



GESUNDHEITSREPORT 2015

HAMBURG

DEMOGRAFISCHER WANDEL – PERSPEKTIVEN UND CHANCEN



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 2014	8
Branchen- und tätigkeitsbezogene Ergebnisse	29
Diagnosen der Arbeitsunfähigkeit	39
Krankheitsarten – Diagnosekapitel der ICD10	39
Ergebnisse zu ausgewählten Diagnosegruppen.....	67
Ergebnisse zu ausgewählten Einzeldiagnosen.....	72

Schwerpunkt Demografischer Wandel – Perspektiven und Chancen

Demografischer Wandel.....	77
Bevölkerungsstruktur – Bevölkerungsprognose	78
Erwerbsbeteiligung	91
Entwicklung der Erwerbspersonenzahl.....	99
Demografische Veränderungen und Gesundheit.....	120
Veränderungen – Perspektiven und Chancen	145
Ergebnisse zum Schwerpunkt auf einen Blick	153

Demografischer Wandel – Sicht der Unternehmen und Maßnahmen

Demografischer Wandel – Ein Thema für Unternehmen?.....	155
Dem demografischen Wandel begegnen:	
Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements	164
Das „Haus der Arbeitsfähigkeit“ – die theoretische Grundlage <i>Jürgen Tempel</i>	166
Das „Haus der Arbeitsfähigkeit“ – die praktische Umsetzung	176
Das BARMER GEK Firmenangebot Gesundheit	180

Serviceangebote der BARMER GEK zum Schwerpunktthema	183
Angebote zum Thema Demografischer Wandel	183
Ausgewählte Medien.....	185

Kennzahlen, Datengrundlagen und Methoden

Datengrundlage und Methoden	188
Erfassung von Arbeitsunfähigkeiten und Kennzahlen	188
Erwerbspersonen in der BARMER GEK	194
Klassifikationssysteme, Diagnoseschlüssel, Methoden	197

Anhang

Anhang	207
Tabellenanhang	207
Verzeichnisse.....	230
Abkürzungen – Glossar.....	237

Editorial

„Demografischer Wandel – 15 Millionen Arbeitskräfte zu wenig! Deutschland altert zu schnell“¹ oder „Demografischer Wandel: Wie die Pyramide zum Weihnachtsbaum wird“² – Schlagzeilen wie diese zeigen, dass der demografische Wandel in Deutschland zu einem aktuellen Thema geworden ist.

Der Begriff „Demografischer Wandel“ umschreibt Veränderungen der Bevölkerungsstruktur über längere Zeiträume. Durch den erwarteten demografischen Wandel in Deutschland wird sich auch die Zusammensetzung und Zahl der Beschäftigten merklich ändern. Daher wird es für Unternehmen immer wichtiger, sich mit diesem Thema zu beschäftigen.

Das Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) hat sich im Schwerpunktteil unseres diesjährigen Gesundheitsreports mit den verschiedenen Aspekten des demografischen Wandels auseinandergesetzt. Nach der Analyse der aktuellen Bevölkerungsstruktur in Deutschland werden Szenarien der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung vorgestellt. Aufbauend auf diesen Analysen liefert der Gesundheitsreport Daten zur Entwicklung der Erwerbsbeteiligung und der Erwerbspersonenzahl und verdeutlicht die Auswirkungen der demografischen Veränderungen auf die Gesundheit von Erwerbspersonen. Ein Ergebnis dieser Analysen: Innerhalb der Erwerbspersonenpopulation werden bis 2030 voraussichtlich vermehrt chronische Erkrankungen wie zum Beispiel Krankheiten des Kreislaufsystems und Altersdiabetes eine Rolle spielen.

Doch wie können Unternehmen auf diese Veränderungen reagieren? Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen erleichtern älteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die längere Lebensarbeitszeit? Und wie werden aus altersmäßig sehr heterogenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern funktionierende Teams? Wie kann man auch ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter motivieren, sich zum Beispiel mit neuen Techniken vertraut zu machen? Dies sind nur einige der Fragen, welchen sich die Unternehmen zukünftig stellen müssen.

Eine Möglichkeit, sich mit dem Thema des demografischen Wandels im Unternehmen auseinanderzusetzen, bietet das Modell „Haus der Arbeitsfähigkeit“. Wir freuen

¹ Focus online vom 07.05.2015, http://www.focus.de/finanzen/news/konjunktur/demografischer-wandel-15-millionen-arbeitskraefte-zu-wenig-deutschland-altert-zu-schnell_id_4665245.html, aufgerufen am 03.08.2015.

² Spiegel Online vom 05.04.2015, <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/demografischer-wandel-pyramide-wird-zum-weihnachtsbaum-a-1026684.html>, aufgerufen am 03.08.2015.

uns daher sehr, dass Dr. Jürgen Tempel, der sich seit vielen Jahren mit diesem Modell beschäftigt, das Haus der Arbeitsfähigkeit in unserem Gesundheitsreport vorstellt und uns auf einem Rundgang durch das Haus begleitet.

Wie in jedem Jahr bietet der Gesundheitsreport 2015 zudem einen detaillierten Überblick über die Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens, sowohl bundesweit als auch für Hamburg.

Hier einige Ergebnisse: Aufgrund des Ausbleibens einer stärkeren Grippe- und Erkältungswelle sind die Fehlzeiten 2014 bundesweit geringfügig gesunken. Allerdings verursachten Psychische Störungen 2014 höhere Fehlzeiten als im Vorjahr.

Für die sorgfältigen und umfassenden Analysen danken wir Dr. Thomas Grobe und seinem Team von AQUA.

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

Hamburg, im September 2015

Frank Liedtke

Landesgeschäftsführer

Hamburg

Einleitung

Der BARMER GEK Gesundheitsreport 2015 umfasst, wie im vorausgehenden Jahr, einen Routineteil sowie ein Schwerpunktthema. Im Routineteil des Gesundheitsreportes werden vorrangig aktuelle Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten aus dem Jahr 2014 dargestellt. Basis der aktuellen Auswertungen bilden bundesweit erfasste und pseudonymisierte Daten zu jahresdurchschnittlich 3,60 Millionen Erwerbspersonen mit Versicherung in der BARMER GEK 2014. 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 203).

Der diesjährige Schwerpunkt des Reportes mit dem Titel „Demografischer Wandel – Perspektiven und Chancen“ befasst sich mit Veränderungen in Betrieben und bei Beschäftigten, die in den kommenden Jahren aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland zu erwarten sind, wenn die Generation der Baby-Boomer das Rentenalter erreicht. Neben Verweisen auf aktuelle Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung und Erwerbstätigkeit befasst sich der Report mit absehbaren Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Gesundheit der Erwerbspersonen und liefert Hintergrundinformationen zum Umgang mit diesen Veränderungen.

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 2015

1.) Wichtige bundesweite Ergebnisse im Überblick

- Die bundesweit ermittelten Ergebnisse des Gesundheitsreportes zum Jahr 2014 beruhen auf Daten der BARMER GEK zu insgesamt 3,6 Millionen Erwerbspersonen. Bei den Berechnungen konnten Daten zu etwa 11,5 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland berücksichtigt werden.
- Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten 2014 bundesweit nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen geringfügig, nämlich um 0,5 Prozent beziehungsweise 0,09 Tage je Erwerbsperson, gesunken. Der Krankenstand lag damit 2014 bei 4,69 Prozent (Vorjahr: 4,72 Prozent; vgl. Tabelle 1 auf Seite 8). Dabei wurden 2014 deutlich weniger Arbeitsunfähigkeitsfälle als 2013 registriert, diese dauerten im Mittel jedoch länger als im Vorjahr.
- Für den Rückgang der Fehlzeiten war das Ausbleiben einer stärkeren Grippe- und Erkältungswelle verantwortlich. Mit Krankheiten des Atmungssystems wurden 2014 23,4 Prozent weniger Fehltage als 2013 erfasst. Im Durchschnitt fehlte eine Erwerbsperson 2014 unter Angabe entsprechender Diagnosen 0,6 Tage weniger als 2013 (vgl. Seite 46). Psychische Störungen verursachten 2014 demgegenüber höhere Fehlzeiten als im Vorjahr.
- Der größte Anteil der Fehlzeiten entfiel auch 2014 mit 23,6 Prozent auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. Nach psychischen Störungen mit 18,5 Prozent folgen mit Anteilen von 12,1 beziehungsweise 12,0 Prozent Verletzungen sowie Krankheiten des Atmungssystems (vgl. Abschnitte ab Seite 42).
- Die Fehlzeiten variieren bei bundesweiten Auswertungen sehr deutlich in Abhängigkeit von Branchen und Berufen von Beschäftigten (vgl. Text ab Seite 29). Ergebnisse werden im diesjährigen Report erstmals differenziert nach aktuellen Tätigkeitsschlüsseln (KldB 2010) dargestellt.
- Das diesjährige Schwerpunktthema „Demografischer Wandel – Perspektiven und Chancen“ befasst sich mit Veränderungen, die in den kommenden Jahren aufgrund der demografischen Entwicklung bei Erwerbspersonen und dabei insbesondere auch im zeitlichen Zusammenhang mit dem Ausscheiden der Baby-Boomer aus dem Erwerbsleben in Deutschland zu erwarten sind.

Gesundheitsreport für Hamburg 2015

2.) Wichtige regionale Ergebnisse im Überblick

- Von den bei bundesweiten Auswertungen 2014 berücksichtigten Erwerbspersonen wohnten 71 Tausend (2,0%) in Hamburg. Für die Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten in Hamburg konnten damit Daten zu etwa 7,7 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aus Hamburg berücksichtigt werden.
- Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten in Hamburg, nämlich um 0,9 Prozent beziehungsweise 0,15 Tage je Person, gestiegen.
- Der Krankenstand lag nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen in Hamburg bei 4,42 Prozent, was – bezogen auf eine einzelne Erwerbsperson – durchschnittlich 16,1 gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstagen im Jahr 2014 entspricht (vgl. Seite 8). Bundesweit ermittelte Fehlzeiten wurden in Hamburg 2014 damit um 5,7 Prozent unterschritten.
- Für den Anstieg der Fehlzeiten von 2013 auf 2014 waren in Hamburg längere Krankschreibungen mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems maßgeblich verantwortlich (vgl. Seite 46), welche jedoch überwiegend vom Rückgang der Fehlzeiten mit Atemwegserkrankungen kompensiert wurden.
- Auf die vier relevantesten Krankheitsarten entfielen in Hamburg 2014 insgesamt 68,2 Prozent und damit mehr als zwei Drittel der Fehlzeiten, dabei 25,1 Prozent auf psychische Störungen, 20,8 Prozent auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, 11,8 Prozent auf Atemwegserkrankungen und 10,4 Prozent auf Verletzungen.
- Im April 2015 wurden vom Statistischen Bundesamt Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung vorgelegt. Unter Annahme einer nur moderaten Zuwanderung wäre in Deutschland mit einem Rückgang der Einwohnerzahl bis 2060 auf 67,6 Mio. um 17 Prozent zu rechnen, in Hamburg dürfte der relative Rückgang voraussichtlich nicht so deutlich ausfallen.
- Nach Abschätzungen im Gesundheitsreport könnte die Zahl der Erwerbspersonen trotz Einführung „der Rente mit 67“ noch merklich stärker zurückgehen, bei nur moderater Zuwanderung bis 2060 um mehr als ein Viertel. Während 2015 erst rund zehn Prozent 60 Jahre und älter waren, wird dieser Anteil ab 2030 bei etwa 15 Prozent liegen. Der Report befasst sich ausführlich auch mit den gesundheitlichen Folgen entsprechender Veränderungen.

Arbeitsunfähigkeiten

Grundlegende Kennzahlen und Entwicklungen 2014

Nachfolgend werden zunächst grundlegende Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten aus den Jahren 2013 und 2014 dargestellt, wobei den bundeslandspezifischen Ergebnissen aus beiden Jahren bundesweit ermittelte Ergebnisse gegenübergestellt werden.

Tabelle 1 zeigt Ergebnisse zum regionalen und bundesweiten Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen in den Jahren 2013 und 2014. Angaben zu relativen Veränderungen regionaler und bundesweiter Zahlen von 2013 auf 2014 sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 1 Grundlegende Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit

Kennzahl Hamburg	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Betroffenheitsquote	47,5%	55,4%	51,1%	46,6%	53,2%	49,6%
AU-Fälle je 100 VJ	104	126	114	102	124	112
AU-Tage je Fall	14,2	13,8	14,0	14,7	14,1	14,4
AU-Tage je 100 VJ	1.474	1.746	1.599	1.504	1.743	1.614
Krankenstand	4,04%	4,78%	4,38%	4,12%	4,78%	4,42%
BUNDESWEIT	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Betroffenheitsquote	55,3%	59,9%	57,4%	52,8%	57,5%	55,0%
AU-Fälle je 100 VJ	119	135	126	113	130	121
AU-Tage je Fall	13,9	13,4	13,7	14,4	13,8	14,1
AU-Tage je 100 VJ	1.650	1.805	1.721	1.639	1.798	1.712
Krankenstand	4,52%	4,94%	4,72%	4,49%	4,93%	4,69%

BARMER GEK 2013 und 2014, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Nach den Ergebnissen geschlechts- und altersstandardisierter Auswertungen von bundesweiten Daten der BARMER GEK waren im Jahr 2014 55,0 Prozent der Erwerbspersonen, also deutlich mehr als die Hälfte, mindestens einmalig erkrankungsbedingt arbeitsunfähig gemeldet. Je 100 durchgängig Beschäftigte wurden bundes-

weit 121 Arbeitsunfähigkeitsmeldungen und insgesamt 1.712 Fehltage erfasst. Für einzelne Beschäftigte wurden demnach innerhalb des Jahres durchschnittlich 1,21 Arbeitsunfähigkeitsfälle sowie insgesamt knapp zweieinhalb Erkrankungswochen gemeldet. Die 1.712 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre (VJ) entsprechen einem Krankenstand von 4,69 Prozent. An einem durchschnittlichen Kalendertag des Jahres 2014 waren demnach von 1.000 Beschäftigten knapp 47 Beschäftigte arbeitsunfähig gemeldet. Eine einzelne Arbeitsunfähigkeitsmeldung dauerte im Durchschnitt 14,1 Tage.

Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten 2014 nach bundesweit ermittelten Ergebnissen um 0,5 Prozent geringfügig zurückgegangen. Der Rückgang resultierte dabei vorrangig aus einer merklich geringeren Anzahl von AU-Fällen (-3,8 Prozent), die jedoch durch eine längere durchschnittliche Krankschreibungsdauer (+3,5 Prozent) überwiegend kompensiert wurde.

Tabelle 2 Relative Veränderungen von Kennzahlen 2014 im Vergleich zum Vorjahr

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

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

Für Erwerbspersonen in **Hamburg** ergeben die Auswertungen auch für 2014 niedrigere Kennzahlen zur Zahl der AU-Fälle und -Tage als im Bundesdurchschnitt. Mit 112 AU-Fällen und 1.614 AU-Tagen je 100 VJ wurden in Hamburg 7,4 Prozent weniger AU-Fälle und 5,7 Prozent weniger AU-Tage als im Bundesdurchschnitt erfasst (vgl. Tabelle 1).

Im Vergleich zum Vorjahr sind auch in Hamburg die AU-Fallzahlen gesunken – und zwar um 1,6 Prozent –, während die Fehlzeiten um 0,9 Prozent gestiegen sind (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 2013 und 2014 beinhaltet, beschränkt sich die Kartendarstellung auf aktuelle Angaben zum Jahr 2014. 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 2013 und 2014

Bundesland	AU-Fälle je 100 VJ 2013			AU-Fälle je 100 VJ 2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	113	121	117	108	117	112
Bayern	111	118	115	108	116	112
Berlin	112	147	128	109	144	125
Brandenburg	128	159	143	126	155	139
Bremen	114	133	122	108	128	117
Hamburg	104	126	114	102	124	112
Hessen	124	137	130	118	132	125
Meckl.-Vorpommern	131	159	144	124	154	138
Niedersachsen	122	134	128	116	128	122
Nordrhein-Westfalen	115	131	122	109	125	116
Rheinland-Pfalz	123	132	127	117	125	121
Saarland	119	128	123	113	125	118
Sachsen	124	153	137	119	146	131
Sachsen-Anhalt	135	160	146	130	157	143
Schleswig-Holstein	120	135	127	115	130	122
Thüringen	136	162	148	132	157	144
BUNDESWEIT	119	135	126	113	130	121

BARMER GEK 2013 und 2014, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

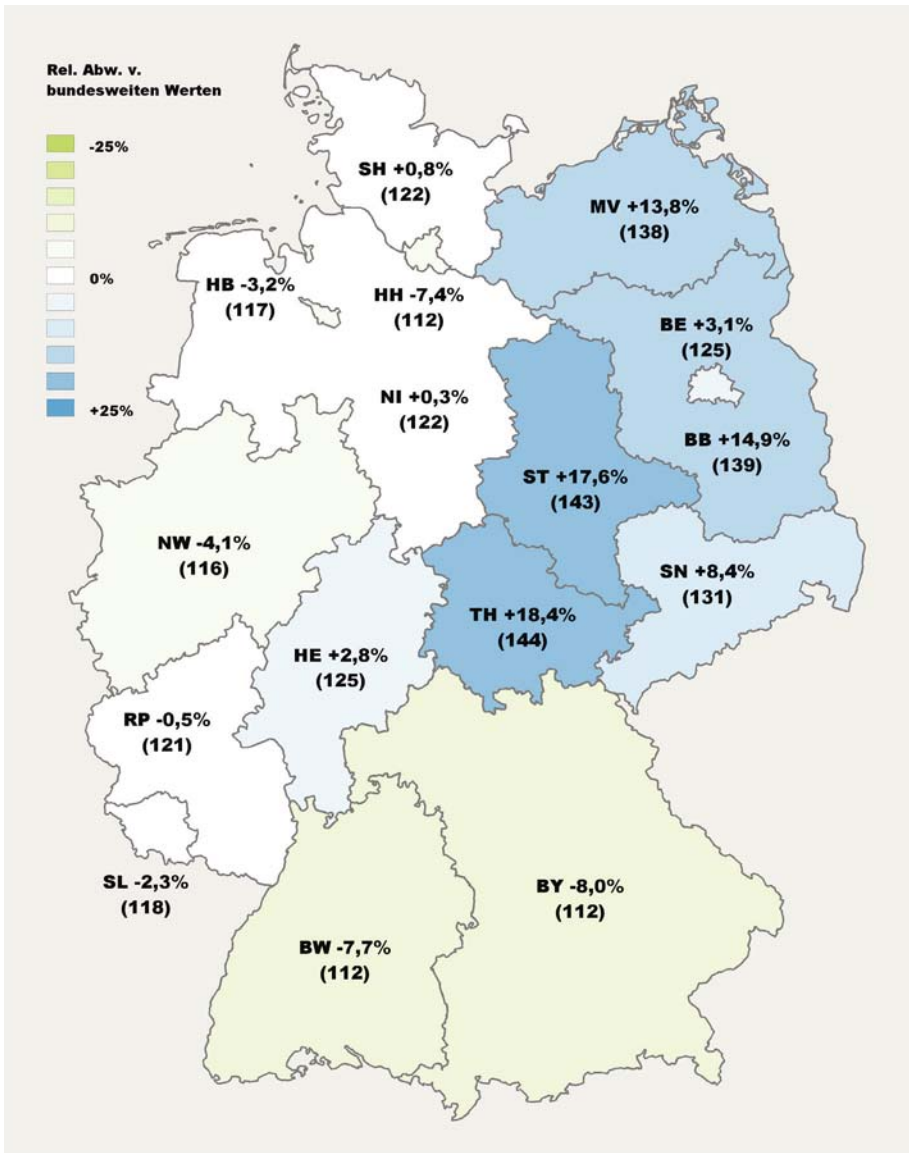


Abbildung 1 Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2014

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

Die AU-Fallzahlen variierten 2014 zwischen 112 Fällen je 100 Versicherungsjahre in Baden-Württemberg, Bayern und Hamburg sowie 144 Fällen je 100 Versicherungsjahre in Thüringen, womit die bundesweiten Ergebnisse um mehr als sieben Prozent unterschritten beziehungsweise um 18,4 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 2014 noch etwas ausgeprägter als die AU-Fallzahlen, nämlich zwischen 1.470 AU-Tagen je 100 VJ in Baden-Württemberg (-14,1%) und 2.037 AU-Tagen je 100 VJ in Brandenburg (+19,0%). Nach Baden-Württemberg weisen Erwerbspersonen aus Bayern die geringsten Fehlzeiten auf.

Tabelle 4 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2013 und 2014

Bundesland	AU-Tage je 100 VJ 2013			AU-Tage je 100 VJ 2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	1.449	1.535	1.489	1.433	1.513	1.470
Bayern	1.523	1.518	1.521	1.500	1.518	1.508
Berlin	1.692	2.104	1.882	1.673	2.111	1.875
Brandenburg	1.909	2.214	2.050	1.906	2.192	2.037
Bremen	1.408	1.802	1.589	1.431	1.695	1.553
Hamburg	1.474	1.746	1.599	1.504	1.743	1.614
Hessen	1.624	1.737	1.676	1.615	1.729	1.667
Meckl.-Vorpommern	1.942	2.170	2.047	1.957	2.125	2.034
Niedersachsen	1.657	1.766	1.708	1.630	1.762	1.691
Nordrhein-Westfalen	1.612	1.788	1.694	1.609	1.788	1.691
Rheinland-Pfalz	1.715	1.762	1.736	1.691	1.753	1.719
Saarland	1.844	1.933	1.885	1.912	2.005	1.955
Sachsen	1.755	1.951	1.845	1.717	1.949	1.824
Sachsen-Anhalt	1.939	2.147	2.035	1.923	2.112	2.010
Schleswig-Holstein	1.673	1.865	1.762	1.661	1.864	1.754
Thüringen	1.975	2.133	2.048	1.946	2.116	2.024
BUNDESWEIT	1.650	1.805	1.721	1.639	1.798	1.712

BARMER GEK 2013 und 2014, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

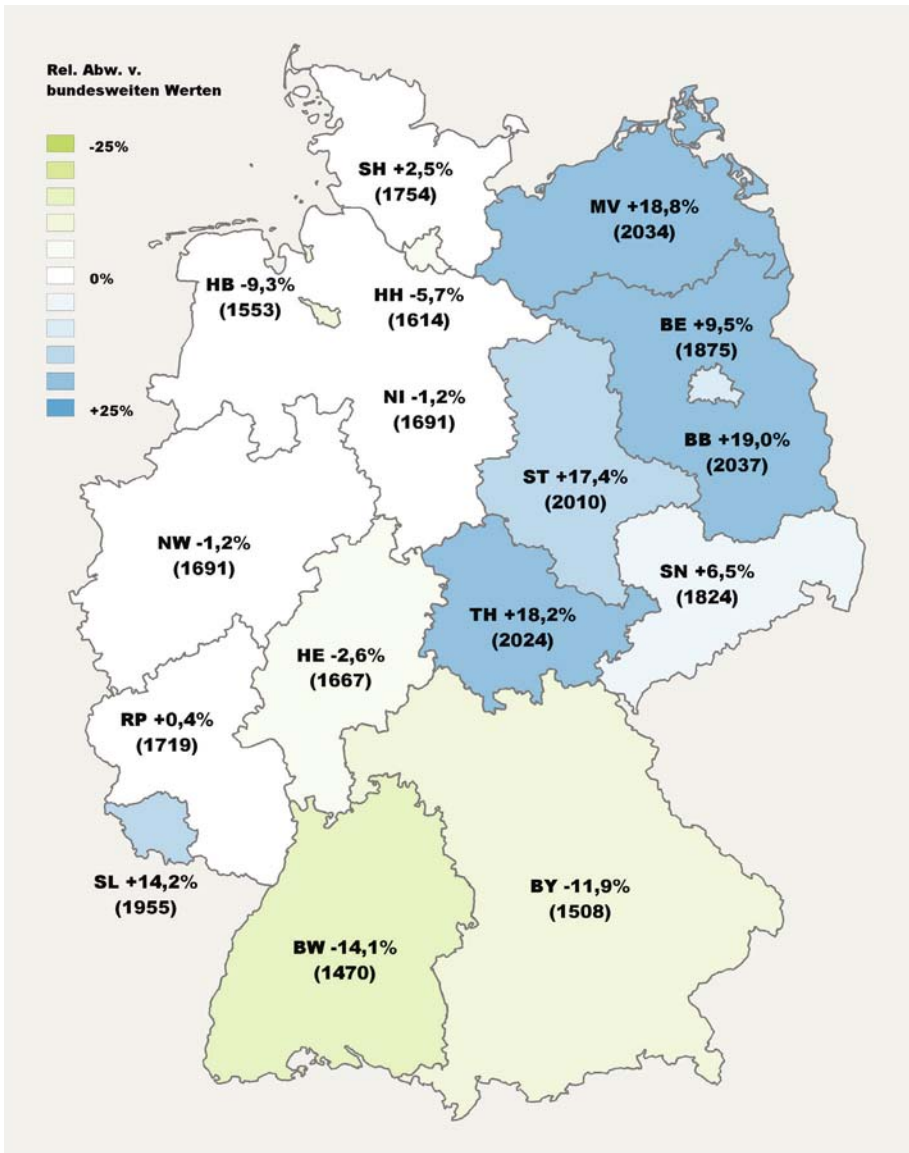


Abbildung 2 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2014

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 2013 auf 2014 merklich zurückgegangen. Ebenso wurden in fast allen Bundesländern, zumindest tendenziell, geringere Fehlzeiten gemeldet. Nur in Hamburg und deutlich noch im Saarland sind die Fehlzeiten gegen den allgemeinen Trend von 2013 auf 2014 angestiegen.

