusatz „zur systemischen Anwendung“ beschreibt in diesem Fall lediglich den Umstand, dass die Medikamente oral oder intravenös verabreicht werden und insofern im Körper verteilt wirken.

Antibiotika werden typischerweise zur Behandlung von nachgewiesenen oder vermuteten bakteriellen Infektionen verordnet. Insofern kann aus einer Verordnung von Antibiotika im Umkehrschluss, und mit einer gewissen Unschärfe, auf das Vorliegen eines bakteriellen Infektes geschlossen werden. Da Antibiotika zur Behandlung von Infekten unterschiedlicher Organe und Körperregionen eingesetzt werden, sind dabei allerdings keine Rückschlüsse auf die Lokalisation der Infekte möglich.

Von den hier betrachteten Personen im jungen Erwerbsalter erhielten innerhalb des Jahres 2014 insgesamt 32,6 Prozent mindestens ein Antibiotikum aus der Gruppe J01. Männer waren dabei lediglich zu 25,3 Prozent, Frauen zu 39,6 Prozent betroffen (Ergebnisse nicht anderweitig dargestellt). Altersgruppenspezifische Ergebnisse sind Tabelle 20 auf der folgenden Seite zu entnehmen.

Offensichtlich wird aus Abbildung 43, dass junge Berufstätige merklich häufiger als Studierende aus entsprechenden Altersgruppen mit Antibiotika behandelt werden. Demnach bestehen zwischen Berufstätigen und Studierenden nicht nur Unterschiede hinsichtlich der Dokumentationshäufigkeit von Infekten (die wesentlich auch durch die Verpflichtung zur Meldung von Arbeitsunfähigkeiten bei Berufstätigen mitbedingt sein könnten), sondern auch im Hinblick auf die medikamentöse Behandlung entsprechender Erkrankungen. In welchem Umfang dabei Studierende möglicherweise dieselben Infekte häufiger ohne eine Antibiotikagabe auskurieren als Berufstätige oder inwiefern Studierende insgesamt seltener von entsprechenden Infekten betroffen und geringere Verordnungsraten lediglich eine Folge der selteneren Erkrankungen sind, kann auf Basis der verfügbaren Informationen nicht quantifiziert werden.

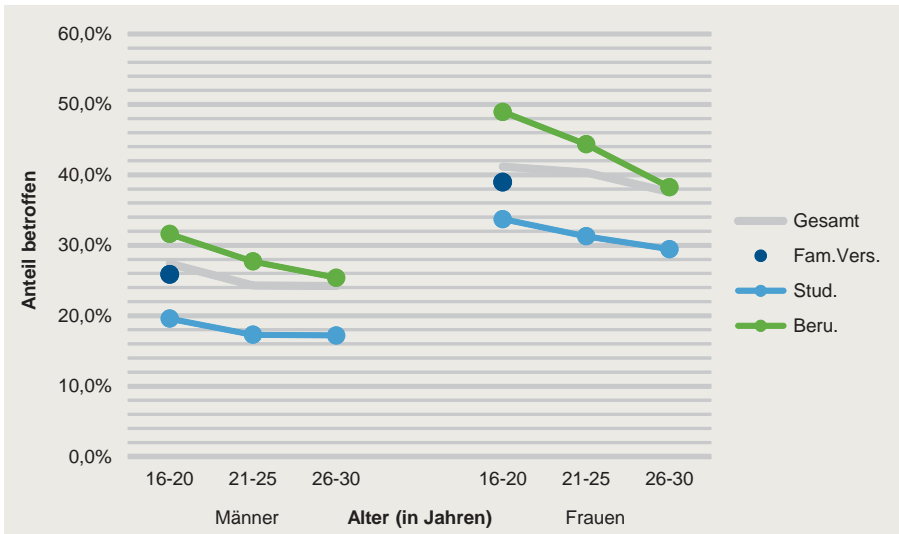


Abbildung 43 Verordnungsraten: Antibiotika zur systemischen Anwendung

Tabelle 20 Verordnungsraten: Antibiotika zur systemischen Anwendung

ATC-Code		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Antibiotika zur systemischen Anwendung (ATC J01)	M	16-20	27,39%	=	--	+	0,96 (0,94-0,97)	0,71 (0,68-0,73)	1,13 (1,12-1,15)
	M	21-25	24,29%		--	+		0,71 (0,70-0,73)	1,14 (1,13-1,15)
	M	26-30	24,24%		--	=		0,72 (0,70-0,74)	1,05 (1,04-1,06)
	F	16-20	41,18%	=	-	+	0,97 (0,96-0,98)	0,78 (0,76-0,80)	1,14 (1,13-1,16)
	F	21-25	40,32%		-	+		0,77 (0,76-0,79)	1,10 (1,09-1,11)
	F	26-30	37,57%		-	=		0,78 (0,76-0,80)	1,02 (1,01-1,03)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger Verordnung 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Verordnungsraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

Neubildungen

- Bösartige sowie gutartige Neubildungen
- Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen

Neubildungen gemäß ICD10-Kapitel II. führen allgemein verhältnismäßig selten zu Arbeitsunfähigkeiten, wobei AU-Fälle in diesen seltenen Fällen typischerweise relativ lange dauern (vgl. Abbildung 16 ff. ab Seite 44). Eine größere Relevanz auch im Hinblick auf Fehlzeiten erlangen Neubildungen erst im fortgeschrittenen Erwerbsalter (vgl. Abbildung 20 und Abbildung 21 ab Seite 50).

Nach Auswertungen zu Diagnosen auch unabhängig von Arbeitsunfähigkeiten waren von Personen im jungen Erwerbsalter innerhalb des Jahres 2014 gut 10 Prozent von einer Diagnose aus dem Kapitel II. betroffen, darunter der überwiegende Teil von einer gutartigen Neubildung und lediglich 0,66 Prozent von einer bösartigen Neubildung (vgl. Tabelle 15 ab Seite 91).

Tendenziell sind Personen im Alter zwischen 16 und 20 Jahren insbesondere von bösartigen Neubildungen noch merklich seltener als Personen im Alter zwischen 26 und 30 Jahren betroffen, Frauen sind insbesondere von nicht bösartigen Neubildungen häufiger als Männer betroffen (vgl. Abbildungen und Tabellen auf den nachfolgenden Seiten). Unterschiede zwischen Berufstätigen und Studierenden fallen gering aus – insbesondere Abweichungen von der Gesamtpopulation im Hinblick auf bösartige Neubildungen waren in der Regel nicht signifikant (gekennzeichnet durch die in Klammern gesetzten Symbole in Tabelle 22).

Abbildung 47 auf Seite 110 zeigt ergänzend Betroffenenraten zum ICD10-Code Z12 „Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen“, der als Kontakthanlass bei der Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen oder vergleichbaren Untersuchungen kodiert werden kann. Zwischen Berufstätigen und Studierenden zeigen sich hier lediglich moderate Unterschiede. Die gravierenden Unterschiede zwischen Männern und Frauen resultieren hier aus dem Umstand, dass für Frauen bereits im Alter ab 20 Jahren als reguläre und jährlich wiederholbare GKV-Leistung ein Zervix-Abstrich zur Früherkennung eines Gebärmutterhalskrebses angeboten und entsprechend genutzt wird. Vergleichbare Leistungen sind im Leistungskatalog der GKV für Männer in den hier betrachteten Altersgruppen noch nicht vorgesehen.

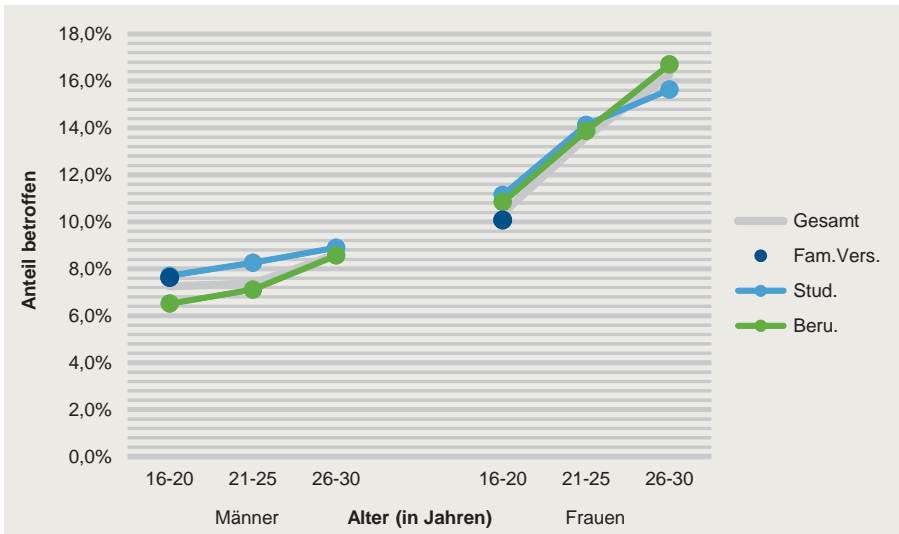


Abbildung 44 Diagnoseraten: Neubildungen

Tabelle 21 Diagnoseraten: Neubildungen

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Neubildungen (ICD10-Kap. II)	M	16-20	7,25%	=	+	-	1,02 (0,99-1,04)	1,15 (1,08-1,22)	0,94 (0,91-0,97)
	M	21-25	7,38%		+	=		1,12 (1,08-1,15)	0,96 (0,94-0,98)
	M	26-30	8,60%		+	=		1,06 (1,02-1,10)	0,99 (0,98-1,01)
	F	16-20	10,37%	=	=	=	0,98 (0,97-1,00)	1,04 (0,99-1,09)	1,02 (1,00-1,05)
	F	21-25	13,62%		=	=		1,04 (1,02-1,06)	1,01 (1,00-1,02)
	F	26-30	16,28%		=	=		0,98 (0,95-1,01)	1,02 (1,01-1,04)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

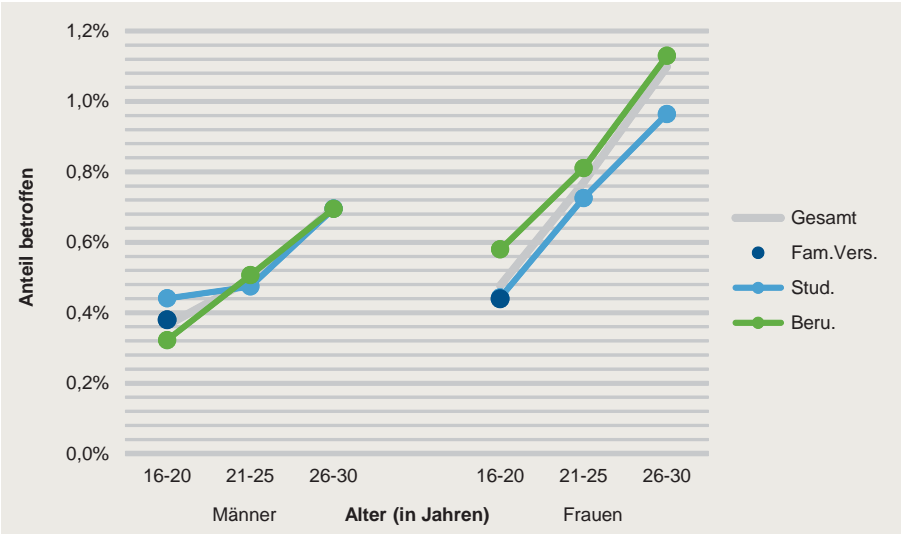


Abbildung 45 Diagnoseraten: Bösartige Neubildungen

Tabelle 22 Diagnoseraten: Bösartige Neubildungen

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Bösartige Neubildungen (ICD10 C00-C97)	M	16-20	0,36%	(+)	(+)	-	1,06 (0,96-1,16)	1,20 (0,92-1,55)	0,86 (0,75-0,99)
	M	21-25	0,49%		=	=		0,95 (0,84-1,08)	1,02 (0,94-1,10)
	M	26-30	0,70%		(+)	=		1,05 (0,91-1,21)	0,99 (0,93-1,05)
	F	16-20	0,48%	=	(-)	(+)	0,97 (0,89-1,06)	0,81 (0,64-1,03)	1,12 (1,00-1,26)
	F	21-25	0,77%		=	=		0,95 (0,86-1,05)	1,03 (0,97-1,09)
	F	26-30	1,10%		(-)	=		0,90 (0,78-1,03)	1,03 (0,98-1,07)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

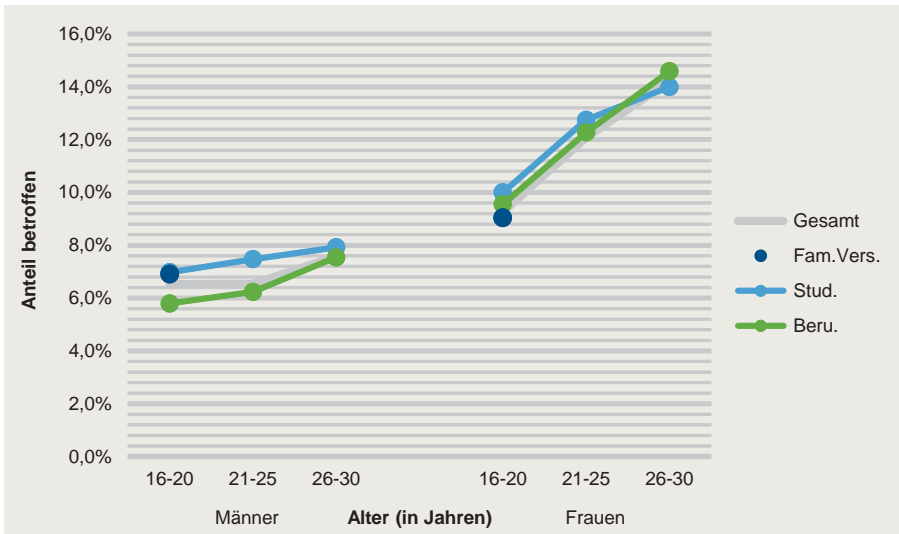


Abbildung 46 Diagnoseraten: Gutartige Neubildungen

Tabelle 23 Diagnoseraten: Gutartige Neubildungen

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Gutartige Neubildungen (ICD10 D10-D36)	M	16-20	6,54%	=	+	-	1,02 (0,99-1,04)	1,18 (1,10-1,25)	0,94 (0,91-0,97)
	M	21-25	6,55%		+	-		1,14 (1,10-1,17)	0,95 (0,93-0,97)
	M	26-30	7,59%		+	=		1,07 (1,02-1,11)	0,99 (0,97-1,01)
	F	16-20	9,26%	=	+	=	0,99 (0,97-1,00)	1,05 (1,00-1,10)	1,02 (0,99-1,05)
	F	21-25	12,09%		+	=		1,06 (1,03-1,08)	1,01 (0,99-1,02)
	F	26-30	14,22%		=	=		1,00 (0,97-1,04)	1,02 (1,01-1,04)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

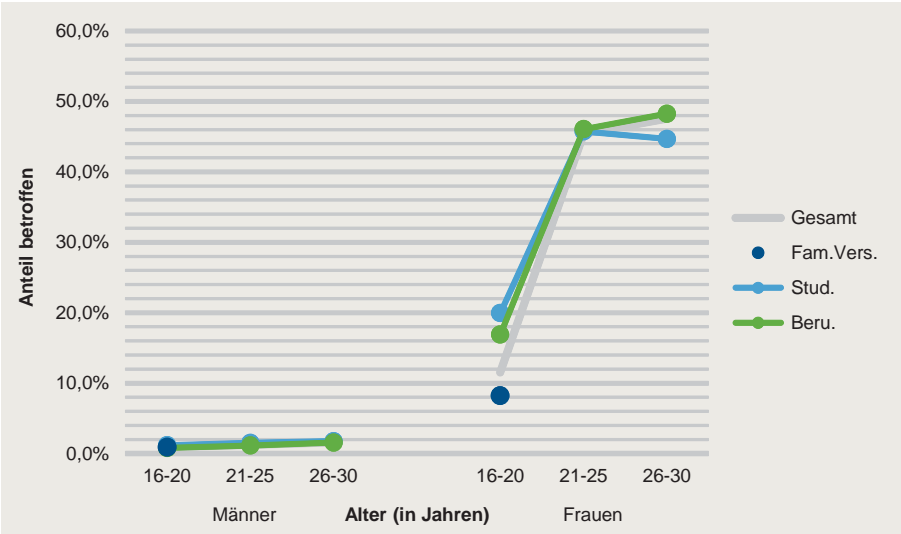


Abbildung 47 Diagnoseraten: Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen

Tabelle 24 Diagnoseraten: Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (ICD10 Z12)	M	16-20	0,90%	(+)	+	-	1,05 (0,99-1,12)	1,22 (1,04-1,42)	0,87 (0,80-0,95)
	M	21-25	1,26%		+	-		1,21 (1,13-1,29)	0,92 (0,87-0,96)
	M	26-30	1,59%		+	=		1,13 (1,04-1,23)	0,98 (0,94-1,02)
	F	16-20	11,54%	=	=	+	0,95 (0,93-0,97)	1,03 (0,99-1,06)	1,05 (1,03-1,07)
	F	21-25	45,42%		=	=		1,01 (1,00-1,02)	1,01 (1,00-1,02)
	F	26-30	47,57%		-	=		0,94 (0,92-0,96)	1,01 (1,01-1,02)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

Schwangerschaft

Kodierungen von Zuständen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bilden in der ICD10-Klassifikation ein entsprechend bezeichnetes eigenständiges Kapitel XV., auf welches an dieser Stelle eher beiläufig eingegangen werden soll.

Da alle Schlüssel des Kapitels XV. eine aktuell bestehende oder kurzzeitig vorausgegangene Schwangerschaft anzeigen, können Auswertungen zu entsprechenden Schlüsseln Hinweise auf die Häufigkeit von Schwangerschaften liefern.

Erwartungsgemäß waren Frauen im Alter zwischen 16 und 20 Jahren nur selten betroffen, im Alter zwischen 26 und 30 Jahren waren es insgesamt rund 15 Prozent (vgl. Tabelle 25 auf der folgenden Seite).

Offensichtlich wird aus der Darstellung in Abbildung 48, dass Schwangerschaften während eines in den Daten der Krankenkasse erfassten Studiums erheblich seltener als während einer Berufstätigkeit dokumentiert sind.

Die Interpretation der zunächst sehr prägnant erscheinenden Ergebnisse wird allerdings durch den Umstand eingeschränkt, dass verheiratete Studentinnen in den Daten vermutlich überwiegend nicht mehr als Studierende identifiziert werden können, sondern als „normale“ Familienversicherte ohne eigene beitragsrelevante Einkünfte erfasst sein dürften.

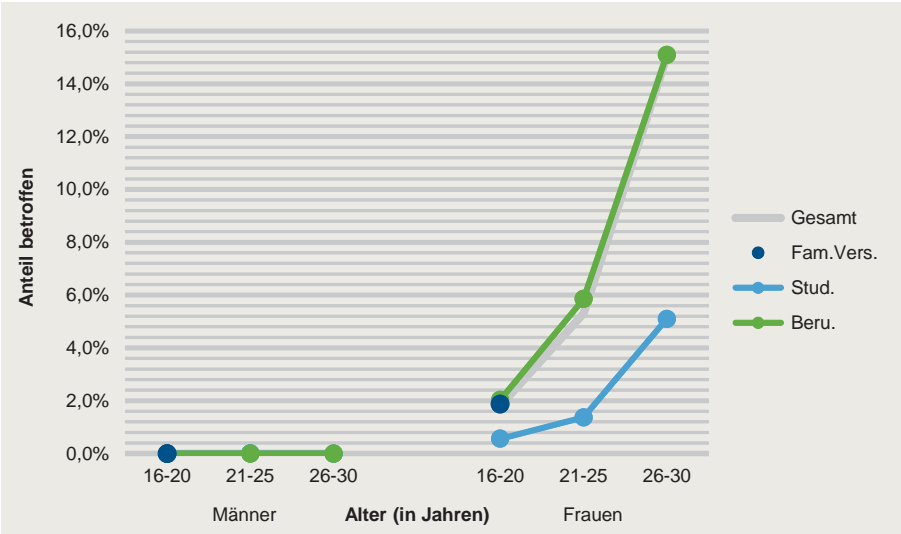


Abbildung 48 Diagnoseraten: Schwangerschaft

Tabelle 25 Diagnoseraten: Schwangerschaft

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (ICD10-Kap. XV)	M	16-20	0,00%						
	M	21-25	0,00%						
	M	26-30	0,00%						
	F	16-20	1,81%	++	--	-	1,25 (1,20-1,31)	0,22 (0,17-0,26)	0,88 (0,83-0,94)
	F	21-25	5,32%		--	+		0,27 (0,25-0,29)	1,06 (1,04-1,08)
	F	26-30	15,06%		--	=		0,38 (0,35-0,40)	0,99 (0,98-1,01)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **Familienversicherten** (Schülern), bei **Studierenden** sowie bei **Berufstätigen**. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

Krankheiten des Auges sowie des Ohres

Krankheiten des Auges sowie des Ohres können mit Codes gemäß der ICD10-Kapitel VII. sowie VIII. erfasst werden. Entsprechende Erkrankungen bilden nur verhältnismäßig selten einen direkten Anlass für Arbeitsunfähigkeiten (vgl. Tabelle A10 auf Seite 235 im Anhang).

Nach Auswertungen zu Diagnosen auch unabhängig von Arbeitsunfähigkeiten waren von Personen im jungen Erwerbsalter innerhalb des Jahres 2014 gut 16 Prozent von Krankheiten des Auges sowie gut 10 Prozent von Krankheiten des Ohres beziehungsweise der Dokumentation entsprechender Diagnosen betroffen (vgl. Tabelle 15 ab Seite 91).

Tendenziell sind Personen im Alter zwischen 16 und 20 Jahren insbesondere von Krankheiten des Auges häufiger als Personen im Alter zwischen 26 und 30 Jahren betroffen, Frauen auch hier häufiger als Männer (vgl. Tabellen auf den nachfolgenden Seiten).

Die Dokumentation von Krankheiten des Auges resultiert maßgeblich aus der augenärztlichen Abklärung und Behandlung unterschiedlicher Formen der Fehlsichtigkeit. Häufigere Diagnosen insbesondere in der jüngsten hier betrachteten Altersgruppe dürften auch aus Anforderungen im Zusammenhang einer erstmaligen Beschäftigung sowie einer Führerscheinprüfung resultieren. Unterschiede zwischen den Subgruppen innerhalb der jüngsten Altersgruppe, die sich in Abbildung 49 andeuten, resultieren im Wesentlichen aus einer unterschiedlichen Alterszusammensetzung. Wird diese bei den Vergleichen berücksichtigt, zeigen sich bei Familienversicherten, Studierenden und bereits Berufstätigen auch in der jüngsten Altersgruppe weitgehend identische Ergebnisse (vgl. Tabelle 26).

Demgegenüber lassen sich im Hinblick auf Krankheiten des Ohres zwischen Berufstätigen und Studierenden in allen Altersgruppen merkbare Unterschiede mit geringeren Diagnoseraten bei Studierenden ausmachen (vgl. Abbildung 50). Die Ergebnisse ergeben damit ein grundsätzlich ähnliches Bild, wie es sich (bei höheren Betroffenenraten) auch im Hinblick auf die Verordnung von Antibiotika sowie einige andere Infektionskrankheiten darstellen lässt.

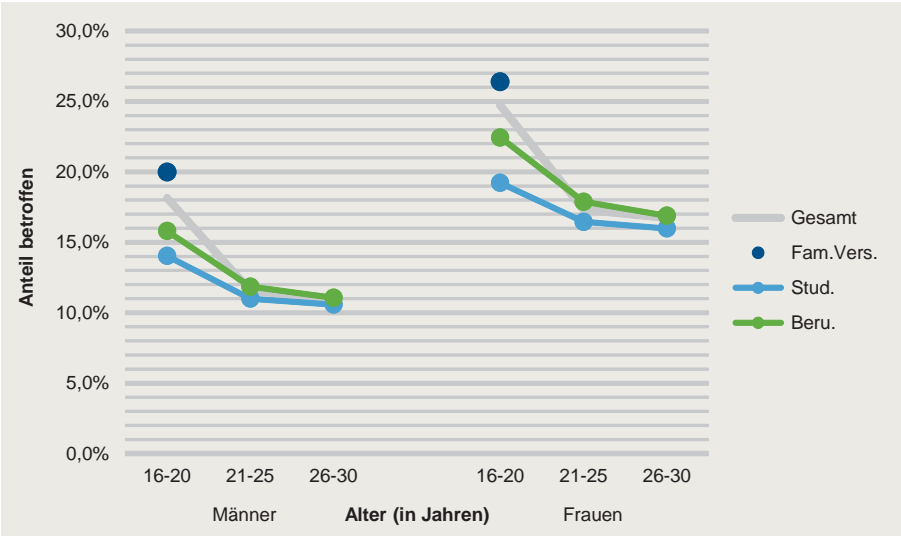


Abbildung 49 Diagnoseraten: Krankheiten des Auges

Tabelle 26 Diagnoseraten: Krankheiten des Auges

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Krankheiten des Auges (ICD10 Kap.VII)	M	16-20	18,14%	=	=	=	1,01 (1,00-1,02)	1,01 (0,96-1,05)	0,98 (0,96-1,00)
	M	21-25	11,56%		=	=		0,95 (0,93-0,98)	1,03 (1,01-1,05)
	M	26-30	11,05%		=	=		0,97 (0,93-1,00)	1,00 (0,99-1,01)
	F	16-20	24,73%	=	=	=	1,00 (0,99-1,01)	0,96 (0,92-0,99)	1,02 (1,00-1,04)
	F	21-25	17,31%		-	=		0,95 (0,93-0,97)	1,03 (1,02-1,05)
	F	26-30	16,74%		=	=		0,96 (0,92-0,99)	1,01 (1,00-1,02)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

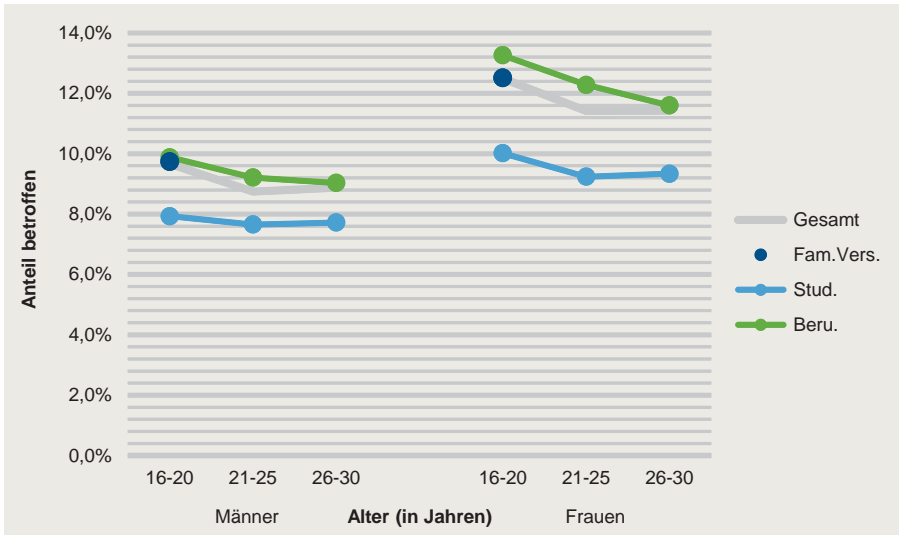


Abbildung 50 Diagnoseraten: Krankheiten des Ohres

Tabelle 27 Diagnoseraten: Krankheiten des Ohres

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Krankheiten des Ohres (ICD10 Kap.VIII)	M	16-20	9,66%	=	-	=	1,00 (0,98-1,02)	0,84 (0,79-0,90)	1,04 (1,01-1,06)
	M	21-25	8,75%		-	+		0,88 (0,85-0,90)	1,05 (1,04-1,07)
	M	26-30	8,88%		-	=		0,88 (0,84-0,91)	1,02 (1,00-1,03)
	F	16-20	12,50%	=	-	+	0,99 (0,98-1,01)	0,82 (0,78-0,86)	1,07 (1,05-1,10)
	F	21-25	11,42%		-	+		0,81 (0,79-0,83)	1,08 (1,06-1,10)
	F	26-30	11,43%		-	=		0,82 (0,78-0,85)	1,02 (1,00-1,03)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

Krankheiten der Schilddrüse – Verordnungen von Schilddrüsenhormonen

Krankheiten der Schilddrüse bilden mit den Codes E00 bis E07 in der Systematik der ICD10-Klassifikation eine Diagnosegruppe, welche dem Kapitel IV. „Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ zugeordnet ist. Als Anlass von Arbeitsunfähigkeiten spielt die Diagnose keine relevante Rolle. In der allgemeinen gesundheitlichen Versorgung werden sie jedoch auch in jüngeren Altersgruppen bereits häufig diagnostiziert und medikamentös behandelt.

Nach Auswertungen zu Diagnosen auch unabhängig von Arbeitsunfähigkeiten waren von Personen im jungen Erwerbsalter innerhalb des Jahres 2014 knapp 8 Prozent von Krankheiten der Schilddrüse betroffen (vgl. Tabelle 15 ab Seite 91). Überwiegend werden Erkrankungen erfasst, die mit einer verminderten Ausschüttung von Schilddrüsenhormonen einhergehen, wobei insbesondere Frauen bereits im jungen Erwerbsalter zu einem erheblichen Teil betroffen sind (vgl. Abbildung 51). Frauen im Alter zwischen 26 bis 30 Jahren waren zu 16 Prozent von einer entsprechenden Diagnose betroffen, wobei Unterschiede zwischen Berufstätigen und Studierenden gering ausfallen.

Ein sehr ähnliches Bild mit etwas geringeren Betroffenenquoten ergeben Auswertungen zu Verordnungen von Schilddrüsenhormonen (vgl. Abbildung 52 auf Seite 118). Nach den Ergebnissen erhielten im Jahr 2014 von den Frauen im Alter zwischen 26 und 30 Jahren rund 10 Prozent mindestens eine Verordnung eines Schilddrüsenhormons. Der Wert erscheint insofern bedenklich, als dass eine entsprechende Medikation oftmals langfristig und zum Teil auch lebenslänglich fortgesetzt wird, wobei in hier nicht berücksichtigten höheren Altersgruppen mit noch merklich höheren Betroffenenraten zu rechnen ist.

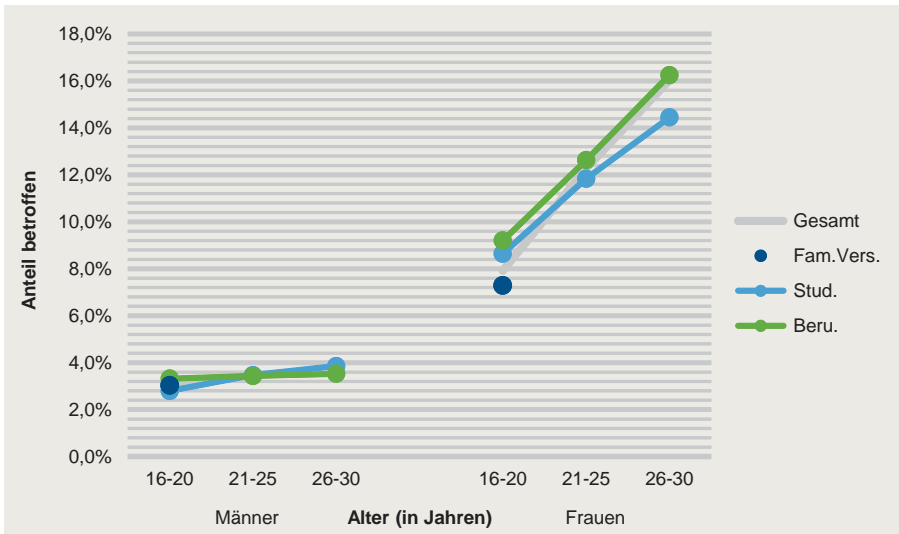


Abbildung 51 Diagnoseraten: Krankheiten der Schilddrüse

Tabelle 28 Diagnoseraten: Krankheiten der Schilddrüse

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Krankheiten der Schilddrüse (ICD10 E00-E07)	M	16-20	3,12%	=	-	=	0,99 (0,96-1,03)	0,87 (0,78-0,96)	1,04 (1,00-1,08)
	M	21-25	3,48%		=	=		1,00 (0,95-1,04)	0,98 (0,96-1,01)
	M	26-30	3,60%		+	=		1,08 (1,01-1,14)	0,98 (0,96-1,01)
	F	16-20	7,92%	=	-	=	0,99 (0,97-1,01)	0,93 (0,88-0,98)	1,04 (1,01-1,07)
	F	21-25	12,28%		=	=		0,97 (0,95-0,99)	1,02 (1,00-1,03)
	F	26-30	16,04%		-	=		0,93 (0,90-0,97)	1,01 (1,00-1,02)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

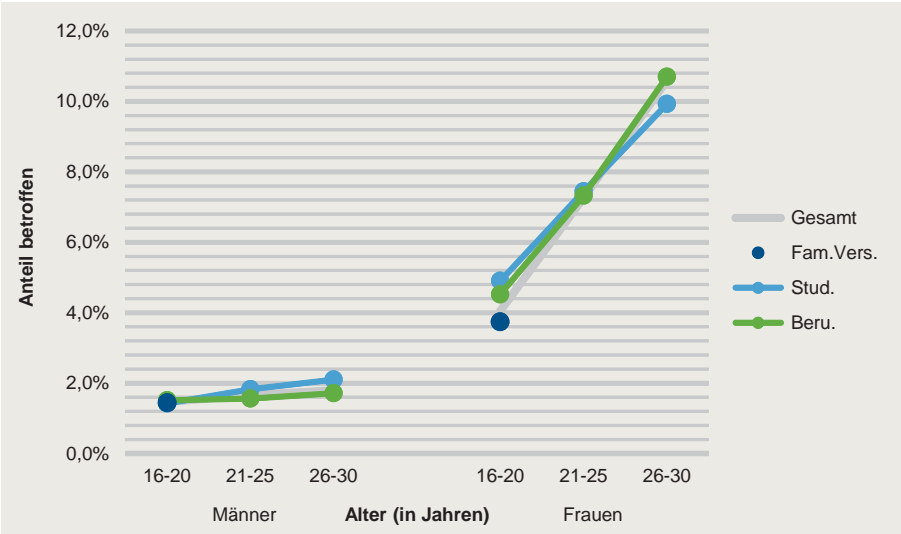


Abbildung 52 Verordnungsraten: Schilddrüsenhormone

Tabelle 29 Verordnungsraten: Schilddrüsenhormone

ATC-Code		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Schilddrüsenhormone (ATC H03AA)	M	16-20	1,47%	=	(-)	=	1,01 (0,96-1,05)	0,93 (0,80-1,07)	1,01 (0,94-1,07)
	M	21-25	1,67%		+	-		1,09 (1,03-1,16)	0,93 (0,89-0,97)
	M	26-30	1,80%		+	=		1,18 (1,09-1,28)	0,95 (0,92-0,99)
	F	16-20	4,05%	=	=	=	1,01 (0,98-1,04)	1,00 (0,93-1,07)	0,98 (0,94-1,03)
	F	21-25	7,27%		=	=		1,03 (1,00-1,06)	0,99 (0,97-1,01)
	F	26-30	10,60%		=	=		0,98 (0,94-1,02)	1,01 (0,99-1,02)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger Verordnung 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Verordnungsraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

– Rückenschmerzen

– Verordnungen von nichtsteroidalen Antiphlogistika

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems gemäß ICD10-Kapitel XIII. bilden traditionell und auch weiterhin das Kapitel, welchem vergleichsweise die meisten gemeldeten Fehlzeiten zuzuordnen sind (vgl. Abbildung 18 auf Seite 46). Maßgeblich verantwortlich für die Arbeitsunfähigkeitsfälle aus diesem Diagnosekapitel sind insbesondere Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (vgl. Tabelle 12 auf Seite 72).

Nach Auswertungen zu Diagnosen auch unabhängig von Arbeitsunfähigkeiten waren von Personen im jungen Erwerbsalter innerhalb des Jahres 2014 gut 36 Prozent, also mehr als ein Drittel, von einer Diagnose aus dem Kapitel XIII. betroffen, darunter gut 16 Prozent von der Diagnose „Rückenschmerzen“ (vgl. Tabelle 15 ab Seite 91).

Tendenziell sind Personen im Alter zwischen 16 und 20 Jahren seltener als Personen im Alter zwischen 26 und 30 Jahren von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie von Rückenschmerzen betroffen, Frauen häufiger als Männer (vgl. Tabellen auf den nachfolgenden Seiten).

Sehr offensichtlich werden Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie insbesondere Rückenschmerzen bei jungen Berufstätigen bzw. Auszubildenden erheblich häufiger als bei Studierenden dokumentiert (vgl. Abbildung 53 sowie Abbildung 54).