Tabelle 5 Relative Veränderungen 2014 im Vergleich zum Vorjahr in Bundesländern

Bundesland	Rel. Veränderungen AU-Fälle			Rel. Veränderungen AU-Tage		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	-4,52%	-3,60%	-4,08%	-1,11%	-1,37%	-1,23%
Bayern	-3,08%	-2,07%	-2,60%	-1,56%	0,00%	-0,84%
Berlin	-2,75%	-1,81%	-2,25%	-1,14%	0,34%	-0,38%
Brandenburg	-1,50%	-2,94%	-2,25%	-0,20%	-0,99%	-0,59%
Bremen	-4,75%	-3,34%	-4,05%	1,65%	-5,93%	-2,31%
Hamburg	-1,58%	-1,69%	-1,64%	2,03%	-0,15%	0,93%
Hessen	-4,68%	-3,60%	-4,16%	-0,58%	-0,44%	-0,52%
Meckl.-Vorpommern	-5,18%	-3,13%	-4,14%	0,80%	-2,08%	-0,61%
Niedersachsen	-5,36%	-4,55%	-4,96%	-1,65%	-0,22%	-0,97%
Nordrhein-Westfalen	-5,78%	-4,13%	-4,97%	-0,23%	-0,05%	-0,14%
Rheinland-Pfalz	-5,10%	-4,93%	-5,02%	-1,39%	-0,51%	-0,98%
Saarland	-4,82%	-2,85%	-3,87%	3,70%	3,76%	3,73%
Sachsen	-4,27%	-4,27%	-4,27%	-2,16%	-0,09%	-1,15%
Sachsen-Anhalt	-3,64%	-1,72%	-2,68%	-0,81%	-1,61%	-1,20%
Schleswig-Holstein	-3,98%	-3,45%	-3,72%	-0,75%	-0,10%	-0,43%
Thüringen	-3,03%	-2,88%	-2,96%	-1,48%	-0,79%	-1,15%
BUNDESWEIT	-4,28%	-3,39%	-3,84%	-0,66%	-0,38%	-0,52%

BARMER GEK 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 2014 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 204 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 Tabelle 6. 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.

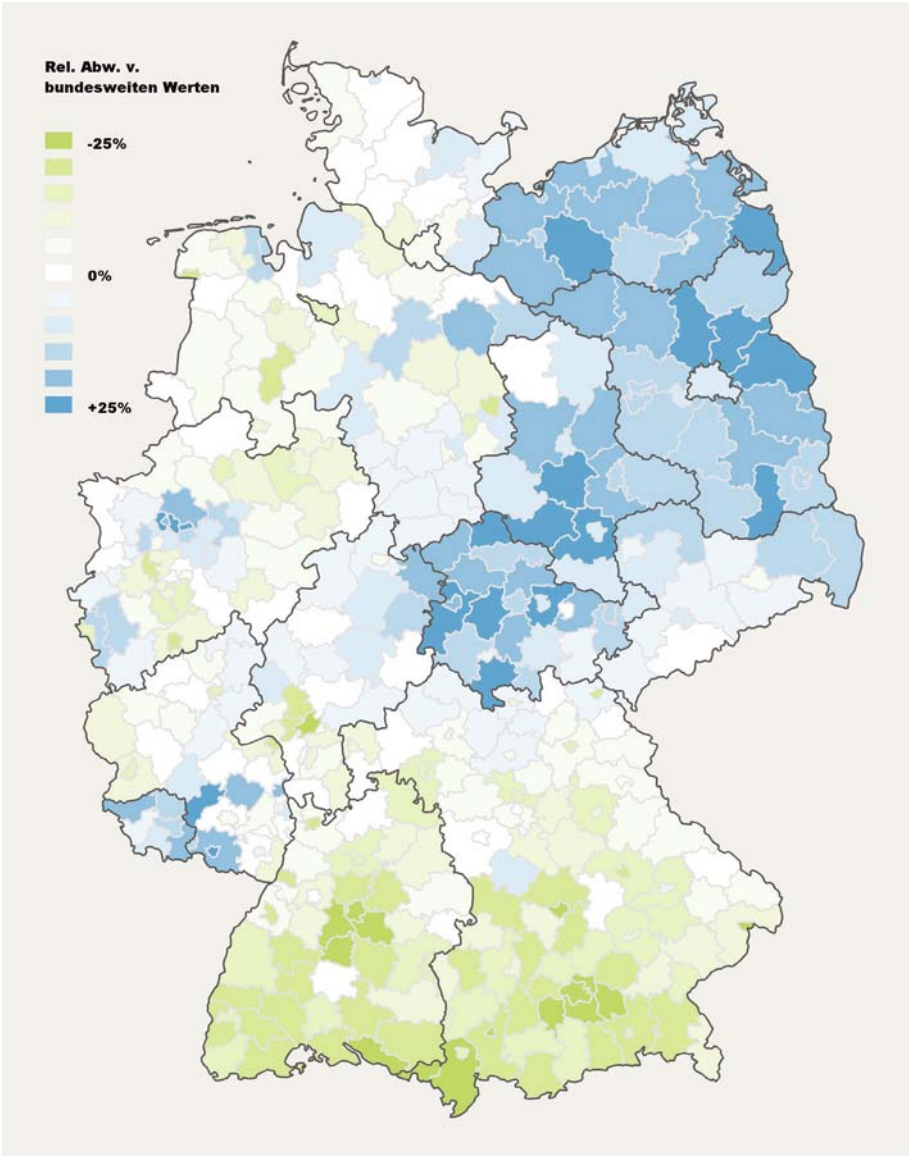


Abbildung 3 Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen 2014 bundesweit

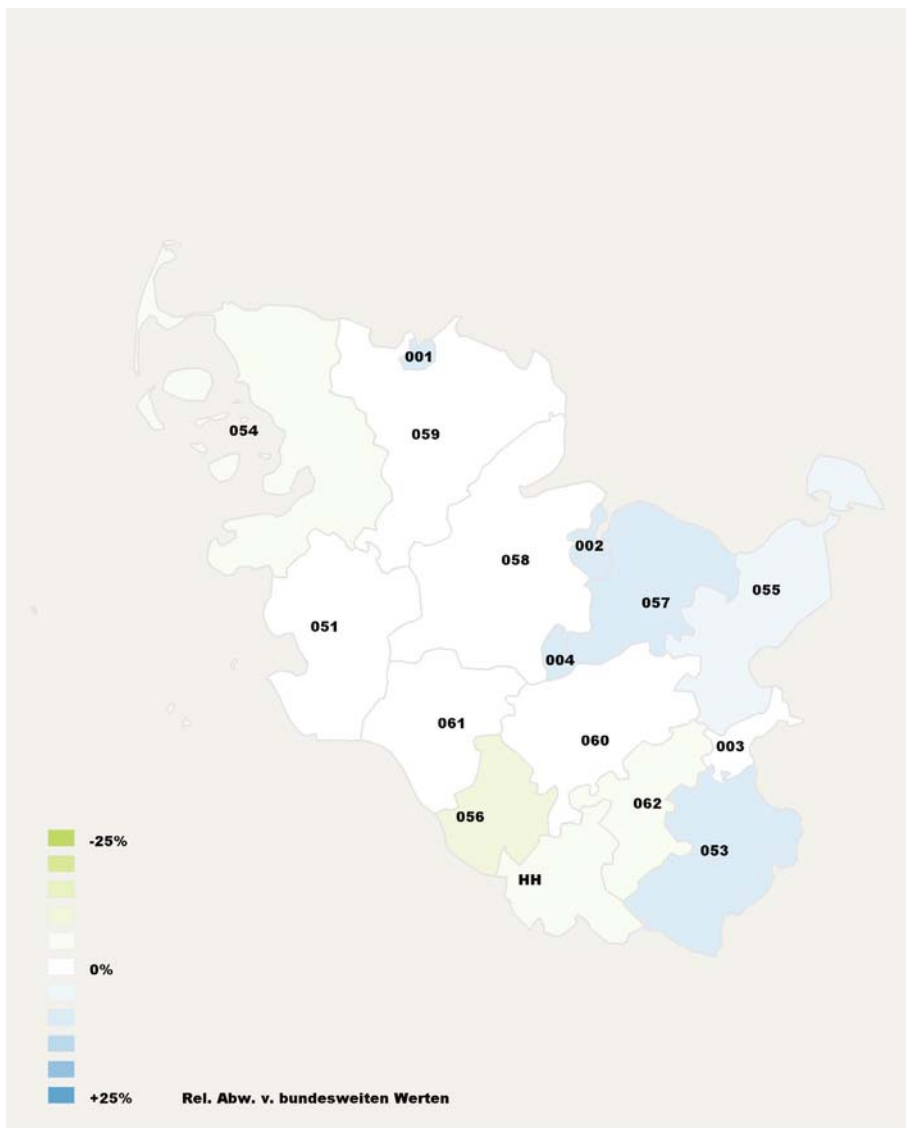


Abbildung 4 Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2014

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 2014 im Vergleich mit strukturabhängigen Erwartungswerten eher niedrig lagen. So werden bundesweit ermittelte Werte in Hamburg um 6,3 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 2014 mit einer Überschreitung bundesweiter Fehlzeiten um 12,5, 11,7 und 11,3 Prozent für die Kreise Herzogtum Lauenburg (Kreisnummer 01 053), Neumünster (Kreisnummer 01 004) und Plön (Kreisnummer 01 057) feststellen.

Tabelle 6 Relative Abweichungen der AU-Fallzahlen und Fehlzeiten in Kreisen 2013, 2014

Kreis 01...	Hamburg und Kreise in Schleswig-Holstein, Bezeichnung	VJ 2014	2013		2014	
			AU- Fälle	AU- Tage	AU- Fälle	AU- Tage
001	Flensburg	3.316	-5,1%	-0,6%	-7,5%	10,1%
002	Kiel	13.161	7,0%	9,8%	6,0%	8,2%
003	Lübeck	8.326	1,4%	6,2%	2,9%	1,1%
004	Neumünster	3.731	8,7%	8,3%	8,3%	11,7%
051	Dithmarschen	5.961	-5,3%	-2,8%	-8,3%	0,9%
053	Herzogtum Lauenburg	7.032	5,8%	9,3%	7,3%	12,5%
054	Nordfriesland	9.235	-9,8%	-6,3%	-10,2%	-4,5%
055	Ostholstein	11.035	-2,1%	7,4%	-1,6%	6,7%
056	Pinneberg	14.957	-3,2%	-7,6%	-2,1%	-8,3%
057	Plön	9.809	9,4%	8,6%	10,0%	11,3%
058	Rendsburg-Eckernförde	18.807	2,2%	1,7%	1,7%	2,3%
059	Schleswig-Flensburg	12.432	-5,3%	2,3%	-4,9%	0,3%
060	Segeberg	16.347	1,8%	4,0%	2,6%	0,2%
061	Steinburg	5.221	-5,5%	2,9%	-5,4%	-2,1%
062	Stormarn	10.996	-2,5%	-8,1%	-2,0%	-4,7%
HH	Hamburg	71.126	-9,9%	-7,4%	-7,4%	-6,3%
AU-Tage und -Fälle je 100 VJ BUNDESWEIT			126	1.721	121	1.712

BARMER GEK 2013 und 2014, 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.

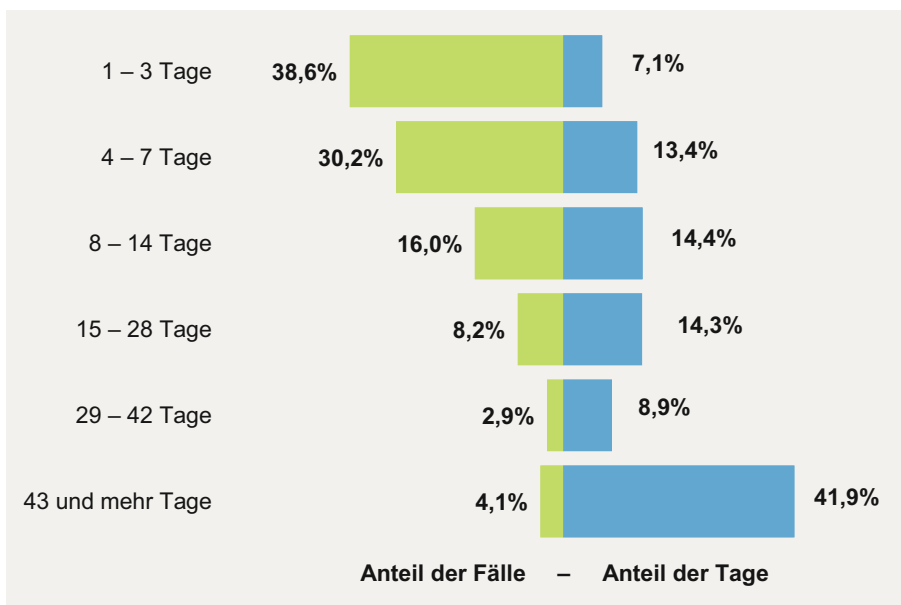


Abbildung 5 AU-Fälle und AU-Tage nach Falldauer Hamburg 2014

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 2014 etwa zwei Drittel der erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle maximal eine Woche. 38,4 Prozent der Fälle erstreckten sich dabei über ein bis drei Tage, 29,1 Prozent dauerten zwischen vier und sieben Tage (vgl. Tabelle 7). Auf diese große Zahl eher kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeiten entfiel jedoch mit einem Anteil von 19,7 Prozent lediglich etwa 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	38,6%	7,1%	38,4%	6,8%
4 – 7 Tage	30,2%	13,4%	29,1%	12,9%
8 – 14 Tage	16,0%	14,4%	16,3%	14,8%
15 – 28 Tage	8,2%	14,3%	9,0%	15,7%
29 – 42 Tage	2,9%	8,9%	3,1%	9,4%
43 und mehr Tage	4,1%	41,9%	4,2%	40,4%

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

Lediglich 4,2 Prozent der bundesweit erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle, also etwa jede 24. Krankschreibung, dauerte länger als sechs Wochen. Allein dieser verhältnismäßig kleinen Zahl von Fällen mit mehr als sechs Wochen Dauer waren jedoch mit 40,4 Prozent ungefähr zwei Fünftel aller Arbeitsunfähigkeitstage zuzuordnen.

Grundsätzlich entsprechen die Ergebnisse aus **Hamburg** den bundesweiten Resultaten (vgl. auch Abbildung 5). 68,9 Prozent der erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle in Hamburg dauerten 2014 maximal eine Woche, waren mit einem Anteil von 20,5 Prozent jedoch für rund ein Fünftel aller AU-Tage verantwortlich. Demgegenüber entfielen auf die nur 15,2 Prozent der AU-Fälle mit mehr als zwei Wochen Dauer mit 65,1 Prozent etwa 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 2014.

Tabelle 8 Arbeitsunfähigkeiten an Wochentagen regional und bundesweit

Wochentag	Hamburg		BUNDESWEIT	
	AU-Beginn	AU-Tage	AU-Beginn	AU-Tage
Montag	34,4%	14,1%	34,4%	14,0%
Dienstag	20,2%	15,2%	20,3%	15,1%
Mittwoch	16,5%	15,7%	16,6%	15,8%
Donnerstag	16,0%	15,5%	15,6%	15,6%
Freitag	10,3%	15,7%	10,2%	15,8%
Samstag	1,5%	12,1%	1,5%	12,1%
Sonntag	1,2%	11,7%	1,4%	11,6%

BARMER GEK 2014, 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 Erkrankungereignisse 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.

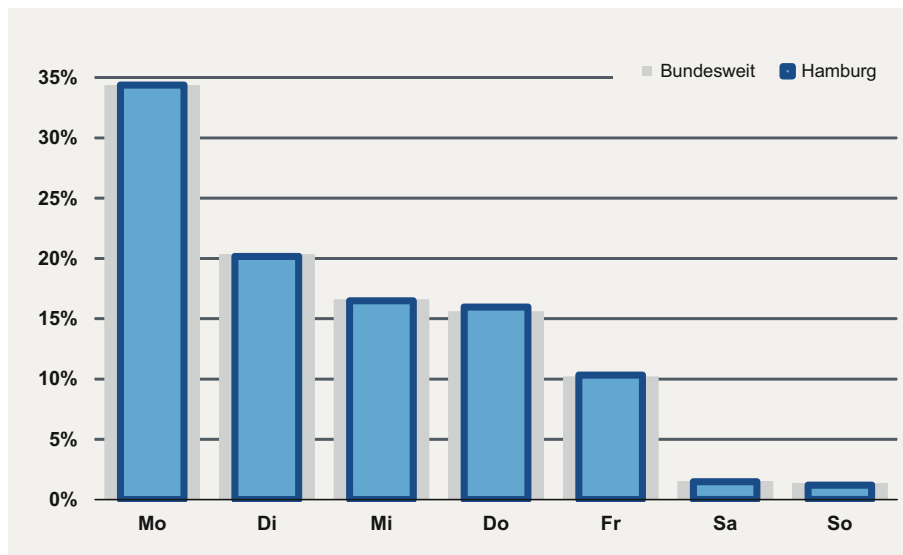


Abbildung 6 Verteilung der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auf Wochentage 2014

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 Fehlzeiten 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 2014.

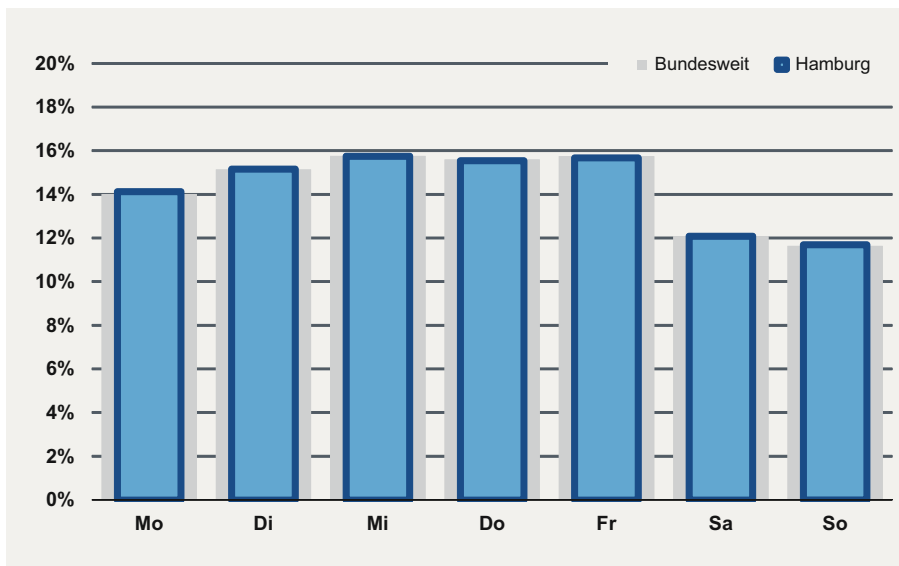


Abbildung 7 Verteilung der Fehlzeiten auf Wochentage 2014

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 etwa 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 207 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 – in geringerem Umfang aber auch bei Frauen – im Alter zwischen 15 und 44 Jahre niedriger als nach bundesweit ermittelten Zahlen.

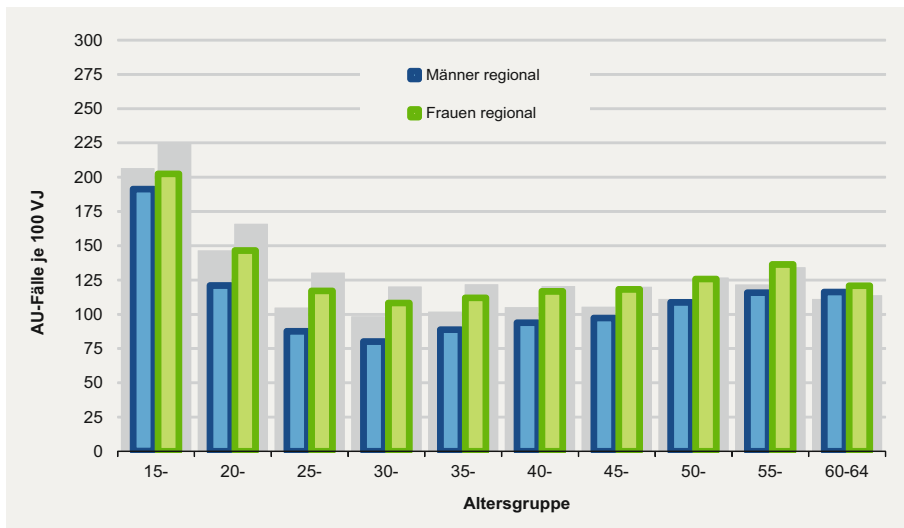


Abbildung 8 AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2014

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 208 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 26 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 208 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 2014 nach bundesweiten Ergebnissen durchschnittlich etwa 12 Tage krankgemeldet waren (was der Angabe 1.200 AU-Tage je 100 VJ sowie einem Krankenstand von 3,3 Prozent entspricht). Mit zunehmendem Alter steigt nach Vollendung des 35. Lebensjahres der Krankenstand. In der höchsten hier berücksichtigten Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen werden schließlich etwa 2,5-fach höhere Fehlzeiten erfasst. Bei Betrieben ist demnach mit zunehmendem Alter der Beschäftigten kaum mit einer Veränderung der Krankschreibungshäufigkeit zu rechnen. Da jedoch einzelne Fälle 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 aber – besonders bei jüngeren Männern bis 49 Jahre – auf einem niedrigeren Niveau. Höhere Fehlzeiten als nach bundesweiten Ergebnissen finden sich in Hamburg vor allem bei Frauen der jüngsten Altersgruppe (15 bis 19 Jahre).

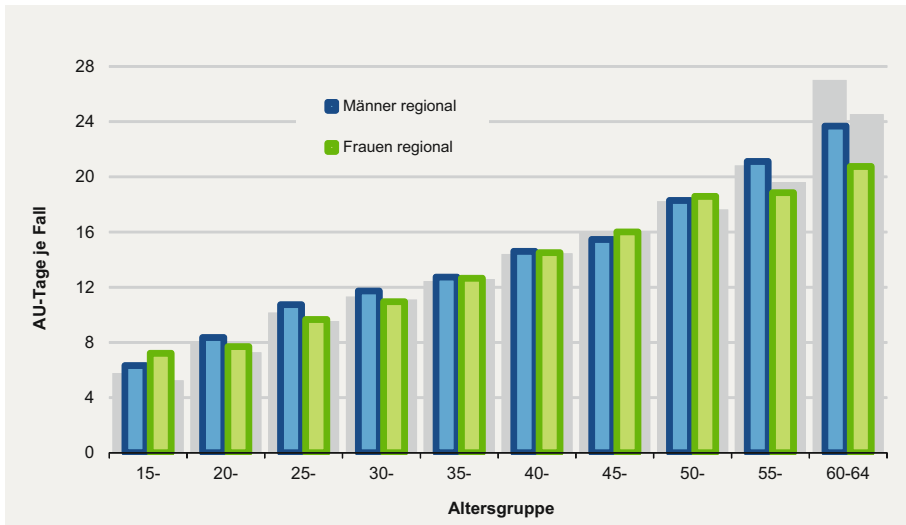


Abbildung 9 AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter 2014

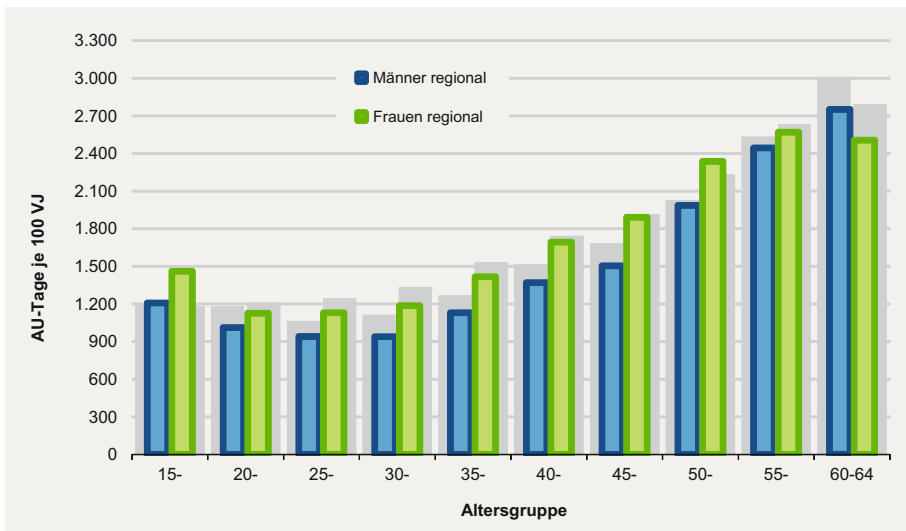


Abbildung 10 AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2014

Branchen- und tätigkeitsbezogene Ergebnisse

Der nachfolgende Abschnitt liefert Ergebnisse zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen 2014 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 202).

Abbildung 11 zeigt geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse zur Häufigkeit von AU-Fällen sowie zu Fehlzeiten im Jahr 2014 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 2014 durchschnittlich etwa einmal krankgeschrieben und fehlten dabei nach kassenseitig vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsmeldungen innerhalb des Jahres etwa 11 Tage erkrankungsbedingt am Arbeitsplatz, also etwa sechs Tage weniger als eine durchschnittliche Erwerbsperson.