Vergleichbare Unterschiede zwischen Berufstätigen und Studierenden zeigen sich auch bei Auswertungen zu Verordnungen von nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika, die in der ATC-Klassifikation dem Code M01A zugeordnet sind und häufig, aber keinesfalls ausschließlich bei Schmerzen und Entzündungen im Bereich des Muskel-Skelett-Systems verordnet werden (vgl. Abbildung 55 auf Seite 122). Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu beachten, dass Arzneimittel aus dieser Substanzgruppe, wie beispielsweise das Ibuprofen, auch ohne Rezept erworben werden können und dann nicht in Daten bei den Krankenkassen erfasst werden. Eine zunehmende Selbstmedikation vorrangig bei älteren Versicherten könnte möglicherweise auch für die hier festgestellten altersabhängig relativ konstanten und bei Frauen sogar sinkenden Verordnungsraten mitverantwortlich sein, die zunächst im Widerspruch zu steigenden Diagnoseraten bei Muskel-Skelett-Krankheiten stehen.

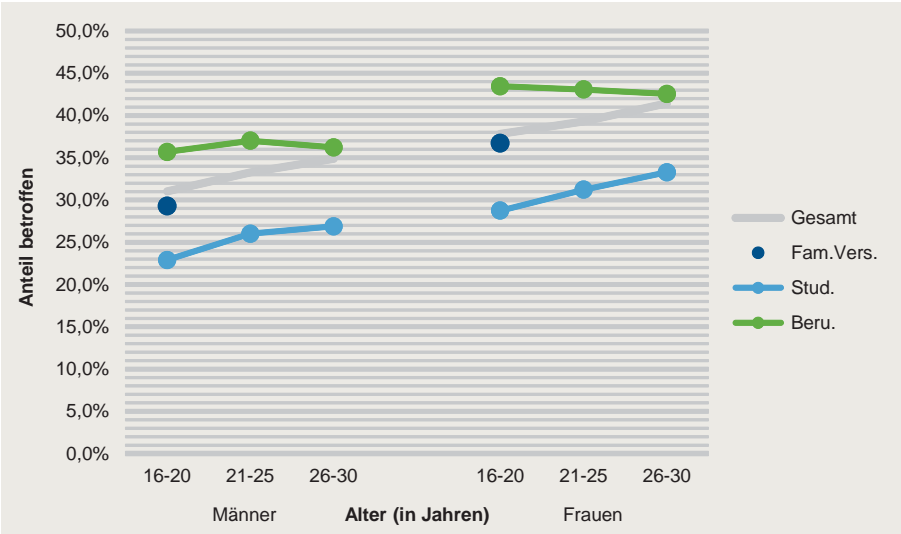


Abbildung 53 Diagnoseraten: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

Tabelle 30 Diagnoseraten: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (ICD10 Kap. XIII)	M	16-20	31,05%	=	--	+	0,96 (0,95-0,97)	0,71 (0,69-0,74)	1,13 (1,11-1,14)
	M	21-25	33,28%		-	+		0,78 (0,77-0,79)	1,11 (1,10-1,12)
	M	26-30	34,88%		-	=		0,78 (0,76-0,80)	1,04 (1,03-1,05)
	F	16-20	37,83%	=	-	+	0,97 (0,96-0,98)	0,76 (0,74-0,78)	1,14 (1,13-1,16)
	F	21-25	39,30%		-	+		0,80 (0,78-0,81)	1,09 (1,09-1,10)
	F	26-30	41,46%		-	=		0,81 (0,79-0,83)	1,03 (1,02-1,03)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

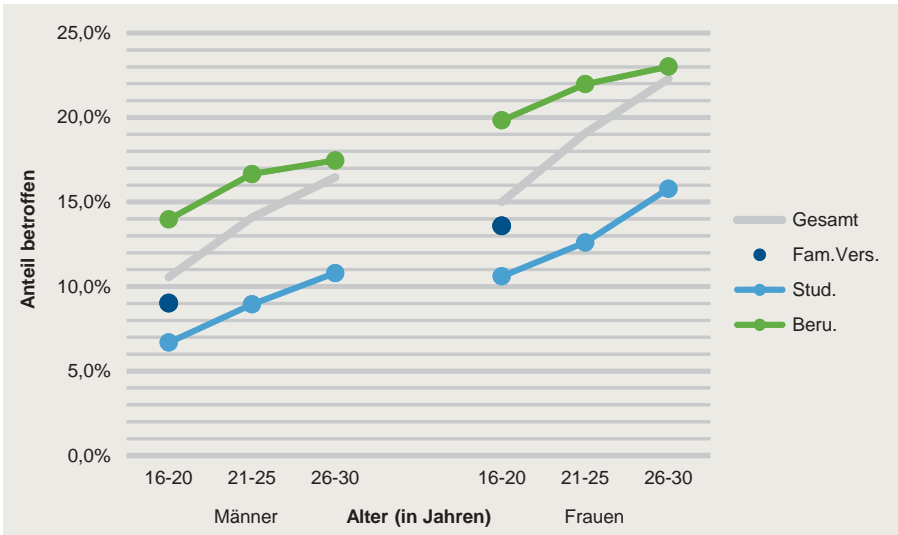


Abbildung 54 Diagnoseraten: Rückenschmerzen

Tabelle 31 Diagnoseraten: Rückenschmerzen

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Rücken- schmerzen (ICD10 M54)	M	16-20	10,55%	-	--	+	0,92 (0,90-0,94)	0,54 (0,51-0,58)	1,21 (1,19-1,24)
	M	21-25	14,10%		--	+		0,63 (0,62-0,65)	1,18 (1,16-1,19)
	M	26-30	16,48%		--	+		0,67 (0,65-0,70)	1,06 (1,04-1,07)
	F	16-20	15,00%	-	--	+	0,95 (0,94-0,96)	0,64 (0,61-0,67)	1,23 (1,21-1,25)
	F	21-25	19,08%		--	+		0,66 (0,65-0,68)	1,14 (1,13-1,16)
	F	26-30	22,29%		--	=		0,72 (0,70-0,75)	1,03 (1,02-1,04)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

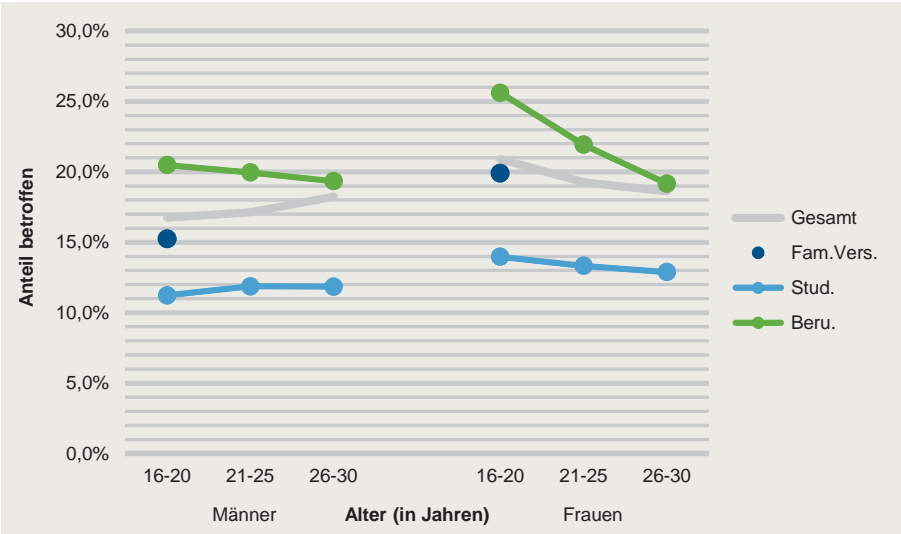


Abbildung 55 Verordnungsraten: Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika

Tabelle 32 Verordnungsraten: Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika

ATC-Code		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika (ATC M01A)	M	16-20	16,76%	-	--	+	0,92 (0,91-0,94)	0,66 (0,62-0,69)	1,20 (1,18-1,22)
	M	21-25	17,13%		--	+		0,69 (0,68-0,71)	1,16 (1,15-1,18)
	M	26-30	18,23%		--	+		0,66 (0,64-0,68)	1,06 (1,05-1,07)
	F	16-20	20,92%	-	--	+	0,95 (0,94-0,96)	0,68 (0,65-0,71)	1,23 (1,20-1,25)
	F	21-25	19,27%		--	+		0,69 (0,68-0,71)	1,14 (1,13-1,15)
	F	26-30	18,61%		--	=		0,69 (0,67-0,72)	1,03 (1,02-1,04)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger Verordnung 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Verordnungsraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

Verletzungen

– Verletzung der Knöchelregion und des Fußes

Verletzungen gemäß ICD10-Kapitel XIX. bilden im Hinblick auf gemeldete Arbeitsunfähigkeiten allgemein eine weitere relevante Erkrankungsgruppe (vgl. Abbildung 16 auf Seite 44). Verletzungen können alle Körperbereiche betreffen. Den häufigsten Anlass für eine Arbeitsunfähigkeit auf der Ebene von Diagnosegruppen bildeten altersübergreifend nach aktuellen Ergebnissen zu Arbeitsunfähigkeiten „Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes“ (ICD10 S90-S99; vgl. Tabelle 11 auf Seite 71).

Nach Auswertungen zu Diagnosen auch unabhängig von Arbeitsunfähigkeiten waren von Personen im jungen Erwerbsalter innerhalb des Jahres 2014 gut 28 Prozent von einer Diagnose aus dem Kapitel XIX. betroffen, darunter 5,4 Prozent von „Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes“ (vgl. Tabelle 15 ab Seite 91).

Tendenziell sind Personen im Alter zwischen 16 und 20 Jahren häufiger als Personen im Alter zwischen 26 und 30 Jahren betroffen, Frauen seltener als Männer (vgl. Tabellen auf den nachfolgenden Seiten).

Auffällig erscheinen bei der Gegenüberstellung von Diagnoseraten aus den unterschiedlichen Subgruppen innerhalb einzelner Geschlechts- und Altersgruppen insbesondere die recht hohen Diagnoseraten bei sehr jungen Berufstätigen bzw. Auszubildenden (vgl. Abbildung 56 und Abbildung 57). Im Hinblick auf Verletzungen der Knöchelregion zeigen sich auch bei Studierenden mit zunehmendem Alter leicht rückläufige Diagnoseraten, wobei die Unterschiede zu Berufstätigen in höherem Alter nur noch gering sind.

Höhere Verletzungsraten insbesondere bei berufstätigen männlichen Jugendlichen (in Ausbildung) könnten unter anderem auf ein risikoreicheres Verhalten in dieser Gruppe hindeuten, was sich auch schon in Anbetracht verletzungsbedingter Fehlzeiten in entsprechenden Altersgruppen vermuten ließe (vgl. Abbildung 20 auf Seite 50 im Routineteil des Reportes).

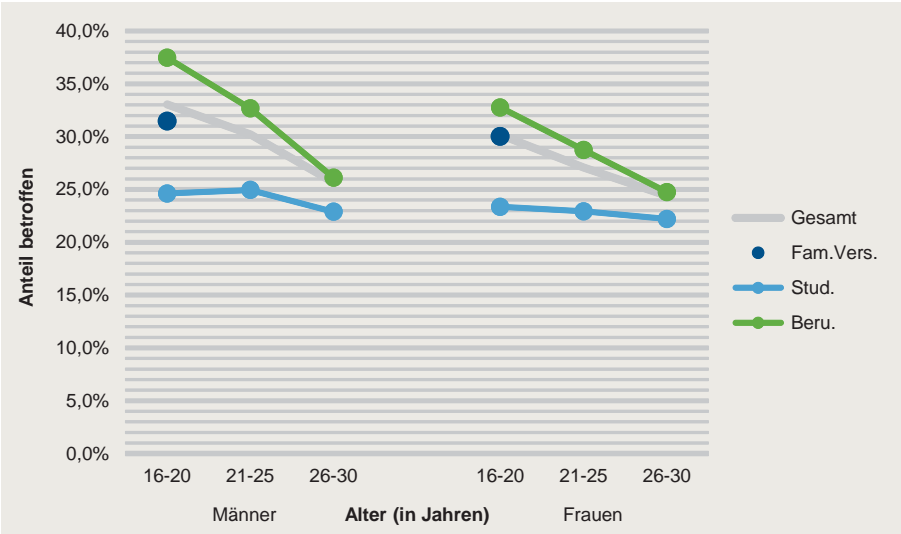


Abbildung 56 Diagnoseraten: Verletzungen

Tabelle 33 Diagnoseraten: Verletzungen

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Verletzungen (ICD10 Kap.XIX)	M	16-20	33,04%	=	--	+	0,96 (0,95-0,97)	0,73 (0,71-0,76)	1,12 (1,11-1,13)
	M	21-25	30,22%		-	+		0,83 (0,81-0,84)	1,08 (1,07-1,10)
	M	26-30	25,66%		-	=		0,88 (0,86-0,90)	1,02 (1,01-1,03)
	F	16-20	30,19%	=	-	+	0,99 (0,98-1,00)	0,79 (0,76-0,81)	1,09 (1,08-1,11)
	F	21-25	27,07%		-	+		0,85 (0,83-0,86)	1,07 (1,06-1,08)
	F	26-30	24,40%		-	=		0,90 (0,88-0,93)	1,02 (1,01-1,02)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

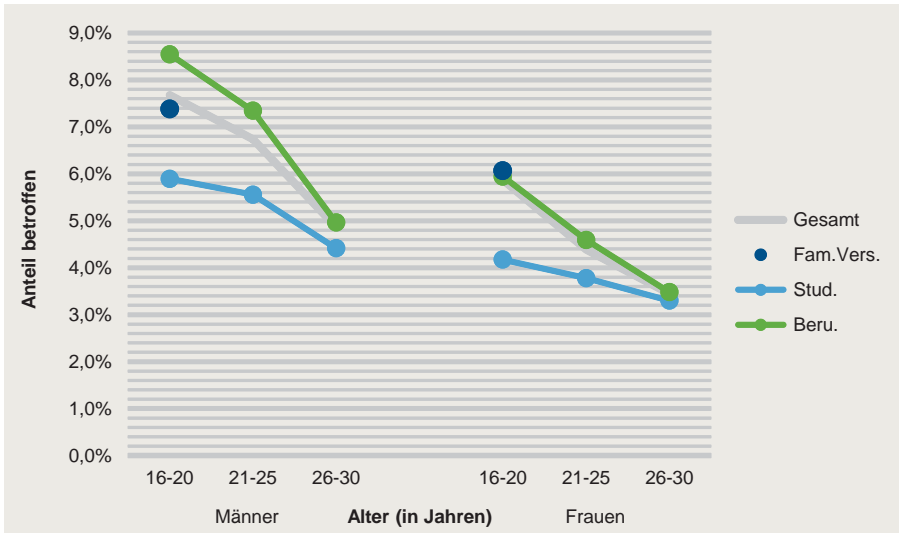


Abbildung 57 Diagnoseraten: Verletzung der Knöchelregion

Tabelle 34 Diagnoseraten: Verletzung der Knöchelregion

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Verletzung der Knöchelregion und des Fußes (ICD10 S90-S99)	M	16-20	7,68%	=	-	+	0,97 (0,95-0,99)	0,76 (0,71-0,81)	1,10 (1,07-1,13)
	M	21-25	6,74%		-	+		0,83 (0,80-0,86)	1,10 (1,08-1,12)
	M	26-30	4,86%		-	=		0,88 (0,83-0,93)	1,03 (1,00-1,05)
	F	16-20	5,87%	=	-	+	1,00 (0,98-1,02)	0,78 (0,72-0,84)	1,07 (1,03-1,11)
	F	21-25	4,39%		-	+		0,86 (0,82-0,89)	1,06 (1,03-1,09)
	F	26-30	3,44%		(-)	=		0,94 (0,87-1,01)	1,01 (0,99-1,04)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

Psychische und Verhaltensstörungen

- Somatoforme Störungen
- Reaktionen auf schwere Belastungen

Psychische und Verhaltensstörungen gemäß ICD10-Kapitel V. lassen sich seit einer Reihe von Jahren für einen erheblichen Teil der gemeldeten Arbeitsunfähigkeiten verantwortlich machen, wobei entsprechende AU-Fälle eher vergleichsweise selten sind, jedoch typischerweise ausgesprochen lange dauern (vgl. Abbildung 16 ff. ab Seite 44). Maßgeblich verantwortlich für die Arbeitsunfähigkeitsmeldungen sind auf 3-stelliger Diagnoseebene aus diesem Diagnosekapitel insbesondere Depressionen (ICD10 F32, F33) sowie „Reaktionen auf schwere Belastungen“ (ICD10 F43; vgl. Tabelle 14 auf Seite 77).

Nach Auswertungen zu Diagnosen auch unabhängig von Arbeitsunfähigkeiten waren von Personen im jungen Erwerbsalter innerhalb des Jahres 2014 knapp 25 Prozent von einer Diagnose aus dem Kapitel V. betroffen, wobei „Somatoforme Störungen“ und „Reaktionen auf schwere Belastungen“ am häufigsten dokumentiert wurden (vgl. Tabelle 15 ab Seite 91). Frauen sind insgesamt sowie von vielen, jedoch nicht allen der in Kapitel V. erfassten Störungen häufiger als Männer betroffen (vgl. nachfolgende Seiten).

Auf den ersten Blick überraschend erscheinen bei Gesamtauswertungen zu Diagnosen psychischer Störungen tendenziell gleichbleibende Diagnoseraten bei Männern sowie die ausgehend von sehr niedrigen Werten erheblich steigenden Diagnoseraten bei männlichen und weiblichen Studierenden (vgl. Abbildung 58), die sich erst nach der Betrachtung von Einzeldiagnosen erklären lassen.

Somatoforme Störungen (ICD10 F45; körperliche Beschwerden ohne hinreichend begründende organische Ursache) werden mit zunehmendem Alter insbesondere bei Frauen zunehmend häufig dokumentiert, wobei studierende Frauen merklich seltener als berufstätige betroffen waren (vgl. Abbildung 59 auf Seite 128).

Auswertungen zu „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (ICD10 F43) liefern ein ähnliches Bild, wobei sich die Diagnoserate auch bei weiblichen Studierenden im Alter zwischen 26 und 30 Jahren deutlich derjenigen bei berufstätigen Frauen annähert.

Weitere Ergebnisse zu Diagnosen aus dem Kapitel der psychischen Störungen werden in nachfolgenden Abschnitten dargestellt.

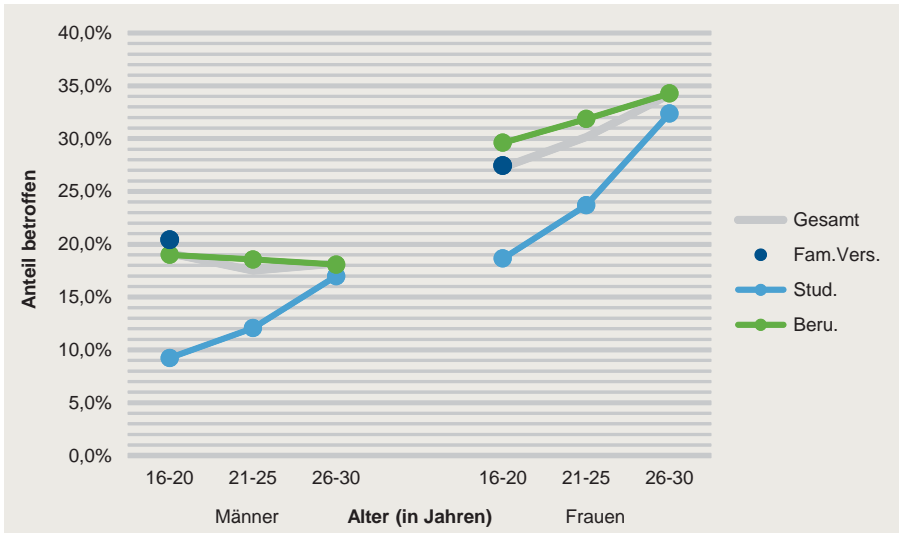


Abbildung 58 Diagnoseraten: Psychische und Verhaltensstörungen

Tabelle 35 Diagnoseraten: Psychische und Verhaltensstörungen

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Psychische und Verhaltensstörungen (ICD10 Kap.V)	M	16-20	19,16%	+	--	=	1,05 (1,04-1,06)	0,50 (0,47-0,53)	1,01 (0,99-1,03)
	M	21-25	17,51%		--	+		0,69 (0,67-0,71)	1,06 (1,05-1,08)
	M	26-30	18,19%		-	=		0,95 (0,92-0,97)	0,99 (0,98-1,00)
	F	16-20	27,28%	=	--	=	1,03 (1,02-1,04)	0,65 (0,63-0,67)	1,05 (1,03-1,06)
	F	21-25	30,16%		-	+		0,79 (0,77-0,80)	1,05 (1,04-1,06)
	F	26-30	34,18%		=	=		0,97 (0,94-0,99)	1,00 (0,99-1,01)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

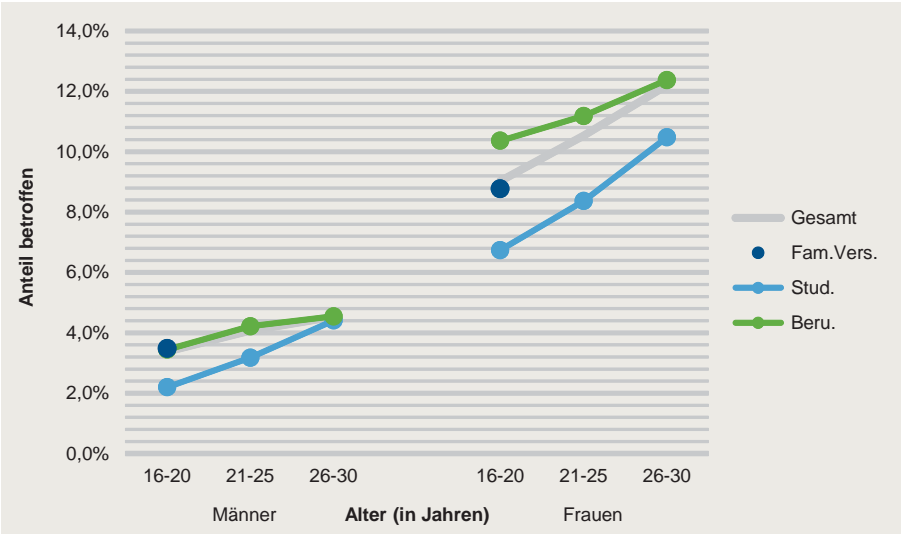


Abbildung 59 Diagnoseraten: Somatoforme Störungen

Tabelle 36 Diagnoseraten: Somatoforme Störungen

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Somatoforme Störungen (ICD10 F45)	M	16-20	3,38%	+	--	=	1,08 (1,05-1,12)	0,59 (0,52-0,66)	0,96 (0,92-1,00)
	M	21-25	4,07%		-	=		0,78 (0,74-0,82)	1,04 (1,01-1,06)
	M	26-30	4,54%			=		0,99 (0,94-1,05)	1,00 (0,98-1,02)
	F	16-20	9,02%	=	--	+	1,02 (1,00-1,04)	0,67 (0,64-0,72)	1,07 (1,04-1,10)
	F	21-25	10,54%		-	+		0,80 (0,77-0,82)	1,06 (1,04-1,07)
	F	26-30	12,20%		-	=		0,88 (0,84-0,92)	1,01 (1,00-1,03)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

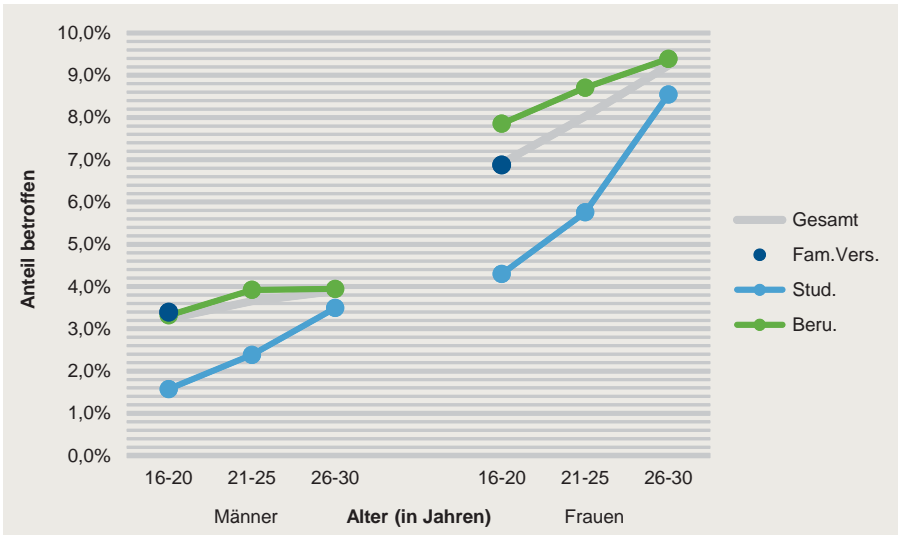


Abbildung 60 Diagnoseraten: Reaktionen auf schwere Belastungen

Tabelle 37 Diagnoseraten: Reaktionen auf schwere Belastungen

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD10 F43)	M	16-20	3,24%	+	--	=	1,10 (1,07-1,14)	0,43 (0,38-0,50)	0,96 (0,92-1,01)
	M	21-25	3,66%		--	+		0,65 (0,62-0,69)	1,07 (1,04-1,10)
	M	26-30	3,90%		-	=		0,91 (0,85-0,97)	1,01 (0,99-1,03)
	F	16-20	6,92%	=	--	+	1,04 (1,02-1,06)	0,56 (0,52-0,61)	1,06 (1,03-1,10)
	F	21-25	8,03%		--	+		0,72 (0,69-0,74)	1,08 (1,06-1,10)
	F	26-30	9,24%		-	=		0,94 (0,90-0,99)	1,02 (1,00-1,03)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **Familienversicherten** (Schülern), bei **Studierenden** sowie bei **Berufstätigen**. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

Depressionen

– Verordnungen von Antidepressiva

Depressionen im Sinne des Codes F32 lassen sich nach allgemeinen Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten auf 3-stelliger Diagnoseebene bei Frauen mehr Fehltag als jeder anderen Diagnose zuordnen (vgl. Tabelle 14 auf Seite 77).

Nach Auswertungen zu Diagnosen auch unabhängig von Arbeitsunfähigkeiten waren von Personen im jungen Erwerbsalter innerhalb des Jahres 2014 6,2 Prozent von einer Depression im Sinne der beiden ICD10-Codes F32 und/oder F33 betroffen, Männer zu 4,0 und Frauen zu 8,3 Prozent (Ergebnisse anderweitig nicht ausgewiesen).

Depressionen werden bei beiden Geschlechtern mit steigendem Alter zunehmend häufiger dokumentiert, wobei Diagnoseraten bei älteren Studierenden diejenigen von Berufstätigen überschreiten (vgl. Abbildung 61).

Ein nahezu identisches Bild mit insgesamt geringeren Betroffenenraten liefern Auswertungen zu Verordnungen von Antidepressiva (vgl. Abbildung 62 auf Seite 132), von denen im jungem Erwerbsalter 3,2 Prozent innerhalb des Jahres 2014 betroffen waren, Männer zu 2,2 und Frauen zu 4,1 Prozent (anderweitig nicht dargestellt).

Sowohl nach Auswertungen zu Diagnosen als auch nach Auswertungen zu Verordnungen von Antidepressiva ist davon auszugehen, dass ein Studium im fortgeschrittenen Alter mit einem erhöhten Risiko für Depressionen assoziiert ist, obwohl junge Studierende im Vergleich zu anderen altersentsprechenden Versicherten ein merklich reduziertes Risiko aufweisen (vgl. insbesondere auch Tabelle 38 sowie Tabelle 39). Ob dabei ein Studium in höherem Alter Ursache oder Folge der Depressionen ist, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden.

Weitere Ergebnisse zu Diagnosen aus dem Kapitel der psychischen Störungen werden in nachfolgenden Abschnitten dargestellt.

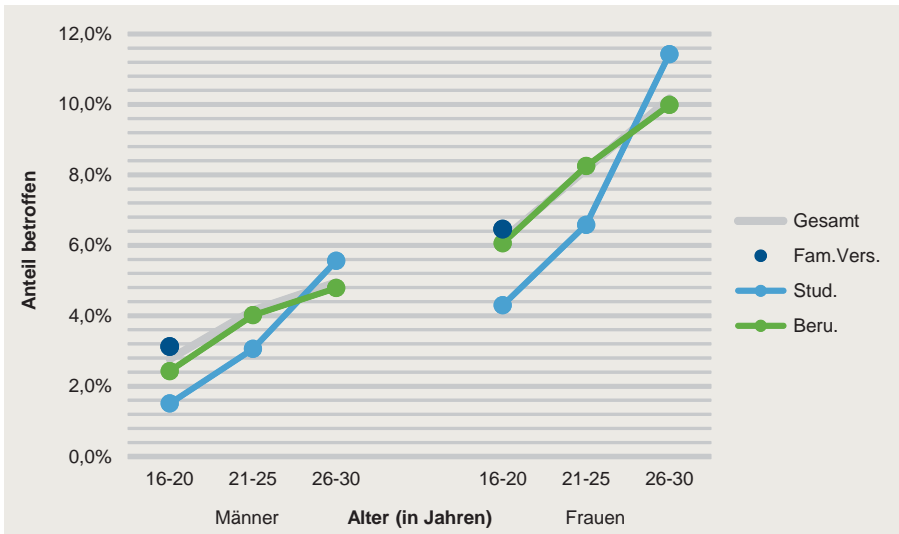


Abbildung 61 Diagnoseraten: Depressionen

Tabelle 38 Diagnoseraten: Depressionen

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Depressionen (ICD10 F32, F33)	M	16-20	2,78%	++	--	-	1,26 (1,22-1,30)	0,44 (0,38-0,50)	0,78 (0,74-0,82)
	M	21-25	4,16%		--	=		0,73 (0,70-0,77)	0,96 (0,94-0,99)
	M	26-30	4,95%		+	=		1,16 (1,10-1,22)	0,96 (0,94-0,98)
	F	16-20	6,17%	+	--	-	1,12 (1,09-1,14)	0,60 (0,56-0,65)	0,89 (0,86-0,92)
	F	21-25	8,17%		-	=		0,81 (0,78-0,83)	1,00 (0,99-1,02)
	F	26-30	10,17%		+	=		1,16 (1,11-1,20)	0,98 (0,97-0,99)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

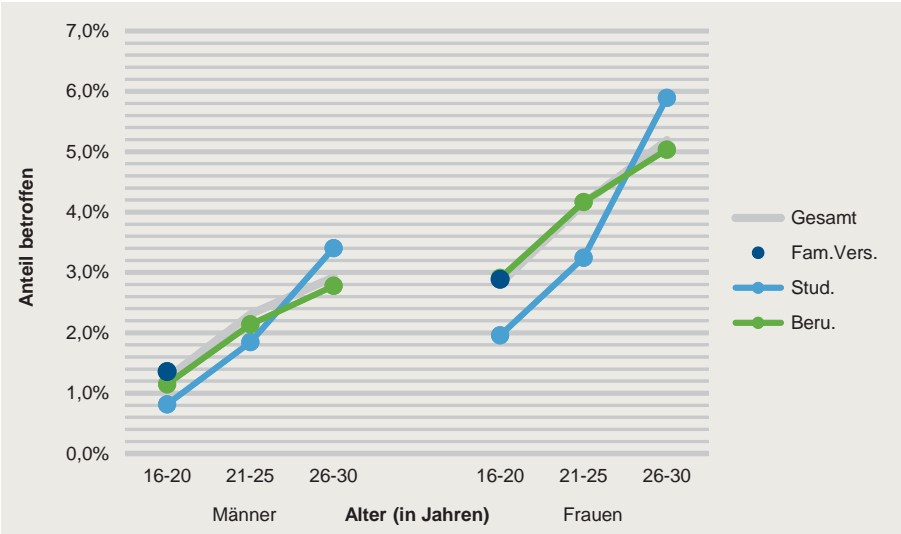


Abbildung 62 Verordnungsraten: Antidepressiva

Tabelle 39 Verordnungsraten: Antidepressiva

ATC-Code		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Antidepressiva (ATC N06A)	M	16-20	1,25%	++	--	-	1,28 (1,22-1,34)	0,48 (0,40-0,58)	0,78 (0,72-0,83)
	M	21-25	2,31%		-	-		0,80 (0,75-0,85)	0,92 (0,89-0,96)
	M	26-30	2,93%		+	-		1,21 (1,13-1,29)	0,94 (0,92-0,97)
	F	16-20	2,81%	+	--	-	1,15 (1,11-1,19)	0,55 (0,49-0,61)	0,88 (0,84-0,93)
	F	21-25	4,14%		-	=		0,78 (0,75-0,82)	1,00 (0,98-1,03)
	F	26-30	5,19%		+	=		1,18 (1,12-1,25)	0,97 (0,95-0,99)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger Verordnung 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Verordnungsraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

Hyperkinetische Störung (ADHS) – Verordnungen von Methylphenidat

Die gleichfalls zum Kapitel V. der ICD10 zählende Diagnose „Hyperkinetischer Störung“ (ICD10 F90) spielt als kodierte Ursache erkrankungsbedingter Arbeitsunfähigkeiten keine nennenswerte Rolle, wird jedoch insbesondere bei Jungen um das 10. Lebensjahr herum relativ häufig dokumentiert. Erfasst werden mit diesem Diagnoseschlüssel Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Ausführlichere aktuelle Ergebnisse mit einem Fokus auf Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sind dem BARMER GEK Arztreport 2016² ab Seite 139 zu entnehmen.

Nach Auswertungen zu Diagnosen unabhängig von Arbeitsunfähigkeiten waren von Personen im jungen Erwerbsalter innerhalb des Jahres 2014 rund 1,5 Prozent von einer ADHS-Diagnose betroffen (vgl. Tabelle 15 ab Seite 91). Dabei betrifft die Diagnose insbesondere die jüngste hier betrachtete Altersgruppe von 16 bis 20 Jahre (vgl. Abbildung 63).

Auffällig erscheinen die vergleichsweise ausgesprochen geringen Diagnoseraten bei jüngeren Studierenden. Schüler mit einer ADHS-Diagnose dürften demnach nur vergleichsweise selten in sehr jungem Alter ein Studium aufnehmen und ggf. eher einen Ausbildungsberuf wählen.

Demgegenüber lassen sich im Alter zwischen 26 und 30 Jahren – bei insgesamt sehr geringen Anteilen von Versicherten mit ADHS-Diagnose – unter Studierenden vergleichsweise viele Betroffene mit ADHS-Diagnose identifizieren, was auf ein verlängertes oder verspätet begonnenes Studium von Betroffenen hindeuten könnte.

Zur medikamentösen Therapie von ADHS wird auch weiterhin weit überwiegend die Substanz Methylphenidat, besser bekannt unter dem Präparatenamen Ritalin®, eingesetzt. Entsprechende Arzneimittel wurden 2014 bei 0,6 Prozent der betrachteten Personen im jungen Erwerbsalter verordnet, wobei 0,9 Prozent der Männer und 0,3 Prozent der Frauen von entsprechenden Verordnungen betroffen waren (Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt). Ausgehend von erwartungsgemäß geringeren Betroffenenraten führen die Ergebnisse zu vergleichbaren Interpretationen wie Auswertungen zu ADHS-Diagnoseraten.

² Link (Volltext): <https://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/Arztreport/Arztreport-2016/BARMER-GEK-Arztreport-2016.html>

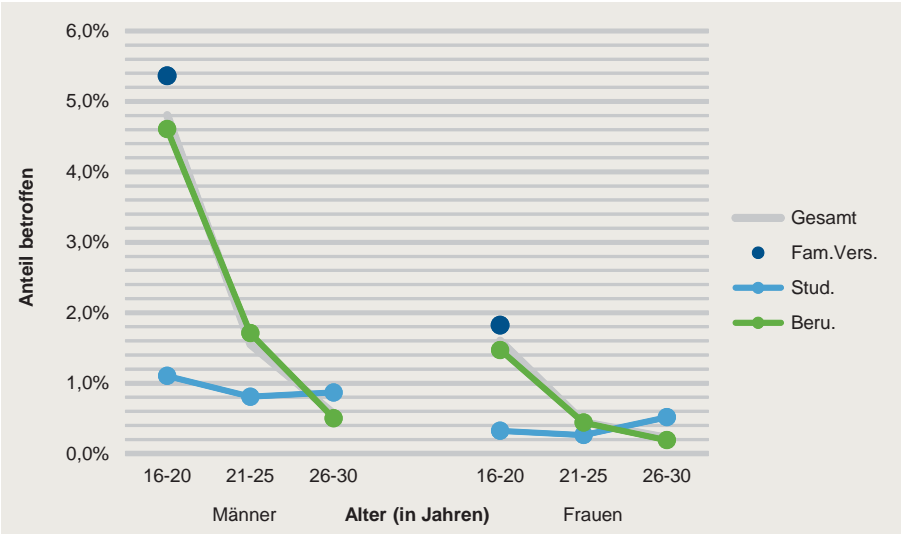


Abbildung 63 Diagnoseraten: Hyperkinetische Störung (ADHS)

Tabelle 40 Diagnoseraten: Hyperkinetische Störung (ADHS)

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Hyperkinetische Störung (ICD10 F90)	M	16-20	4,81%	=	--	+	0,97 (0,95-1,00)	0,35 (0,29-0,41)	1,17 (1,13-1,21)
	M	21-25	1,55%		--	+		0,53 (0,48-0,58)	1,13 (1,08-1,18)
	M	26-30	0,57%		++	-		1,36 (1,20-1,54)	0,91 (0,85-0,97)
	F	16-20	1,60%	=	--	+	1,01 (0,97-1,06)	0,30 (0,22-0,39)	1,15 (1,07-1,24)
	F	21-25	0,44%		--	=		0,59 (0,50-0,69)	1,02 (0,94-1,11)
	F	26-30	0,23%		++	-		2,11 (1,74-2,54)	0,85 (0,77-0,94)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **Familienversicherten** (Schülern), bei **Studierenden** sowie bei **Berufstätigen**. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

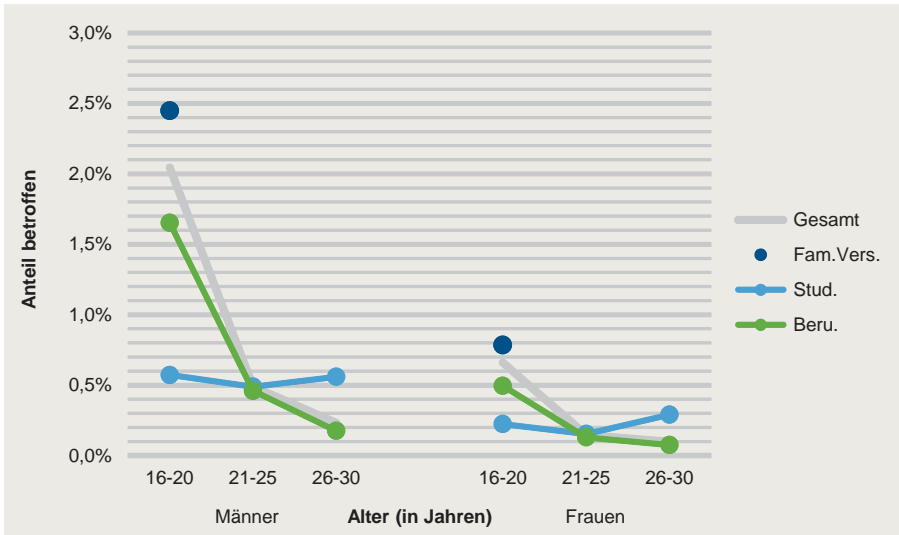


Abbildung 64 Verordnungsraten: Methylphenidat

Tabelle 41 Verordnungsraten: Methylphenidat

ATC-Code		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Methylphenidat (ATC N06BA04)	M	16-20	2,05%	=	--	+	0,99 (0,96-1,03)	0,53 (0,42-0,66)	1,09 (1,02-1,15)
	M	21-25	0,49%		=	=		1,02 (0,90-1,14)	0,96 (0,88-1,04)
	M	26-30	0,23%		++	-		2,23 (1,90-2,60)	0,76 (0,68-0,86)
	F	16-20	0,66%	=	--	=	1,03 (0,97-1,10)	0,56 (0,39-0,77)	1,00 (0,88-1,13)
	F	21-25	0,15%		=	(-)		1,04 (0,83-1,29)	0,90 (0,78-1,05)
	F	26-30	0,10%		++	-		2,74 (2,11-3,51)	0,78 (0,65-0,92)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger Verordnung 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Verordnungsraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak

Eine weitere und bislang nicht erwähnte Diagnosegruppe innerhalb des Kapitels V. der ICD10-Klassifikation bilden „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (ICD10 F10-F19). Erfasst werden können mit Diagnosen aus dieser Gruppe Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum recht unterschiedlicher Substanzen wie beispielsweise Alkohol, Cannabis und bestimmten Arzneimitteln.

Nach Auswertungen zu Diagnosen unabhängig von Arbeitsunfähigkeiten wurde bei Personen im jungen Erwerbsalter innerhalb des Jahres 2014 von den Diagnosen aus der Gruppe „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ am häufigsten der Diagnoseschlüssel F17 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ dokumentiert (vgl. Tabelle 15 ab Seite 91).

Betroffen waren in der hier betrachteten Population knapp drei Prozent. Ganz offensichtlich wird ein Diagnoseschlüssel F17 damit nicht bei jedem Raucher dokumentiert, der einen Arzt aufsucht – bei einer entsprechenden Dokumentation würde eine erheblich höhere Betroffenenrate resultieren. In Ermangelung eindeutiger anderweitiger Kriterien bleibt letztendlich unklar, unter welchen Umständen der Diagnoseschlüssel von den behandelnden Ärzten bei welchen Patienten dokumentiert wird.

Trotz der großen Unschärfe bei der Diagnoseerfassung erscheinen die Ergebnisse zur Häufigkeit der Diagnose beachtenswert. Offensichtlich werden bei einer Gegenüberstellung insbesondere erhebliche Unterschiede zwischen Berufstätigen und Studierenden, wobei Studierende in allen Altersgruppen merklich seltener als Berufstätige betroffen sind (vgl. Abbildung 65). Damit deuten (auch) diese Ergebnisse auf erhöhte gesundheitliche Risiken bei jungen Berufstätigen im Vergleich zu Studierenden hin.

In Anbetracht der unklaren Abgrenzung sollten die hier dokumentierten Ergebnisse zur Diagnose F17 eher als Diskussionsanlass denn als quantitativ relevante Aussage begriffen werden. Zur weiteren Diskussion sollte auf anderweitig erhobene Befunde zum Thema Rauchen zurückgegriffen werden.³

³ Vgl. beispielsweise Ergebnisse zu Zusammenhängen von sozialer Schicht und Tabakkonsum in: Robert Koch-Institut Hrsg. (2015). Gesundheit in Deutschland. S.151; Link zu Volltext: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile

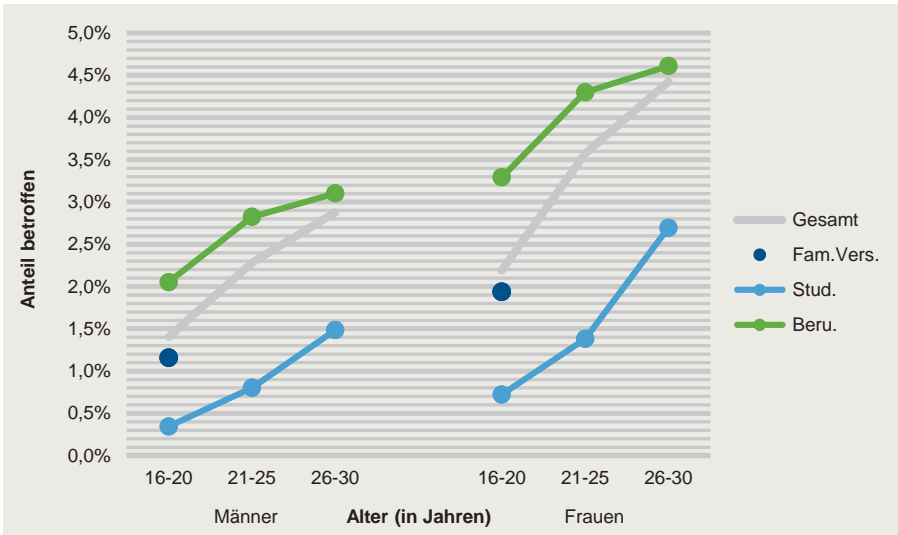


Abbildung 65 Diagnoseraten: Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak

Tabelle 42 Diagnoseraten: Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (ICD10 E17)	M	16-20	1,41%	=	--	+	0,99 (0,94-1,05)	0,18 (0,13-0,23)	1,21 (1,14-1,27)
	M	21-25	2,28%		--	+		0,35 (0,32-0,38)	1,23 (1,19-1,27)
	M	26-30	2,88%		--	+		0,53 (0,48-0,58)	1,07 (1,04-1,10)
	F	16-20	2,19%	=	--	+	1,01 (0,97-1,05)	0,25 (0,21-0,30)	1,25 (1,19-1,31)
	F	21-25	3,57%		--	+		0,39 (0,36-0,42)	1,19 (1,16-1,22)
	F	26-30	4,42%		--	=		0,62 (0,57-0,67)	1,04 (1,02-1,06)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **Familienversicherten** (Schülern), bei **Studierenden** sowie bei **Berufstätigen**. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

Krankheiten des Kreislaufsystems

– Hypertonie

– Verordnung von Blutdruck senkenden Mitteln

Krankheiten des Kreislaufsystems gemäß ICD10-Kapitel IX. führen allgemein vergleichsweise selten zu Arbeitsunfähigkeiten (vgl. Abbildung 16 ff. ab Seite 44). Eine größere Bedeutung im Hinblick auch auf Arbeitsfehlzeiten kommt entsprechenden Erkrankungen erst im fortgeschrittenen Erwerbsalter und dann insbesondere bei Männern zu (vgl. Abbildung 20 auf Seite 50).

Nach Auswertungen zu Diagnosen auch unabhängig von Arbeitsunfähigkeiten waren von Personen im jungen Erwerbsalter innerhalb des Jahres 2014 knapp 12 Prozent von einer Diagnose aus dem Kapitel IX. betroffen, darunter knapp 3 Prozent von einer „Hypertonie“ beziehungsweise Bluthochdruck (vgl. Tabelle 15 ab Seite 91).

Tendenziell sind Personen im Alter zwischen 16 und 20 Jahren seltener als Personen im Alter zwischen 26 und 30 Jahren betroffen. Während junge Frauen von Krankheiten des Kreislaufsystems insgesamt häufiger als Männer betroffen waren, gilt für Ergebnisse zum Bluthochdruck die umgekehrte Aussage (vgl. Abbildung 66 und Abbildung 67 auf den nachfolgenden Seiten).

Sowohl von Krankheiten des Kreislaufsystems als auch von der Dokumentation eines Bluthochdrucks waren Studierende aus allen betrachteten Altersgruppen merklich seltener als Berufstätige betroffen.

Ein recht ähnliches Bild ergeben auch Auswertungen zu Verordnungen von Arzneimitteln mit Blutdruck senkender Wirkung, welche zumindest weit überwiegend zur Behandlung einer Hypertonie verordnet worden sein dürften (vgl. Abbildung 68 auf Seite 141).⁴ Von entsprechenden Verordnungen betroffen waren innerhalb des Jahres 2014 altersübergreifend 2,1 Prozent der betrachteten Personen im jungen Erwerbsalter.

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass bereits junge Berufstätige merklich häufiger als Studierende von dem kardiovaskulären Risikofaktor „Bluthochdruck“ betroffen sind.

⁴ Berücksichtigt wurden als Blutdruck senkende Mittel bei den vorliegenden Auswertungen Arzneimittel mit einer Zuordnung zu den folgenden 3-stelligen ATC-Codes: C02 „Antihypertonika“, C03 „Diuretika“, C07 „Beta-Adrenozeptor-Antagonisten“, C08 „Calciumkanalblocker“ sowie C09 „Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System“.

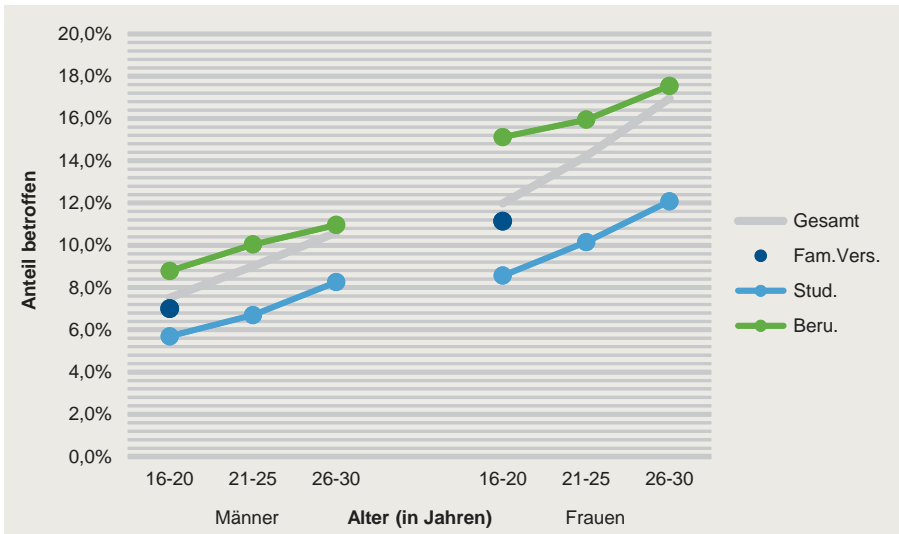


Abbildung 66 Diagnoseraten: Krankheiten des Kreislaufsystems

Tabelle 43 Diagnoseraten: Krankheiten des Kreislaufsystems

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD10 Kap.IX)	M	16-20	7,52%	=	--	+	0,97 (0,95-0,99)	0,70 (0,65-0,75)	1,11 (1,09-1,14)
	M	21-25	9,01%		--	+		0,74 (0,72-0,77)	1,11 (1,09-1,13)
	M	26-30	10,61%		-	=		0,80 (0,77-0,83)	1,03 (1,01-1,04)
	F	16-20	11,98%	=	--	+	0,96 (0,95-0,98)	0,66 (0,62-0,69)	1,19 (1,16-1,22)
	F	21-25	14,22%		--	+		0,72 (0,70-0,74)	1,11 (1,10-1,13)
	F	26-30	16,96%		--	=		0,73 (0,70-0,76)	1,03 (1,02-1,04)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

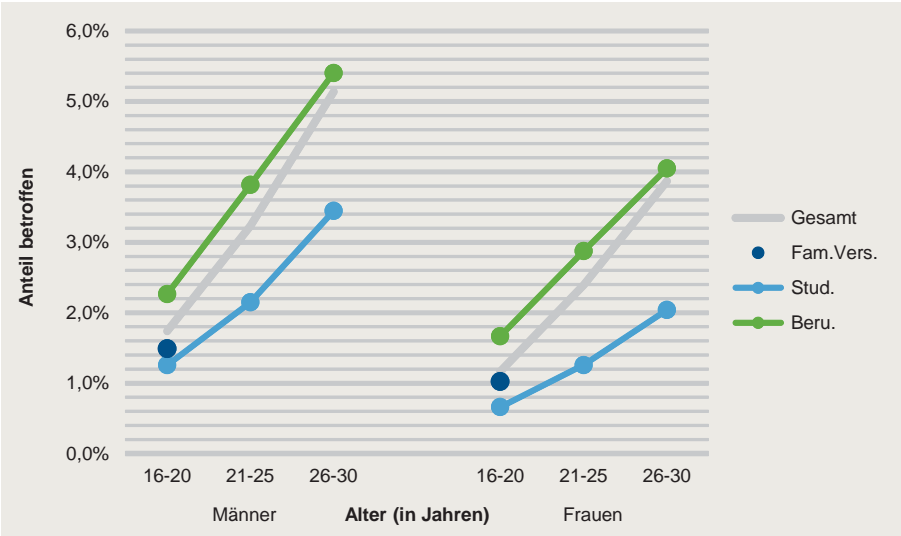


Abbildung 67 Diagnoseraten: Hypertonie

Tabelle 44 Diagnoseraten: Hypertonie

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Hypertonie (ICD10 I10-I15)	M	16-20	1,74%	-	--	+	0,93 (0,89-0,98)	0,61 (0,52-0,71)	1,18 (1,12-1,24)
	M	21-25	3,23%		--	+		0,66 (0,62-0,70)	1,16 (1,13-1,20)
	M	26-30	5,14%		--	=		0,70 (0,66-0,75)	1,04 (1,02-1,06)
	F	16-20	1,16%	=	--	+	0,97 (0,91-1,02)	0,46 (0,38-0,56)	1,25 (1,17-1,34)
	F	21-25	2,40%		--	+		0,53 (0,49-0,57)	1,17 (1,14-1,21)
	F	26-30	3,87%		--	=		0,55 (0,50-0,61)	1,04 (1,02-1,07)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

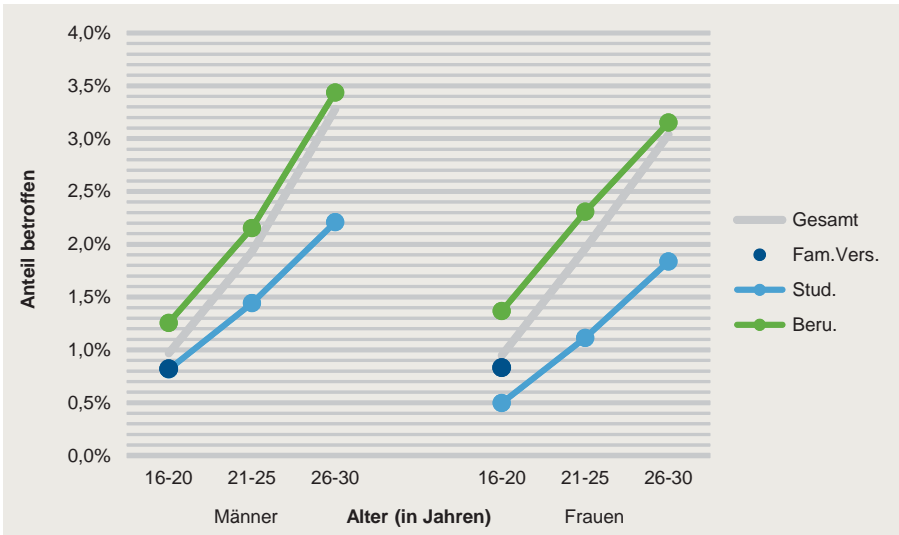


Abbildung 68 Verordnungsraten: Blutdruck senkende Mittel (ATC C02, 3, 7, 8, 9)

Tabelle 45 Verordnungsraten: Blutdruck senkende Mittel (ATC C02, 3, 7, 8, 9)

ATC-Code		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Blutdruck senkende Mittel (ATC C02, C03, C07, C08, C09)	M	16-20	0,97%	(-)	--	+	0,95 (0,89-1,01)	0,67 (0,55-0,81)	1,14 (1,07-1,22)
	M	21-25	1,93%		--	+		0,74 (0,69-0,80)	1,10 (1,06-1,14)
	M	26-30	3,28%		--	=		0,72 (0,66-0,78)	1,04 (1,01-1,06)
	F	16-20	0,95%	=	--	+	0,99 (0,93-1,05)	0,41 (0,33-0,51)	1,22 (1,13-1,32)
	F	21-25	1,96%		--	+		0,57 (0,53-0,62)	1,16 (1,12-1,20)
	F	26-30	3,04%		--	=		0,64 (0,58-0,71)	1,03 (1,01-1,06)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger Verordnung 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Verordnungsraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

Weitere kardiovaskuläre Risikofaktoren

- Diabetes mellitus, Verordnungen von Antidiabetika
- Fettstoffwechselstörungen

Zu den kardiovaskulären Risikofaktoren zählen neben Verhaltensweisen wie dem Rauchen und Untersuchungsbefunden wie der Hypertonie unter anderem auch Fettstoffwechselstörungen sowie ein Diabetes mellitus. Die beiden letztgenannten Erkrankungen sind in der ICD10 dem Kapitel IV. „Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ zugeordnet.

Nach Auswertungen zu Diagnosen unabhängig von Arbeitsunfähigkeiten waren von Personen im jungen Erwerbsalter innerhalb des Jahres 2014 lediglich 0,7 Prozent von der Diagnose eines Diabetes mellitus (ICD10 E10-E14) und 1,4 Prozent von Fettstoffwechselstörungen im Sinne der ICD10-Diagnose E78 „Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien“ betroffen (vgl. Tabelle 15 ab Seite 91).

Trotz der verhältnismäßig geringen Erkrankungsraten in den hier betrachteten Altersgruppen lassen sich bei Frauen auch im Hinblick auf die Diagnose eines Diabetes mellitus statistisch abgesicherte Unterschiede zwischen weiblichen Berufstätigen und Studierenden ausmachen (vgl. Abbildung 69 sowie insbesondere Tabelle 46). Die Ergebnisse zur Diagnose des Diabetes mellitus werden durch Auswertungen zu Verordnungen von Antidiabetika bestätigt, die vergleichbare Unterschiede mit statistischer Absicherung ergeben (vgl. Abbildung 70 und Tabelle 47 auf Seite 144).

Auch Ergebnisse zu dokumentierten Fettstoffwechselstörungen im Sinne der ICD10-Diagnose E78 ergeben in allen Altersgruppen bei Studierenden zumindest tendenziell günstigere Ergebnisse als bei jungen Berufstätigen (vgl. Abbildung 71 und Tabelle 48 auf Seite 145).

Trotz der insgesamt noch eher geringen Diagnoseraten bestätigen auch die Ergebnisse zu Diabetes mellitus und Fettstoffwechselstörungen den Eindruck, dass junge Berufstätige merklich häufiger als Studierende von Erkrankungen beziehungsweise Zuständen im Sinne kardiovaskulärer Risikofaktoren betroffen sind.

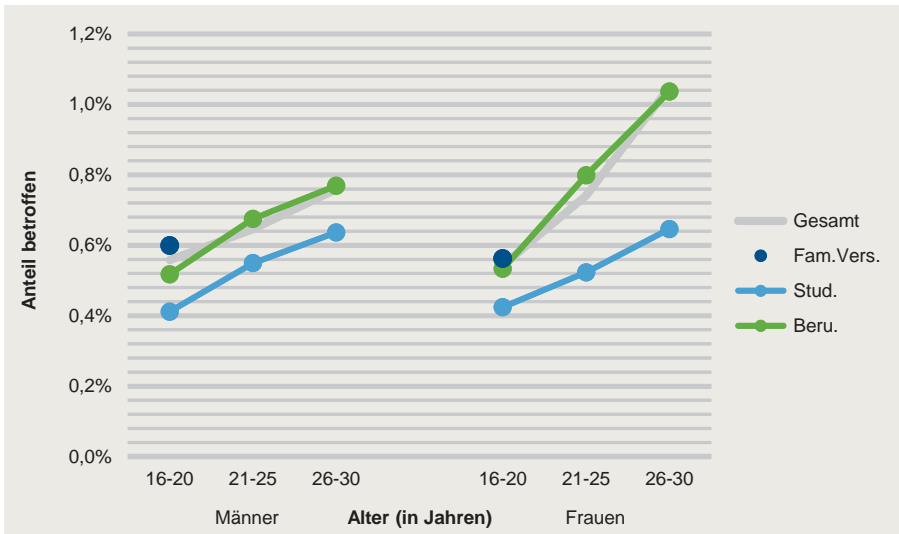


Abbildung 69 Diagnoseraten: Diabetes mellitus

Tabelle 46 Diagnoseraten: Diabetes mellitus

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Diabetes mellitus (ICD10 E10-E14)	M	16-20	0,56%	=	(-)	=	1,04 (0,96-1,12)	0,80 (0,61-1,04)	0,96 (0,87-1,07)
	M	21-25	0,65%		-	=		0,85 (0,76-0,95)	1,05 (0,98-1,12)
	M	26-30	0,76%		(-)	=		0,87 (0,75-1,00)	1,01 (0,95-1,06)
	F	16-20	0,54%	=	-	=	1,05 (0,97-1,13)	0,77 (0,60-0,98)	0,96 (0,85-1,09)
	F	21-25	0,74%		--	+		0,71 (0,63-0,79)	1,07 (1,00-1,13)
	F	26-30	1,05%		--	=		0,66 (0,56-0,78)	0,98 (0,94-1,03)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

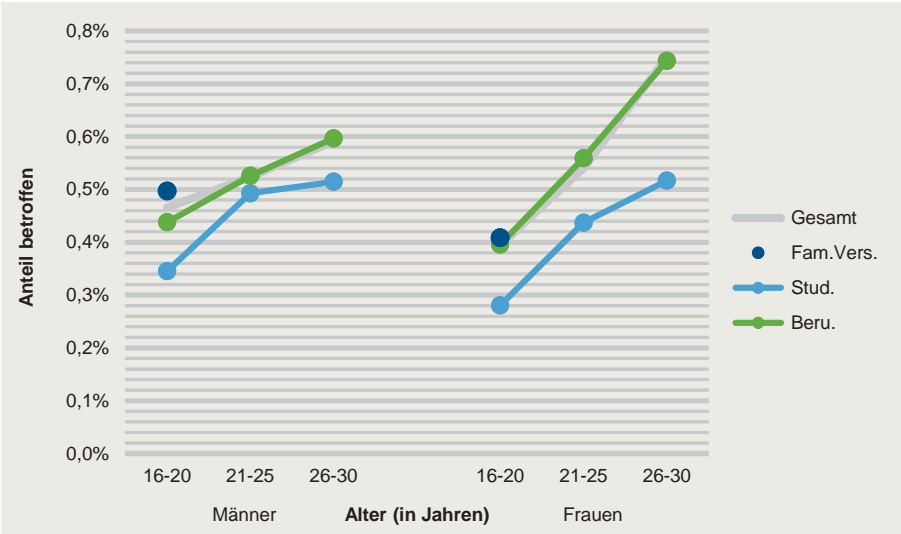


Abbildung 70 Verordnungsraten: Antidiabetika

Tabelle 47 Verordnungsraten: Antidiabetika

ATC-Code		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Antidiabetika (ATC A10)	M	16-20	0,47%	=	(-)	=	1,03 (0,95-1,12)	0,80 (0,59-1,06)	0,98 (0,87-1,10)
	M	21-25	0,52%		(-)	=		0,94 (0,83-1,06)	1,01 (0,93-1,08)
	M	26-30	0,59%		(-)	=		0,90 (0,76-1,05)	1,00 (0,94-1,07)
	F	16-20	0,39%	=	--	=	1,03 (0,94-1,13)	0,73 (0,53-0,97)	1,01 (0,87-1,16)
	F	21-25	0,54%		-	=		0,81 (0,71-0,92)	1,02 (0,95-1,10)
	F	26-30	0,75%		--	=		0,74 (0,61-0,89)	0,98 (0,93-1,04)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger Verordnung 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Verordnungsraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

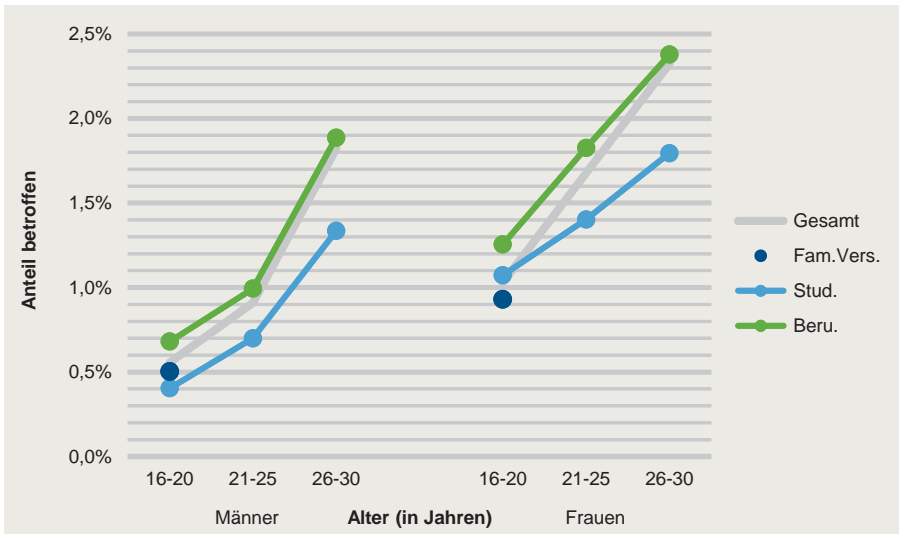


Abbildung 71 Diagnoseraten: Fettstoffwechselstörungen

Tabelle 48 Diagnoseraten: Fettstoffwechselstörungen

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Störungen des Lipoprotein-stoffwechsels und sonstige Lipidämien (ICD10 E78)	M	16-20	0,56%	(-)	--	+	0,92 (0,85-1,00)	0,70 (0,53-0,91)	1,19 (1,08-1,30)
	M	21-25	0,91%		-	+		0,76 (0,69-0,84)	1,08 (1,02-1,14)
	M	26-30	1,82%		-	=		0,80 (0,72-0,88)	1,02 (0,99-1,06)
	F	16-20	1,03%	=	(-)	+	0,97 (0,91-1,03)	0,89 (0,77-1,04)	1,10 (1,02-1,19)
	F	21-25	1,68%		-	+		0,84 (0,78-0,90)	1,08 (1,04-1,12)
	F	26-30	2,32%		-	=		0,81 (0,73-0,89)	1,02 (0,99-1,05)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **Familienversicherten** (Schülern), bei **Studierenden** sowie bei **Berufstätigen**. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

Adipositas

Auch die Diagnose E66 „Adipositas“ ist in der ICD10-Klassifikation dem Kapitel IV. „Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ zugeordnet. Beschrieben wird mit der Diagnose ein starkes Übergewicht, welches, wie die zuvor betrachteten Diagnosen, als kardiovaskulärer Risikofaktor gilt. Über Grenzen, ab denen von einem starken Übergewicht gesprochen werden sollte, lässt sich kontrovers diskutieren, auch international wird zur Abgrenzung jedoch meist der sogenannte Body-Mass-Index (BMI) verwendet und ab einem Wert von 30 kg/m^2 von Adipositas gesprochen. Der BMI lässt sich dabei einfach durch Teilen des Körpergewichtes (in Kilogramm) durch die mit sich selbst multiplizierte Körpergröße (in Metern) errechnen. Beispielsweise würde sich für einen 1,8 m großen Menschen ein BMI von 30 kg/m^2 genau bei einem Gewicht von 97,2 kg ergeben: $\text{BMI} = 97,2 \text{ kg} / (1,8 \text{ m} * 1,8 \text{ m})$. Trotz dieser einfachen Abgrenzungsmöglichkeiten sind Schlussfolgerungen auf der Basis von routinemäßig dokumentierten Diagnosen nur eingeschränkt möglich, da unklar ist, wie vollständig bei welchen Patienten und nach welchen Kriterien ein starkes Übergewicht von Ärzten dokumentiert wird.

Nach Auswertungen zu Diagnosen unabhängig von Arbeitsunfähigkeiten waren von Personen im jungen Erwerbsalter innerhalb des Jahres 2014 4,5 Prozent von der Dokumentation einer Diagnose „Adipositas“ betroffen (vgl. Tabelle 15 ab Seite 91).

Auch bei Auswertungen zur Diagnose Adipositas zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen Studierenden und jungen Berufstätigen (vgl. Abbildung 72). Vor dem Hintergrund der beschriebenen Unklarheiten bei der Diagnoseerfassung sollten die Ergebnisse – ähnlich wie diejenigen zum Tabakkonsum – jedoch eher als Diskussionsanlass denn als quantitativ relevante Aussage begriffen werden. Gegenüberstellungen von Ergebnissen aus bevölkerungsbezogenen Erhebungen zeigen, dass mit den hier gezeigten Diagnoseraten die Häufigkeit von Adipositas insbesondere bei jungen Männern erheblich unterschätzt wird. Ergebnisse zur Abhängigkeit von Übergewicht und Adipositas von den sozialen Lebensumständen sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern legen nahe, dass die jetzt dargestellten Unterschiede zwischen Studierenden und jungen Berufstätigen zumindest zum Teil aus realen Unterschieden der Adipositas-Häufigkeit in den beiden Gruppen resultieren.⁵

⁵ Vgl. Robert Koch-Institut Hrsg. (2015). Gesundheit in Deutschland. S.201 ff.; Link zu Volltext: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile

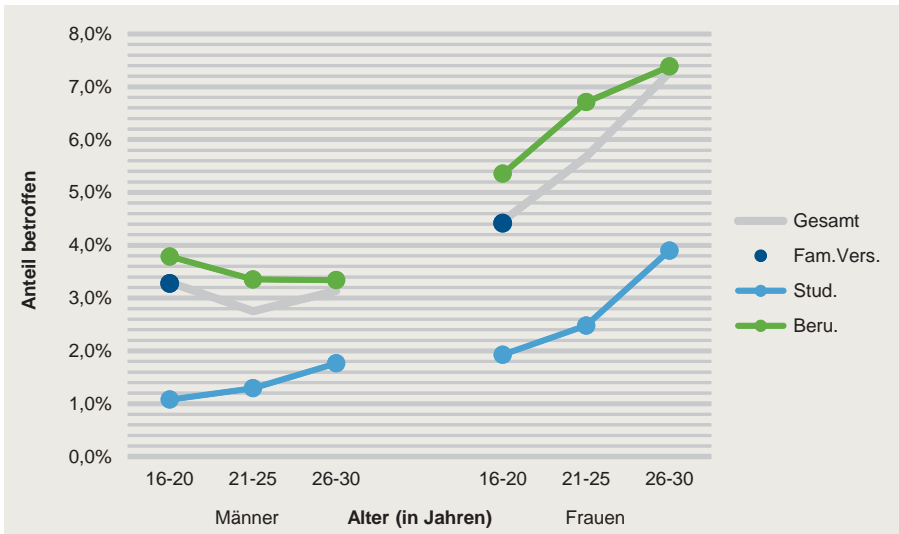


Abbildung 72 Diagnoseraten: Adipositas

Tabelle 49 Diagnoseraten: Adipositas

ICD10-Diagnose		Alter	Anteil	Fa	St	Be	Fam.	Stud.	Beru.
Adipositas (ICD10 E66)	M	16-20	3,30%	-	--	+	0,95 (0,92-0,98)	0,37 (0,31-0,44)	1,22 (1,18-1,27)
	M	21-25	2,75%		--	+		0,47 (0,43-0,50)	1,21 (1,18-1,25)
	M	26-30	3,14%		--	+		0,57 (0,52-0,63)	1,06 (1,03-1,09)
	F	16-20	4,46%	=	--	+	1,00 (0,97-1,03)	0,42 (0,38-0,47)	1,18 (1,14-1,23)
	F	21-25	5,68%		--	+		0,44 (0,42-0,46)	1,17 (1,15-1,19)
	F	26-30	7,27%		--	=		0,55 (0,51-0,59)	1,01 (1,00-1,03)

M: Männer, F: Frauen; Anteil: Anteil der Männer bzw. Frauen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014 in der genannten Geschlechts- und Altersgruppe; Spalten rechts: Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von altersabhängig erwarteten Raten mit 95%-Konfidenzintervallen bei **F**amilienversicherten (Schülern), bei **S**tudierenden sowie bei **B**erufstätigen. Spalten Mitte: Überschreitungen von Erwartungswerten um min. 25%: ++ bzw. 5%: + oder Unterschreitungen um min. 25%: -- bzw. 5%: - oder Abweichungen von Erwartungswerten kleiner 5%: =; nicht signifikante Abweichungen werden in Klammern angegeben; vgl. auch Text.

Regionale Unterschiede

Tabelle 50 zeigt eine Übersicht zu Häufigkeiten, mit denen Diagnosen im Sinne kardiovaskulärer Risikofaktoren in einzelnen Bundesländern bei Personen in jungem Erwerbsalter im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung 2014 in Routinedaten dokumentiert wurden. Bei der Interpretation sind die in den vorausgehenden Abschnitten erläuterten Einschränkungen zu beachten.

Tabelle 50 Hinweise auf kardiovaskuläre Risikofaktoren bei Personen im Alter 16 bis 30 Jahre – Anteil Betroffene in Bundesländern 2014

Bundesland (stand. Ergebnisse)	Tabak	Adipo- sitas	Hyper- tonie	Diabetes	Fettstoff- wechsel- störung	Min. 1 von 3 RF*
Baden-Württemberg	2,69%	3,83%	2,30%	0,63%	1,49%	4,12%
Bayern	2,57%	3,60%	2,51%	0,67%	1,71%	4,50%
Berlin	3,09%	4,02%	2,45%	0,70%	1,06%	3,90%
Brandenburg	3,55%	5,64%	4,64%	0,66%	0,96%	5,80%
Bremen	3,40%	4,38%	2,26%	0,74%	0,70%	3,45%
Hamburg	3,28%	4,13%	2,05%	0,72%	0,90%	3,36%
Hessen	2,61%	4,56%	2,77%	0,72%	1,43%	4,57%
Meckl.-Vorpommern	4,08%	6,52%	4,95%	0,76%	0,85%	6,09%
Niedersachsen	3,29%	5,22%	3,41%	0,86%	1,22%	5,10%
Nordrhein-Westfalen	2,73%	4,32%	2,93%	0,78%	1,72%	5,02%
Rheinland-Pfalz	2,60%	4,88%	3,36%	0,71%	1,96%	5,56%
Saarland	2,76%	4,52%	3,14%	0,81%	3,62%	6,89%
Sachsen	2,20%	4,10%	3,69%	0,62%	0,73%	4,70%
Sachsen-Anhalt	3,09%	5,87%	5,21%	0,76%	0,68%	6,25%
Schleswig-Holstein	3,34%	5,25%	2,84%	0,84%	0,85%	4,21%
Thüringen	3,01%	4,80%	4,71%	0,70%	0,87%	5,88%
BUNDESWEIT	2,85%	4,45%	3,05%	0,73%	1,43%	4,82%

BARMER GEK 2014, Personen im jungen Erwerbsalter 16 bis 30 Jahre, hier einheitlich standardisiert gemäß der Bevölkerungsstruktur in Deutschland 2014, woraus geringe Abweichungen zu Ergebnissen aus Tabelle 15 resultieren; Anteil Personen mit min. einmaliger gesicherter ambulanter oder stationärer Diagnose 2014, **Tabak**: ICD10 F17; **Adipositas**: ICD10 E66; **Hypertonie**: ICD10 I10-I14; **Diabetes**: ICD10 E10-E15; **Fettstoffwechselstörungen**: ICD10 E78; **Min. 1 von 3 RF**: Anteil Personen mit Dokumentation mindestens einer der drei Diagnosen Hypertonie, Diabetes oder Fettstoffwechselstörungen.