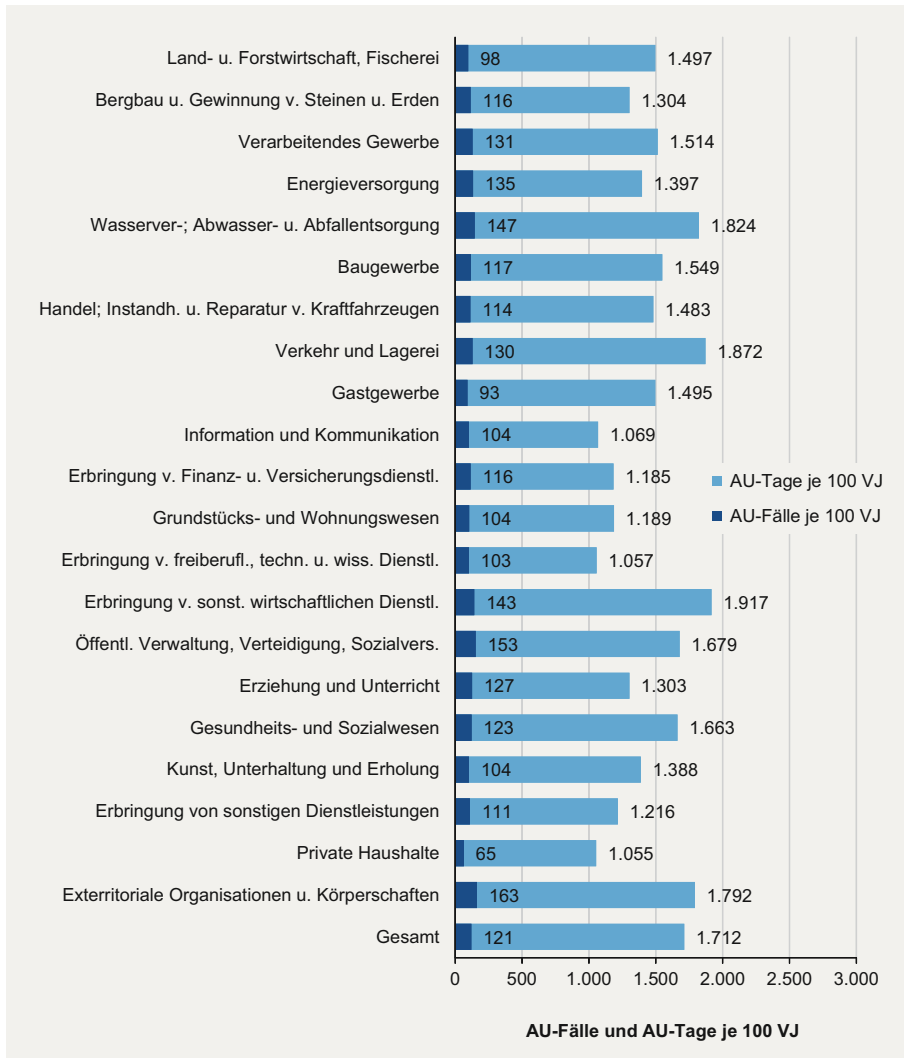


Abbildung 11 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen bundesweit 2014

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. Die höchsten Fehlzeiten von 1.917 AU-Tagen je 100 VJ werden für die Branche „Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen“ ausgewiesen. Diese hohen 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 209 im Anhang. Tabelle A5 auf Seite 212 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. Ergebnisse 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 199 im Anhang). Für das Jahr 2014 standen diese Angaben für Auswertungen im Gesundheitsreport erstmals zu allen berufstätigen Versicherten der Barmer GEK zur Verfügung.

Schulabschluss

Abbildung 12 zeigt geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im Jahr 2014 in Abhängigkeit vom höchsten gemeldeten Schulabschluss 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 durchschnittlich mehr als 19 Tage pro Jahr krankgeschrieben. Die niedrigsten Werte sind, mit etwa halb so vielen Fehltagen, bei Berufstätigen mit Abitur oder Fachabitur zu finden.

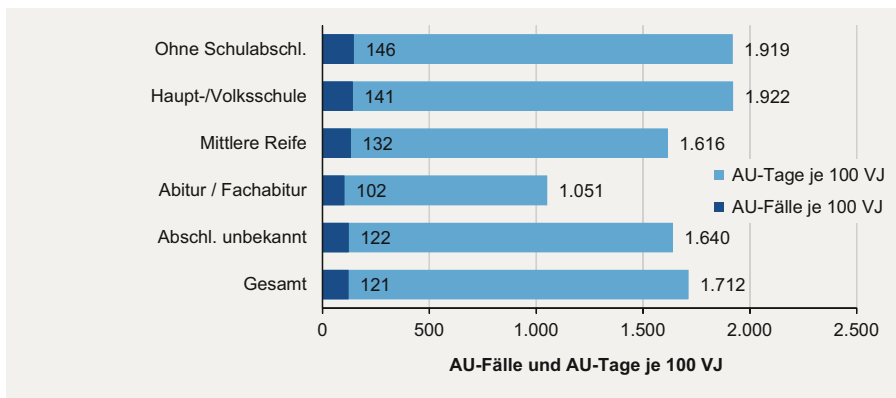


Abbildung 12 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Schulabschluss bundesweit 2014

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

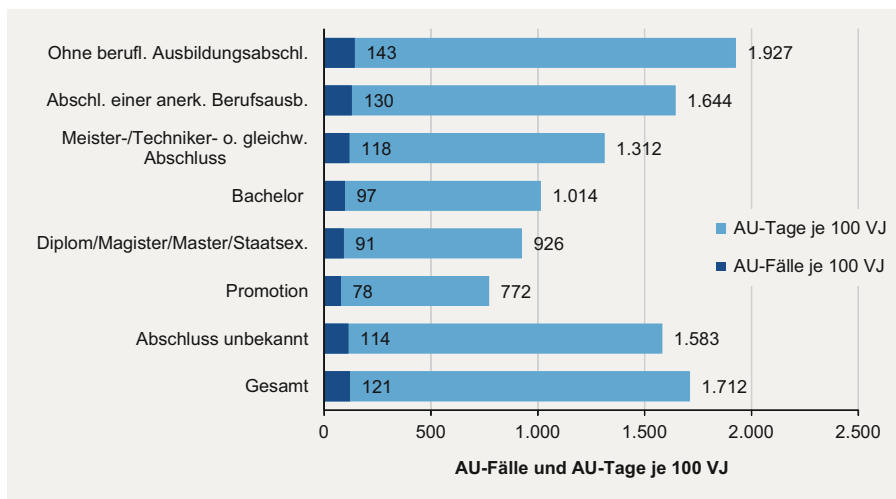


Abbildung 13 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Ausbildungsabschluss bundesweit 2014

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 190 im Anhang erläutert.

Berufsfelder

Abbildung 14 zeigt AU-Fallzahlen und Fehlzeiten 2014 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 202). 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 2014 mit durchschnittlich weniger als 12 Fehltagen je Person für Beschäftigte mit technisch-naturwissenschaftlichen Berufen, mit Verwal-

tungs-/Wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Berufen sowie mit Medien-, geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufen ermitteln.

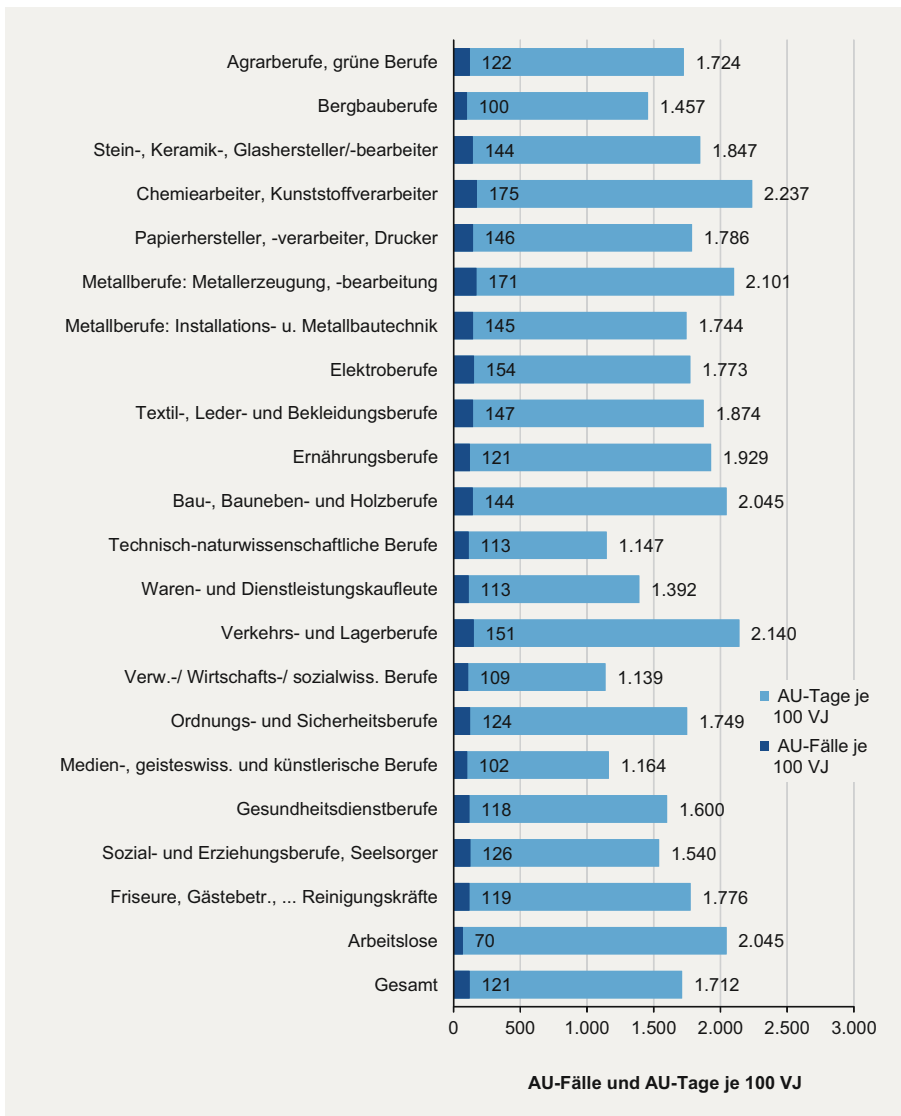


Abbildung 14 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Berufsfeldern bundesweit 2014

Durchschnittlich mehr als 20 Fehltage je Person pro Jahr wurden demgegenüber bei Chemiearbeitern und Kunststoffverarbeitern, bei Metallberufen in Metallherzeugung und -bearbeitung, 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 190).

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 199 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 ausnahmsweise auf eine Geschlechts- und Altersstandardisierung verzichtet.

Tabelle 9 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach zweistelliger KldB 2010 im Jahr 2014

	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, zweistellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
01	Angehörige der regulären Streitkräfte	157	2.243	14,3
11	Land-, Tier- & Forstwirtschaftsberufe	108	1.584	14,7
12	Gartenbauberufe & Floristik	140	1.729	12,3
21	Rohstoffgewinnung & -aufbereitung, Glas- & Keramikbe- & -verarbeitung	145	2.000	13,8
22	Kunststoffherstellung & -verarbeitung, Holzbe- & -verarbeitung	157	2.004	12,7
23	Papier- & Druckberufe, technische Mediengestaltung	129	1.445	11,2
24	Metallherzeugung & -bearbeitung, Metallbauberufe	156	1.960	12,6
25	Maschinen- & Fahrzeugtechnikberufe	144	1.714	11,9

	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, zweistellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
26	Mechatronik-, Energie- & Elektroberufe	136	1.477	10,9
27	Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- & Produktionssteuerungsberufe	109	1.165	10,7
28	Textil- & Lederberufe	144	1.841	12,8
29	Lebensmittelherstellung & -verarbeitung	120	1.868	15,5
31	Bauplanungs-, Architektur- & Vermessungsberufe	96	1.014	10,5
32	Hoch- & Tiefbauberufe	135	2.091	15,5
33	(Innen-)Ausbauberufe	141	1.933	13,7
34	Gebäude- & versorgungstechnische Berufe	137	1.887	13,7
41	Mathematik-, Biologie-, Chemie- & Physikberufe	133	1.437	10,8
42	Geologie-, Geografie- & Umweltschutzberufe	114	1.251	11,0
43	Informatik-, Informations- & Kommunikationstechnologieberufe	94	876	9,3
51	Verkehrs- & Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	148	2.020	13,7
52	Führer/innen von Fahrzeug- & Transportgeräten	117	2.251	19,2
53	Schutz-, Sicherheits- & Überwachungsberufe	136	2.209	16,2
54	Reinigungsberufe	136	2.315	17,1
61	Einkaufs-, Vertriebs- & Handelsberufe	106	1.132	10,7
62	Verkaufsberufe	113	1.764	15,6
63	Tourismus-, Hotel- & Gaststättenberufe	105	1.396	13,3
71	Berufe in Unternehmensführung & -organisation	112	1.306	11,7
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen & Steuerberatung	116	1.228	10,5
73	Berufe in Recht & Verwaltung	137	1.581	11,5
81	Medizinische Gesundheitsberufe	126	1.715	13,6
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- & Wellnessberufe, Medizintechnik	130	2.099	16,1
83	Erziehung, soziale & hauswirtschaftliche Berufe, Theologie	154	1.914	12,4
84	Lehrende & ausbildende Berufe	96	1.126	11,7
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- & wirtschaftswissenschaftliche Berufe	121	1.380	11,4
92	Werbung, Marketing, kaufmännische & redaktionelle Medienberufe	131	1.490	11,3

	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, zweistellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
93	Produktdesign & kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau	121	1.282	10,6
94	Darstellende & unterhaltende Berufe	86	1.203	14,0
	Arbeitslose	68	2.127	31,4
Gesamt		122	1.804	14,8

BARMER GEK 2014, 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 einem Krankschreibungsfall und unter 12 Fehltagen pro Person im Jahr insbesondere in den Tätigkeitsgruppen „Bauplanungs-, Architektur- & Vermessungsberufe“ (KldB zweistellig: 31), „Informatik-, Informations- & Kommunikationstechnologieberufe“ (43) und „Lehrende & ausbildende Berufe“ (84).

Dagegen wurden in den Tätigkeitsgruppen „Kunststoffherstellung & -verarbeitung, Holzbe- & -verarbeitung“ (22), „Metallerzeugung & -bearbeitung, Metallbauberufe“ (24) sowie „Erziehung, soziale & hauswirtschaftliche Berufe, Theologie“ (83) im Durchschnitt mehr als 1,5 AU-Fälle und rund 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 215** 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 199 im Anhang). Dargestellt sind Ergebnisse zu den bei Versicherten der BARMER GEK im Jahr 2014 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 Fehl-

zeiten nach zweistelliger KIdB 2010 wurde auf eine Geschlechts- und Altersstandardisierung verzichtet.

Durchschnittlich mehr als 23 Tage innerhalb des Jahres 2014 waren nach den vorliegenden Ergebnissen Beschäftigte aus folgenden Berufsgruppen arbeitsunfähig gemeldet (gemäß Reihenfolge ihrer Nennung in der Tabelle): „Bus- & Straßenbahnfahrer/innen“ (Tätigkeitsschlüssel 5213), „Berufe im Objekt-, Werte- & Personenschutz“ (5311), „Berufe in der Reinigung (ohne Spezialisierung)“ (5410), „Berufe in der Altenpflege (ohne Spezialisierung)“ (8210) sowie „Berufe im Dialogmarketing“ (9212).

Durchschnittlich weniger als 8 Arbeitsunfähigkeitstage innerhalb eines Jahres fanden sich bei den Auswertungen 2014 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 219 im Anhang liefert ergänzend **Ergebnisse zum Krankenstand** von Beschäftigten in den 100 bei Mitgliedern der BARMER GEK 2014 am häufigsten vertretenen Berufsgruppen nach Differenzierung auf der Basis von vierstelligen Schlüsseln der KIdB 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 197 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 2014 (Bezeichnungen aus Darstellungsgründen verkürzt). Eine differenziertere Verteilung lässt sich aus Angaben zu Fehlzeiten in Tabelle A10 auf Seite 226 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.

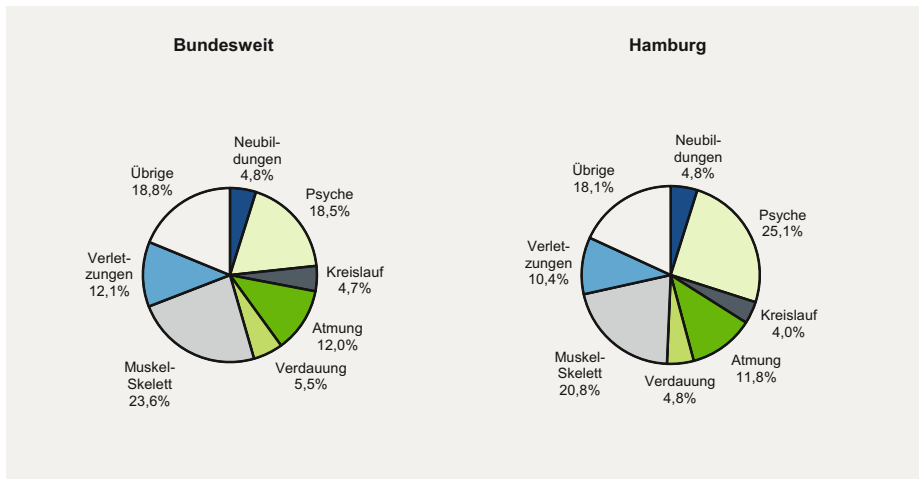


Abbildung 15 Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten 2014

Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Krankheitsarten

Ein typischerweise erster Schritt diagnosebezogener Auswertungen befasst sich mit der Anzahl der Erkrankungsfälle. Abbildung 16 auf Seite 43 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 224** 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 2014 32,1 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 Verdauungssystems und bei Verletzungen unterschritten. Psychische Störungen sind demgegenüber in Hamburg für vergleichsweise viele AU-Fälle verantwortlich.

Dauer der Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten (je Fall)

Abbildung 17 auf Seite 44 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 225 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 45 bzw. 41 AU-Tage erfasst. 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 40). In der nachfolgenden Abbildung 18 auf Seite 45 werden die den einzelnen Krankheitsarten zuzuordnenden AU-Tage je 100 Versicherungsjahre 2014 dargestellt, sinngemäß also, wie viele Fehltag mit bestimmten Diagnosen in einer Gruppe von 100 Beschäftigten im Jahr 2014 durchschnittlich beobachtet werden konnten. Zahlenangaben sind Tabelle A10 auf Seite 226 im Anhang zu entnehmen. Vorjahresergebnisse mit aktueller Geschlechts- und Altersstandardisierung sind in Tabelle A11 auf Seite 227 aufgeführt.

- Nach Auswertungen bundesweit erhobener Daten ließen sich **Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems** mit 404 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre die meisten Fehlzeiten auf der Ebene von Krankheitsarten zuordnen. Eine einzelne durchgängig versicherte Erwerbsperson war 2014 statistisch gesehen durchschnittlich also rund vier Tage allein mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems krankgeschrieben.
- Den Rang zwei belegen **Psychische und Verhaltensstörungen**. Mit entsprechenden Diagnosen wurden 2014 316 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre erfasst, was durchschnittlich 3,2 Tagen je Person entspricht.
- 207 bzw. 206 Tage je 100 VJ waren nach bundesweiten Auswertungen im Jahr 2014 **Verletzungen** sowie **Krankheiten des Atmungssystems** zuzuordnen.
- 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“ sowie „Verletzungen“ und zugleich, auch aufgrund einer sehr langen fallbezogenen Dauer, deutlich erhöhten Fehlzeiten unter der Diagnose von „Psychische Störungen“.

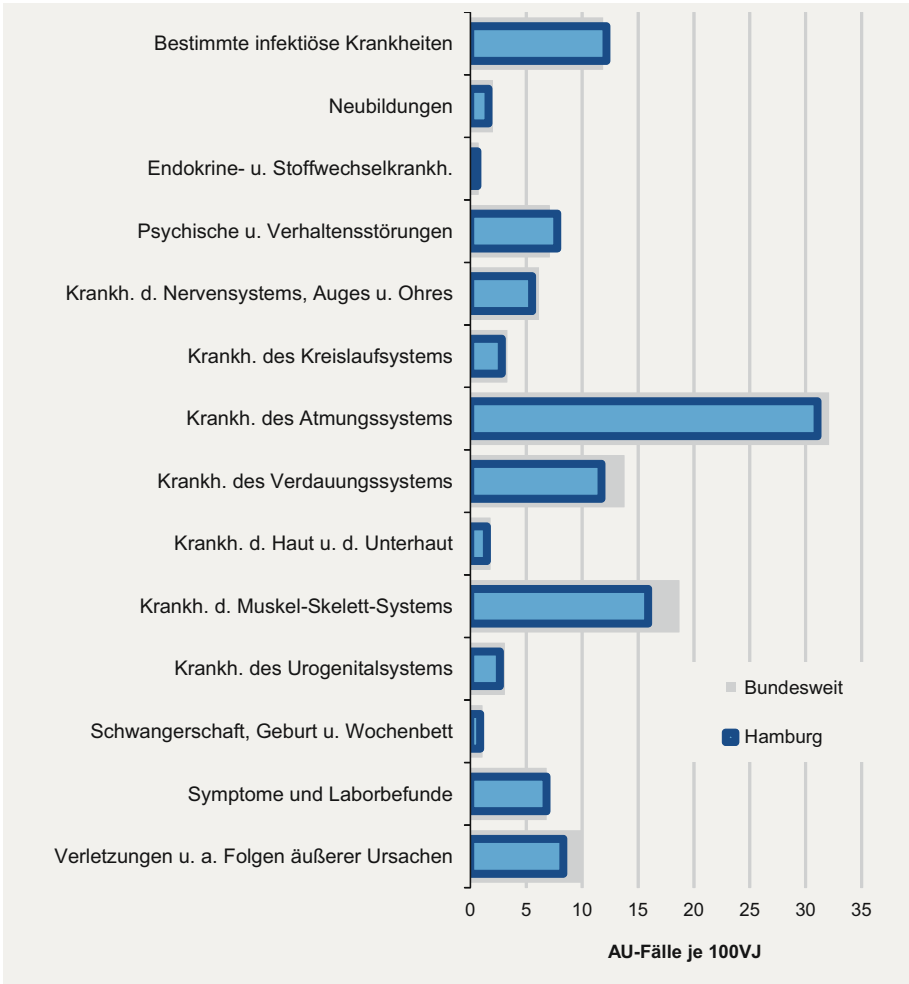


Abbildung 16 AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2014

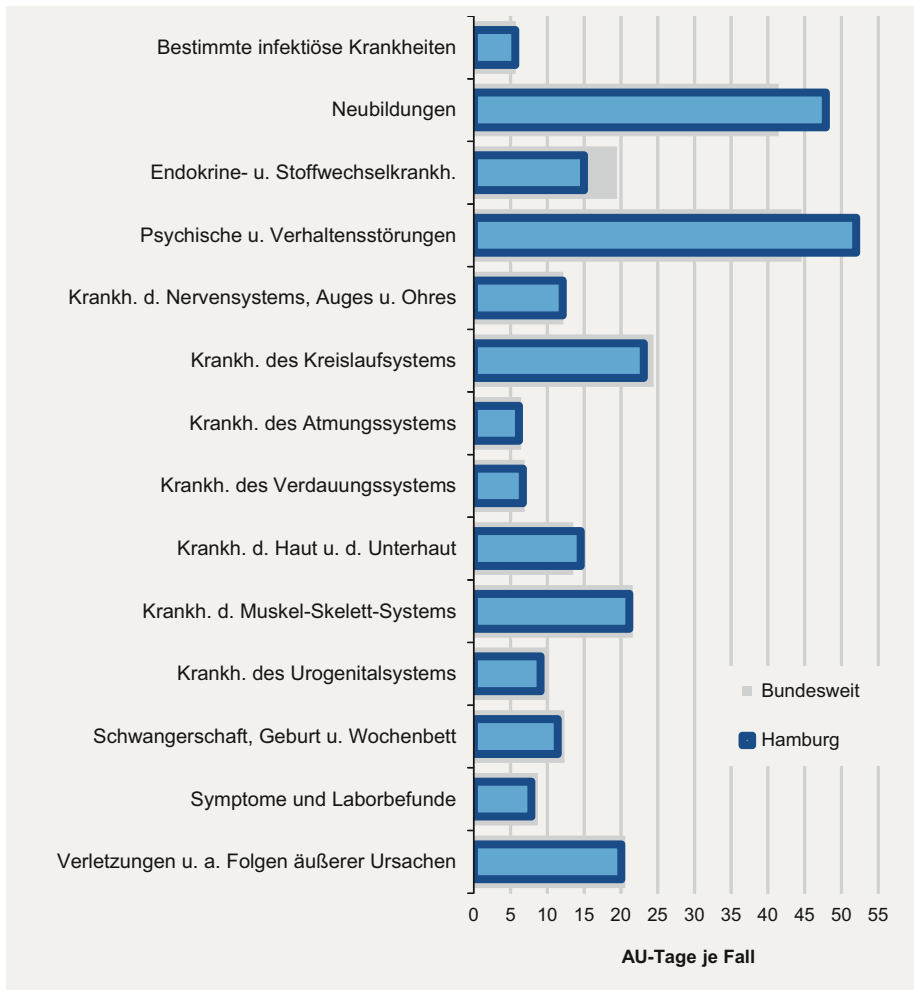


Abbildung 17 AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2014

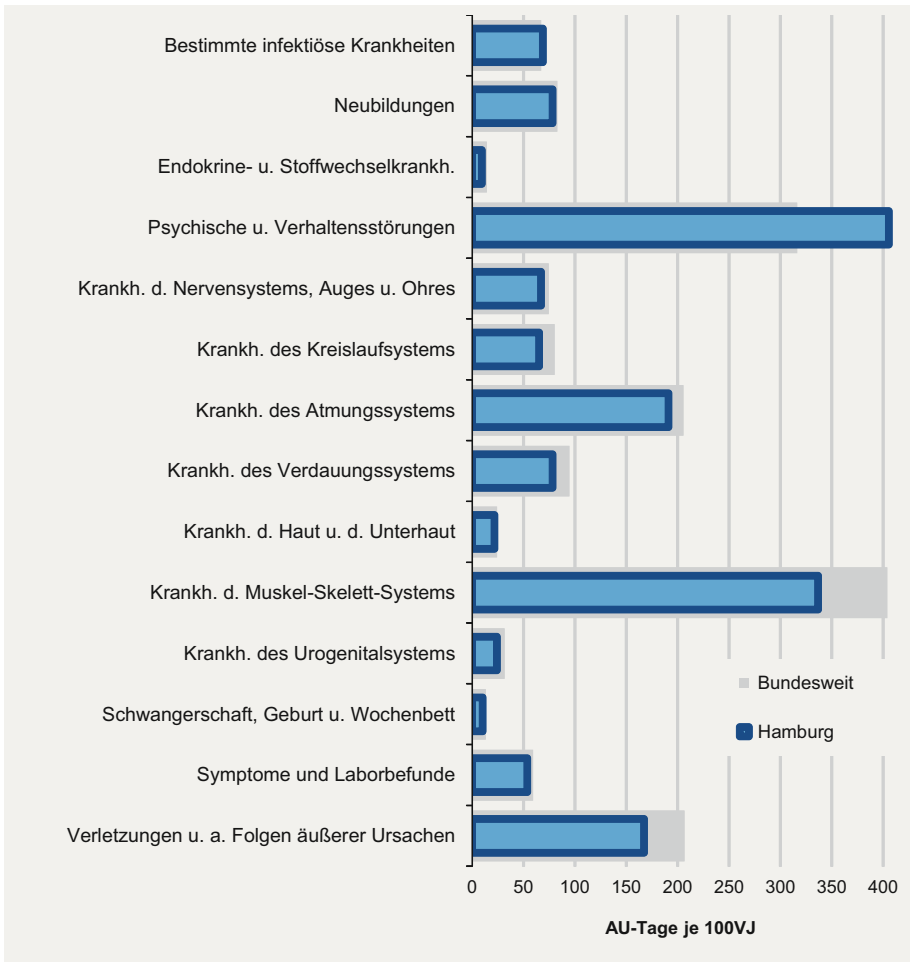


Abbildung 18 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2014

Veränderungen diagnosebezogener Fehlzeiten im Vergleich zum Vorjahr

Abbildung 19 zeigt die Veränderungen der Fehlzeiten von 2013 auf 2014 bezogen auf einzelne Krankheitsarten, aus denen bundesweit ein Rückgang um insgesamt 9 AU-Tage je 100 VJ, also eine Abnahme der Fehlzeiten um 0,5 Prozent bzw. rechnerisch 0,09 Fehltag je Erwerbsperson, resultierte.