Zusammenfassung – Resümee

Das Schwerpunktkapitel befasst sich mit der Gesundheit in einer Übergangsphase zwischen Schule, Studium und Beruf. Dazu wurden Diagnosen sowie ergänzend auch Arzneiverordnungen bei Menschen im Alter zwischen 16 und 30 Jahren betrachtet, wobei sich die Auswertungen auf Familienversicherte (vorrangig Schüler), Studierende (eigenständig oder familienversichert) und Berufstätige (mit sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung) beschränken.⁶

Insgesamt beziehen sich die Auswertungen damit zweifellos auf eine vergleichsweise gesunde Versichertenpopulation beziehungsweise einen gesunden Lebensabschnitt. Typische Krankheiten des Kindesalters sind zumeist überwunden, chronische Erkrankungen sollten in der Regel in den Altersgruppen bis 30 Jahre noch eine sehr untergeordnete Rolle spielen.⁷ Bei den Auswertungen waren demnach allgemein eher vergleichsweise niedrige oder moderate Diagnose- und Verordnungsraten zu erwarten.

Ein wesentliches Element der Auswertungen bildeten vor diesem Hintergrund Gegenüberstellungen von Ergebnissen zu unterschiedlichen Subgruppen aus der insgesamt verhältnismäßig „gesunden“ Untersuchungspopulation. Dabei konnte unter anderem auf erstmals gesondert bereitgestellte Informationen zurückgegriffen werden, mit denen Studierende auch im Falle einer noch fortbestehenden Familienversicherung abgegrenzt werden konnten, die typischerweise bis zum 25. Lebensjahr möglich ist. Zusammen mit eigenständig versicherten Studierenden konnten für das Jahr 2014 bei den Auswertungen so Informationen zu mehr als 190.000 Studierenden berücksichtigt werden.

Innerhalb der Altersspanne von 16 bis 30 Jahren wurden drei 5-Jahres-Altersgruppen differenziert. Während Studierende und Berufstätige in allen drei Altersgruppen in relevantem Umfang vertreten sind, ist dies bei Familienversicherten (ohne die familienversicherten Studierenden) nur in der jüngsten Altersgruppe der Fall, weshalb Subgruppenwerte zu Familienversicherten nur für die jüngste Altersgruppe ausgewiesen werden, bei der es sich weit überwiegend um Schüler handeln dürfte.

⁶ Berücksichtigt wurden n = 1.231.052 Versicherte, darunter n = 302.143 Familienversicherte, n = 190.823 Studierende sowie n = 738.077 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte mit Versicherung bei der BARMER GEK im Jahr 2014. Nicht berücksichtigt wurden unter anderem anderweitig beschäftigte Mitglieder, Rentenbezieher sowie Arbeitslose mit ALG I oder ALG II-Bezug.

⁷ So fallen beispielsweise bei Männern aus entsprechenden Altersgruppen regelmäßig die geringsten Kosten für die ambulante Behandlung an. Bei Frauen gilt dies – mitbedingt durch Schwangerschaften und eine regelmäßige frauenärztliche Betreuung – allerdings nicht; vgl. BARMER GEK Arztreport 2016, Abbildung 6, Seite 60.

Berufstätige aus der jüngsten Altersgruppe verfügen erwartungsgemäß größtenteils noch nicht über eine abgeschlossene Berufsausbildung und dürften sich entsprechend weit überwiegend in einer beruflichen Ausbildung befinden. Demgegenüber sind in der höchsten hier betrachteten Altersgruppe der 26- bis 30-Jährigen berufliche und zum Teil auch akademische Ausbildungen überwiegend abgeschlossen.

Systematische Übersicht zu häufigen Diagnosen

Ein erster Ergebnisabschnitt des Schwerpunktes ab Seite 86 liefert eine systematische Übersicht zu häufig dokumentierten Diagnosen in der hier betrachteten Gruppe von Menschen im jungen Erwerbsalter, die sich strikt an der Gliederung von Diagnosen in der aktuell verwendeten ICD10-Diagnoseklassifikation orientiert. Basis der Auswertungen bildeten Informationen zu als „gesichert“ gekennzeichneten Diagnosen aus der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sowie Diagnosen, die ggf. im Rahmen von Krankenhausbehandlungen innerhalb des Jahres 2014 dokumentiert worden waren.

- Bereits im jungen Erwerbsalter wird im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung eine Vielzahl an Diagnosen erfasst. So wurden innerhalb eines Jahres allein Krankheiten des Atmungssystems bereits bei mehr als der Hälfte der Personen aus der hier betrachteten Population dokumentiert (vgl. Tabelle 15 ab Seite 91).
- Ausgesprochen häufig werden dabei insbesondere akute infektiöse und entzündliche Erkrankungen sowie eine Reihe von damit verbundenen Beschwerden dokumentiert (vgl. insbesondere Diagnosen aus den ICD10-Kapiteln I., X. und XVIII). Tendenziell nimmt die Dokumentationsfrequenz bei entsprechenden Erkrankungen mit zunehmendem Alter zumeist ab.
- Demgegenüber werden chronische Erkrankungen beziehungsweise Krankheiten mit typischerweise längerfristigen Verläufen mit zunehmendem Alter tendenziell häufiger diagnostiziert (vgl. insbesondere Diagnosen aus den ICD10-Kapiteln II., IV., V., IX. und XIII).
- Eine auf den ersten Blick überraschend hohe Diagnoserate bei Neubildungen von mehr als 10 Prozent resultiert maßgeblich aus einer häufigen Dokumentation von gutartigen und in der Regel harmlosen Neubildungen der Haut.
- Bereits im hier betrachteten jungen Erwerbsalter war mehr als ein Fünftel der Population von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens betroffen, darunter mehr als 16 Prozent von Rückenschmerzen.

Vertiefende Auswertungen zu ausgewählten Erkrankungen

Ein zweiter und wesentlicher Abschnitt zum Schwerpunkt ab Seite 97 befasst sich mit den Ergebnissen von vertiefenden Auswertungen zu ausgewählten Erkrankungen. Dabei werden insbesondere auch Unterschiede zwischen Schülern, Studierenden und jungen Berufstätigen betrachtet. Die Reihenfolge der Darstellungen folgt hier vor dem Hintergrund inhaltlicher Überlegungen nur zum Teil der ICD-Systematik. Auswertungen zu einzelnen Diagnosen beziehungsweise Diagnosegruppen werden zum Teil durch Auswertungen zu Arzneiverordnungen ergänzt, die ein mehr oder minder spezifisches Indikationsspektrum im Zusammenhang mit den betrachteten Diagnosen aufweisen und so ggf. zur Verifikation der diagnosebezogenen Ergebnisse beitragen können.

- Ein kleinerer Teil der Auswertungen liefert vergleichsweise ähnliche alters- und geschlechtsabhängige Ergebnisse bei Schülern, Studierenden und Berufstätigen. Dies gilt im Wesentlichen für Auswertungen zu Neubildungen, Krankheiten des Auges (vorrangig unterschiedliche Formen der Fehlsichtigkeit) sowie auch Schilddrüsenerkrankungen (welche bereits in jungem Erwerbsalter ausgesprochen häufig diagnostiziert und medikamentös behandelt werden).
- Infektionskrankheiten werden demgegenüber insbesondere bei jungen Berufstätigen zumeist erheblich häufiger als bei altersentsprechenden Studierenden dokumentiert. Die gilt für das ICD10-Kapitel I. „Bestimmte infektiöse Krankheiten“ und darin erfasste Darmerkrankungen sowie für das Kapitel X. „Krankheiten des Atmungssystems“ mit den häufig dokumentierten akuten Infekten der oberen Atemwege, in abgeschwächter Form auch für Krankheiten des Ohres. Zugleich erhalten junge Berufstätige auch erheblich häufiger Antibiotika-Verordnungen als Studierende.
- Auch Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (ICD10 Kapitel XIII.) werden bei jungen Berufstätigen aus allen betrachteten Altersgruppen deutlich häufiger als bei Studierenden dokumentiert. Im Hinblick auf Verletzungen (ICD10 Kapitel XIX.) lassen sich demgegenüber vorrangig in der jüngsten Altersgruppe relativ große Differenzen ausmachen, die demnach besonders gefährdet erscheint.
- Im Hinblick auf psychische Störungen (ICD10 Kapitel V.) finden sich bei sehr jungen Studierenden ausgesprochen geringe Diagnoseraten. Mit zunehmendem Alter gleichen sich die Diagnoseraten jedoch denjenigen bei Berufstätigen an, im Falle von Depressionen (und ADHS) überschreiten im Alter zwischen 26 und 30 Jahren die Diagnoseraten sowie entsprechende Arzneiverordnungen bei Studierenden die bei Berufstätigen. Dies könnte zum einen auf höhere psychische Belastungen

im Studium, zum anderen jedoch auch auf eine Studienverlängerung in Folge entsprechender Probleme hindeuten.

- Weitere Auswertungen befassen sich mit Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD10 Kapitel IX.) sowie insbesondere mit unterschiedlichen kardiovaskulären Risikofaktoren, welche an sich in jüngeren Altersgruppen noch verhältnismäßig selten auftreten sollten. Entsprechende Auswertungen weisen – trotz einer gewissen Unschärfe bei der Erhebung einzelner Merkmale wie dem Tabakkonsum und der Adipositas – durchgängig auf verhältnismäßig ungünstige Werte bei jungen Berufstätigen beziehungsweise vergleichsweise günstige Werte bei Studierenden hin.

Wie bereits einleitend zum zweiten Abschnitt der Schwerpunktauswertungen formuliert, dürfte sich ein Teil der beobachteten Differenzen vorrangig aus der aktuellen Beschäftigungssituation erklären lassen, ein anderer Teil dürfte eher Folge der allgemeinen Lebensumstände sein. Bereits zu Beginn des Berufslebens ist von deutlich unterschiedlichen „Startpositionen“ auszugehen, was nach den vorliegenden Befunden auch für kardiovaskuläre Risiken und damit langfristige gesundheitliche Erwartungen gilt.

Junge Menschen am Start ihres Berufslebens

„Demografischer Wandel – Perspektiven und Chancen“ – mit diesem Thema beschäftigte sich der BARMER GEK Gesundheitsreport 2015. Im Mittelpunkt standen hierbei Analysen der Gesundheit älterer Erwerbstätiger. Ein Fazit war, dass Arbeitgeber in Zukunft stark gefordert sind, durch Betriebliches Gesundheitsmanagement die Gesundheit und damit die Arbeitskraft ihrer Mitarbeiter zu fördern, um so dem Fehlen von Arbeitskräften in späteren Jahren vorzubeugen. Um den Folgen des demografischen Wandels entgegenzuwirken, ist es jedoch auch notwendig, sich mit den Bedürfnissen junger Menschen unter anderem in Hinblick auf gesundheitliche Aspekte auseinanderzusetzen.

Der Einstieg in das Berufsleben ist für Viele der Anfang eines neuen Lebensabschnittes, der oft von Unsicherheit und Anspannung geprägt ist. Wie die Analysen in dem Abschnitt „Berufseinstieg und Gesundheit“ zeigen, sind zudem z.B. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems bei jungen Berufstätigen deutlich häufiger dokumentiert als bei Studierenden.⁸ Um die Gesundheit ihrer jungen Beschäftigten zu fördern und diese langfristig an das Unternehmen zu binden, ist es daher für Unternehmen wichtig, auch jungen Menschen gesundheitsfördernde Maßnahmen anzubieten. Im Folgenden wird anhand der Ergebnisse des BARMER GEK Firmenkundenmonitors Gesundheit 2016 vorgestellt, inwieweit Firmen aktuell gesundheitsfördernde Maßnahmen für junge Beschäftigte zwischen 15 und 29 anbieten und wie sie den Nutzen beurteilen. Daran anschließend wird verdeutlicht, welchen Stellenwert Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagement insbesondere für junge Beschäftigte haben werden. Um die Wünsche und Ansprüche junger Beschäftigter verstehen zu können, ist es für Arbeitgeber wichtig, sich mit dem Lebensgefühl der einzelnen „Generationen“ auseinanderzusetzen. Exemplarisch analysiert Prof. Dr. Christian Scholz in seinem Gastbeitrag „Generation Z als betriebliches Gesundheitsmanagement“ das Lebensgefühl der ab 1990 Geborenen, verbunden mit den Anforderungen, die dieses an Arbeitgeber stellt. Ergänzt wird diese Analyse durch einen Bericht aus der Praxis über gesundheitsfördernde Maßnahmen für Auszubildende.

⁸ Vgl. Zusammenfassung des Kapitels „Berufseinstieg und Gesundheit“.

Der BARMER GEK Firmenkundenmonitor Gesundheit

Seit 2008 befragt die BARMER GEK regelmäßig Unternehmen zum Thema Gesundheit. Im Mittelpunkt der Online-Befragung stehen die Erfahrungen und Bedürfnisse von Firmen hinsichtlich gesundheitsfördernder Aktivitäten im Betrieb. Im Jahr 2016 wurde ein Themenblock aus zehn Fragen zum Thema Junge Menschen am Start ihres Berufslebens in den Fragenkatalog integriert.

Die Auswertungen des Themenblocks vermitteln einen Eindruck über die aktuelle Wahrnehmung des Themas in Unternehmen und zeigen, wie einige Unternehmen sich durch die Implementierung von Maßnahmen bereits auf junge Beschäftigte einstellen.

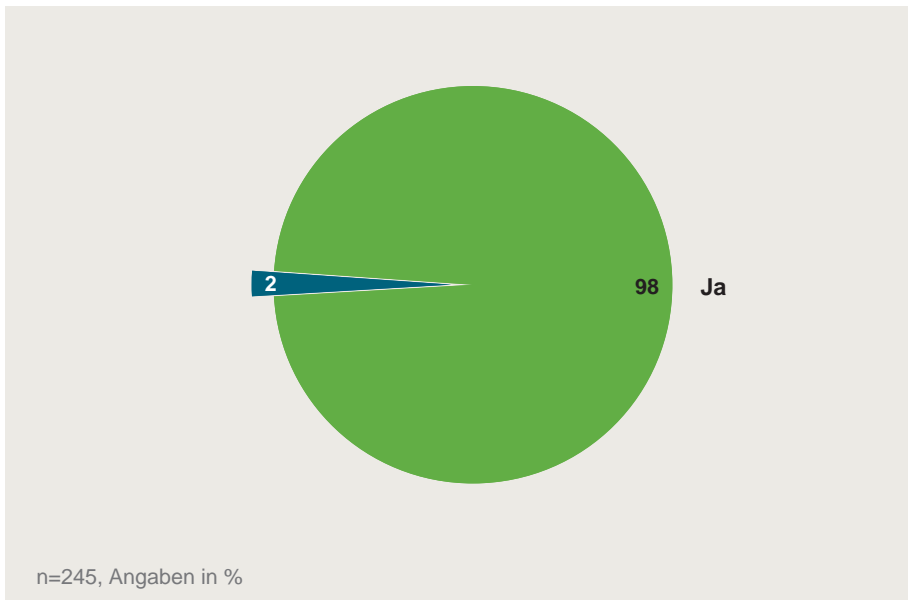
Insgesamt nahmen 245 Firmen aus unterschiedlichen Branchen an der Befragung teil. Auch wenn die Befragung nicht als repräsentativ einzustufen ist, spiegeln die Ergebnisse der Befragung Tendenzen wider, die zeigen, inwieweit sich Unternehmen mit dem Thema Junge Menschen am Start ihres Berufslebens auseinandersetzen. Im Folgenden werden die Auswertungen für die einzelnen Fragen vorgestellt.

Junge Menschen in Unternehmen

Die zehn Fragen des Themenblocks richteten sich an die Personalverantwortlichen des jeweiligen Unternehmens. Ein zentraler Aspekt der Befragung war es herauszufinden, inwieweit diese ihre jungen Beschäftigten als besondere Zielgruppe bereits wahrnehmen. Die Auswertungen der entsprechenden Fragen spiegeln somit ein Stimmungsbild in den Unternehmen wider. Darüber hinaus war es uns wichtig, Informationen darüber zu erhalten, welche gesundheitsfördernden Maßnahmen für junge Menschen bereits durchgeführt werden und wie diese eventuell durch Maßnahmen im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements unterstützt werden können.

Frage 1: Sind in Ihrem Betrieb aktuell Mitarbeiter in der Altersgruppe 15 bis 29 beschäftigt?

Nur 2 Prozent der Unternehmen, die an der Befragung teilnahmen, hatten keine Beschäftigten in dieser Altersgruppe. Das bedeutet, dass nahezu jedes befragte Unternehmen Beschäftigte im Alter von 15 bis 29 Jahren hat.

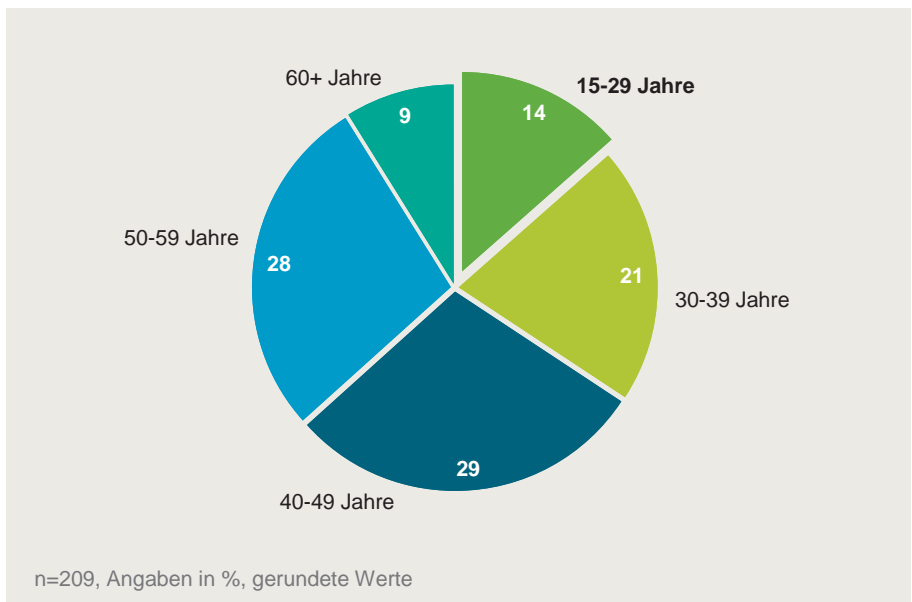


Aktuelle Beschäftigung der Altersgruppe 15 bis 29 Jahre

Frage 2: Wie verteilen sich die Mitarbeiter Ihres Betriebes auf folgende Altersgruppen?

Im Durchschnitt sind 14 Prozent der Mitarbeiter in den befragten Unternehmen 15 bis 29 Jahre alt.

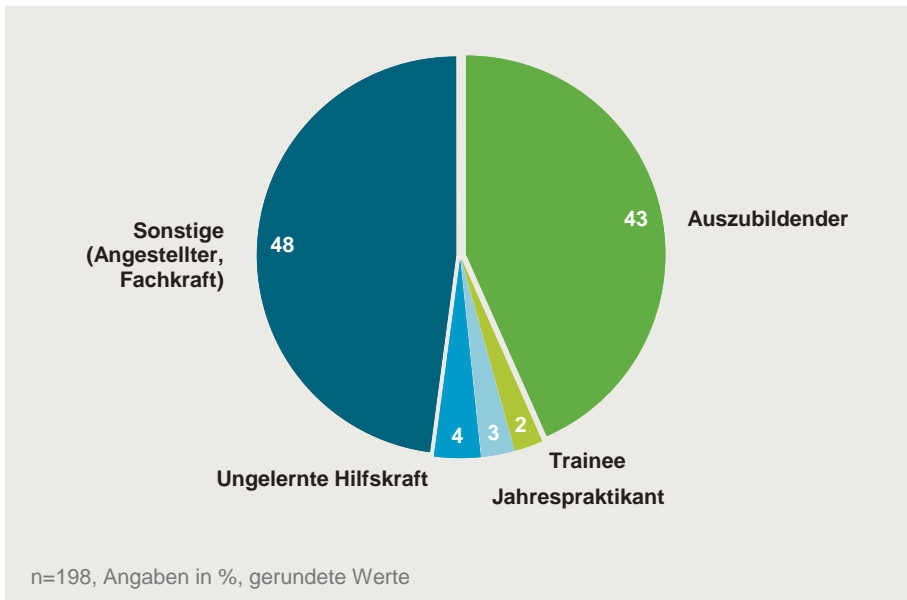
In Hinblick auf den demografischen Wandel stehen diese 14 Prozent einer Gruppe von 37 Prozent der 50- bis über 60-Jährigen gegenüber.



Aktuelle Altersstruktur im Unternehmen (Durchschnittswerte, gewichtet anhand der angegebenen Mitarbeitergröße am Standort)

Frage 3: Und in welchem Beschäftigungsverhältnis befinden sich die Mitarbeiter speziell in der Altersgruppe 15 bis 29 Jahre Ihres Betriebes?

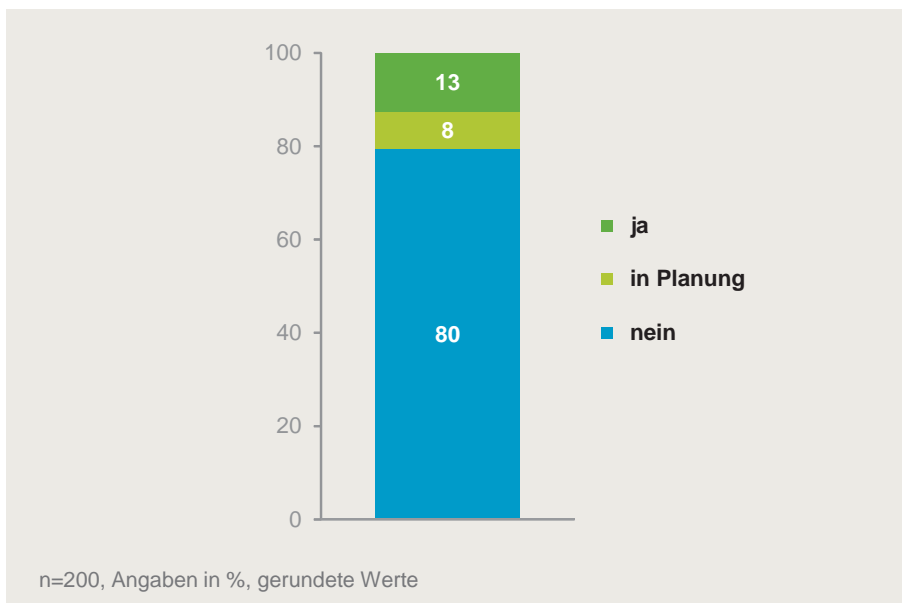
48 Prozent der jungen Altersgruppe stehen in einem Beschäftigungsverhältnis als Angestellter oder Fachkraft, 4 Prozent als ungelernte Hilfskraft. 43 Prozent der jungen Altersgruppe befinden sich in einer Ausbildung, 3 Prozent sind als Jahrespraktikant tätig und 2 Prozent arbeiten als Trainee. Damit befinden sich insgesamt 48 Prozent am Anfang und in einem Neustart in das Berufsleben.



Beschäftigungsverhältnis der Altersgruppe 15 bis 29 Jahre (Durchschnittswerte)

Frage 4: Bietet Ihr Unternehmen speziell für Mitarbeiter in der Altersgruppe 15 bis 29 Jahre zugeschnittene Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung an?

Bei 13 Prozent der befragten Unternehmen gibt es bereits spezielle Angebote für diese Altersgruppe, 8 Prozent der Unternehmen planen solche. 80 Prozent der Unternehmen bieten noch keine speziellen Angebote für diese Zielgruppe an.



Spezielle BGM-Angebote für die junge Altersgruppe

Frage 5: Welche speziellen Angebote halten Sie für Mitarbeiter in der Altersgruppe 15 bis 29 bereit? (offene Nennung)

Viele der Angebote, die sich speziell an die Zielgruppe der 15- bis 29-Jährigen richten, entsprechen den klassischen Handlungsfeldern der Prävention⁹. Dies sind Bewegung (z.B. Sportaktionstage), Ernährung, psychische Gesundheit (z.B. Stressbewältigung) sowie Suchtprävention. Darüber hinaus gibt es an einigen der Unternehmen Teambuilding-Seminare und spezielle Newsletter für Auszubildende. Bei den Teambuilding-Seminaren kann man davon ausgehen, dass diese auch zumindest indirekt der psychischen Gesundheit dienen. Inwieweit die genannten Newsletter sich mit dem Thema Gesundheit beschäftigen, lässt sich mangels Angaben nicht bewerten.

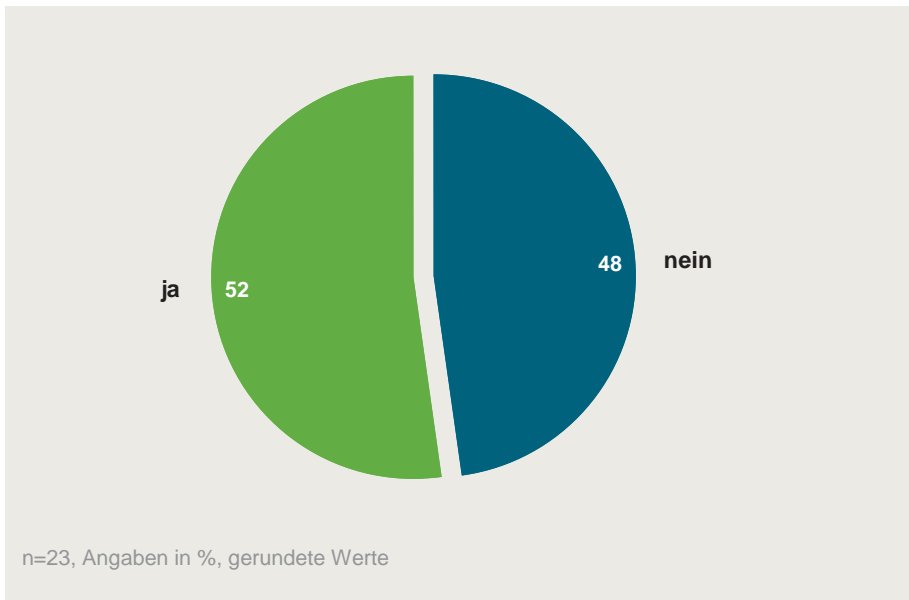


Art der Angebote

⁹ Vgl. Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes in der Fassung vom 10. Dezember 2014.

Frage 6: Was schätzen Sie: Wieviel Prozent in der Altersgruppe nutzen diese Angebote?

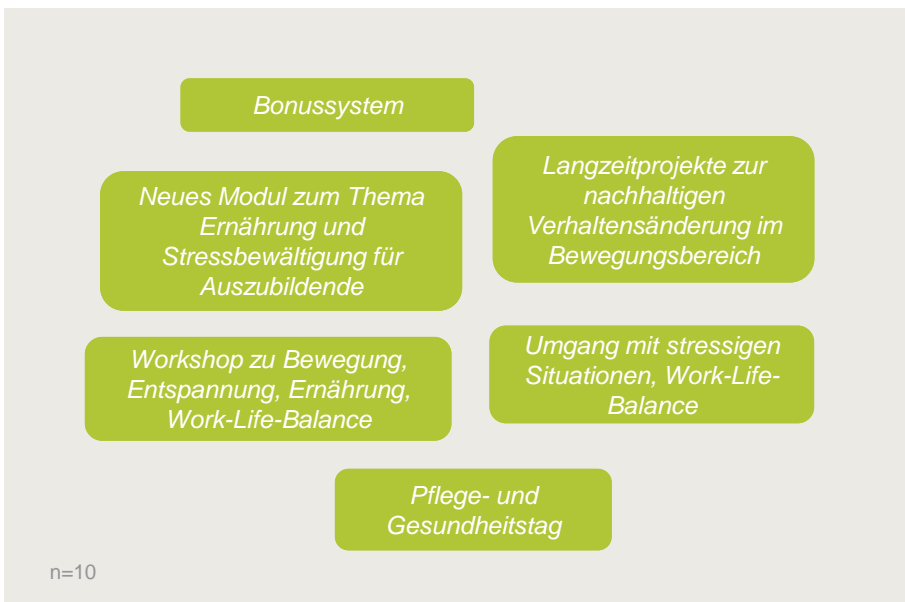
Die Verantwortlichen der befragten Unternehmen, die speziell Angebote für die Zielgruppe anbieten, schätzen, dass 52 Prozent der jungen Beschäftigten diese speziellen Angebote nutzen. Auch wenn diese Aussage aufgrund der geringen Basis (nur 23 der befragten Unternehmen mit Beschäftigten zwischen 15 und 29 Jahren haben diese Frage beantwortet) relativiert werden muss, ist dennoch daraus das Interesse der Zielgruppe an speziellen gesundheitsfördernden Maßnahmen für sie zu erkennen.



Nutzung der Angebote

Frage 7: Welche speziellen Angebote planen Sie?

Bei den geplanten Maßnahmen ist im Vergleich mit den unter Frage 5 bereits bestehenden Angeboten ein anderer Fokus zu erkennen. Geplant werden auch Maßnahmen, die eine nachhaltige Verhaltensänderung anregen sollen, sowie Maßnahmen zum Thema *Work-Life-Balance*. Hierbei handelt es sich um Angebote, die ganz speziell auch das Lebensgefühl der Beschäftigten zwischen 15 und 29 Jahren ansprechen sollen.¹⁰ Auch ein Bonussystem als Anreiz zur Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen ist geplant.



Geplante Maßnahmen

¹⁰ Vgl. auch Beitrag von Prof. Dr. Scholz in diesem Abschnitt.

Frage 8: Welche Angebote wären Ihrer Meinung nach für diese Altersgruppe (noch) interessant?

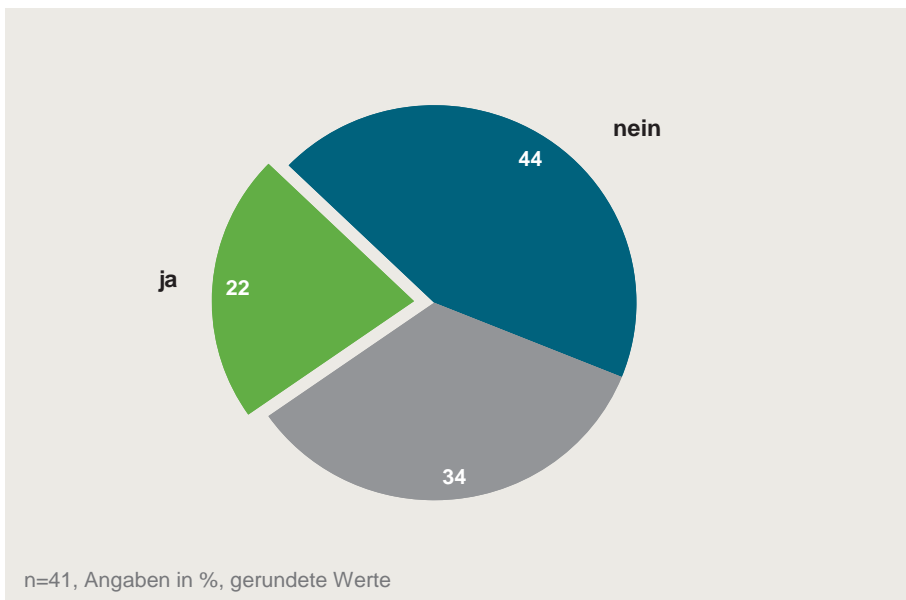
Bei den Verantwortlichen der befragten Unternehmen gibt es viele Ideen darüber, welche Angebote für die Zielgruppe interessant wären. Dabei werden in den Handlungsfeldern Ernährung und Bewegung zum Teil auch neue Wege gegangen. Beim Thema Ernährung werden über die üblichen Informationsveranstaltungen hinaus auch Kochkurse für interessant gehalten, im Bereich Bewegung ist man auch offen gegenüber Trendsportarten. Auffallend ist, dass bei den Ideen ein Schwerpunkt auf der psychischen Gesundheit liegt. Stressbewältigung, Selbst- und Zeitmanagement sowie Entspannungstechniken und mentale Stärke sind hierbei nur einige Beispiele.



Ideen für Angebote

Frage 9: Sind Ihrer Meinung nach die Angebote zum BGM ein Faktor, der dazu führt, dass sich Mitarbeiter in der Altersgruppe 15 bis 29 für Ihr Unternehmen entscheiden?

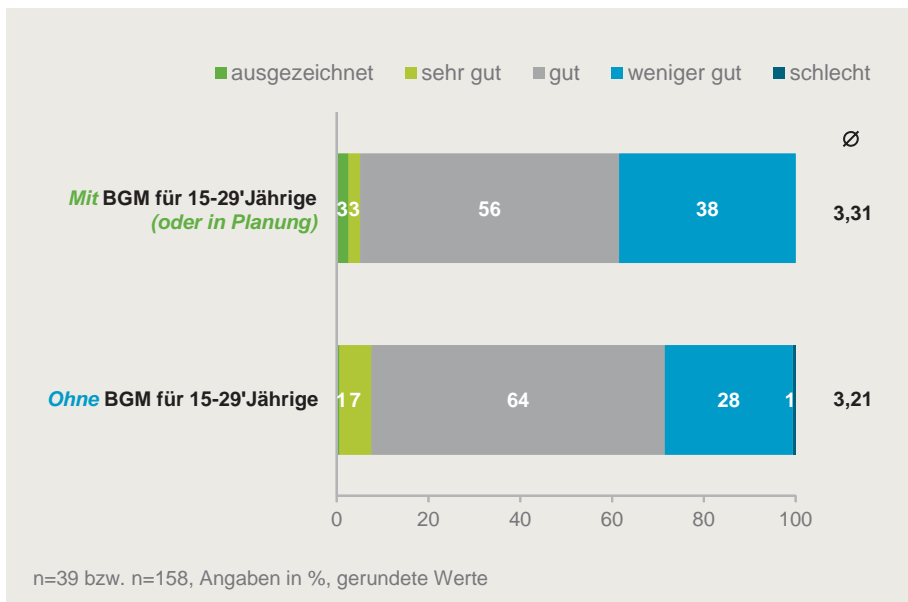
22 Prozent der Verantwortlichen der befragten Unternehmen, die spezielle BGM-Angebote für die Zielgruppe anbieten oder planen, gehen davon aus, dass dies zu einer Entscheidung für das Unternehmen beiträgt, 44 Prozent verneinen dieses. Ein relativ hoher Prozentsatz von 34 Prozent kann dieses nicht einschätzen. Auch wenn diese Aussage aufgrund der geringen Basis (nur 41 der befragten Unternehmen mit Beschäftigten zwischen 15 und 29 Jahren bieten spezielle Angebote an oder planen diese) relativiert werden muss, kann man davon ausgehen, dass viele Unternehmen gesundheitsfördernde Maßnahmen als Instrument sehen, junge Beschäftigte an das Unternehmen zu binden.



Vermutete Relevanz bei der Entscheidung für das Unternehmen

Frage 10: Wie schätzen Sie das Gesundheitsverhalten (z.B. Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung) bei dieser Altersgruppe ein?

Auffallend ist, dass Firmen mit speziellen Angeboten für 15- bis 29-Jährige deren Gesundheitsverhalten etwas kritischer sehen als solche, die keine speziellen Angebote für diese Zielgruppen haben oder planen. Auch wenn diese Aussage aufgrund der geringen Basis (nur 39 der befragten Unternehmen mit Beschäftigten zwischen 15 und 29 Jahren, die spezielle Angebote haben oder planen, beantworteten diese Frage) nur eine Tendenzaussage sein kann, ist die Abweichung von 0,1 zwischen den beiden Mittelwerten durchaus hervorzuheben. Unklar bleibt, ob diese Einschätzung dazu führte, spezielle Angebote zu machen, oder ob diese Einschätzung als Schlussfolgerung aus der Auswertung der Maßnahmen entstanden ist.