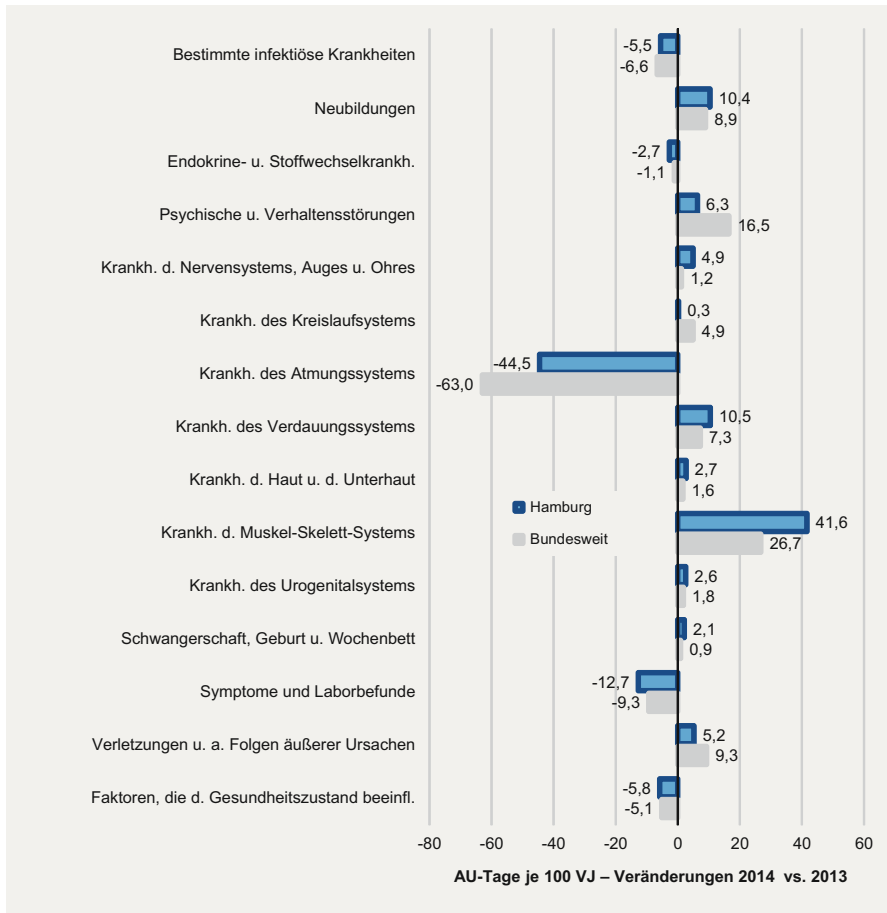


Abbildung 19 AU-Tage je 100 VJ – Veränderungen in Tagen 2014 gegenüber 2013

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

In **Hamburg** sind die Fehlzeiten von 2013 auf 2014 gestiegen. Diagnoseübergreifend ließ sich eine Zunahme um 14,9 Tage je 100 VJ ermitteln. Im Durchschnitt fehlte eine Erwerbsperson 2014 also 0,15 Tage mehr als im vorausgehenden Jahr. In Hamburg resultiert dieser Anstieg maßgeblich aus höheren Fehlzeiten mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, die jedoch überwiegend vom Rückgang der Fehlzeiten mit Atemwegserkrankungen kompensiert wurden.

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 228 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 2014 bundesweit bei Männern im Durchschnitt mehr als 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 2014 die Fehlzeiten altersabhängig – von der jüngsten bis zur höchsten Altersgruppe – von 78 auf 386 AU-Tage je 100 VJ stie-

gen, ließ sich bei Frauen ein altersabhängiger Anstieg auf deutlich höherem Niveau von 148 auf 558 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre feststellen. Weibliche Erwerbspersonen im Alter zwischen 60 und 64 Jahren waren durchschnittlich also mehr als fünf 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.

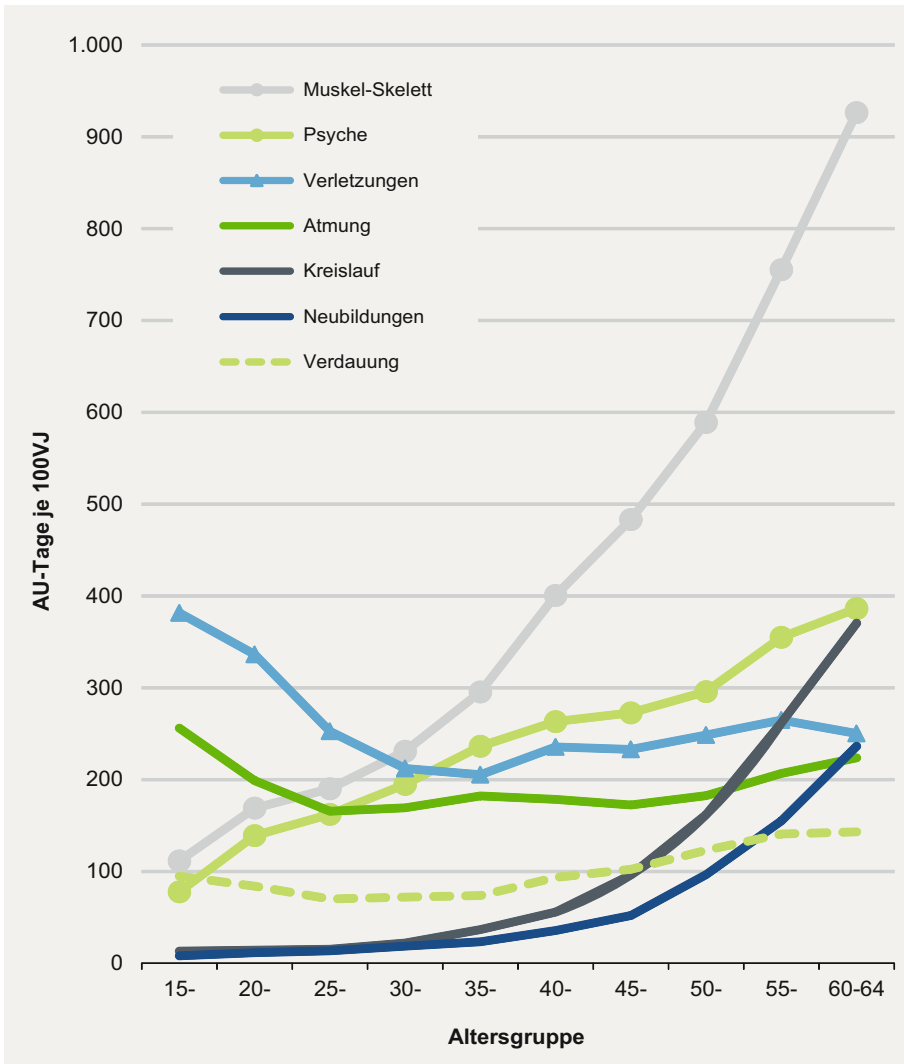


Abbildung 20 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Männer bundesweit 2014

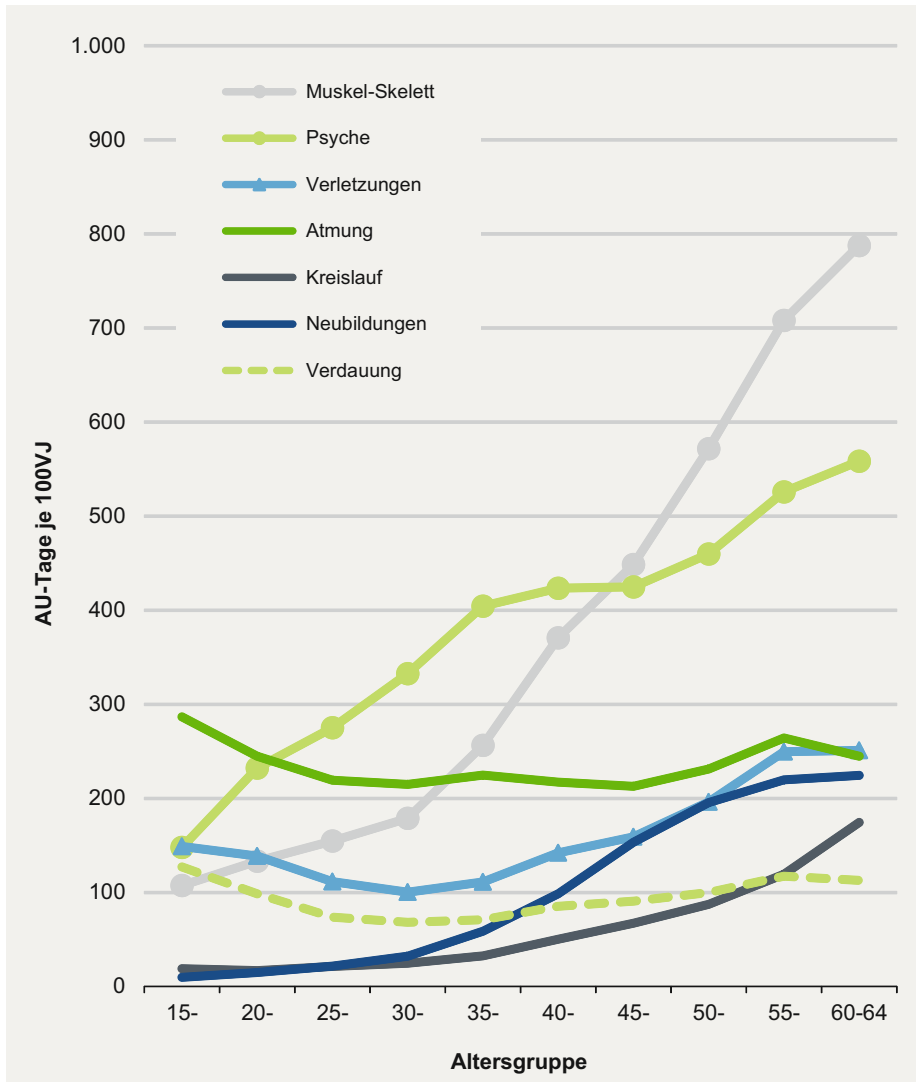


Abbildung 21 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Frauen bundesweit 2014

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 61 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 66 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 2014 für Mecklenburg-Vorpommern mit 488 AU-Tagen je 100 VJ ermittelt, die niedrigsten für Baden-Württemberg mit 339 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 2014 für das Saarland mit 422 AU-Tagen je 100 VJ sowie die beiden Stadtstaaten Hamburg mit 405 und Berlin mit 363 AU-Tagen je 100 VJ nachweisbar. Auch für Schleswig-Holstein wurden mit 363 AU-Tagen je 100 VJ Fehlzeiten über dem Bundesdurchschnitt ermittelt (vgl. Abbildung 24). Fehlzeiten von nur weniger als 270 AU-Tagen je 100 VJ zeigten sich für Baden-Württemberg und Bayern. Werte unterhalb von 300 AU-Tagen je 100 VJ finden sich ansonsten in Hessen und Sachsen.

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 2014 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.