Einschätzung Gesundheitsverhalten der jungen Altersgruppe

Zusammenfassung:

- In den befragten Unternehmen gehören im Durchschnitt 14 Prozent der Altersgruppe zwischen 15 und 29 Jahren an.
- Nur wenige Unternehmen bieten spezielle Angebote für diese Zielgruppe. Auf der anderen Seite sehen einige dieser Unternehmen aber durchaus die Möglichkeit, dass ein solches Angebot einen Einfluss auf die Entscheidung von jungen Bewerbern für oder gegen ihr Unternehmen haben kann. Im Zuge des demografischen Wandels kann man davon ausgehen, dass diesem Aspekt zukünftig noch mehr Aufmerksamkeit entgegengebracht wird.
- Neben den allgemein relevanten Themen wie Bewegung und Ernährung werden die Jüngeren insbesondere durch Maßnahmen zur Stärkung der psychischen Gesundheit angesprochen (z.B. Stressbewältigung, Zeitmanagement und mentale Stärke).

Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements für Berufsstarter

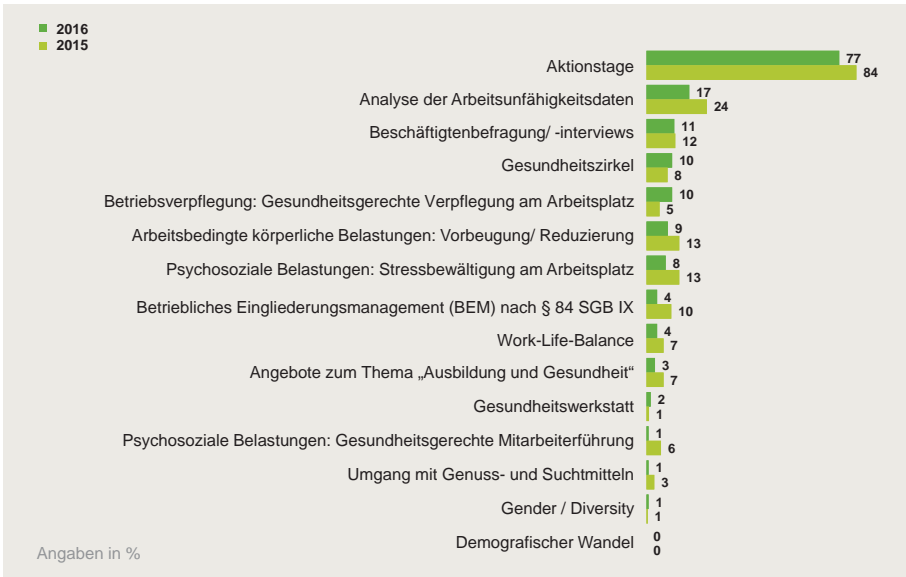
Immer mehr Arbeitgeber haben die Gesundheitsförderung als Instrument der Personalpolitik erkannt. So konnten im Jahr 2014 über 1,2 Millionen Beschäftigte durch Maßnahmen durch die gesetzlichen Krankenkassen erreicht werden.¹¹ Aufbauend auf der Erkenntnis, dass Gesundheit und Wohlbefinden bei der Arbeit wichtige Voraussetzungen für den Unternehmenserfolg sind, investieren viele Unternehmen in die Verbesserung der Gesundheit, der Leistungsfähigkeit und der Zufriedenheit ihrer Beschäftigten. Ziel ist es, mit leistungsfähigen, motivierten und gesunden Beschäftigten die Herausforderungen der Zukunft erfolgreich meistern zu können.

Betriebliches Gesundheitsmanagement und Berufsstarter

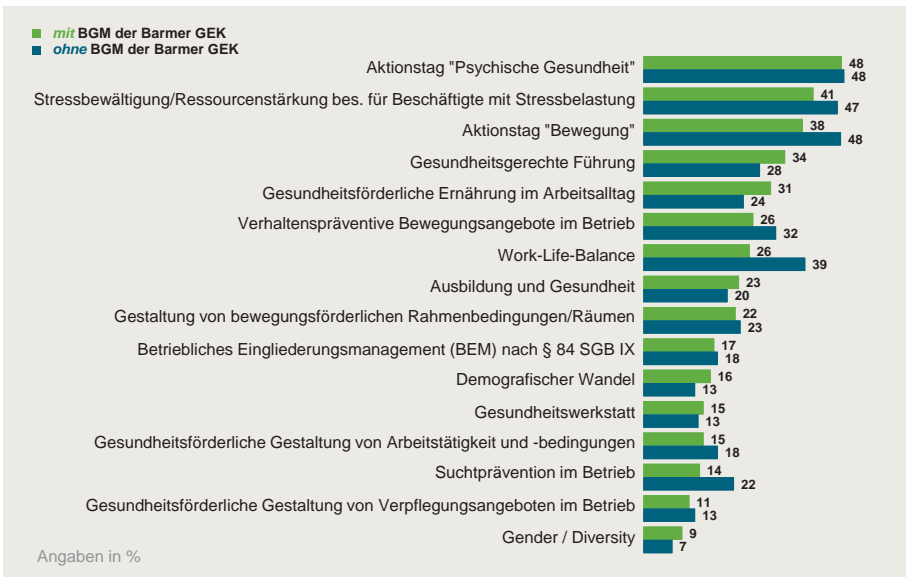
Durch den demografischen Wandel wird es für Unternehmen immer wichtiger, junge Menschen als Beschäftigte zu gewinnen und vor allem auch zu halten. Wie in der oben vorgestellten Auswertung des BARMER GEK Firmenkundenmonitors 2016 beschrieben, gehen 22 Prozent der befragten Unternehmen davon aus, dass das Angebot von speziellen Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements für junge Menschen eine Entscheidung für das Unternehmen unterstützt. Denn entsprechende Angebote unterstützen nicht nur dabei, die Gesundheit der Beschäftigten langfristig zu fördern, sondern ermöglichen es Unternehmen eventuell auch, durch die Bindung von jüngeren Beschäftigten dem demografischen Wandel entgegenzuwirken.

Bisher werden jedoch die Angebote der BARMER GEK für diese Zielgruppe – zum Beispiel zum Thema Ausbildung und Gesundheit – im Vergleich zu anderen Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagement der BARMER GEK – von den Unternehmen eher wenig genutzt. Insgesamt kommt dieses Thema auf einen Anteil von 3 Prozent. Im Vergleich zum Vorjahr ist dieser Anteil sogar noch gesunken. 2015 waren es immerhin 7 Prozent. Auch wenn die Gruppe der Menschen zwischen 15 und 29 Jahren auch alle weiteren Angebote des Betrieblichen Gesundheitsmanagement nutzen kann, steht diese Zahl doch in Widerspruch zu der Aussage, dass viele Unternehmen spezielle Angebote für junge Menschen für sehr sinnvoll halten.

¹¹ MDS Präventionsbericht 2015.



Nutzung von BGM-Angeboten der BARMER GEK (Mehrfachnennungen möglich)



Interesse an BGM-Angeboten (Mehrfachnennungen möglich)

Dagegen ist das Interesse der Unternehmen, solche Angebote zu nutzen, im Gegensatz zum Vorjahr (20 Prozent)¹² mit 23 Prozent leicht angestiegen. Hierdurch wird verdeutlicht, dass vielen Unternehmen bewusst ist, dass es insbesondere im Hinblick auf den demografischen Wandel wichtig ist, auf die speziellen Bedürfnisse der jungen Beschäftigten einzugehen.

Um die Bedürfnisse und Interessen der jungen Menschen zwischen 15 und 29 Jahren kennenzulernen, ist es notwendig, sich mit deren Lebensgefühl auseinander zu setzen. Was erwarten die jungen Menschen von ihrem Arbeitsplatz? An was ist die Leistungsbereitschaft gekoppelt? Wie sollten Bürowelten gestaltet sein? Und welche Rolle spielt für die jungen Menschen das Privatleben? Dies sind nur einige der wichtigen Fragestellungen, mit denen Unternehmen sich beschäftigen sollten, um sich auf die so genannte Generation Z einstellen zu können. Einen Überblick über die Erwartungen dieser Generation an die Arbeitswelt gibt der folgende Artikel.

¹² Vgl. BARMER GEK Gesundheitsreport 2015, Seite 167.

Generation Z als betriebliches Gesundheitsmanagement

Christian Scholz

Die aktuelle Arbeitssituation ist bekannt und in entsprechenden Studien umfangreich behandelt: Wir leben in einer Arbeitswelt, die gekennzeichnet ist durch extremen Stress, Anzeichen von individuellem Burnout und psychischer sowie physischer Überforderung. Trotz aller unbestreitbaren Erfolge der deutschen Wirtschaft und speziell des deutschen Mittelstandes bedeutet dies für Unternehmen erhöhte Fehlzeiten sowie Fluktuation, verringerte Leistungsbereitschaft und damit geringere Produktion, ausbleibende Innovation sowie Verringerung der wirtschaftlichen Leistungskraft – mit allen Konsequenzen für Mitarbeiter, Kunden, Anteilseigner und Gesellschaft. Zentral in diesem Wirkungsgefüge steht die Gesundheit der Mitarbeiter als Zielgröße sowie das betriebliche Gesundheitsmanagement als Aktionsgröße. Genau hier tritt ein neuer und vielversprechender Akteur auf das Spielfeld – die so genannte „Generation Z“.

Die Generationenlogik als zentrales Konzept

Empirische Phänomene brauchen sowohl in ihrer Beschreibung als auch in den darauf folgenden Gestaltungshinweisen Komplexitätsreduktion. Eine Möglichkeit dazu stellt die Verwendung der Generationenlogik dar. Hier werden Personen einer Alterskohorte zusammengefasst, die aufgrund eines in ähnlicher Form prägenden Umfeldes tendenziell ähnliche Merkmale aufweisen. Prägende äußere Umstände sind die wirtschaftliche Lage, besondere Ereignisse und Personen sowie strukturverändernde Technologien. Sie alle führen zu einem kollektiven Gedächtnis sowie zu ähnlichen Normen- und Wertesystemen.

Dieses Konzept der Generationen darf nicht verwechselt werden mit einer an der Demografie ausgerichteten Vorgehensweise: Bei der Generationenlogik geht es anders als bei der Demografie-Betrachtung nicht um generelle Aussagen dazu, wo und warum sich „die heutige Jugend“ anders verhält als die älteren Menschen. Es geht ausschließlich darum, die prägenden Merkmale von Menschen zu extrahieren und diese dann auf Alterskohorten zuzuordnen.

Üblicherweise unterscheidet man bezogen auf unsere heutige Gesellschaft vier Generationen (s. auch Abbildung I):

	Babyboomer	Generation X	Generation Y	Generation Z
Jahrgang	geb. ca. 1950 bis 1965	geb. ca. 1965 bis 1980	geb. ca. 1980 bis 1995	geb. ca. ab 1990
Technologie	ein Fernseher	ein Bildschirm	zwei bis drei Schirme	viele Screens
	Schallplatte	Kassetten- rekorder	MP3	Cloud
	Telefon	Anrufbeant- worter	Handy	Smartphone
Prägung	John F. Kennedy	George H. W. Bush	Bill Clinton	Barack Obama
	Mondlandung	Challenger- Explosion	Fall Berliner Mauer	Arabischer Frühling
	Woodstock	Nirvana	Eminem	Rihanna
Ausrichtung	Idealismus	Skeptizismus	Optimismus	Realismus
	Chancen- vielfalt	Perspektiven- reduktion	Leistungs- bereitschaft	Selbstreferen- tialität
	Beruf wichtig	Privat wichtig	<i>Work-Life- Blending</i>	<i>Work-Life- Separation</i>

Abbildung I: Die vier „Generationen“ im Vergleich (Quelle: Scholz 2014)

Die **Babyboomer** wurden überwiegend zwischen 1950 und 1965 geboren. Sie starteten oft mit idealistischen Zielen, hatten viele Karrierechancen und nutzten diese auch im Regelfall. Obwohl die Babyboomer langsam in den Ruhestand gehen, haben sie die gesellschaftliche, politische und vor allem die wirtschaftliche Kontrolle in Deutschland.

Es folgte die **Generation X**, benannt nach einem Roman des Kanadiers Douglas Coupland. Geboren ab 1965 bis 1980, steht sie im Schatten der Babyboomer und macht sich keine Illusionen über die eigene Zukunft. Für diese Generation gibt es etwas weniger Aufstiegserwartungen, aber trotzdem Chancen in Unternehmen und öffentlichen Einrichtungen. Damit hat auch die Generation X ihren Platz im Wirtschaftsleben gefunden.

Die **Generation Y** kommt ab 1980 auf die Welt und gilt auch als *digital natives*. Sie lebt nach dem Motto „Leistung wird sich auszahlen“ und verbindet Darwinismus mit Opportunismus („Darwiportunismus“). Sie sucht in der Arbeit Sinn, persönliche Weiterentwicklung und Selbstentfaltung: Hier verschmelzen Privat und Beruf (*Work-Life-Blending*). Wer nur hart genug arbeitet und genug Ellenbogen mitbringt, für den ist – so die Logik der Generation Y – Karriere nicht mehr zu vermeiden.

Obwohl alle mit der Generation Y zufrieden waren, war klar, dass eine neue und andersartige Generation auftauchen würde. Sie kam etwa mit dem Geburtsjahrgang 1990 und wurde (fantasielos) als **Generation Z** bezeichnet. Weil im Regelfall nur geringfügig jünger, wird sie fatalerweise oft mit der Generation Y verwechselt. Die Generation Z ist aber völlig anders: Sie will nicht länger im betrieblichen Hamsterrad laufen, weshalb sie klar zwischen Arbeitswelt und Privatleben trennt, aber in beidem völlig aufgeht. Die Zler gehen auch anders mit ihrer Zeit um, wollen sie effektiver nutzen, dadurch Stress reduzieren und Lebensqualität erhöhen.

Allerdings kann man die Zugehörigkeit zu einer Generation nicht einfach aus dem Personalausweis ablesen, denn es gibt lediglich unscharfe Grenzen, die zu Überlappungen führen. Zudem mutieren Generationen teilweise in andere Wertesysteme: So sehen manche Babyboomer das Wertemuster der Generation Z durchaus als attraktiv an und entdecken ebenfalls den Reiz arbeitsfreier Wochenenden.

Auch wenn der Schwerpunkt dieses Beitrags auf der Generation Z und ihren überaus vielversprechenden Bezügen zum betrieblichen Gesundheitswesen liegt, sollte man gerade diese Generation in ihrer Unterschiedlichkeit und damit in ihrer Abgrenzung zu den anderen Generationen verstehen. Abbildung I zeigt deshalb einige der wichtigsten Unterscheidungsmerkmale. Man sieht unter anderem die völlig andere Technologie, selbst bei harmlosen Objekten wie Musikträgern in der Entwicklung von der Schallplatte bis hin zur „Musik in der Cloud“. Man sieht aber auch die vollkommen andere berufliche Ausrichtung. Hier ist die Generation Z geprägt durch einen unbewusst-intuitiven Realismus: Versprechungen von Unternehmen nach dem Motto „*Bei uns steht der Mitarbeiter im Mittelpunkt*“ schenkt die Generation Z keinen Glauben, dafür konzentriert sie sich voll und ganz auf sich selbst (Selbstreferentialität) und steuert mit kleinen, aber konsequenten Schritten in Richtung auf eine klare Trennung zwischen Berufs- und Privatleben.

Auch wenn es immer wieder Personen gibt, die auf Muster passen, die nicht typisch für ihre Altersgruppe sind, lassen sich aus dieser Generationenlogik relevante Aussagen ableiten. Vor allem aber erkennt man die gravierenden Unterschiede speziell zwischen der Generation Y und der Generation Z: Sie liegen altersmäßig zwar eng

beieinander, haben aber klar unterschiedliche Werte- und Verhaltensmuster. Besonders wichtig für unsere Analyse sind dabei zwei Aspekte, auf die nachfolgend eingegangen wird:

- Die Generation Z hat ein durchaus positives Verhältnis zur eigenen Gesundheit.
- Die auf uns zukommende Bewegung der Industrie 4.0 orientiert sich an der Generation Y und an einer Arbeitswelt mit potenziellen Problemen für die Gesundheit.

Aus diesem Grund ist die Auseinandersetzung mit der Generation Z für eine zukunftsorientierte Betriebsführung zwar unbequem, aber im Sinne der Nachhaltigkeit unausweichlich und letztlich vielversprechend.

Generation Z: Ein Überblick

Einen vertiefenden Eindruck von der Generation Z erlaubt die Datenbasis *GenZ-Panel@orga.uni-sb.de* (2016), die als Teil von mehreren Masterarbeiten an der Universität des Saarlandes erhoben wurde. Die nachfolgend präsentierten Daten beziehen sich auf 2.413 Jugendliche und junge Erwachsene aus Deutschland (29,5 Prozent männlich, 70,5 Prozent weiblich) im Alter zwischen 15 und 26 Jahren (Durchschnittsalter: 21 Jahre).

Abbildung II zeigt zunächst einige generelle Einstellungen der Generation Z. Danach hat sie Interesse an gesunder Ernährung (63 Prozent), am selber Kochen (57 Prozent) und auch an einem generell-umweltbewussten Verhalten (66 Prozent). Etwas weniger ausgeprägt – aber durchaus vorhanden – ist der Konsum regionaler beziehungsweise biologischer Produkte. Alkohol und Zigaretten spielen keine große Rolle, Alkohol bei Jungen (25 Prozent) und bei Mädchen (13 Prozent) tendenziell etwas mehr als Zigaretten bei Jungen (16 Prozent) und bei Mädchen (10 Prozent).

Abbildung III befasst sich mit den Aspekten, die Zler im Berufsleben suchen. „Leidenschaft zum Beruf machen“ (82 Prozent) überrascht nicht, zeigt aber, dass die Generation Z definitiv keine Null-Bock-Generation ist: Sie ist leistungsbereit, aber nur dann, wenn es der Job tatsächlich erlaubt, der eigenen Leidenschaft (zumindest etwas) nachzugehen. Leistungsdruck wird eher nicht gesucht: Nur 2 Prozent suchen ihn. Nur bedingt gesucht: Überstunden suchen gerade einmal 2 Prozent. Eine klare Absage gibt es für das Großraumbüro: Das lehnen 71 Prozent ab, nur 4 Prozent geben eine positive Beurteilung. Teambüro (49 Prozent) und Einzelbüro (32 Prozent) sind beliebter.

Welche Bedeutung haben folgende Aspekte für dich?						
Generation Z Deutschland 2016 (n=2.413)	sehr geringe	geringe	neutral	hohe	sehr hohe	Summe Zustim- mung
Gründung einer eigenen Familie	3%	7%	15%	30%	46%	76%
Reisen	2%	7%	17%	41%	34%	75%
umweltbewusstes Verhalten	2%	7%	26%	47%	19%	66%
gesunde Ernährung	2%	8%	27%	45%	18%	63%
Kochen	3%	11%	29%	40%	17%	57%
Lesen	5%	11%	27%	40%	17%	57%
Konsum regionaler Produkte	8%	14%	31%	37%	10%	47%
Konsum biologischer Produkte	12%	20%	33%	28%	8%	36%
Musik machen	20%	23%	28%	18%	12%	30%
Alkoholkonsum	23%	24%	36%	15%	2%	17%
Zigarettenkonsum	69%	8%	12%	10%	2%	12%

Abbildung II: Einstellungen der Generation Z (Quelle: GenZ-Panel@orga.uni-sb.de 2016)

Welche Aspekte sind dir im Berufsleben wichtig?						
Generation Z Deutschland 2016 (n=2.413)	will ich auf keinen Fall	will ich eher nicht	neutral	will ich eher	will ich auf jeden Fall	Summe Zustim- mung
Leidenschaft zum Beruf machen	1%	4%	15%	33%	49%	82%
Arbeitsplatz selbst einrichten	2%	4%	28%	48%	17%	65%
in einem Teambüro arbeiten	8%	8%	35%	40%	9%	49%
geringen Leistungs- druck haben	2%	17%	41%	28%	11%	39%
in einem Einzelbüro arbeiten	15%	16%	38%	26%	6%	32%
Überstunden machen	6%	31%	49%	12%	2%	14%
in einem Großraum- büro arbeiten	36%	35%	26%	3%	1%	4%

Abbildung III: Erwartungen der Generation Z an den Beruf (Quelle: GenZ-Panel@orga.uni-sb.de 2016)

Schließlich ist es noch interessant zu wissen, wie sich die Generation Z ihre berufliche Zukunft vorstellt. Hier steht mit 52 Prozent die Rolle als Angestellter, deutlich vor Manager / Führungskraft (39 Prozent). Die beiden beruflichen Extrempositionen (Beamter und Selbstständigkeit) sind gleichstark mit 22 Prozent besetzt. Allerdings gibt es Unterschiede zwischen den männlichen und weiblichen Zielen. Beachtliche 54 Prozent der Frauen sehen sich als Angestellte, bei den Männern fällt die Präferenz mit 44 Prozent geringer aus. Die männlichen Befragten streben in einem stärkeren Maß nach einer Führungsposition (50 Prozent) beziehungsweise einer selbstständigen Tätigkeit (31 Prozent) als ihre Kolleginnen (33 Prozent und 18 Prozent).

Wenn du dir einmal deine berufliche Zukunft vorstellst: Wie wahrscheinlich ist es, dass du folgendes anstrebst?							
Generation Z Deutschland 2016 (n=2.413)	sehr	eher	neutral	eher	sehr	Summe Zustim- mung	
	unwahr- scheinlich			wahr- scheinlich			
Kombination Beruf & Familie	2%	5%	11%	29%	53%	82%	
Angestellter sein	5%	10%		34%	35%	17%	52%
Manager / Führungs- kraft sein	13%	17%		33%	29%	10%	39%
Beamter sein (Öffentlicher Dienst)	24%	30%		24%	15%	7%	22%
Selbstständigkeit	19%	30%	29%	17%	5%	22%	

Abbildung IV: Rollenerwartung der Generation Z (Quelle: GenZ-Panel@orga.uni-sb.de 2016)

Auch der familiäre Aspekt ist für die Generation Z wichtig. Für 76 Prozent spielt die Gründung einer eigenen Familie eine große Rolle (Abbildung II) und sie wollen Beruf und Familie kombinieren (82 Prozent, Abbildung IV).

Dieser kleine Exkurs in die Denkwelt der Generation Z macht eines deutlich: Sicherlich kommt mit der Generation Z keine Wunder-Generation auf uns zu, die Fast Food abschwört und sich nur von ökologisch angebautem, mit nitratarmem Wasser gereinigtem Salat ernährt. Auch zieht sie den gesunden Waldspaziergang nur eher selten dem weniger gesunden Blick auf den Bildschirm vor und kann sich durchaus Alkohol, Energie-Drinks und Pommes Frites mit Ketchup vorstellen.

Trotzdem lassen sich einige für den Gesundheitsaspekt ausgeprägt positive Tendenzen feststellen. Diese werden in den nächsten beiden Abschnitten im Detail präsentiert, wobei nur solche Entwicklungen aufgelistet werden, die dem generellen Grundtenor der Berichterstattung über die Generation Z entsprechen. Werte aus der GenZ-Panel@orga.uni-sb.de-Studie (2016) stehen dabei im Hintergrund. Exemplarisch wird jeweils auf eine zentrale Quelle hingewiesen, die sich besonders umfangreich mit diesem Thema beschäftigt.

Die Generation Z lebt gesünder.

Gesünderes Essen. Hier ist die Studie „*We are what we eat*“ äußerst aufschlussreich. Sie attestiert der Generation Z einen hohen Fokus auf Gesundheit und auf nicht- gentechnisch modifizierte Produkte. Für 40 Prozent der Zler sind Inhaltsstoffe aus nachhaltiger Produktion wichtig bei der Kaufentscheidung und sie sind sogar bereit, mehr für ein „Premium an Gesundheitseigenschaften“ zu zahlen (Nielsen 2015).

Mehr Schlaf. Guter Schlaf ist gesund und das weiß die Generation Z. Deshalb schlafen die Zler mit durchschnittlich 7:26 Stunden während der Woche und 8:38 Stunden am Wochenende eindeutig mehr als andere Generationen. 53 Prozent der Zler halten ihren Mittagsschlaf (Powernap) an Arbeits-/Schultagen. Vielleicht fahren sie deshalb deutlich seltener schläfrig Auto als Vertreter der Generation Y (National Sleep Foundation 2011).

Weniger Alkohol. Insgesamt gibt es einen rückläufigen Trend beim Konsum von Alkohol und bei Zigaretten bei Jungen ebenso wie bei Mädchen (HBSC 2015).

Mehr Sport. Bei der Generation Z treiben 82 Prozent der Mädchen und 90 Prozent der Jungen regelmäßig Sport, wie Fußball (als beliebteste Sportart bei den Jungen mit 61 Prozent), Tanzen (beliebteste Sportart der Mädchen mit 35 Prozent) und Fahrrad fahren (35 Prozent der Jungen und 32 Prozent der Mädchen) (Bravo 2014).

Relativ wenige eMedien. Insgesamt greifen 91 Prozent täglich mit dem Smartphone auf das Internet zu; trotzdem sind Zler nur bis zu zwei Stunden pro Tag (81 Prozent – 55 Prozent sogar nur bis zu einer Stunde) in sozialen Netzwerken aktiv (Lingner 2014).

Work-Life-Separation. Privatleben soll nicht mit dem Beruf beziehungsweise der Ausbildung kollidieren, die Arbeit soll sich für die Zler also gut mit Privatleben und Familie vereinbaren lassen; das bedeutet auch weniger Überstunden. Gleichzeitig wünschen sich 56 Prozent der Jugendlichen für ihre Ausbildung feste Arbeitszeiten (McDonald's 2013 und 2015).

Allerdings gibt es auch Schattenseiten. Hierzu zählt vor allem die intensive Beschäftigung mit Schönheitsidealen:

Schönheitswahn. Beauty-Blogs und die Suche im TV nach dem nächsten Topmodel: In der heutigen Gesellschaft kämpfen Jugendliche mit den in den Medien immer stärker hochstilisierten Schönheitsstandards mit extremer Schlankheit, Bodybuilder-Figur und übernatürlicher Natürlichkeit. Die negative Körperwahrnehmung führt bei vielen zum Kalorienzählen, Diäten und im Extremfall zu Essstörungen (Seywald 2013).

Alle diese Tendenzen (Abbildung V) sind relativ eindeutig und die angegebenen Quellen stellvertretend für eine breitere empirische Basis: Sechs von den sieben Tendenzen deuten auf klare positive Effekte für die allgemeine Gesundheit hin, die durch das Verhalten der Generation Z hervorgerufen werden.



Abbildung V: Die Generation Z lebt gesünder (Freizeitverhalten)

Die Generation Z will gesünder arbeiten.

Neben dem (etwas) gesünderen Leben gibt es einen zweiten Impuls bei der Generation Z, der sich ebenfalls positiv auf das langfristige Gesundheitsniveau (*health level*) der Zler auswirkt. Er resultiert aus den teilweise sehr spezifischen Erwartungen, die Vertreter dieser Generation an ihre berufliche Tätigkeit haben. Denn: Die Generation Z erfährt die harte Realität beruflicher Tätigkeit zwar selten in ihrer ganzen Tragweite bereits am eigenen Leibe, sie hat aber durchaus Kontakt zu Einzelpersonen und zu Familienmitgliedern, die gerade diese Realität durchleben.

Egal ob zerbrochene Ehen, freigesetzte Arbeitskräfte oder auf der Karriereleiter steckengebliebene Hoffnungsträger: Sie alle stehen eindrucksvoll für eine Arbeitswelt, die Zler vermeiden wollen. Nicht etwa, dass sie auf die Straße gehen und für dieses Thema demonstrieren. Dazu ist die Generation Z zu unpolitisch. Die Zler agieren vielmehr eher zurückhaltend: Wenn der Arbeitgeber im Vorstellungsgespräch stolz auf „Vertrauensarbeitszeit“ hinweist, die ja im Prinzip nicht verkehrt ist, sehen die Zler nur Zwang zur Selbstausbeutung und Bedrohung durch Vorgesetzten-Willkür. Und dann suchen sie sich einen anderen Arbeitgeber, vielleicht sogar im öffentlichen Dienst.

Bei der Generation Z zeichnen sich Vorstellungen für eine Arbeitswelt ab, die eines gemeinsam haben: Sie laufen auf ein gesünderes Arbeiten hinaus. Sieben besonders interessante Entwicklungen sollen deshalb näher betrachtet werden.

Work-Life-Separation. Auf diesen Punkt wurde bereits beim Freizeitverhalten hingewiesen. Sowohl die Generation Z als auch die Generation Y möchten *Work-Life-Balance*. Voreilige Betrachter kommen deshalb zum populistischen, Handlungen ausschließenden Schluss, es gäbe keinen Unterschied zwischen diesen beiden Generationen. Aber weit gefehlt: Die Generation Y ist unter gewissen Umständen zu einem *Work-Life-Blending* bereit, also zu einem Eindringen der beruflichen Zone in den privaten Bereich. Die Generation Z sieht das völlig anders und will eine klare Trennung. Das hat aber nicht nur Vorteile für das Privatleben, es bringt auch Ruhe in die berufliche Sphäre, weil nicht permanent darüber nachgedacht werden muss, ob und wie Privatzeit für berufliche Aufgaben zu nutzen ist.

Strukturierte Arbeitszeit. Dieses Argument geht in die gleiche Richtung. Fakt ist: Nur 15 Prozent der Zler wollen flexible Arbeitszeiten (McDonald's 2013) im Sinne einer arbeitgeberseitigen Entscheidungsmacht – wobei aber durchaus unterstellt wird, dass der Mitarbeiter seine Zeit in gewissem Maß variabel einsetzen kann. Auszuschließen ist damit aus Sicht der Zler die arbeitgeberseitige Flexibilität, also ein Chef, der um 16 Uhr das Arbeitsende an diesem Tag von 17 Uhr auf 18 Uhr anhebt.

Eigener Arbeitsplatz. Die Generation Z hat eher konservative Vorstellungen darüber, wo sie arbeiten möchte und will sich ihren Arbeitsplatz auch gerne selbst gestalten. Nur 7 Prozent präferieren in irgendeiner Form *off-site* zu arbeiten, 94 Prozent wollen vor Ort im Büro arbeiten und 64 Prozent tun dies gerne zusammen in kleinen Gruppen (enactus 2015). Permanentes Pendeln zwischen unterschiedlichen Arbeitsplätzen – üblicherweise verbunden mit Stress – lehnt die Generation Z mehrheitlich ab.

Weniger Verantwortung. Die Übernahme von Verantwortung macht nicht nur wegen der damit verbundenen Herausforderung Spaß, sondern bietet zudem die Chance zum sozialen Aufstieg. Nimmt man sie allerdings ernst, so kann vor allem Personalverantwortung zu schlaflosen Nächten und zu anderen Ursachen für gesundheitliche Probleme führen. Deshalb sind Zler bei diesem Thema zurückhaltend. Nur für 11 Prozent ist es sehr wichtig, im Sinne eines sozialen Aufstiegs mehr zu erreichen als ihre Eltern, nur 8 Prozent wollen andere Menschen führen und nach viel Rampenlicht streben gerade einmal 4 Prozent (McDonald's 2013 + 2015).

Weniger Wettbewerb und mehr feste Entlohnung. Ähnlich wie Verantwortung klingt auch „Wettbewerb“ positiv, kann sich aber auf den zweiten Blick negativ auf das Betriebsklima auswirken. So mag es interessant erscheinen, wenn man durch ein ano-

nymes Mitteilungssystem Kollegen „kritisieren“ soll: Das Betriebsklima kann darunter aber ebenso leiden wie unter „Rennlisten“ von Verkäufern und anderen darwinistischen Konzepten. Da liegt es nahe, dass die Zler Wettbewerb generell eher aus dem Weg gehen, da sie diesen Stress nicht auf sich nehmen wollen. Dazu passt auch der Verzicht auf leistungsorientierte Bezahlung und die Hinwendung zur festen Entlohnung.

Niedrigere Mobilität. Wer ist in unserer dynamischen Welt nicht mobil? Nun, die Zler sehen sich nicht als ganz so mobil, denn Mobilität kann durchaus belastend sein – es kann nicht jeder gleich gut mit der damit unter anderem verbundenen Unsicherheit umgehen. 48 Prozent möchten auch zukünftig in der Region arbeiten, in der sie jetzt leben (Continental 2013).

Das, was die Generation Z von der Arbeitswelt erwartet, mag man etwas herablassend mit „Pippi Langstrumpf“-Welt umschreiben: das kleine Haus, die Sicherheit, die Struktur, die guten Freunde, die Beschaulichkeit. Aber auch wenn dies alles noch in den Anfängen steckt und vielleicht sogar in diesen zu ersticken droht, so signalisiert es doch einen etwas anderen Umgang mit „Arbeit“. Ob er im Ergebnis zu mehr oder weniger Leistung führt, soll im Rahmen dieses Beitrags offen bleiben. Er dürfte sich aber positiv auf die Gesundheit im Unternehmen auswirken (Abbildung VI): Die Generation Z wäre demnach so etwas wie ein unbewusstes und automatisches betriebliches Gesundheitsmanagement.



Abbildung VI: Die Generation Z will gesünder arbeiten.

Die „Vision“ der Industrie 4.0

Egal ob Christian Illek von der Deutschen Telekom oder Wilfried Porth von Daimler: Sie alle thematisieren Konzepte wie Digitalisierung, Flexibilisierung, Agilität, Mobilität und vielschichtig-permanente Formen der Zusammenarbeit. Nimmt man stellvertretend für diese und ähnliche Überlegungen das von Henning Kagermann (*acatech* 2016) initiierte Arbeitspapier *„Die digitale Transformation gestalten – Was Personalvorstände zur Zukunft der Arbeit sagen“*, so spricht dieser Text eine klare Sprache:

Formulierungen wie *„Zwar wird die Unumkehrbarkeit dieser Entwicklung noch zu wenig gesehen“*¹³ signalisieren einen Technikdeterminismus, bei der Digitalisierung eine Konstante ist und digitale Transformation unabwendbar erscheint.

Menschen sind allenfalls Objekte, die nicht schnell und effizient genug lernen, vor allem aber nicht begreifen, wie sie arbeiten sollen: *„Arbeit wird wieder (wie in der Zeit vor der Industrialisierung) stärker ins Private übergreifen.“*¹⁴

Es kommt zu einer unbegrenzten Zerstückelung der Aktivität. So gibt es die *„Übertragung kleiner Teilaufgaben einer Unternehmenseinheit an externe Partner (Outtasking) – bis hin zu einem sogenannten Microtasking. Dabei wird eine Aufgabe in möglichst viele kleine Teilaufgaben zerlegt, die von ebenso vielen externen sogenannten Click-Workern bearbeitet (Crowd-Working) [...] werden.“*¹⁵

Angesagt sind *„Micro- beziehungsweise Nano-Degrees“*.¹⁶ Reguläres Studium ist out, Fastfood in kleinen Häppchen und Eigenregie offenbar in.

Umgeben ist alles von *„Zerstörerinnen und Zerstörern, die die Transformation von Geschäftsmodellen beherrschen“*¹⁷ und nebenbei Beziehungen, Abteilungen sowie ganze Unternehmen „zerstören“, nur um sie agil wieder aufzubauen.

Je nach Perspektive mag man diese Weltanschauung für notwendig-faszinierend (z.B. *acatech* 2016) oder für kontraproduktiv-beängstigend (z.B. Scholz 2016) einstufen.

Völlig losgelöst von der Beantwortung der Frage, ob wir eine derartige Industrie 4.0 bei uns in Deutschland bekommen wollen beziehungsweise bekommen müssen,

¹³ *Acatech* 2016: 14.

¹⁴ Ebd.: 22.

¹⁵ Ebd.: 13.

¹⁶ Ebd.: 12.

¹⁷ Ebd.: 15.

kann und muss man jedoch diese Vision der Industrie 4.0 daraufhin untersuchen, was sie für den Gesundheitsaspekt im Arbeits- und im Privatleben bedeutet.

Work-On-Demand und Work-Where-Necessary. Nimmt man das Zauberwort „Flexibilisierung“, so bezieht es sich nahezu ausschließlich auf die Mitarbeiter als Flexibilisierungsobjekte: Sie müssen arbeiten, wann und wo Arbeit anfällt. Nur wenn weniger Arbeit da ist, dürfen sie zu Hause oder im Coffee-Shop arbeiten. Da ist es egal, ob die Globalisierung oder der Erfolgsdruck der Auslöser ist: In jedem Fall ermöglicht es die Digitalisierung, Mitarbeiter in ihren Aktivitäten wie Fahrradkuriere oder Spielzeugautos zu steuern. Freie Cloud-Worker arbeiten flexibel für sogenannte Cloud-Companies. Statt längerfristiger Personalplanung gibt es eine spontane Personaldisposition: Mitarbeiter erfahren ihre Aufgaben exakt dann, wenn diese anfallen und zu erledigen sind. Auch wenn eine solche Agilität zeitweise durchaus Spaß macht, werden sich der permanente Druck und die permanente Fremdbestimmung negativ auf die Gesundheit auswirken.

Büros als Open Space. Hinter diesem neutral klingenden Schlagwort steht die Idee, Mitarbeitern keine eigenen Büros und keinen eigenen Schreibtisch mehr zu geben. Derartige vor allem architektonisch interessant zu realisierende Umstrukturierungen haben auf der einen Seite den Vorteil, Mitarbeiter in ihrer Arbeit optimal in den betrieblichen Workflow zu integrieren und jeden Quadratmeter Bürofläche maximal auszulasten: So braucht man für das Lesen von E-Mails nur eine Arbeitsfläche in der Größe eines Notebooks, beim Bearbeiten umfangreicher Akten aber etwas mehr. Deshalb bekommen Mitarbeiter unterschiedliche und laufend wechselnde Arbeitsflächen zugewiesen. Auf der anderen Seite stehen aber aus Sicht des Mitarbeiters das Gefühl der Heimatlosigkeit und der Bahnhof-Charakter, wo man ständig in Bewegung und letztlich immer der Getriebene ist. Daher liegt der gesundheitsgefährdende Zug einer Open-Space-Architektur durchaus nahe.

Führungsverantwortung. Hinter Industrie 4.0 steht eine Arbeitswelt, in der weniger Menschen Beschäftigung finden, diese aber eine wesentlich höhere Verantwortung übernehmen müssen – für Budgets, Ressourcen, Daten, Kunden, Projekte und Mitarbeiter. Gleichzeitig gibt es wechselseitige Kontrollen und Quer-Verantwortung, wo Mitarbeiter im Team für die Leistung ihrer Kollegen „kollektiv“ mitverantwortlich sind (*peer-to-peer*). Und unabhängig von der Führungsaufgabe gibt es immer mehr so etwas wie „zuordnungsfähige“ Verantwortung im Sinne einer *accountability*, die schnell extrem belastend werden kann.

Wettbewerbskultur und Leistungslohn. Die Protagonisten der Industrie 4.0 betonen immer wieder den weltweiten Wettbewerb und den daraus entstehenden Wettbe-

werbsdruck auch im Unternehmen. Zu der Leistungskultur kommt also eine Wettbewerbskultur. Auf der einen Seite steht ein kollektiver Darwinismus, in dem einige überleben, aber definitiv nicht alle; genau in dieser durch Vernetzung zu verstärkten Selektionsfunktion liegt aus Sicht der Industrie 4.0 einer der absoluten Vorteile der neuen Arbeitswelt. Auf der anderen Seite stehen die Einzelpersonen, die sich opportunistisch ihren Platz suchen und ihren Weg bahnen. Auch hier gilt wieder: Dieser „Darwiportunismus“ als Kombination aus Darwinismus und Opportunismus kann sauber „gespielt“ werden, was aber aktuell eher unwahrscheinlich ist. Und er kann „schmutzig“ für die Mitarbeiter mit allen negativen gesundheitlichen Konsequenzen gestaltet werden.

Egal wie man es dreht und wendet: Speziell das *Work-Life-Blending* als immer stärkere Verzahnung von Berufs- und Privatleben führt zu gesundheitlichen Belastungen, die von Bluthochdruck bis zu Burnout reichen und so auch den Privatbereich betreffen.

Unregelmäßiges Essen, unregelmäßiger Schlaf, stressbedingter Alkoholkonsum.

Wohlgemerkt führen die mit der Industrie 4.0 verbundenen Entwicklungen nicht zwingend zu gesundheitsschädigenden Effekten. Sie werden aber wahrscheinlicher, wenn das berufliche Leben völlig mit dem privaten Leben verschmilzt und die individuelle Selbstbestimmung reduziert wird. Denn dass unregelmäßiges Essen und unregelmäßiger Schlaf in einer wechselseitigen Verstärkung zu Stress stehen, liegt nahe und führt im Extremfall auch zu stressbedingtem Alkoholkonsum. Dadurch eskaliert das System zwangsläufig.

Eigenverantwortung und Fremdkontrolle. Die Zerstückelung der betrieblichen Aufgaben sowie ihre Verteilung auf Cloud- und Crowd-Worker werden sich in absehbarer Zeit nicht so extrem entwickeln, wie es die Industrievertreter ankündigen. Trotzdem wird es zu einer Veränderung der Arbeitsverhältnisse kommen und Menschen werden immer mehr auch unregelmäßig anfallende Tätigkeiten aufnehmen müssen. Gleichzeitig bewirkt die fortschreitende Digitalisierung, dass niedriger qualifizierte Jobs wegfallen und automatisiert werden. Dies führt dazu, dass sich jeder Einzelne permanent Gedanken über die eigene Entwicklung machen muss: Die Zeit, in der es eine Personalabteilung gab, die sich dieser Aufgabe angenommen hat, ist vorbei. Gleichzeitig wächst die Fremdkontrolle und auch dadurch steigt der Stress.

Beruflich 24/7 online. Dieser Ausdruck bezieht sich auf die informatorische Grundlage der Industrie 4.0 und drückt aus, dass Mitarbeiter zwar nicht rund um die Uhr arbeiten, wohl aber rund um die Uhr erreichbar sind. Dies führt dazu, dass letztlich zwar das Handy nicht permanent klingelt, aber permanent klingeln könnte. Und be-

reits dieses Gefühl – unabhängig von der tatsächlichen Aktivierung – erhöht die psychische Belastung und verursacht Stress.

Mit diesen Punkten (Abbildung VII) soll kein Horrorszenario gegen Industrie 4.0 aufgebaut, sondern lediglich auf die Möglichkeit hingewiesen werden, dass Industrie 4.0 bei aller Faszination zu einer Zunahme gesundheitlicher Probleme und einer niedriger wahrgenommenen Lebensqualität führen könnte.

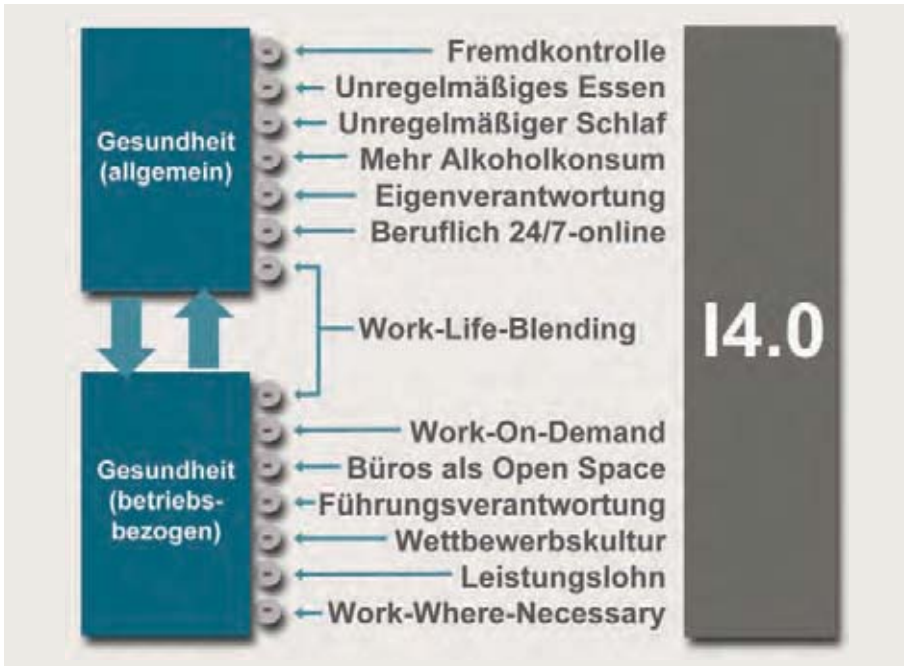


Abbildung VII: Gesundheitliche Auswirkungen der Industrie 4.0

Generation Z gegen Industrie 4.0

Die Arbeitswelt der Industrie 4.0 entspricht auch nicht ansatzweise dem, wie sich die Generation Z die Arbeitswelt der Zukunft vorstellt. Für die Generation Z ist Hochleistung im Betrieb verbunden mit dem Charakter des Arbeitsplatzes als „Zweitwohnung“, wo sich die Zler wohlfühlen wollen. Und dazu gehört ein eigener Schreibtisch mit Kaktus und Bild von Freund/Freundin ebenso wie klare Strukturen ohne Mehrdeutigkeit. Auch die Suche nach permanenter „Zerstörung“ (fast schon aus Prinzip) passt nicht in ihr Weltbild, ebenso wenig wie der permanente Druck in Richtung „Agilität“. Dies mutet etwas anachronistisch an: Ist nicht gerade die Generation Z als Gruppe der *digital natives* mit der Digitalisierung aufgewachsen und wie gemacht für unsere digitale Welt? Weit gefehlt. Für die Generation Z haben Informationstechnologien und soziale Medien einen funktionalen Wert, der sich auf einige wenige Grundaspekte beschränkt.

Im Ergebnis kommen wir zu einer paradox anmutenden Situation (Abbildung VIII): Auf der einen Seite haben wir einige durchaus vernünftige Einstellungen der Generation Z mit weitreichend positivem Einfluss auf die Gesundheit. Die Zler leben (etwas) gesünder und sie versuchen (etwas) gesünder zu arbeiten. Auf der anderen Seite stehen die zumindest potenziell gesundheitsgefährdenden Effekte der Industrie 4.0, die zwar nicht gewollt sind, aber in der Natur der Sache liegen.

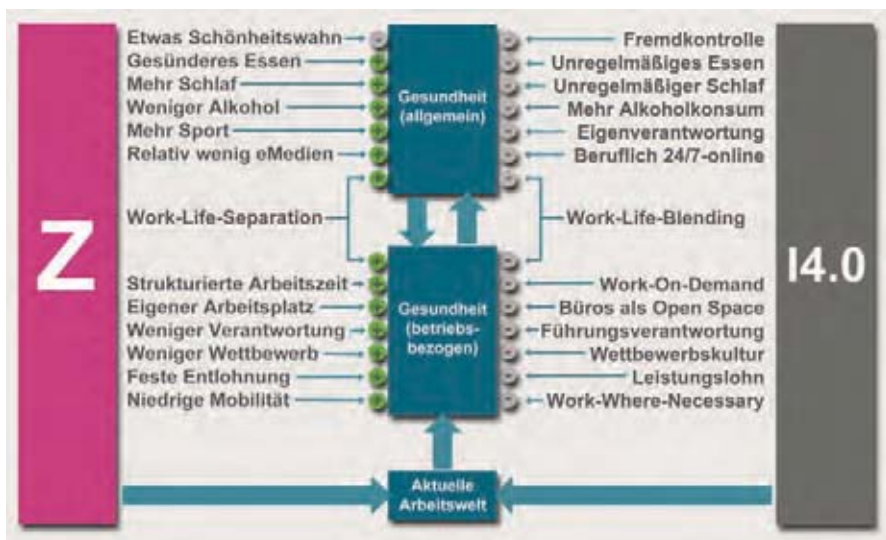


Abbildung VIII: Generation Z als betriebliches Gesundheitsmanagement?

Beide „Seiten“ werden versuchen, sich „durchzusetzen“. Die Generation Z wird die aus ihrer Sicht nicht-akzeptablen Aspekte der Industrie 4.0 nicht hinnehmen und dies (mindestens) bei der Auswahl von Arbeitgebern ins Kalkül ziehen. Die Protagonisten der Industrie 4.0 werden – was sie jetzt schon tun – die Existenz der Generation Z leugnen beziehungsweise da, wo sie unübersehbar ist, mit Umschulungsmaßnahmen reagieren.

Doch damit ist letztlich niemandem und auch nicht dem viel beschworenen Wirtschaftsstandort Deutschland gedient. Denn es geht auch anders.

Fazit: Handlungsempfehlungen für die Arbeitswelt 4.0

Generation Z verstehen. Die Generation Z ist es wert, sich mit ihr näher zu beschäftigen. Genau wie ihre Vorgänger-Generationen bringt sie ihre eigenen Anschauungen mit sich und beginnt, Akzente in die Arbeitswelt zu setzen. An diesem „Verstehen“ mangelt es aktuell: Vor allem die immer wieder gern gehörten Abwiegler mit ihrer Devise *„irgendwie sind doch alle Generationen gleich“* und *„auch diese Generation wird erwachsen werden und dann so sein wie ich“* sind in diesem Zusammenhang wenig hilfreich. „Verstehen“ bedeutet auch exakter Umgang mit Konzepten: Beispielsweise gibt es klare Unterschiede zwischen *Work-Life-Blending* (Denkhaltung Generation Y), *Work-Life-Separation* (Denkhaltung Generation Z) und *Work-Life-Balance* (Oberbegriff für beides).

Von der Generation Z lernen. Die Generation Z hat einige Charakterzüge, die nicht unbedingt jedem passen. Man denke hier nur an die weniger ausgeprägte Bereitschaft zur Übernahme von Führungsverantwortung und die kategorische Ablehnung von Überstunden. Auch läuft die Ablehnung der Großraumkonzepte gegen den aktuellen Mainstream. Nur ist ein Gegen-den-Mainstream-Laufen nicht unbedingt verkehrt: Denn wenn aktuell mit der Industrie 4.0 neben vielen positiven Aspekten auch eine ganze Reihe von hoch-kontraproduktiven Elementen forciert werden, dann ist es gut, wenn wir uns hier etwas mehr an der Generation Z ausrichten und gegenwärtige Konzepte ergebnisoffen auf den Prüfstand stellen.

Der Generation Z nicht immer nachgeben. Bei aller Euphorie darf aber ein Punkt definitiv nicht vergessen werden. Die Ausführungen in diesem Beitrag bedeuten nicht, grundsätzlich und immer den Wünschen der Generation Z nachzugeben. Wie man es so schön umgangssprachlich formuliert: *„Die Welt ist kein Wunschkonzert und die Arbeitswelt erst recht nicht.“* Und genau das verlangt nach einem offensiven Diskurs.

Generation Z nicht verbiegen. Dieser Diskurs darf aber nicht dazu dienen, in manipulativer Weise die junge Generation zu verändern, sie also zu verbiegen. Unsere Top-

Manager und die ewig-präsenten Keynote-Redner können sich nicht auf der einen Seite permanent lautstark darüber echauffieren, dass die junge Generation zu wenig Rückgrat aufweist, und gleichzeitig ihre Impulse rhetorisch geschickt in Großgruppen-Moderationen oder Kleingruppen-Manipulationen zunichtemachen.

Generation Z als Gesundheitsmanagement instrumentalisieren. Die letzten vier Punkte gelten unabhängig vom Gesundheitsaspekt, bekommen aber durch ihn eine neue und brisante Relevanz. Denn wenn es angesichts der enormen Kosten des Gesundheitsmanagements und der sich aktuell nicht gerade marginalisierenden Gesundheitsprobleme in unserer Gesellschaft möglich wäre, die Logik der Generation Z als einen Motor für mehr Gesundheit (auch im Betrieb) zu instrumentalisieren, dann wäre Allen gedient. Dies würde aber voraussetzen, dass man sich auf der einen Seite im Sinne einer Grundlagenforschung sehr detailliert mit den unterschiedlichen gesundheitsspezifischen Wirkgefügen beschäftigt. Gleichzeitig sollte aber auf der anderen Seite sofort gehandelt werden. Hier geben die Inhalte aus Abbildung VIII erste Anregungen: Sie laufen darauf hinaus, zum einen die Generation Z in ihrem Verhalten und in ihren Einstellungen zu ermutigen, sie aber gleichzeitig auch als Multiplikatoren für diese Denkhaltung zu nutzen. Zum anderen brauchen wir ganz schnell eine kritische Evaluierung des aktuellen Weges in die Industrie 4.0 und in die Digitalisierung. Hier gibt es ganz andere Optionen und die Generation Z zeigt sie uns auf.

Sicherlich ist das alles nicht trivial und schwerer, als wissenden Auges in die gesundheitlichen Probleme, unter anderem der Industrie 4.0, zu laufen. Aber: Angesichts der Relevanz des Zieles sollten sich alle Akteure in diesem Spiel ganz rasch auf den Weg machen.

Literatur:

acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften (Hrsg.): Die digitale Transformation gestalten - Was Personalvorstände zur Zukunft der Arbeit sagen. Ein Stimmungsbild aus dem Human-Resources-Kreis von acatech und Jacobs Foundation. München, 2016.

Bravo Trendmonitor: Wie ticken die Jugendlichen von heute? Bauer Media Group, Hamburg, 2014.

Robert Half und **enactus**: Get ready for Generation Z. 2015.

GenZ-Panel@orga.uni-sb.de: Datenbasis der Masterarbeiten von Eilers, Sabrina/Elizen, Martin/Meier, Kathrin/Karaca, Claudia, geschrieben am Lehrstuhl für Be-

triebswirtschaftslehre, insb. Organisation, Personal- und Informationsmanagement (Univ.-Prof. Dr. Christian Scholz) an der Universität des Saarlandes (Saarbrücken), 2016.

HBSC-Studienverbund Deutschland: Studie Health Behaviour in School-aged Children

Faktenblatt „Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen“

http://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl_alkoholkonsum_2013_14.pdf (aufgerufen am 06.07.2016).

Faktenblatt „Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen“

http://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl_rauchverhalten_2013_14.pdf (aufgerufen am 06.07.2016).

Köcher, Renate, Klaus Hurrelmann und Michael Sommer: McDonald's Ausbildungsstudie 2013 – Pragmatisch glücklich: Azubis zwischen Couch und Karriere. Eine Repräsentativbefragung junger Menschen im Alter von 15 bis unter 25 Jahren (**McDonald's** Deutschland Inc./Institut für Demoskopie Allensbach (Hrsg.)), **2013**.

Köcher, Renate, Michael Sommer und Klaus Hurrelmann: McDonald's Ausbildungsstudie 2015 – Entschlossen unentschlossen. Azubis im Land der (zu vielen) Möglichkeiten (IfD Allensbach Institut für Demoskopie Allensbach/ **McDonald's** Deutschland/Klaus Hurrelmann (Hrsg.)), **2015**.

Lingner Consulting New Media GmbH: Employer Branding und die Generation Z. 2014.

National Sleep Foundation: Sleep in America® Poll, Communications Technology in the Bedroom, Summary of Findings, 2011.

https://sleepfoundation.org/sites/default/files/sleepinamericapoll/SIAP_2011_Summary_of_Findings.pdf (aufgerufen am 06.07.2016).

Nielsen: „We are what we eat“ - Health Eating Trends Around The World, 2015.

Seywald, Aline: Problemzone Schönheit: Die Rolle der Schönheit in der Welt der Jugendlichen, Newsletter der Initiative für wertorientierte Jugendforschung, Institut für Ethik & Werte, Freie Theologische Hochschule (FTH) Gießen, Nr. 19, 2013.

http://www.ethikinstitut.de/fileadmin/ethikinstitut/redaktionell/Texte_fuer_Unterseiten/Jugend_und_Werte_Newsletter/19-Problemzone_Schoenheit.pdf (aufgerufen am 06.07.2016).

Scholz, Christian: Generation Z – Wie sie tickt, was sie verändert und warum sie uns alle ansteckt. Weinheim, 2014.

Scholz, Christian: Denkfehler und Leerformeln. In: Personalmagazin Bd. 8, **2016**, S. 54-57.

Strathmann, Elke: 10. „**Continental**-Studentenumfrage“, Continental AG, Hannover, 2013.

http://www.continental-corporation.com/www/download/presseportal_com_de/themen/initiativen/studentenumfragen/deutschland/ov_studentenumfrage_de/presentation_de.pdf (aufgerufen am 06.07.2016).

Zum Autor

Univ.-Prof. Dr. Christian Scholz (orga@uni-sb.de) ist Hochschullehrer an der Universität des Saarlandes. Er publiziert in wissenschaftlichen Zeitschriften, schreibt aber auch regelmäßig Kolumnen, beispielsweise für die WELT, und bloggt als „Per Anhalter durch die Arbeitswelt“. Seine wichtigsten Publikationen: Die Trendstudie zum Darwiportunismus „Spieler ohne Stamplatzgarantie“ (2003) und „Generation Z“ (2014). Er wurde sechsmal in Folge auf die Liste der „40 führenden Köpfe im Personalwesen“ und danach in die personalwirtschaftliche „Hall of Fame“ gewählt.

Auszubildende in ihrer Gesundheitskompetenz stärken: Beispiel Stadtwerke Neumünster

Bei den Stadtwerken Neumünster (SWN) – mit mehr als 700 Mitarbeitern einer der größten Arbeitgeber Neumünsters – werden den Auszubildenden nicht nur die für ihre Ausbildung notwendigen fachlichen und sozialen Kompetenzen vermittelt, sie werden auch von Anfang an auf die körperlichen und psychischen Anforderungen, die mit dem Start einer Ausbildung verbunden sind, vorbereitet. Seit mehr als zehn Jahren werden die entsprechenden Angebote durch die Ausbildungsleiterin der SWN, Erna Husser, organisiert, betreut und ständig erweitert

Frau Husser, welche Ausbildungsberufe bieten die SWN an?

SWN bildet konzernweit in neun verschiedenen Berufen und zwei dualen Studiengängen aus. Ob kaufmännisch oder gewerblich-technisch, die Berufsfelder sind genauso vielseitig wie unsere umfangreichen Service- und Dienstleistungen: Industriekaufleute, Kaufleute für Büromanagement, Fachangestellte für Bäderbetriebe, Elektroniker für Betriebstechnik, Elektroniker für Informations- und Systemtechnik, Industriemechaniker, Fachkraft im Fahrbetrieb, KFZ-Mechatroniker Fachrichtung Nutzfahrzeuge, Berufskraftfahrer, Bachelor of Arts (BWL), Bachelor of Engineering (W-Ing.).

Zurzeit haben Sie 49 Azubis. Was hat Sie dazu motiviert, spezielle Angebote für Azubis zu entwickeln?

Das waren verschiedene Aspekte. Zum einen bedeutet der Start in die Ausbildung für viele junge Leute eine große Veränderung. Es beginnt ein neuer Lebensabschnitt. Und wie am Anfang von jedem neuen Lebensabschnitt kommt es zu Unsicherheiten und Ängsten. Durch unsere Angebote für Azubis möchten wir diesen den Start in das Berufsleben erleichtern. Durch die gemeinsamen Kurse und Aktivitäten fördern wir den Austausch der Azubis untereinander. Das Gefühl, den anderen geht es ähnlich wie mir, gibt vielen Mut. Zum anderen ist es aufgrund der bei uns ausgeübten Tätigkeiten, die z.T. auch mit langem Sitzen oder Stehen verbunden sind, notwendig, die Gesundheitskompetenz eines jeden Einzelnen zu fördern, um Erkrankungen und damit Fehlzeiten entgegenzuwirken. Und dann ist es für uns sehr wichtig, unseren Azubis zu zeigen, dass sie im Team der SWN willkommen sind. Gerade in Hinblick auf den demografischen Wandel ist es unser Ziel, dass die Azubis auch nach ihrer

Ausbildung als Fachkräfte bei den SWN bleiben. Denn für die SWN sind junge und gut ausgebildete Fachkräfte ein entscheidender Zukunftsfaktor.

Welche Angebote für Azubis gibt es bei den SWN?

Bereits vor der Ausbildung haben die neuen Azubis die Möglichkeit, an einer zweitägigen Azubiexkursion teilzunehmen. Dadurch lernen sie bereits die „alten“ Azubis und die Mitazubis ihres Jahrgangs kennen. So fällt der Start leichter. Im Verlauf der Ausbildung stehen dann Angebote in den klassischen Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Suchtprävention und Stressbewältigung auf dem Programm. Bei den Angeboten zum Thema Stressbewältigung wird zum Beispiel auch explizit auf den Abbau von Prüfungsängsten eingegangen.

Zusätzlich zu diesen Angeboten bieten Sie jetzt ganz aktuell das Bonusprogramm „Gesunde Ausbildung“ an. Was ist darunter zu verstehen?

Mit dem Bonusprogramm leistet SWN einen aktiven Beitrag zur Förderung der Gesundheit ihrer Azubis, der Arbeitnehmer von morgen. Jeder Azubi erhält zu Beginn seiner Ausbildung ein Bonusheft, das für die kommenden drei Jahre gültig ist. Dort kann er seine Aktivitäten, die er in dem jeweiligen Ausbildungsjahr macht, von dem Anbieter oder Ausbilder abstempeln lassen. Für jeden Stempel gibt es Punkte, die am Ende eines Ausbildungsjahres gegen Prämien eingetauscht werden können. Punkte gibt es z.B. für aktive und regelmäßige Teilnahme am Vereinssport, für die Teilnahme an einer Ernährungsberatung oder für das Nichtrauchen werden bzw. bleiben.

Ab Herbst 2016 werden Sie mit der BARMER GEK im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagement zusammenarbeiten. Welche Gründe gab es hierfür?

Wie alles andere im Leben, kann auch unser Angebot für Azubis sicherlich noch verbessert werden. Ziel der Zusammenarbeit mit der BARMER GEK ist es daher, von den jahrelangen Erfahrungen der BARMER GEK im Bereich Betriebliches Gesundheitsmanagement zu profitieren – für unsere Azubis und damit für unser Unternehmen.

Gerade in Hinblick auf den demografischen Wandel ist es unser Ziel, dass die Azubis auch nach ihrer Ausbildung als Fachkräfte bei den SWN bleiben. Denn für die SWN sind junge und gut ausgebildete Fachkräfte ein entscheidender Zukunftsfaktor.

Erna Husser, Ausbildungsleiterin der SWN



Weitere Informationen zu dem BARMER GEK Firmenangebot Gesundheit finden Sie auf den folgenden Seiten.

Das BARMER GEK Firmenangebot Gesundheit

Als starker Gesundheitspartner für Unternehmen setzt die BARMER GEK wichtige Impulse für Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung.

Wenn Sie etwas für die Gesundheit in Ihrem Unternehmen tun wollen – sei es zum Thema Junge Menschen am Start ihres Berufslebens oder zu anderen Themen –, steht Ihnen die BARMER GEK als kompetenter Partner zur Seite. Denn: Die BARMER GEK bietet Unternehmen ein umfangreiches Firmenangebot Gesundheit, das sich aus einer Vielzahl von Modulen zusammensetzt und kontinuierlich weiterentwickelt wird. Die Module des BARMER GEK Firmenangebots Gesundheit lassen sich flexibel in bereits vorhandene Strukturen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements integrieren oder zum Aufbau eines firmenspezifischen Gesundheitsmanagements nutzen.

- Wir eröffnen den Mitarbeitern in Unternehmen neue Perspektiven für die Stärkung und Erhaltung der eigenen Gesundheit.
- Wir unterstützen Personalverantwortliche dabei, konstruktiv und handlungsorientiert Maßnahmen zu entwickeln, die die körperliche und Psychische Gesundheit der Mitarbeiter stärken und so die Zufriedenheit am Arbeitsplatz verbessern.
- Wir helfen, Gesundheit, Motivation und Aktivität in den beruflichen Alltag und darüber hinaus effektiver einzubinden.

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist ein wichtiger Beitrag zu erfolgreichem Personalmanagement, zur Attraktivität des Unternehmens und zu seinem wirtschaftlichen Erfolg, weil es – strategisch angelegt und konzeptionell hinterlegt – auf mehreren Entwicklungsfeldern positiv wirkt.

Gemeinsam mit Ihnen erarbeitet die BARMER GEK eine maßgeschneiderte Lösung für mehr Gesundheitsbewusstsein in Ihrem Unternehmen. Hierbei können Sie sich verschiedener Bausteine und Instrumente bedienen.

Mitmachangebote und Informationen für mehr Motivation und Gesundheitsbewusstsein: Firmenfitness

„Firmenfitness“ steht für leicht umsetzbare Maßnahmen, die die Belegschaft begeistern und für den Gesundheitsgedanken sensibilisieren. Firmenfitness ermöglicht einen motivierenden Zugang und kann darüber hinaus dauerhaft als praktisches Element des Betrieblichen Gesundheitsmanagements genutzt werden.

Hierzu gehören beispielsweise Aktionen wie der klassische Gesundheitstag, die Aktive Mini-Pause oder verschiedene Check-ups und Screening-Untersuchungen.

Systematisches Vorgehen für effiziente Lösungen – eine Analyse zeigt Stärken und Schwächen im Unternehmen auf

Die Ausgangslage in der Belegschaft mit ihren Belastungen und Potenzialen sollte durch eine Bestandsaufnahme dokumentiert werden, um passende Maßnahmen für die entsprechende Zielgruppen entwickeln zu können. Es gibt verschiedene Analysemöglichkeiten, die für die jeweilige Situation und die Vorgehensweise im Unternehmen geeignet sein können.

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

Erst lenken – dann handeln: Betriebliches Gesundheitsmanagement braucht einen ganzheitlichen Blick

„Betriebliches Gesundheitsmanagement“ (BGM) steht für ganzheitliche Maßnahmen, um die Gesundheit nachhaltig zu fördern und zu sichern. Die gezielte Gesundheitsförderung von Beschäftigten erfordert ein bedarfsgerechtes Angebot, kooperatives Führungsverhalten und messbare Erfolge. Ohne einen guten Start ist das Thema jedoch schnell „verbrannt“. Deshalb muss die Implementierung von BGM systematisch erfolgen.

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

- Ausbildung und Gesundheit
- Demografie und Gesundheit
- Führung und Gesundheit
- Psychische Gesundheit
- Work-Life-Balance
- Vereinbarkeit von Pflegesituation und Beruf

Weitere Angebote zur Förderung eines gesundheitsgerechten Verhaltens:

- Reduktion arbeitsbedingter körperlicher Belastungen
- Gesundheitsgerechte Verpflegung am Arbeitsplatz

Förderung von Kompetenzen zur Stressbewältigung/Resilienz Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln



Das Betriebliche Gesundheitsmanagement im Überblick. Der Management-Zyklus als Grundlage für das BGM-Konzept der BARMER GEK.

Sollte es zu längeren gesundheitlichen Ausfällen bei Mitarbeitern kommen, unterstützt die BARMER GEK Unternehmen außerdem bei der Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements.

Haben Sie Interesse?

Nähere Auskünfte erhalten Sie in Ihrer BARMER GEK Geschäftsstelle bei den Beratern Gesundheitsmanagement oder auch im Internet unter:

www.barmer-gek.de/arbeitgeber

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



Serviceangebote der BARMER GEK zum Schwerpunktthema

Wie die Ergebnisse des Firmenkundenmonitors zeigen, halten viele Unternehmen spezielle Angebote des Betrieblichen Gesundheitsmanagement für junge Beschäftigte für sehr sinnvoll. Die BARMER GEK hat für diese Zielgruppe in den letzten Jahren mit wissenschaftlicher Unterstützung verschiedene Module entwickelt, die sie in Unternehmen umsetzt.

AZUBIAKTIV

Gerade Auszubildende befinden sich in einer besonderen Lebenssituation. Der Einstieg in das Berufsleben, Prüfungsstress und Unsicherheit in Bezug auf die berufliche Perspektive – dies sind nur drei Aspekte, die zu einer besonderen Belastung von Auszubildenden führen können. Der eintägige Workshop AZUBIAKTIV, der von einem Kooperationspartner der BARMER GEK durchgeführt wird, unterstützt die Auszubildenden dabei, Handlungskompetenzen zu erwerben, die ihnen helfen, ihre Gesundheit zu erhalten. Dabei wird zum einen direkt die Gesundheitskompetenz (wie z.B. der Umgang mit Stress oder Selbstorganisation) gefördert. Zum anderen haben die Auszubildenden die Möglichkeit, sich mit anderen jungen Menschen in ähnlicher Situation auszutauschen und ggf. Lerntandems zu bilden.

TALENTAKTIV

Dieser eintägige Workshop richtet sich an *High-Potentials*, die sich mit vielfältigen Ansprüchen konfrontiert sehen: Obwohl sie meistens stark motiviert und engagiert sind, sehen sie sich einem hohen Erwartungsdruck gegenüber. Der Workshop TALENTAKTIV unterstützt die *High-Potentials* als (künftige) Leistungsträger eines Unternehmens, von Anfang an auf ihre Gesundheit zu achten und Stressbewältigungsstrategien kennen zu lernen und anzuwenden. Die jungen Beschäftigten lernen so, mit ihren eigenen Erwartungen und dem Leistungsdruck von außen besser umzugehen. Darüber hinaus sensibilisiert der Workshop, der von einem Kooperationspartner der BARMER GEK durchgeführt wird, für das Spannungsfeld Karriere und Lebensqualität und ermutigt die *High-Potentials*, ihren eigenen Weg zu finden.

Pimp your Food

Um Auszubildende in ihrer Gesundheitskompetenz zu stärken, ist es wichtig, sie von Beginn an für eine gesunde Arbeits- und Lebensweise zu sensibilisieren. Ein Aspekt der Gesundheitskompetenz ist die gesunde Ernährung. In dem eintägigen Ernährungsworkshop *Pimp your Food* erhalten die Auszubildenden Informationen rund um eine gesunde Ernährung im Ausbildungsalltag - von der Gestaltung von Mahlzeiten über ein Einkaufstraining bis hin zur Lagerung von Lebensmittel. Der Workshop, der auch ein Kochtraining beinhalten kann, wird von einem Kooperationspartner der BARMER GEK durchgeführt.

Moveguide

Der BARMER GEK Moveguide ist ein Gesundheitsprogramm für Auszubildende, in dem die Auszubildenden in ihrem Unternehmen zu Multiplikatoren und Coaches in Sachen Gesundheit werden. Mit Unterstützung der BARMER GEK erhalten die Auszubildenden die Möglichkeit, eigene Gesundheitsideen für ihr Unternehmen zu entwickeln und durchzuführen. Durch Moveguide beschäftigen sich die Auszubildenden intensiv sowohl auf theoretischer als auch auf praktischer Ebene mit dem Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement. Auf die Azubi-Teams mit den erfolgreichsten Ideen warten tolle Gewinne.

Datengrundlage und Methoden

Erfassung von Arbeitsunfähigkeiten und Kennzahlen

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 Verpflichtung eines Arbeitnehmers zur Meldung einer Arbeitsunfähigkeit nicht nur bei seinem Arbeitgeber, sondern auch bei der für ihn 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. Eine Bescheinigung ist dann gleichfalls umgehend bei der Krankenkasse einzureichen. Vor diesem Hintergrund sind die Daten der Krankenkassen zu kurzen 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 dürfte 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 (BMG) 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 Betriebskli-

ma 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.

- **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)¹⁸. 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 über 365 Tage innerhalb eines Jahres versichert, resultiert bei der Berechnung genau ein Versicherungsjahr, bei Versi-

¹⁸ Bei Berechnungen zum Gesundheitsreport wurden dabei ausschließlich Personen berücksichtigt, die bereits am 1. Januar des Jahres bei der BARMER GEK versichert waren.

cherung über 182 Tage lediglich etwa 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 beispielsweise 100 AU-Fällen je 100 VJ. Durchschnittlich ist bei Erwerbspersonen 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. Diagnoseübergreifend liegt sie durchschnittlich typischerweise oberhalb von 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 aktuell im Durchschnitt typischerweise mehr als 15 Arbeitsunfähigkeitstage erfasst, je 100 durchgängig Beschäftigte sind es entsprechend deutlich mehr als 1.500 gemeldete erkrankungsbedingte Fehltag 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 Fehltag 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:

$$\text{Krankenstand [\%]} = (\text{AU-Tage je 100 VJ}) / 365$$

beziehungsweise umgekehrt

$$\text{AU-Tage je 100 VJ} = \text{Krankenstand [\%]} * 365$$

Üblicherweise fehlen an einzelnen Tagen des Jahres bundesweit jeweils mehr als 4 Prozent der Beschäftigten eines Betriebes.

Erwerbspersonen in der BARMER GEK

In diesem Abschnitt finden sich ergänzende Hinweise zu den Datengrundlagen für Auswertungen zum BARMER GEK Gesundheitsreport und zu spezifischen Aufbereitungsmethoden.

Grundsätzlich beziehen sich alle Auswertungen im Gesundheitsreport ausschließlich auf Personen, die im Auswertungszeitraum – hier vorrangig die dokumentierten Versicherungstage im Kalenderjahr 2014 und 2015 – 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. Als ein **Versicherungsjahr** wird dabei rechnerisch jeweils die Versicherung einer Person über 365 Tage berücksichtigt. In Schaltjahren können dadurch geringe Diskrepanzen zwischen Angaben zu jahresdurchschnittlichen Versichertenzahlen und den berechneten Versicherungsjahren resultieren.

Daten der BARMER GEK umfassen Angaben zu einem ausgesprochen großen Personenkreis. Für die Auswertungen zum Jahr 2014 und 2015 konnten **im Jahresdurchschnitt Daten zu jeweils 3,6 Millionen Erwerbspersonen** im Alter zwischen 15 und 64 Jahren berücksichtigt werden (vgl. auch Tabelle 51). Bundesweite Zahlen zu Erwerbspersonen im hier verwendeten Sinn lassen sich nur schwer ermitteln. Besser und relativ zeitnah verfügbar sind über die Bundesagentur für Arbeit vorläufi-

ge Angaben zur Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland sowie auf regionaler Ebene. Vergleicht man die Anzahl der im Report im Jahresdurchschnitt 2015 berücksichtigten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Wohnort im Inland mit der Zahl der Beschäftigten in Deutschland im Mittel über die Monate Januar bis Dezember 2015 nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit, lässt sich festhalten, dass bei Auswertungen zum Report etwa 11,3 Prozent aller Beschäftigten in Deutschland berücksichtigt werden konnten. Bundeslandbezogen variiert dieser approximativ für 2015 ermittelte Anteil zwischen 4,4 Prozent in Bremen und 23,0 Prozent in Brandenburg.

Tabelle 51 Erwerbspersonen in der BARMER GEK nach Bundesländern 2015

Bundesland	Jahresdurchschnittliche Anzahl Personen			Anteil Beschäftigte an Gesamtzahl in Deutschland
	Männer	Frauen	Gesamt	
Baden-Württemberg	154.576	182.280	336.856	7,6%
Bayern	206.364	264.512	470.876	8,9%
Berlin	68.605	90.080	158.685	11,7%
Brandenburg	82.362	107.976	190.338	23,0%
Bremen	6.680	7.262	13.943	4,4%
Hamburg	34.478	39.296	73.775	7,8%
Hessen	135.442	162.423	297.865	12,1%
Meckl.-Vorpommern	43.116	60.711	103.827	18,2%
Niedersachsen	136.836	169.576	306.413	10,7%
Nordrhein-Westfalen	366.788	486.246	853.034	12,9%
Rheinland-Pfalz	79.680	106.133	185.812	13,6%
Saarland	24.886	28.197	53.083	13,7%
Sachsen	56.023	80.741	136.764	8,7%
Sachsen-Anhalt	49.143	72.358	121.502	15,2%
Schleswig-Holstein	67.701	82.478	150.179	16,0%
Thüringen	42.175	56.102	98.277	12,2%
BUNDESWEIT	1.570.884	2.015.844	3.586.728	11,3%

BARMER GEK 2015, bei Auswertungen berücksichtigte Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre; Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Wohnort im Inland an deren Gesamtzahl der Beschäftigten in Deutschland in den Monaten Januar bis Dezember 2015 nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit.

Datenbasis Arbeitsunfähigkeitsauswertungen

Tabelle 52 listet absolute Angaben zu Arbeitsunfähigkeitsfällen und -tagen aus dem Jahr 2015, die im Rahmen der Auswertungen zum Gesundheitsreport in einzelnen Bundesländern berücksichtigt werden konnten. Diese variierten zwischen 17 Tsd. AU-Fällen mit 225 Tsd. AU-Tagen in Bremen und 1,1 Mio. Fälle mit 16 Mio. Tagen in Nordrhein-Westfalen. Selbst im Land Bremen ergibt sich damit noch eine empirisch recht breite Auswertungsbasis. Bei bundesweiten Auswertungen zum Jahr 2015 wurden 4,71 Mio. AU-Fälle und 67,21 Mio. AU-Tage berücksichtigt.

Tabelle 52 AU-Fälle und -Tage bei Erwerbspersonen in der BARMER GEK 2015

Bundesland	Anzahl AU-Fälle 2015 absolut	Anzahl AU-Tage 2015 absolut
Baden-Württemberg	408.277	5.286.904
Bayern	574.909	7.543.682
Berlin	207.516	3.167.165
Brandenburg	284.485	4.353.698
Bremen	16.976	224.745
Hamburg	86.273	1.211.220
Hessen	396.379	5.359.752
Meckl.-Vorpommern	156.667	2.342.452
Niedersachsen	402.482	5.678.073
Nordrhein-Westfalen	1.080.390	15.988.215
Rheinland-Pfalz	245.247	3.508.299
Saarland	68.715	1.165.962
Sachsen	195.471	2.804.739
Sachsen-Anhalt	186.543	2.772.180
Schleswig-Holstein	197.679	2.867.668
Thüringen	152.349	2.253.466
BUNDESWEIT	4.709.586	67.214.623

BARMER GEK 2015, AU-Fälle und AU-Tage zu den bei Auswertungen berücksichtigten Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre.

Klassifikationssysteme, Diagnoseschlüssel, Methoden

In diesem Abschnitt werden Hinweise zu Klassifikationssystemen wie Berufs-, Branchen- und Diagnoseschlüsseln und zur Geschlechts- und Altersstandardisierung gegeben.

Üblicherweise 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 eine Vorgabe zulässiger Einträge die Angabemöglichkeiten, sind in der Praxis jedoch unabdingbare Voraussetzung für vergleichende statistische Auswertungen größerer Datenbestände. Bei der Erfassung von Arbeitsunfähigkeiten spielen neben Diagnoseschlüsseln auch Schlüssel zur Angabe von Branchen und Berufen eine Rolle (siehe weiter unten).

Diagnoseschlüssel – ICD10

Zur Dokumentation von Erkrankungsdiagnosen 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 in vielen Bereichen des deutschen Gesundheitssystems obligat vorgeschrieben ist (vgl. im Internet <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm>).

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 53). 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 verfügbar.

Tabelle 53 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 neue Erkrankungen

Berufe – Schulbildung – Ausbildung

Traditionell werden bei gesetzlichen Krankenversicherungen, wie auch bei anderen Sozialversicherungsträgern, Angaben zur ausgeübten Tätigkeit, zur beruflichen Stellung sowie zur Ausbildung ihrer sozialversicherungspflichtig beschäftigten Mitglieder erfasst, die zuvor von den Arbeitgebern an die Krankenkasse übermittelt wurden. Obwohl die Aktualität und Gültigkeit (Validität) endsprechender Angaben gelegentlich in Zweifel gezogen wurde, lassen sich bei Beschäftigten aus unterschiedlichen Tätigkeitsgruppen empirisch erheblich unterschiedliche Fehlzeiten und Erkrankungsmuster, insbesondere auch im Hinblick auf Arbeitsunfälle, beobachten (vgl. z.B. BARMER GEK Arztreport 2010, Abbildungen Seite 204 und Seite 212). Trotz gelegentlicher Zweifel an der Validität lassen sich demnach für die real verfügbaren Angaben zur Tätigkeit empirisch deutliche und insgesamt plausibel erscheinende Zusammenhänge mit dem Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen nachweisen. Die ausgeübte Tätigkeit zählt damit zweifellos zu einer der wichtigsten Determinanten für gemeldete Fehlzeiten, was sich auf unterschiedliche Faktoren zurückführen lässt (vgl. auch Textabschnitte ab Seite 199).

Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung

Bis Ende November 2011 wurden Angaben zur Tätigkeit unter Verwendung einer bereits seit 1988 – und im Jahr 2003 nur leicht modifizierten - Systematik, der sogenannten „Klassifizierung der Berufe“, des „Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung - Ausgabe 2003“ erfasst. Diese wurde in den vergangenen Jahren auch für die Darstellung der Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildung und Beruf im Gesundheitsreport der Barmer GEK genutzt.

Seit dem 1. Dezember 2011 ist für die Meldung von Tätigkeiten an Sozialversicherungsträger gemäß § 28 a Sozialgesetzbuch IV (SGB IV) das „Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung – Ausgabe 2010“ mit 9-stelligem Schlüsseln maßgeblich. Mit dieser Aktualisierung des Schlüsselverzeichnisses soll den Veränderungen des Arbeitsmarktes Rechnung getragen werden.

Neben einer zeitgemäßen Auswahl von Berufen beinhaltet der neue Schlüssel, auch eine Differenzierung zwischen Schulbildung und Ausbildungsabschluss, Teil- und Vollzeitstätigkeiten in befristeten oder unbefristeten Beschäftigungsverhältnissen

sowie zwischen Leiharbeit und normalen Beschäftigungsverhältnissen. Eine PDF-Version des neuen Schlüsselverzeichnis ist unter folgendem Link erhältlich:

<http://www.arbeitsagentur.de/web/content/DE/Unternehmen/Sozialversicherung/Schlüsselverzeichnis/index.htm>



Eine Online-Version findet sich unter <http://bns-ts.arbeitsagentur.de/> auf den Internetseiten der Bundesagentur für Arbeit (BA).

An Stelle einer bis 2011 insgesamt fünfstelligen Angabe (mit drei Stellen zur Angabe der Tätigkeit, einer zur „Stellung im Beruf“ sowie einer Stelle zur „Ausbildung“) ist mit dem Schlüsselverzeichnis 2010 ein neunstelliger Schlüssel getreten.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Dieser beinhaltet Angaben zu den folgenden Sachverhalten von Beschäftigten:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Stellen 1 - 5: **Ausgeübte Tätigkeit** (so genannte „Klassifikation der Berufe 2010“ - kurz auch „KldB 2010“)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Stelle 6: höchster allgemeinbildender **Schulabschluss**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Stelle 7: höchster beruflicher **Ausbildungsabschluss**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Stelle 8: **Arbeitnehmerüberlassung** bzw. eine individuell bestehende Beschäftigung als Leiharbeiter

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Stelle 9: **Vertragsform** (es kann sowohl zwischen Voll- sowie Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen wie auch zwischen befristeten und unbefristeten Beschäftigungsverhältnissen unterschieden werden)

Der fünfstellige Tätigkeitsschlüssel der KldB 2010 zur Angabe der ausgeübten Tätigkeit mit seinen insgesamt 1.286 Ausprägungen lässt sich auf Basis seiner ersten Ziffer in zehn übergeordnete Gruppen, sogenannte Berufsbereiche, gliedern (zum Beispiel mit einer ersten Ziffer „2“ für „Rohstoffgewinnung, Produktion & Fertigung“). Auf Basis der ersten beiden Ziffern lassen sich 37 Gruppen, sogenannte Berufshaupt-

gruppen, unterscheiden (zum Beispiel mit den Ziffern „22“ für „Kunststoffherstellung & -verarbeitung, Holzbe- & -verarbeitung“).

Die ersten drei Ziffern erlauben eine Unterscheidung von 144 Gruppen (zum Beispiel mit den Ziffern „223“ für „Holzbe- & -verarbeitung“) und auf Basis der ersten vier Ziffern lassen sich schließlich bereits 700 Gruppen einteilen (zum Beispiel mit den Ziffern „2234“ für „Berufe im Holz-, Möbel- & Innenausbau“).

Anders als die fünf Stellen der KIdB 2010 zur Tätigkeitsangabe zunächst vermuten lassen, beinhalten standardmäßige Bezeichnungen zu den neuen Tätigkeitsschlüsseln häufig keine anschaulicheren oder konkreteren Tätigkeitsangaben als der zuvor genutzte dreistellige Schlüssel. Eine wesentliche Rolle spielt dabei, dass insbesondere die fünfte Stelle des neuen Schlüssels (und teilweise auch die vierte) primär zur übergreifenden Kategorisierung von Tätigkeiten genutzt wird.

Der vierten Stelle der KIdB kommt eine besondere Bedeutung zu, sofern diese durch eine 9 belegt ist. Die Ziffer 9 kennzeichnet an dieser Stelle gegebenenfalls Aufsichts- und Führungskräfte, wodurch diese von anderen Fachkräften abgegrenzt werden können.

Mit der fünften Stelle des Schlüssels wird ganz allgemein eine Gruppierung von Tätigkeiten entsprechend einer eigenen berufsübergreifenden Dimension „Anforderungsniveau“ in insgesamt vier Gruppen von 1 bis 4 vorgenommen, wobei die Ziffer 1 für „Helfer-/Anlern Tätigkeiten“, 2 für „fachlich ausgerichtete Tätigkeiten“, 3 für „komplexe Spezialistentätigkeiten“ und 4 für „hoch komplexe Tätigkeiten“ steht.

Um zur Meldung eines ausgeübten Berufes eine möglichst eindeutige und reproduzierbare Identifikation der Codierungen des neuen Tätigkeitsschlüssels zu ermöglichen bzw. zu erleichtern, wurden von der Bundesagentur für Arbeit sowohl Internetseiten zur Schlüsselsuche eingerichtet als auch umfangreiche Berufslisten mit Zuordnungen zu geeigneten Schlüsseln bereitgestellt. Enthalten sind in dieser Liste rund 24.000 Berufsbezeichnungen, die jeweils einem der insgesamt 1.286 unterscheidbaren fünfstelligen Tätigkeitsschlüssel der KIdB 2010 zugeordnet werden. In der Regel dürfte es ohne spezifisches Vorwissen erst nach Rückgriff auf entsprechende Berufslisten gelingen, eine zugehörige Codierung bzw. Tätigkeitsgruppe für einen bestimmten Beruf zu identifizieren.

Insbesondere die Stellen sechs bis neun des neuen Schlüssels erlauben im Vergleich zum Vorgängerschlüssel deutlichere Abgrenzungen von relevanten Beschäftigtengruppen. Erstmals wird bei entsprechenden Meldungen zur Sozialversicherung klar zwischen Angaben zum allgemeinbildenden Schulabschluss und zum berufli-

chen Ausbildungsabschluss unterschieden sowie gegebenenfalls eine Arbeitnehmerüberlassung bei einzelnen Beschäftigten erfasst.

Gleichfalls neu ist eine Differenzierung von befristeten und unbefristeten Arbeitsverhältnissen. Zudem können Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse unabhängig von Angaben zur beruflichen Stellung bzw. zum beruflichen Abschluss angegeben werden, was in dem bis 2011 verwendeten Schlüssel nicht möglich war.

Berufsfelder



Informationen zu der im Gesundheitsreport verwendeten Aufteilung der Berufe beziehungsweise Tätigkeiten in „Berufsfelder“ sind auf den Internetseiten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) unter dem nachfolgend genannten Link zu finden:

<http://bisds.infosys.iab.de/bisds/faces/Start.jsp>

Berufsfelder wurden bereits in den vergangenen Jahren im Gesundheitsreport zur Einteilung von Tätigkeiten in eine überschaubare Zahl von dennoch relativ anschaulich bezeichneten Gruppen genutzt. Die Aufteilung beruht auf einer vom IAB vorgenommen Zuordnung der nur bis 2011 verwendeten Tätigkeitsgruppen. Eine offizielle Zuordnung von aktuell verwendeten Tätigkeitsschlüsseln gemäß KldB 2010 zu Berufsfeldern existiert nicht. Allerdings ist mit gewissen Einschränkungen eine Rücküberleitung der neuen Tätigkeitsschlüssel auf die bis 2011 verwendeten alten Schlüssel und damit über Umwege auch eine Gruppierung der neuen Schlüssel nach Berufsfeldern möglich. Da sich bei diesem Vorgehen Ergebnisse ergeben, die gut mit Ergebnissen aus vorausgehenden Jahren vergleichbar sind, wird die Aufteilung in Berufsfelder auch weiterhin im Gesundheitsreport genutzt.

Branchen

Für eine Zuordnung und Differenzierung von Unternehmen nach Branchen wird in Deutschland aktuell die „Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008“ (WZ2008) verwendet. Sie ist hierarchisch aufgebaut und ist übergeordnet in 21 „Abschnitte“ gegliedert, die insgesamt in einer weiteren Differenzierung 88 „Abteilungen“ mit 272 „Gruppen“, 615 „Klassen“ und 839 „Unterklassen“ beinhalten. Während die übergeordneten 21 „Abschnitte“ mit Buchstaben von A bis R bezeichnet werden, werden die einzelnen Wirtschaftszweige mit effektiv maximal 5-stelligen Ziffernfolgen zwischen 01.11.0 und 99.00.0 (auf der Ebene von „Unterklassen“) gekennzeichnet.



Weiterführende Informationen sowie die vollständigen Angaben zur Klassifikation sind auf den Internetseiten des Statistischen Bundesamtes unter dem nachfolgend genannten Link verfügbar:

<https://www.destatis.de/DE/Methoden/Klassifikationen/GueterWirtschaftsklassifikationen/Content75/KlassifikationWZ08.html>

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 sogenannten Entwicklungsländern im Sinne von Gesundheitsindikatoren mit denen aus sogenannten 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 in jeder betrachteten Population zunächst für alle Geschlechts- und Altersgruppen (bei den vorliegenden Auswertungen für 20 Gruppen) jeweils separat berechnet werden. Erst anschließend können die Ergebnisse, unter Annahme be-

stimmter Bevölkerungsanteile in den einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen 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.

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 – Veränderung bei Publikationen ab 2013

Zur Standardisierung wurden bis zum Gesundheitsreport 2012 Angaben zur Geschlechts- und Altersstruktur von Erwerbstätigen in Deutschland im Mai 1992 verwendet¹⁹. Die Auswahl der Standardpopulation entsprach den seinerzeit gültigen „Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des §20 SGB V“. Zwischenzeitlich wurden diese Empfehlungen aktualisiert. Zur Standardisierung sollen aktuell Angaben zu Erwerbstätigen in Deutschland 2010 verwendet werden (vgl. Tabelle 54). Diese Empfehlungen wurden erstmals im Rahmen des Gesundheitsreportes 2013 vollständig, d.h. sowohl im Hinblick auf die Berechnung der Ergebnisse zum Jahr 2012 als auch im Hinblick auf Vorjahresergebnisse, umgesetzt. Durch die Umstellung der Standardpopulation ergeben sich zwangsläufig auch veränderte Ergebnisse. Die Vergleichbarkeit der aktuellen Ergebnisse mit den bis 2012 publizierten Zahlen ist hierdurch eingeschränkt, weshalb entsprechende Gegenüberstellungen vermieden werden sollten.

¹⁹ Statistisches Jahrbuch 1994, Seite 114

Tabelle 54 Standardpopulation Erwerbstätige Deutschland 2010

Altersgruppe	Männer [Tsd.]	Frauen [Tsd.]
15 – 19 Jahre	664	499
20 – 24 Jahre	1.643	1.484
25 – 29 Jahre	1.975	1.768
30 – 34 Jahre	2.111	1.730
35 – 39 Jahre	2.286	1.895
40 – 44 Jahre	3.131	2.674
45 – 49 Jahre	3.060	2.686
50 – 54 Jahre	2.568	2.341
55 – 59 Jahre	2.106	1.798
60 – 64 Jahre	1.094	759

Quelle: Statistisches Bundesamt 2011. Mikrozensus. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Beruf, Ausbildung und Arbeitsbedingungen der Erwerbstätigen in Deutschland 2010 - Fachserie 1 Reihe 4.1.2, Seite 10.

Indirekte Standardisierung

Eine direkte Standardisierung setzt voraus, dass alle relevanten Subgruppen der Standardpopulation, also typischerweise einzelne Geschlechts- und Altersgruppen, auch in jeder betrachteten (Sub-)Population 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. 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

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 bundesweit ermittelten Ergebnissen sowie den entsprechenden regional ermittelten relativen Abweichungen lassen sich bei Bedarf auch wieder anschaulichere regionale Kennzahlen berechnen. Dieses Vorgehen setzt bestimmte Annahmen voraus, die im Falle regionaler Auswertungen auf Kreisebene jedoch als methodisch weitgehend unproblematisch gelten können.



Einfache Beispielrechnungen sind dem Eintrag zur Standardisierung in Wikipedia unter dem Link:

[http://de.wikipedia.org/wiki/Standardisierung_\(Epidemiologie\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Standardisierung_(Epidemiologie))
zu entnehmen.

Anhang

Tabellenanhang

Tabelle A1 AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2015

AU-Fälle je 100 VJ Altersgruppe	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	220	213	217	220	238	228
20 – 24 Jahre	138	152	145	157	175	166
25 – 29 Jahre	90	123	106	112	139	125
30 – 34 Jahre	83	115	97	105	126	115
35 – 39 Jahre	90	114	101	109	128	117
40 – 44 Jahre	98	125	110	113	131	121
45 – 49 Jahre	104	127	115	115	131	122
50 – 54 Jahre	115	134	124	122	138	129
55 – 59 Jahre	123	145	133	133	146	139
60 – 64 Jahre	131	133	132	126	132	128
Gesamt	109	131	119	123	140	131

BARMER GEK 2015, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand.

Tabelle A2 AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2015

AU-Tage je Fall Altersgruppe	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	6,5	7,1	6,7	5,9	5,3	5,6
20 – 24 Jahre	7,5	7,7	7,6	7,8	7,1	7,5
25 – 29 Jahre	10,7	9,4	10,0	10,0	9,3	9,6
30 – 34 Jahre	11,7	11,0	11,3	10,8	10,7	10,8
35 – 39 Jahre	12,0	13,3	12,7	12,0	12,2	12,1
40 – 44 Jahre	14,2	13,5	13,8	13,6	13,9	13,7
45 – 49 Jahre	15,5	15,9	15,7	15,4	15,2	15,3
50 – 54 Jahre	17,1	17,0	17,0	17,1	16,9	17,0
55 – 59 Jahre	20,0	17,9	18,9	19,8	18,7	19,2
60 – 64 Jahre	22,0	21,0	21,6	24,3	22,4	23,5
Gesamt	14,1	13,7	13,9	13,8	13,3	13,5

BARMER GEK 2015, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand.

Tabelle A3 AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2015

AU-Tage je 100 VJ Altersgruppe	Hamburg			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	1.418	1.519	1.461	1.286	1.257	1.274
20 – 24 Jahre	1.033	1.164	1.096	1.226	1.250	1.237
25 – 29 Jahre	969	1.160	1.059	1.123	1.288	1.201
30 – 34 Jahre	967	1.275	1.106	1.141	1.357	1.239
35 – 39 Jahre	1.082	1.518	1.279	1.304	1.563	1.421
40 – 44 Jahre	1.384	1.692	1.526	1.546	1.814	1.670
45 – 49 Jahre	1.610	2.020	1.801	1.764	1.993	1.871
50 – 54 Jahre	1.963	2.276	2.112	2.074	2.330	2.196
55 – 59 Jahre	2.452	2.596	2.518	2.624	2.718	2.667
60 – 64 Jahre	2.879	2.799	2.847	3.064	2.950	3.017
Gesamt	1.535	1.797	1.656	1.692	1.863	1.771

BARMER GEK 2015, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand.

Tabelle A4 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen 2015 – Abteilungen der WZ2008

Nr.	Bezeichnung <i>* weniger als 1.000 Beschäftigte</i>	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
01	Landwirtschaft, Jagd u. damit verb. Tätigkeiten	103	1.430	13,8
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	120	1.309	10,9
03	<i>Fischerei und Aquakultur*</i>	88	1.788	20,3
05	<i>Kohlenbergbau*</i>	142	1.429	10,0
06	<i>Gewinnung von Erdöl und Erdgas*</i>	91	841	9,3
07	<i>Erzbergbau*</i>	147	1.443	9,8
08	Gewinnung v. Steinen u. Erden, sonstiger Bergbau	127	1.339	10,5
09	<i>Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden*</i>	124	1.462	11,8
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln	130	1.731	13,3
11	Getränkeherstellung	134	1.460	10,9
12	Tabakverarbeitung	154	1.788	11,6
13	Herstellung von Textilien	135	1.498	11,1
14	Herstellung von Bekleidung	118	1.179	10,0
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen	131	1.489	11,4
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)	135	1.555	11,5
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	144	1.569	10,9
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern	136	1.486	10,9
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung	127	1.425	11,2
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	138	1.467	10,7
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	146	1.496	10,2
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	148	1.634	11,0
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden	140	1.580	11,3
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	144	1.667	11,6
25	Herstellung von Metallerzeugnissen	144	1.586	11,0
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen	142	1.414	9,9
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen	150	1.551	10,4
28	Maschinenbau	143	1.457	10,2
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	147	1.678	11,4

Nr.	Bezeichnung <i>* weniger als 1.000 Beschäftigte</i>	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
30	Sonstiger Fahrzeugbau	158	1.602	10,1
31	Herstellung von Möbeln	138	1.607	11,6
32	Herstellung von sonstigen Waren	132	1.328	10,1
33	Reparatur u. Install. v. Maschinen u. Ausrüstungen	138	1.460	10,6
35	Energieversorgung	143	1.459	10,2
36	Wasserversorgung	165	1.688	10,2
37	Abwasserentsorgung	166	1.673	10,1
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung	157	1.874	12,0
39	<i>Beseitigung v. Umweltverschmutzungen u. sonst. Ent- sorgung*</i>	<i>148</i>	<i>1.353</i>	<i>9,1</i>
41	Hochbau	120	1.460	12,2
42	Tiefbau	128	1.538	12,0
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe	127	1.523	12,0
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Repa- ratur von Kraftfahrzeugen	126	1.377	10,9
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	126	1.335	10,6
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	119	1.529	12,8
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	128	1.787	13,9
50	Schifffahrt	96	1.184	12,3
51	Luftfahrt	157	2.071	13,2
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistun- gen für den Verkehr	144	1.736	12,1
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	139	2.113	15,2
55	Beherbergung	103	1.457	14,1
56	Gastronomie	93	1.369	14,6
58	Verlagswesen	107	997	9,4
59	Herstellung, Verleih u. Vertrieb v. Filmen u. Fernsehpro- grammen; Kinos; Tonstudios u. Verlegen v. Musik	84	833	9,9
60	Rundfunkveranstalter	103	1.054	10,2
61	Telekommunikation	144	1.545	10,7
62	Erbringung v. Dienstleist. der Informationstechnologie	116	1.123	9,6
63	Informationsdienstleistungen	113	1.174	10,4
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen	128	1.237	9,7

Nr.	Bezeichnung <i>* weniger als 1.000 Beschäftigte</i>	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)	131	1.383	10,6
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten	113	1.239	11,0
68	Grundstücks- und Wohnungswesen	113	1.184	10,5
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	105	906	8,6
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben; Unternehmensberatung	113	1.167	10,4
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikalische und chemische Untersuchung	117	1.079	9,2
72	Forschung und Entwicklung	123	1.186	9,6
73	Werbung und Marktforschung	106	1.060	10,0
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	99	1.014	10,2
75	Veterinärwesen	92	1.120	12,2
77	Vermietung von beweglichen Sachen	121	1.399	11,5
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	170	1.769	10,4
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen	100	1.012	10,1
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	154	2.040	13,3
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	137	1.780	13,0
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.	171	1.960	11,5
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	164	1.734	10,6
85	Erziehung und Unterricht	135	1.315	9,7
86	Gesundheitswesen	128	1.521	11,9
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	140	1.984	14,1
88	Sozialwesen (ohne Heime)	135	1.706	12,6
90	Kreative, künstlerische u. unterhaltende Tätigkeiten	100	1.221	12,2
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten	140	1.405	10,0
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	96	1.404	14,6
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	106	1.291	12,2
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche u. sonst. religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)	116	1.197	10,3
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern	112	1.022	9,1

Nr.	Bezeichnung * <i>weniger als 1.000 Beschäftigte</i>	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
96	Erbringung von sonst. überw. persönl. Dienstleistungen	120	1.512	12,6
97	Private Haushalte mit Hauspersonal	74	1.049	14,2
98	<i>Herstell. v. Waren u. Erbringung v. Dienstl. durch priv. Haushalte f. d. Eigenbedarf ohne ausgepr. Schwerpkt.*</i>	77	1.142	14,9
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	159	1.732	10,9
Gesamt		131	1.771	13,5

BARMER GEK 2015, Erwerbspersonen bundesweit, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert.

Tabelle A5 Krankenstand nach Geschlecht und Branchen 2015 – Abteilungen der WZ2008

Nr.	Bezeichnung * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
01	Landwirtschaft, Jagd u. damit verb. Tätigkeiten	3,81%	4,05%	3,92%
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	4,14%	2,94%	3,59%
03	<i>Fischerei und Aquakultur*</i>	5,24%	4,50%	4,90%
05	<i>Kohlenbergbau*</i>	4,69%	3,00%	3,92%
06	<i>Gewinnung von Erdöl und Erdgas*</i>	1,55%	3,19%	2,30%
07	<i>Erzbergbau*</i>	4,45%	3,37%	3,95%
08	Gewinnung v. Steinen u. Erden, sonstiger Bergbau	4,50%	2,70%	3,67%
09	<i>Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden*</i>	4,27%	3,70%	4,01%
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln	4,70%	4,80%	4,74%
11	Getränkeherstellung	4,42%	3,51%	4,00%
12	Tabakverarbeitung	4,51%	5,35%	4,90%
13	Herstellung von Textilien	4,14%	4,06%	4,10%
14	Herstellung von Bekleidung	3,02%	3,47%	3,23%
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen	4,14%	4,01%	4,08%
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)	4,89%	3,52%	4,26%

Nr.	Bezeichnung * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	4,46%	4,12%	4,30%
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern	4,07%	4,07%	4,07%
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung	4,43%	3,29%	3,90%
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	4,06%	3,97%	4,02%
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	3,79%	4,46%	4,10%
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	4,41%	4,55%	4,48%
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden	4,55%	4,07%	4,33%
24	Metallerzeugung und –bearbeitung	5,06%	4,00%	4,57%
25	Herstellung von Metallerzeugnissen	4,58%	4,07%	4,34%
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen	3,32%	4,52%	3,87%
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen	3,80%	4,77%	4,25%
28	Maschinenbau	4,16%	3,79%	3,99%
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	4,29%	4,95%	4,60%
30	Sonstiger Fahrzeugbau	4,34%	4,44%	4,39%
31	Herstellung von Möbeln	4,65%	4,12%	4,40%
32	Herstellung von sonstigen Waren	3,43%	3,88%	3,64%
33	Reparatur u. Install. v. Maschinen u. Ausrüstungen	4,34%	3,61%	4,00%
35	Energieversorgung	3,72%	4,32%	4,00%
36	Wasserversorgung	4,81%	4,40%	4,62%
37	Abwasserentsorgung	4,59%	4,58%	4,58%
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung	5,83%	4,32%	5,13%
39	<i>Beseitigung v. Umweltverschmutzungen u. sonst. Entsorgung*</i>	4,71%	2,54%	3,71%
41	Hochbau	5,00%	2,83%	4,00%
42	Tiefbau	5,11%	3,17%	4,21%
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe	4,91%	3,31%	4,17%
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	3,89%	3,63%	3,77%
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	3,58%	3,75%	3,66%
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	3,84%	4,60%	4,19%

Nr.	Bezeichnung * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	4,98%	4,80%	4,90%
50	Schifffahrt	3,20%	3,29%	3,24%
51	Luftfahrt	4,86%	6,62%	5,67%
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr	4,94%	4,54%	4,76%
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	5,24%	6,43%	5,79%
55	Beherbergung	3,69%	4,34%	3,99%
56	Gastronomie	3,27%	4,31%	3,75%
58	Verlagswesen	2,33%	3,20%	2,73%
59	Herstellung, Verleih u. Vertrieb v. Filmen u. Fernsehprogrammen; Kinos; Tonstudios u. Verlegen v. Musik	1,79%	2,86%	2,28%
60	Rundfunkveranstalter	2,42%	3,43%	2,89%
61	Telekommunikation	3,32%	5,30%	4,23%
62	Erbringung v. Dienstleist. der Informationstechnologie	2,53%	3,71%	3,08%
63	Informationsdienstleistungen	2,62%	3,91%	3,22%
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen	2,79%	4,09%	3,39%
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)	3,29%	4,37%	3,79%
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten	3,06%	3,79%	3,39%
68	Grundstücks- und Wohnungswesen	3,08%	3,43%	3,24%
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	2,14%	2,88%	2,48%
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben; Unternehmensberatung	2,74%	3,73%	3,20%
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikalische und chemische Untersuchung	2,87%	3,05%	2,96%
72	Forschung und Entwicklung	2,78%	3,80%	3,25%
73	Werbung und Marktforschung	2,57%	3,29%	2,90%
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	2,57%	3,02%	2,78%
75	Veterinärwesen	3,24%	2,87%	3,07%
77	Vermietung von beweglichen Sachen	4,07%	3,55%	3,83%
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	4,71%	5,01%	4,85%
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen	2,66%	2,90%	2,77%
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	5,07%	6,20%	5,59%

Nr.	Bezeichnung * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	4,62%	5,18%	4,88%
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.	4,73%	6,12%	5,37%
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	4,41%	5,15%	4,75%
85	Erziehung und Unterricht	2,86%	4,47%	3,60%
86	Gesundheitswesen	3,87%	4,52%	4,17%
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	4,77%	6,21%	5,43%
88	Sozialwesen (ohne Heime)	4,08%	5,37%	4,67%
90	Kreative, künstlerische u. unterhaltende Tätigkeiten	3,29%	3,42%	3,35%
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten	3,57%	4,18%	3,85%
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	3,29%	4,50%	3,85%
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	3,30%	3,82%	3,54%
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche u. sonst. religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)	2,70%	3,96%	3,28%
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern	2,61%	3,02%	2,80%
96	Erbringung von sonst. überw. persönl. Dienstleistungen	4,02%	4,29%	4,14%
97	Private Haushalte mit Hauspersonal	2,91%	2,84%	2,87%
98	<i>Herstell. v. Waren u. Erbringung v. Dienstl. durch priv. Haushalte f. d. Eigenbedarf ohne ausgepr. Schwerpkt.*</i>	1,65%	4,85%	3,13%
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	4,91%	4,55%	4,74%
Gesamt		4,64%	5,10%	4,85%

BARMER GEK 2015, Erwerbspersonen bundesweit, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert.

Tabelle A6 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach KldB 2010 – Top 100 Berufe

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
1110	Berufe in der Landwirtschaft (ohne Spezialisierung)	97	1.448	14,9
1210	Berufe im Gartenbau (ohne Spezialisierung)	163	2.015	12,4
2210	Berufe in der Kunststoff- & Kautschukherstellung (ohne Spezialisierung)	180	2.337	13,0
2234	Berufe im Holz-, Möbel- & Innenausbau	160	1.955	12,2
2420	Berufe in der Metallbearbeitung (ohne Spezialisierung)	174	2.258	12,9
2423	Berufe in der spanenden Metallbearbeitung	168	2.048	12,2
2441	Berufe im Metallbau	174	2.165	12,4
2452	Berufe in der Werkzeugtechnik	156	1.817	11,7
2510	Berufe in der Maschinenbau- & Betriebstechnik (ohne Spezialisierung)	154	1.798	11,7
2511	Maschinen- & Gerätezusammensetzer/innen	168	2.348	14,0
2512	Maschinen- & Anlagenführer/innen	174	2.329	13,4
2513	Technische Servicekräfte in Wartung & Instandhaltung	138	1.732	12,5
2521	Berufe in der Kraftfahrzeugtechnik	161	1.638	10,2
2621	Berufe in der Bauelektrik	159	1.846	11,6
2625	Berufe in der elektrischen Betriebstechnik	158	1.578	10,0
2630	Berufe in der Elektrotechnik (ohne Spezialisierung)	146	1.747	12,0
2631	Berufe in der Informations- & Telekommunikationstechnik	137	1.421	10,4
2710	Berufe in der technischen Forschung & Entwicklung (ohne Spezialisierung)	94	783	8,3
2721	Technische Zeichner/innen	144	1.205	8,3
2722	Berufe in der Konstruktion & im Gerätebau	114	1.003	8,8
2730	Berufe in der technischen Produktionsplanung & -steuerung	118	1.339	11,4
2731	Berufe in der technischen Qualitätssicherung	145	1.725	11,9
2739	Aufsichts- & Führungskräfte - Technische Produktionsplanung & -steuerung	107	1.393	13,0
2920	Berufe in der Lebensmittelherstellung (ohne Spezialisierung)	165	2.393	14,5
2930	Köche/Köchinnen (ohne Spezialisierung)	121	1.934	16,0
3210	Berufe im Hochbau (ohne Spezialisierung)	126	2.136	17,0

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
3321	Berufe für Maler- & Lackiererarbeiten	155	2.027	13,1
3410	Berufe in der Gebäudetechnik (ohne Spezialisierung)	122	1.983	16,3
3421	Berufe in der Sanitär-, Heizungs- & Klimatechnik	166	1.900	11,5
4131	Berufe in der Chemie- & Pharmatechnik	162	1.968	12,2
4310	Berufe in der Informatik (ohne Spezialisierung)	109	983	9,0
4322	Berufe in der IT-Anwendungsberatung	93	923	9,9
4341	Berufe in der Softwareentwicklung	98	754	7,7
5131	Berufe in der Lagerwirtschaft	168	2.304	13,7
5132	Berufe für Post- & Zustelldienste	141	2.535	18,0
5162	Speditions- & Logistikkaufleute	122	1.289	10,6
5212	Berufskraftfahrer/innen (Güterverkehr/LKW)	120	2.518	21,0
5213	Bus- & Straßenbahnfahrer/innen	148	2.934	19,8
5218	Fahrzeugführer/innen im Straßenverkehr (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe)	113	2.177	19,3
5311	Berufe im Objekt-, Werte- & Personenschutz	141	2.423	17,2
5410	Berufe in der Reinigung (ohne Spezialisierung)	144	2.468	17,1
6111	Berufe im Einkauf	114	1.199	10,5
6112	Berufe im Vertrieb (außer Informations- & Kommunikationstechnologien)	111	1.343	12,1
6119	Führungskräfte - Einkauf & Vertrieb	86	1.093	12,8
6121	Kaufleute im Groß- & Außenhandel	135	1.127	8,3
6131	Berufe in der Immobilienvermarktung & -verwaltung	116	1.242	10,7
6210	Berufe im Verkauf (ohne Produktspezialisierung)	123	1.944	15,8
6211	Kassierer/innen & Kartenverkäufer/innen	137	2.295	16,7
6219	Aufsichts- & Führungskräfte - Verkauf	94	1.537	16,3
6221	Berufe im Verkauf von Bekleidung, Sportartikeln, Lederwaren & Schuhen	135	1.740	12,9
6226	Berufe im Verkauf von Garten-, Heimwerker-, Haustier- & Zoobedarf	132	1.841	14,0
6227	Berufe im Verkauf von Kraftfahrzeugen, Zweirädern & Zubehör	115	1.258	10,9
6230	Berufe im Verkauf von Lebensmitteln (ohne Spezialisierung)	114	1.906	16,7
6231	Berufe im Verkauf von Back- & Konditoreiwaren	123	2.207	17,9

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
6241	Berufe im Verkauf von drogerie- & apothekenüblichen Waren	129	1.663	12,9
6311	Tourismuskaufleute	113	1.149	10,2
6322	Berufe im Hotelservice	131	1.613	12,3
6330	Berufe im Gastronomieservice (ohne Spezialisierung)	103	1.617	15,8
7110	Geschäftsführer/innen & Vorstände	60	889	14,8
7130	Berufe in der kaufmännischen & technischen Betriebswirtschaft (ohne Spezialisierung)	128	1.352	10,5
7139	Aufsichts- & Führungskräfte - Unternehmensorganisation & -strategie	94	1.153	12,2
7140	Büro- & Sekretariatskräfte (ohne Spezialisierung)	124	1.473	11,9
7143	Steno- & Phonotypisten/-typistinnen	164	2.253	13,7
7151	Berufe in der Personalentwicklung & -sachbearbeitung	115	1.265	11,0
7152	Berufe in der Personaldienstleistung	140	1.684	12,0
7211	Bankkaufleute	138	1.437	10,4
7213	Versicherungskaufleute	137	1.580	11,6
7221	Berufe in der Buchhaltung	119	1.398	11,7
7230	Berufe in der Steuerberatung	122	1.030	8,4
7311	Assistenzkräfte in Rechtsanwaltskanzlei & Notariat	134	1.195	8,9
7320	Berufe in der öffentlichen Verwaltung (ohne Spezialisierung)	159	1.875	11,8
7321	Berufe in der Sozialverwaltung & -versicherung	179	2.091	11,7
7322	Verwaltende Berufe im Sozial- & Gesundheitswesen	134	1.676	12,5
8110	Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung)	126	1.387	11,0
8111	Zahnmedizinische Fachangestellte	140	1.278	9,1
8121	Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium	145	1.791	12,4
8130	Berufe in der Gesundheits- & Krankenpflege (ohne Spezialisierung)	147	2.400	16,3
8131	Berufe in der Fachkrankenpflege	151	2.269	15,0
8134	Berufe im Rettungsdienst	129	1.861	14,4
8139	Aufsichts- & Führungskräfte - Gesundheits- & Krankenpflege, Rettungsdienst & Geburtshilfe	113	2.182	19,2
8140	Ärzte/Ärztinnen (ohne Spezialisierung)	82	860	10,5

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
8171	Berufe in der Physiotherapie	147	1.605	10,9
8172	Berufe in der Ergotherapie	175	1.872	10,7
8182	Berufe in der pharmazeutisch-technischen Assistenz	116	1.173	10,2
8210	Berufe in der Altenpflege (ohne Spezialisierung)	152	2.834	18,6
8231	Berufe im Friseurgewerbe	136	1.474	10,9
8252	Berufe in der Augenoptik	131	1.330	10,1
8254	Berufe in der Zahntechnik	110	1.365	12,4
8311	Berufe in der Kinderbetreuung & -erziehung	191	2.156	11,3
8312	Berufe in der Sozialarbeit & Sozialpädagogik	134	1.778	13,3
8313	Berufe in Heilerziehungspflege & Sonderpädagogik	161	2.109	13,1
8319	Aufsichts- & Führungskräfte - Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	143	1.923	13,4
8321	Berufe in der Hauswirtschaft	140	2.375	17,0
8412	Lehrkräfte in der Sekundarstufe	125	1.433	11,5
8421	Lehrkräfte für berufsbildende Fächer	114	1.501	13,1
8430	Berufe in der Hochschullehre & -forschung	57	546	9,6
9211	Berufe in Werbung & Marketing	101	932	9,2
9212	Berufe im Dialogmarketing	227	2.868	12,7
9213	Berufe im Kundenmanagement	125	1.411	11,3
9241	Redakteure/Redakteurinnen & Journalisten/Journalistinnen	93	934	10,0
Gesamt		131	1.874	14,3

BARMER GEK 2015, Erwerbspersonen bundesweit, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, **NICHT geschlechts- und altersstandardisiert, 100 häufig in der BARMER GEK vertretende Berufe**, je Tätigkeit mehr als 7.500 Versicherte 2015 berücksichtigt.

Tabelle A7 Krankenstand nach Geschlecht und KldB 2010 für das Jahr 2015 – Top 100 Berufe

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
1110	Berufe in der Landwirtschaft (ohne Spezialisierung)	3,84%	4,43%	3,97%
1210	Berufe im Gartenbau (ohne Spezialisierung)	5,42%	5,87%	5,52%
2210	Berufe in der Kunststoff- & Kautschukherstellung (ohne Spezialisierung)	5,83%	8,08%	6,40%
2234	Berufe im Holz-, Möbel- & Innenausbau	5,33%	5,84%	5,36%
2420	Berufe in der Metallbearbeitung (ohne Spezialisierung)	5,90%	7,48%	6,19%
2423	Berufe in der spanenden Metallbearbeitung	5,58%	6,88%	5,61%
2441	Berufe im Metallbau	5,92%	6,30%	5,93%
2452	Berufe in der Werkzeugtechnik	4,98%	5,16%	4,98%
2510	Berufe in der Maschinenbau- & Betriebstechnik (ohne Spezialisierung)	4,82%	5,71%	4,93%
2511	Maschinen- & Gerätezusammensetzer/innen	5,92%	8,43%	6,43%
2512	Maschinen- & Anlagenführer/innen	6,09%	8,51%	6,38%
2513	Technische Servicekräfte in Wartung & Instandhaltung	4,71%	5,40%	4,75%
2521	Berufe in der Kraftfahrzeugtechnik	4,47%	4,91%	4,49%
2621	Berufe in der Bauelektrik	5,04%	6,32%	5,06%
2625	Berufe in der elektrischen Betriebstechnik	4,23%	6,37%	4,32%
2630	Berufe in der Elektrotechnik (ohne Spezialisierung)	3,99%	7,41%	4,79%
2631	Berufe in der Informations- & Telekommunikationstechnik	3,74%	5,12%	3,89%
2710	Berufe in der technischen Forschung & Entwicklung (ohne Spezialisierung)	2,04%	2,92%	2,15%
2721	Technische Zeichner/innen	3,02%	3,56%	3,30%
2722	Berufe in der Konstruktion & im Gerätebau	2,63%	3,81%	2,75%
2730	Berufe in der technischen Produktionsplanung & -steuerung	3,55%	4,22%	3,67%
2731	Berufe in der technischen Qualitätssicherung	4,48%	5,33%	4,73%
2739	Aufsichts- & Führungskräfte - Technische Produktionsplanung & -steuerung	3,79%	4,15%	3,82%
2920	Berufe in der Lebensmittelherstellung (ohne Spezialisierung)	5,72%	7,81%	6,56%
2930	Köche/Köchinnen (ohne Spezialisierung)	3,98%	6,55%	5,30%
3210	Berufe im Hochbau (ohne Spezialisierung)	5,88%	4,87%	5,85%

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
3321	Berufe für Maler- & Lackiererarbeiten	5,48%	6,51%	5,55%
3410	Berufe in der Gebäudetechnik (ohne Spezialisierung)	5,42%	5,63%	5,43%
3421	Berufe in der Sanitär-, Heizungs- & Klimatechnik	5,20%	5,22%	5,20%
4131	Berufe in der Chemie- & Pharmatechnik	5,13%	5,87%	5,39%
4310	Berufe in der Informatik (ohne Spezialisierung)	2,51%	3,72%	2,69%
4322	Berufe in der IT-Anwendungsberatung	2,26%	3,54%	2,53%
4341	Berufe in der Softwareentwicklung	1,95%	2,93%	2,07%
5131	Berufe in der Lagerwirtschaft	5,92%	7,41%	6,31%
5132	Berufe für Post- & Zustelldienste	6,13%	7,86%	6,95%
5162	Speditions- & Logistikkaufleute	3,42%	3,71%	3,53%
5212	Berufskraftfahrer/innen (Güterverkehr/LKW)	6,87%	8,20%	6,90%
5213	Bus- & Straßenbahnfahrer/innen	7,74%	9,76%	8,04%
5218	Fahrzeugführer/innen im Straßenverkehr (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe)	5,81%	6,93%	5,96%
5311	Berufe im Objekt-, Werte- & Personenschutz	6,45%	7,01%	6,64%
5410	Berufe in der Reinigung (ohne Spezialisierung)	5,22%	7,03%	6,76%
6111	Berufe im Einkauf	2,91%	3,62%	3,29%
6112	Berufe im Vertrieb (außer Informations- & Kommunikationstechnologien)	3,38%	4,16%	3,68%
6119	Führungskräfte - Einkauf & Vertrieb	2,71%	4,07%	3,00%
6121	Kaufleute im Groß- & Außenhandel	2,92%	3,32%	3,09%
6131	Berufe in der Immobilienvermarktung & -verwaltung	2,80%	3,79%	3,40%
6210	Berufe im Verkauf (ohne Produktspezialisierung)	3,82%	5,83%	5,33%
6211	Kassierer/innen & Kartenverkäufer/innen	4,41%	6,50%	6,29%
6219	Aufsichts- & Führungskräfte - Verkauf	3,31%	4,97%	4,21%
6221	Berufe im Verkauf von Bekleidung, Sportartikeln, Lederwaren & Schuhen	3,60%	4,91%	4,77%
6226	Berufe im Verkauf von Garten-, Heimwerker-, Haustier- & Zoobedarf	4,73%	5,52%	5,04%
6227	Berufe im Verkauf von Kraftfahrzeugen, Zweirädern & Zubehör	3,34%	3,82%	3,45%
6230	Berufe im Verkauf von Lebensmitteln (ohne Spezialisierung)	3,55%	5,77%	5,22%
6231	Berufe im Verkauf von Back- & Konditoreiwaren	4,42%	6,11%	6,05%

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
6241	Berufe im Verkauf von drogerie- & apothekenüblichen Waren	3,14%	4,60%	4,56%
6311	Tourismuskaufleute	2,85%	3,21%	3,15%
6322	Berufe im Hotelservice	3,38%	4,70%	4,42%
6330	Berufe im Gastronomieservice (ohne Spezialisierung)	3,21%	4,96%	4,43%
7110	Geschäftsführer/innen & Vorstände	2,13%	3,21%	2,43%
7130	Berufe in der kaufmännischen & technischen Betriebswirtschaft (ohne Spezialisierung)	3,01%	4,05%	3,70%
7139	Aufsichts- & Führungskräfte - Unternehmensorganisation & -strategie	2,74%	3,98%	3,16%
7140	Büro- & Sekretariatskräfte (ohne Spezialisierung)	3,50%	4,14%	4,04%
7143	Steno- & Phonotypisten/-typistinnen	4,19%	6,22%	6,17%
7151	Berufe in der Personalentwicklung & -sachbearbeitung	3,02%	3,55%	3,46%
7152	Berufe in der Personaldienstleistung	4,02%	4,88%	4,61%
7211	Bankkaufleute	3,06%	4,43%	3,94%
7213	Versicherungskaufleute	3,78%	4,70%	4,33%
7221	Berufe in der Buchhaltung	3,20%	3,97%	3,83%
7230	Berufe in der Steuerberatung	2,41%	2,94%	2,82%
7311	Assistenzkräfte in Rechtsanwaltskanzlei & Notariat	2,43%	3,32%	3,27%
7320	Berufe in der öffentlichen Verwaltung (ohne Spezialisierung)	4,23%	5,39%	5,14%
7321	Berufe in der Sozialverwaltung & -versicherung	4,70%	6,21%	5,73%
7322	Verwaltende Berufe im Sozial- & Gesundheitswesen	3,93%	4,66%	4,59%
8110	Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung)	3,21%	3,81%	3,80%
8111	Zahnmedizinische Fachangestellte	3,40%	3,50%	3,50%
8121	Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium	3,73%	5,01%	4,91%
8130	Berufe in der Gesundheits- & Krankenpflege (ohne Spezialisierung)	5,30%	6,78%	6,57%
8131	Berufe in der Fachkrankenpflege	5,35%	6,42%	6,22%
8134	Berufe im Rettungsdienst	5,03%	5,38%	5,10%
8139	Aufsichts- & Führungskräfte - Gesundheits- & Krankenpflege, Rettungsdienst & Geburtshilfe	4,75%	6,27%	5,98%

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
8140	Ärzte/Ärztinnen (ohne Spezialisierung)	1,67%	2,74%	2,36%
8171	Berufe in der Physiotherapie	3,91%	4,53%	4,40%
8172	Berufe in der Ergotherapie	4,46%	5,23%	5,13%
8182	Berufe in der pharmazeutisch-technischen Assistenz	3,40%	3,21%	3,21%
8210	Berufe in der Altenpflege (ohne Spezialisierung)	5,81%	8,14%	7,76%
8231	Berufe im Friseurgewerbe	3,25%	4,10%	4,04%
8252	Berufe in der Augenoptik	3,43%	3,71%	3,64%
8254	Berufe in der Zahntechnik	3,33%	4,03%	3,74%
8311	Berufe in der Kinderbetreuung & -erziehung	4,96%	5,99%	5,91%
8312	Berufe in der Sozialarbeit & Sozialpädagogik	4,05%	5,14%	4,87%
8313	Berufe in Heilerziehungspflege & Sonderpädagogik	4,95%	6,13%	5,78%
8319	Aufsichts- & Führungskräfte - Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	3,41%	5,65%	5,27%
8321	Berufe in der Hauswirtschaft	5,18%	6,59%	6,51%
8412	Lehrkräfte in der Sekundarstufe	2,89%	4,27%	3,93%
8421	Lehrkräfte für berufsbildende Fächer	3,70%	4,29%	4,11%
8430	Berufe in der Hochschullehre & -forschung	1,15%	1,90%	1,50%
9211	Berufe in Werbung & Marketing	2,15%	2,84%	2,55%
9212	Berufe im Dialogmarketing	6,46%	8,73%	7,86%
9213	Berufe im Kundenmanagement	3,06%	4,74%	3,86%
9241	Redakteure/Redakteurinnen & Journalisten/Journalistinnen	2,30%	2,79%	2,56%
Gesamt		4,74%	5,44%	5,13%

BARMER GEK 2015, Erwerbspersonen bundesweit, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, **NICHT geschlechts- und altersstandardisiert, 100 häufig in der BARMER GEK vertretende Berufe**, je Tätigkeit mehr als 7.500 Versicherte 2015 berücksichtigt.

Tabelle A8 AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2015

ICD10-Diagnosekapitel	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	12,5	14,0	13,2	13,0	14,1	13,5
Neubildungen	1,4	1,8	1,6	1,6	2,4	2,0
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,5	0,8	0,7	0,7	0,8	0,7
Psychische u. Verhaltensstörungen	5,9	10,1	7,8	5,5	9,3	7,2
Krankheiten des Nervensystems	2,2	3,5	2,8	2,4	4,0	3,1
Krankheiten des Auges	1,3	1,4	1,4	1,6	1,6	1,6
Krankheiten des Ohres	1,2	1,6	1,4	1,4	1,7	1,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	2,9	2,5	2,7	3,3	3,1	3,2
Krankheiten des Atmungssystems	33,0	42,8	37,5	36,4	44,4	40,1
Krankh. des Verdauungssystems	11,2	11,8	11,5	13,6	14,1	13,8
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	1,6	1,4	1,5	1,9	1,6	1,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	16,4	14,5	15,5	19,9	16,7	18,4
Krankheiten des Urogenitalsystems	1,4	4,1	2,6	1,5	4,8	3,0
Schwangerschaft, Geburt	0,0	2,1	1,0	0,0	2,3	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	0,2	0,1	0,2	0,1
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	6,0	8,6	7,2	6,1	8,6	7,3
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	10,0	7,1	8,6	12,0	7,8	10,0
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	1,1	2,2	1,6	1,1	1,8	1,4
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alle Diagnosen	109,1	131,4	119,4	122,8	140,2	130,8

BARMER GEK 2015, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle A9 AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten und Geschlecht 2015

ICD10-Diagnosekapitel	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	5,6	5,5	5,5	5,5	5,6	5,5
Neubildungen	53,5	52,5	52,9	37,8	44,9	41,8
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	25,7	25,4	25,5	23,1	17,9	20,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	23,9	17,4	20,2	20,3	18,4	19,4
Psychische u. Verhaltensstörungen	54,3	53,4	53,7	48,2	44,3	45,9
Krankheiten des Nervensystems	20,3	12,6	15,8	16,9	13,0	14,7
Krankheiten des Auges	7,2	6,8	7,0	7,8	7,3	7,6
Krankheiten des Ohres	9,3	7,4	8,3	10,0	9,9	9,9
Krankheiten des Kreislaufsystems	28,9	16,8	23,7	29,1	18,1	24,2
Krankheiten des Atmungssystems	6,1	6,2	6,2	6,4	6,5	6,5
Krankh. des Verdauungssystems	6,8	5,4	6,2	7,0	6,3	6,7
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	16,8	12,7	15,1	14,4	12,0	13,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	19,8	21,3	20,5	20,6	22,1	21,2
Krankheiten des Urogenitalsystems	10,9	6,9	8,0	12,4	9,1	10,0
Schwangerschaft, Geburt	-	11,5	11,4	-	12,1	12,0
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	-	-	-	-	-	-
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	13,1	14,2	13,7	19,9	24,6	22,4
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	6,9	8,4	7,8	8,2	8,0	8,1
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	19,6	19,4	19,5	20,8	20,3	20,6
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	-	-	-	-	-	-
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	19,8	16,0	17,5	21,8	19,9	20,7
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	-	-	-	-	-	-
Alle Diagnosen	14,1	13,7	13,9	13,8	13,3	13,5

BARMER GEK 2015, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle A10 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2015

ICD10-Diagnosekapitel	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	70	77	73	72	78	75
Neubildungen	75	97	85	61	108	83
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	3	4	3	3	3	3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	12	14	13	14	15	14
Psychische u. Verhaltensstörungen	323	537	421	265	410	332
Krankheiten des Nervensystems	44	44	44	41	52	46
Krankheiten des Auges	10	9	10	13	12	12
Krankheiten des Ohres	11	12	12	14	17	15
Krankheiten des Kreislaufsystems	83	43	64	97	56	78
Krankheiten des Atmungssystems	200	267	231	234	290	260
Krankh. des Verdauungssystems	76	64	71	96	89	93
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	27	17	22	27	20	24
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	325	308	317	408	370	391
Krankheiten des Urogenitalsystems	15	28	21	19	44	30
Schwangerschaft, Geburt	0	24	11	0	27	13
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	0	0	0	0	0	0
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	2	3	2	3	4	3
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	42	73	56	50	69	59
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	195	137	169	249	158	207
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0	0	0	0	0	0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	23	35	28	24	36	30
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	0	0	0	1	1	1
Alle Diagnosen	1.535	1.797	1.656	1.692	1.863	1.771

BARMER GEK 2015, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle A11 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2014 (Vorjahr)

ICD10-Diagnosekapitel	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	68	70	69	65	70	67
Neubildungen	56	104	78	60	109	83
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	3	5	4	3	4	3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	7	12	9	14	15	14
Psychische u. Verhaltensstörungen	308	520	405	249	395	316
Krankheiten des Nervensystems	38	44	41	41	52	46
Krankheiten des Auges	12	10	11	13	12	13
Krankheiten des Ohres	14	16	15	14	17	15
Krankheiten des Kreislaufsystems	80	48	65	98	59	80
Krankheiten des Atmungssystems	173	212	191	186	229	206
Krankh. des Verdauungssystems	84	72	78	98	90	95
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	27	15	22	28	20	24
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	345	327	336	423	381	404
Krankheiten des Urogenitalsystems	17	32	24	19	46	31
Schwangerschaft, Geburt	0	22	10	0	28	13
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	0	0	0	0	0	0
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	1	5	3	3	4	4
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	45	63	54	50	70	59
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	202	126	167	249	157	207
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0	0	0	0	0	0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	22	34	27	20	32	25
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	0	0	0	0	0	0
Alle Diagnosen	1.504	1.743	1.614	1.639	1.798	1.712

BARMER GEK 2014, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle A12 AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten bundesweit 2015

Männer	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	11	87	13	301	97	113	395
20 – 24 Jahre	12	150	14	240	85	155	327
25 – 29 Jahre	14	182	16	197	70	181	252
30 – 34 Jahre	21	201	21	203	69	221	209
35 – 39 Jahre	21	242	32	220	75	284	206
40 – 44 Jahre	37	271	58	227	86	381	226
45 – 49 Jahre	51	300	94	227	101	471	236
50 – 54 Jahre	91	324	154	240	117	569	257
55 – 59 Jahre	160	378	259	274	132	737	265
60 – 64 Jahre	241	403	368	288	145	893	259
Frauen	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	10	158	16	333	118	107	163
20 – 24 Jahre	14	234	16	288	95	130	138
25 – 29 Jahre	22	279	20	260	75	148	116
30 – 34 Jahre	31	331	24	256	68	169	98
35 – 39 Jahre	56	408	31	270	70	245	113
40 – 44 Jahre	100	448	46	283	80	360	139
45 – 49 Jahre	147	448	64	281	88	443	157
50 – 54 Jahre	191	486	84	305	102	556	200
55 – 59 Jahre	217	548	115	347	119	678	250
60 – 64 Jahre	246	589	168	336	110	768	266

BARMER GEK 2015, 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.

Tabelle A13 AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten Hamburg 2015

Männer	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	74	100	13	266	104	132	384
20 – 24 Jahre	2	189	12	217	73	104	197
25 – 29 Jahre	3	257	10	145	42	133	192
30 – 34 Jahre	22	286	22	151	37	145	155
35 – 39 Jahre	34	306	27	164	50	190	133
40 – 44 Jahre	53	340	63	188	61	264	167
45 – 49 Jahre	64	351	61	210	72	432	186
50 – 54 Jahre	107	388	140	221	119	466	221
55 – 59 Jahre	193	379	226	259	127	630	262
60 – 64 Jahre	286	491	307	250	110	705	213
Frauen	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	0	461	17	342	87	99	188
20 – 24 Jahre	1	321	10	229	76	102	115
25 – 29 Jahre	25	338	13	220	57	122	88
30 – 34 Jahre	24	411	11	219	58	99	86
35 – 39 Jahre	42	617	15	223	54	173	93
40 – 44 Jahre	80	525	37	282	59	290	103
45 – 49 Jahre	134	615	76	254	64	405	154
50 – 54 Jahre	205	611	53	285	70	502	172
55 – 59 Jahre	171	700	71	355	65	584	205
60 – 64 Jahre	236	706	138	352	89	569	286

BARMER GEK 2015, 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	Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2015	11
Abbildung 2	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2015	13
Abbildung 3	Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen 2015 bundesweit	16
Abbildung 4	Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2015	17
Abbildung 5	AU-Fälle und AU-Tage nach Falldauer Hamburg 2015	20
Abbildung 6	Verteilung der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auf Wochentage 2015	23
Abbildung 7	Verteilung der Fehlzeiten auf Wochentage 2015	24
Abbildung 8	AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2015	26
Abbildung 9	AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter 2015	28
Abbildung 10	AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2015	28
Abbildung 11	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen bundesweit 2015	30
Abbildung 12	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Schulabschluss bundesweit 2015	32
Abbildung 13	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Ausbildungsabschluss bundesweit 2015	33
Abbildung 14	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Berufsfeldern bundesweit 2015	35
Abbildung 15	Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten 2015	41
Abbildung 16	AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2015	44
Abbildung 17	AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2015	45

Abbildung 18	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2015.....	46
Abbildung 19	AU-Tage je 100 VJ – Veränderungen in Tagen 2015 gegenüber 2014.....	47
Abbildung 20	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Männer bundesweit 2015.....	50
Abbildung 21	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Frauen bundesweit 2015.....	51
Abbildung 22	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2015, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems.....	54
Abbildung 23	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2015, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems.....	55
Abbildung 24	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2015, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen.....	56
Abbildung 25	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2015, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen.....	57
Abbildung 26	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2015, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems.....	58
Abbildung 27	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2015, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems.....	59
Abbildung 28	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2015, Kapitel XIX – Verletzungen	60
Abbildung 29	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2015, Kapitel XIX – Verletzungen	61
Abbildung 30	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2015, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems.....	63
Abbildung 31	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2015, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen.....	64

Abbildung 32	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2015, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems	65
Abbildung 33	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2015, Kapitel XIX – Verletzungen	66
Abbildung 34	AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosegruppen regional und bundesweit 2015	70
Abbildung 35	AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosen regional und bundesweit 2015	75
Abbildung 36	Versichertengruppen in einzelnen Altersjahrgängen am 31.12.2014.....	80
Abbildung 37	Versichertengruppen in einzelnen Altersjahrgängen am 31.12.2014 - Männer	82
Abbildung 38	Versichertengruppen in einzelnen Altersjahrgängen am 31.12.2014 - Frauen	83
Abbildung 39	Diagnoseraten: Bestimmte infektiöse Krankheiten	99
Abbildung 40	Diagnoseraten: Infektiöse Darmkrankheiten.....	100
Abbildung 41	Diagnoseraten: Krankheiten des Atmungssystems	102
Abbildung 42	Diagnoseraten: Akute Infektionen der oberen Atemwege	103
Abbildung 43	Verordnungsraten: Antibiotika zur systemischen Anwendung	105
Abbildung 44	Diagnoseraten: Neubildungen	107
Abbildung 45	Diagnoseraten: Bösartige Neubildungen	108
Abbildung 46	Diagnoseraten: Gutartige Neubildungen	109
Abbildung 47	Diagnoseraten: Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	110
Abbildung 48	Diagnoseraten: Schwangerschaft.....	112
Abbildung 49	Diagnoseraten: Krankheiten des Auges	114
Abbildung 50	Diagnoseraten: Krankheiten des Ohres.....	115
Abbildung 51	Diagnoseraten: Krankheiten der Schilddrüse	117

Abbildung 52	Verordnungsraten: Schilddrüsenhormone.....	118
Abbildung 53	Diagnoseraten: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems.....	120
Abbildung 54	Diagnoseraten: Rückenschmerzen	121
Abbildung 55	Verordnungsraten: Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika	122
Abbildung 56	Diagnoseraten: Verletzungen.....	124
Abbildung 57	Diagnoseraten: Verletzung der Knöchelregion.....	125
Abbildung 58	Diagnoseraten: Psychische und Verhaltensstörungen.....	127
Abbildung 59	Diagnoseraten: Somatoforme Störungen.....	128
Abbildung 60	Diagnoseraten: Reaktionen auf schwere Belastungen.....	129
Abbildung 61	Diagnoseraten: Depressionen.....	131
Abbildung 62	Verordnungsraten: Antidepressiva	132
Abbildung 63	Diagnoseraten: Hyperkinetische Störung (ADHS).....	134
Abbildung 64	Verordnungsraten: Methylphenidat	135
Abbildung 65	Diagnoseraten: Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	137
Abbildung 66	Diagnoseraten: Krankheiten des Kreislaufsystems.....	139
Abbildung 67	Diagnoseraten: Hypertonie	140
Abbildung 68	Verordnungsraten: Blutdruck senkende Mittel (ATC C02, 3, 7, 8, 9).....	141
Abbildung 69	Diagnoseraten: Diabetes mellitus.....	143
Abbildung 70	Verordnungsraten: Antidiabetika	144
Abbildung 71	Diagnoseraten: Fettstoffwechselstörungen.....	145
Abbildung 72	Diagnoseraten: Adipositas	147

Tabellen

Tabelle 1	Grundlegende Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit.....	8
Tabelle 2	Relative Veränderungen von Kennzahlen 2015 im Vergleich zum Vorjahr	9
Tabelle 3	AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2014 und 2015.....	10
Tabelle 4	AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2014 und 2015.....	12
Tabelle 5	Relative Veränderungen 2015 im Vergleich zum Vorjahr in Bundesländern	14
Tabelle 6	Relative Abweichungen der AU-Fallzahlen und Fehlzeiten in Kreisen 2014, 2015	19
Tabelle 7	Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage nach Falldauer regional und bundesweit	21
Tabelle 8	Arbeitsunfähigkeiten an Wochentagen regional und bundesweit	22
Tabelle 9	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach zweistelliger KIdB 2010 im Jahr 2015.....	36
Tabelle 10	Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen nach Krankheitsarten 2015	67
Tabelle 11	Fallzahlrelevante Diagnosegruppen regional und bundesweit 2015	71
Tabelle 12	Fehlzeitenrelevante Diagnosegruppen regional und bundesweit 2015	72
Tabelle 13	Fallzahlrelevante Diagnosen regional und bundesweit 2015.....	76
Tabelle 14	Fehlzeitenrelevante Diagnosen regional und bundesweit 2015.....	77
Tabelle 15	Anteil Betroffene im jungen Erwerbsalter mit ausgewählten Diagnosen 2014	91
Tabelle 16	Diagnoseraten: Bestimmte infektiöse Krankheiten	99
Tabelle 17	Diagnoseraten: Infektiöse Darmkrankheiten.....	100
Tabelle 18	Diagnoseraten: Krankheiten des Atmungssystems	102

Tabelle 19	Diagnoseraten: Akute Infektionen der oberen Atemwege	103
Tabelle 20	Verordnungsraten: Antibiotika zur systemischen Anwendung	105
Tabelle 21	Diagnoseraten: Neubildungen.....	107
Tabelle 22	Diagnoseraten: Bösartige Neubildungen.....	108
Tabelle 23	Diagnoseraten: Gutartige Neubildungen	109
Tabelle 24	Diagnoseraten: Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	110
Tabelle 25	Diagnoseraten: Schwangerschaft	112
Tabelle 26	Diagnoseraten: Krankheiten des Auges.....	114
Tabelle 27	Diagnoseraten: Krankheiten des Ohres	115
Tabelle 28	Diagnoseraten: Krankheiten der Schilddrüse	117
Tabelle 29	Verordnungsraten: Schilddrüsenhormone.....	118
Tabelle 30	Diagnoseraten: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems.....	120
Tabelle 31	Diagnoseraten: Rückenschmerzen	121
Tabelle 32	Verordnungsraten: Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika	122
Tabelle 33	Diagnoseraten: Verletzungen.....	124
Tabelle 34	Diagnoseraten: Verletzung der Knöchelregion.....	125
Tabelle 35	Diagnoseraten: Psychische und Verhaltensstörungen.....	127
Tabelle 36	Diagnoseraten: Somatoforme Störungen.....	128
Tabelle 37	Diagnoseraten: Reaktionen auf schwere Belastungen.....	129
Tabelle 38	Diagnoseraten: Depressionen.....	131
Tabelle 39	Verordnungsraten: Antidepressiva	132
Tabelle 40	Diagnoseraten: Hyperkinetische Störung (ADHS).....	134
Tabelle 41	Verordnungsraten: Methylphenidat	135
Tabelle 42	Diagnoseraten: Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	137
Tabelle 43	Diagnoseraten: Krankheiten des Kreislaufsystems	139

Tabelle 44	Diagnoseraten: Hypertonie.....	140
Tabelle 45	Verordnungsraten: Blutdruck senkende Mittel (ATC C02, 3, 7, 8, 9)	141
Tabelle 46	Diagnoseraten: Diabetes mellitus	143
Tabelle 47	Verordnungsraten: Antidiabetika	144
Tabelle 48	Diagnoseraten: Fettstoffwechselstörungen.....	145
Tabelle 49	Diagnoseraten: Adipositas.....	147
Tabelle 50	Hinweise auf kardiovaskuläre Risikofaktoren bei Personen im Alter 16 bis 30 Jahre – Anteil Betroffene in Bundesländern 2014.....	148
Tabelle 51	Erwerbspersonen in der BARMER GEK nach Bundesländern 2015	204
Tabelle 52	AU-Fälle und -Tage bei Erwerbspersonen in der BARMER GEK 2015.....	205
Tabelle 53	Diagnosekapitel der ICD10.....	207
Tabelle 54	Standardpopulation Erwerbstätige Deutschland 2010.....	214

Tabellen im Anhang

Tabelle A1	AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2015	216
Tabelle A2	AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2015	217
Tabelle A3	AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2015	217
Tabelle A4	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen 2015 – Abteilungen der WZ2008	218
Tabelle A5	Krankenstand nach Geschlecht und Branchen 2015 – Abteilungen der WZ2008	221
Tabelle A6	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach KIdB 2010 – Top 100 Berufe	225
Tabelle A7	Krankenstand nach Geschlecht und KIdB 2010 für das Jahr 2015 – Top 100 Berufe	229
Tabelle A8	AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2015	233
Tabelle A9	AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten und Geschlecht 2015	234
Tabelle A10	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2015	235
Tabelle A11	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2014 (Vorjahr)	236
Tabelle A12	AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten bundesweit 2015	237
Tabelle A13	AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten Hamburg 2015	238

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-II-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 207)
Krankenstand	Prozentualer Anteil der AU-Tage an allen Versicherungstagen von Erwerbspersonen (vgl. Seite 201 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 214)
VJ	Versicherungsjahr a 365 Tage – Bezugsgröße für die Berechnungen nahezu aller Kennzahlen (vgl. Seite 201 ff.)

BARMER GEK Gesundheitsreporte sind bisher zu folgenden Themen erschienen:

BARMER Gesundheitsreport 2005

Fehlzeiten, Gender Mainstreaming und betriebliche Gesundheitsförderung

BARMER Gesundheitsreport 2006

Demografischer Wandel - ältere Beschäftigte im Focus betrieblicher Gesundheitsförderung

BARMER Gesundheitsreport 2007

Führung und Gesundheit

BARMER Gesundheitsreport 2008

Rückengesundheit - Rückhalt für Arbeit und Alltag

BARMER Gesundheitsreport 2009

Psychische Gesundheit und psychische Belastungen

BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 Teil 1

Gesundheitskompetenz in Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern

BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 Teil 2

Ergebnisse der Internetstudie zur Gesundheitskompetenz

BARMER GEK Gesundheitsreport 2011

Beruf und Pflege – Herausforderung und Chance, Praxistipps für Unternehmen

BARMER GEK Gesundheitsreport 2012

Alkoholkonsum und Erwerbstätigkeit

BARMER GEK Gesundheitsreport 2013

Männergesundheit im Erwerbsleben

BARMER GEK Gesundheitsreport 2014

Psychische Gesundheit im Erwerbsleben

BARMER GEK Gesundheitsreport 2015

Demografischer Wandel – Perspektiven und Chancen



Die Gesundheitsreporte stehen im BARMER GEK Arbeitgeberportal unter folgendem Link zum Download zur Verfügung:

www.barmer-gek.de/501306



BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT BEWEGT WAS

Termin- und Leistungsdruck, hohes Arbeitstempo und die zeitgleiche Bewältigung von verschiedenen Aufgaben führen zu gesundheitlichen Belastungen der Beschäftigten. Leistungseinschränkungen, Fehlzeiten und Demotivation sind vermehrt die Folge. Die Forderung nach verstärkter Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung wird daher seit Jahren immer lauter – zuletzt durch die Vorgaben des 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes.

Als Grundlage für Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung liefert die BARMER GEK mit ihrem Gesundheitsreport eine systematische Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens. Mit dem Schwerpunktthema „Junge Menschen am Start ihres Berufslebens“ nimmt der Gesundheitsreport 2016 noch einmal das Thema Demografischer Wandel auf. Im Fokus steht dabei die Gruppe der 15- bis 29-Jährigen.

Gibt es Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Berufsstartern und Studierenden? Welche speziellen Angebote der Betrieblichen Gesundheitsförderung gibt es für junge Berufstätige in den Unternehmen? Was erwarten junge Menschen von ihrem Arbeitsplatz? An was ist die Leistungsbereitschaft gekoppelt? Wie sollten Bürowelten gestaltet sein? Und welche Rolle spielt für junge Menschen das Privatleben?

Dies sind nur einige der wichtigen Fragestellungen, mit denen Unternehmen sich beschäftigen sollten, um sich auf die so genannte Generation Z einstellen zu können. Einen Überblick über die Erwartungen dieser Generation an die Arbeitswelt gibt der Gastbeitrag von Professor Dr. Christian Scholz.

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



GESUNDHEIT WEITER GEDACHT

WEIL GESUNDHEIT

DIE BESTE INVESTITION IST.

Von **Ernährungstraining** bis zu **Betrieblichem Gesundheitsmanagement** – Gesundheitsbewusstsein am Arbeitsplatz wird immer mehr zum Erfolgsfaktor. Die **BARMER GEK** berät und unterstützt Unternehmen, die ihre Mitarbeiter motivieren wollen, gesünder und stressfreier zu leben: Mit verschiedenen **Workshops, Präventivmaßnahmen** und einem **modularen Gesundheitsprogramm** können wir auch für Ihren Betrieb aktiv werden.

Informieren Sie sich jetzt – für ein gesundes Unternehmen!

BARMER GEK