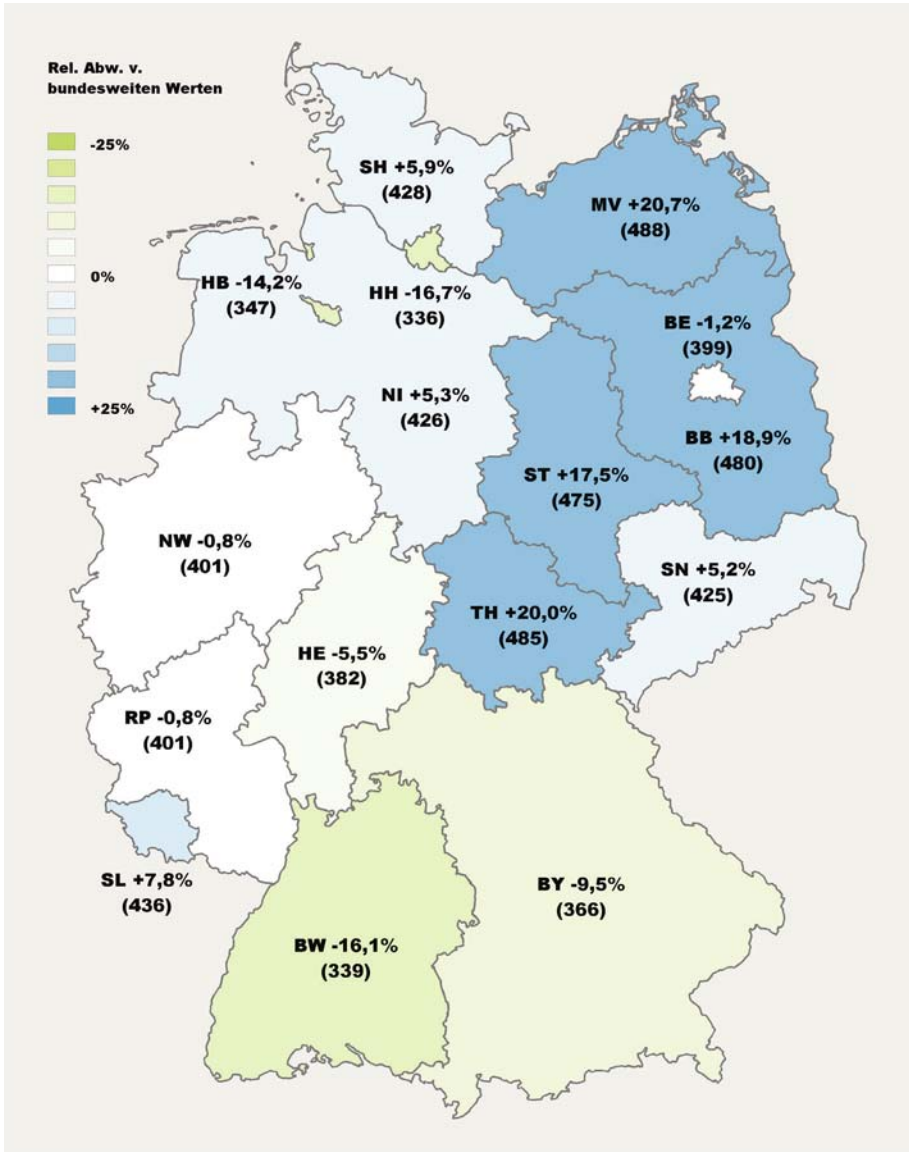


Abbildung 22 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2014, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

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

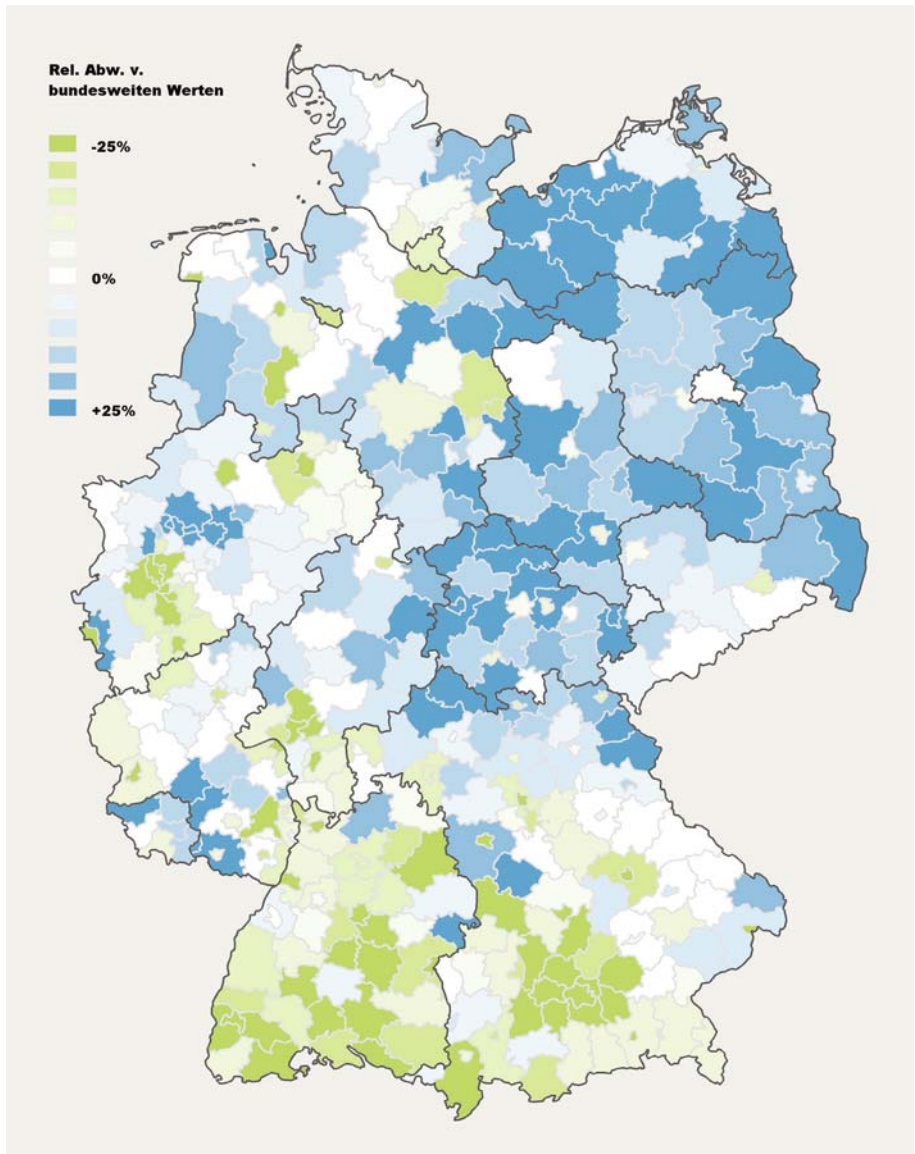


Abbildung 23 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2014, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

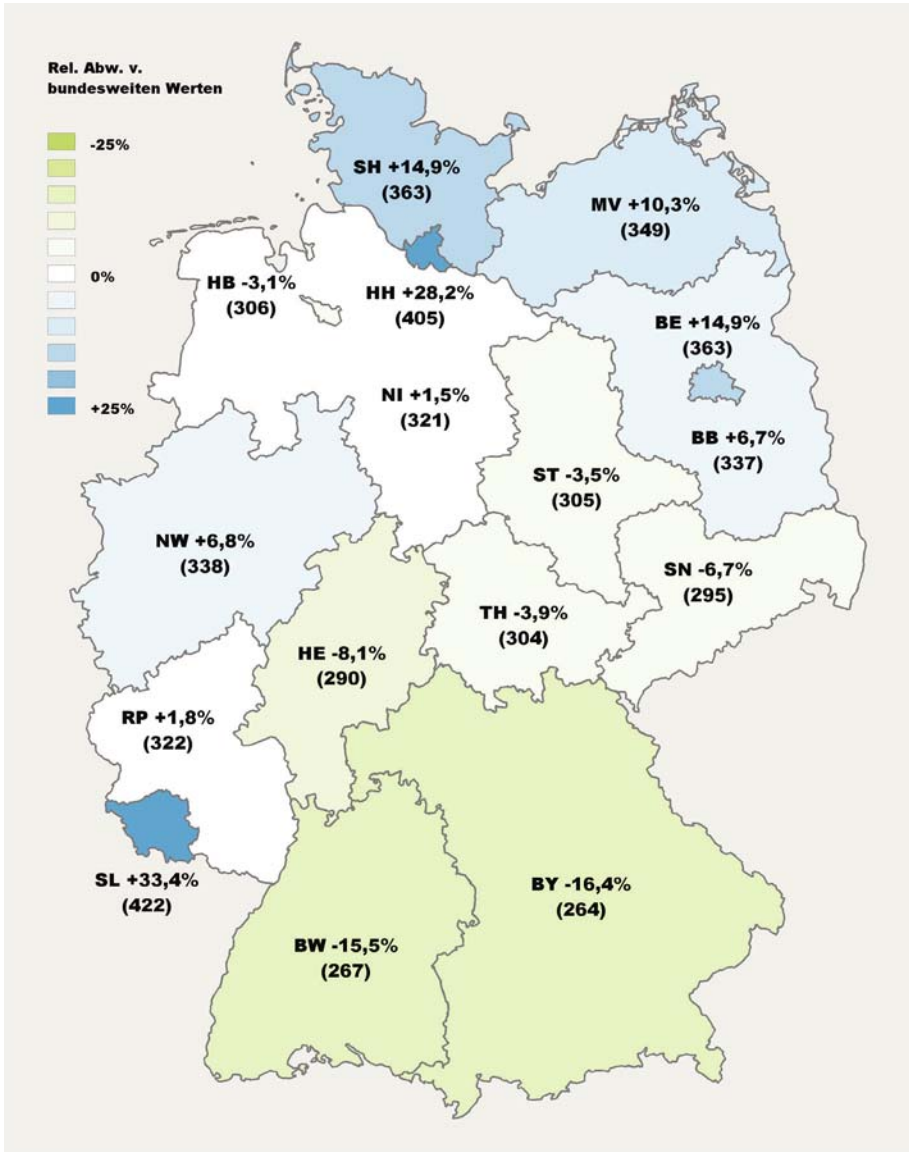


Abbildung 24 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahren in Bundesländern 2014, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen

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

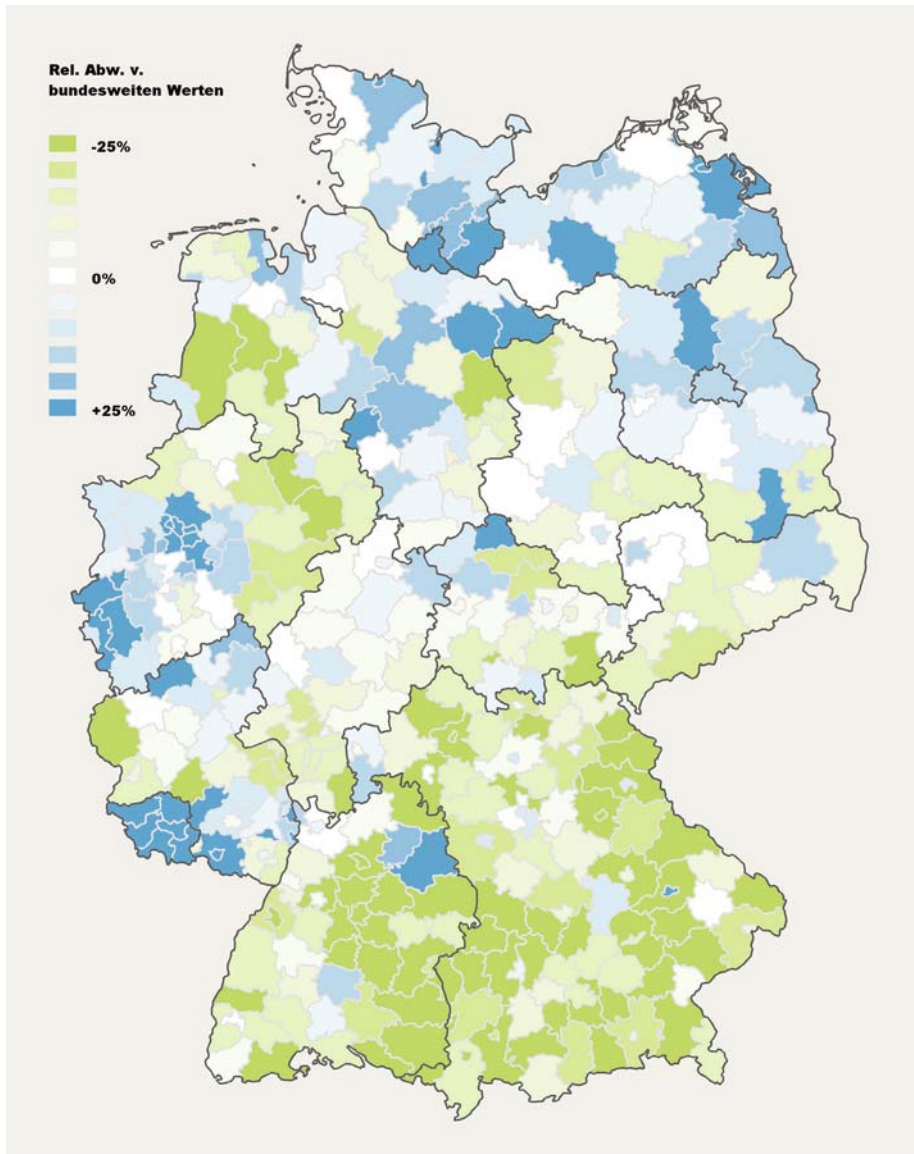


Abbildung 25 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2014, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen

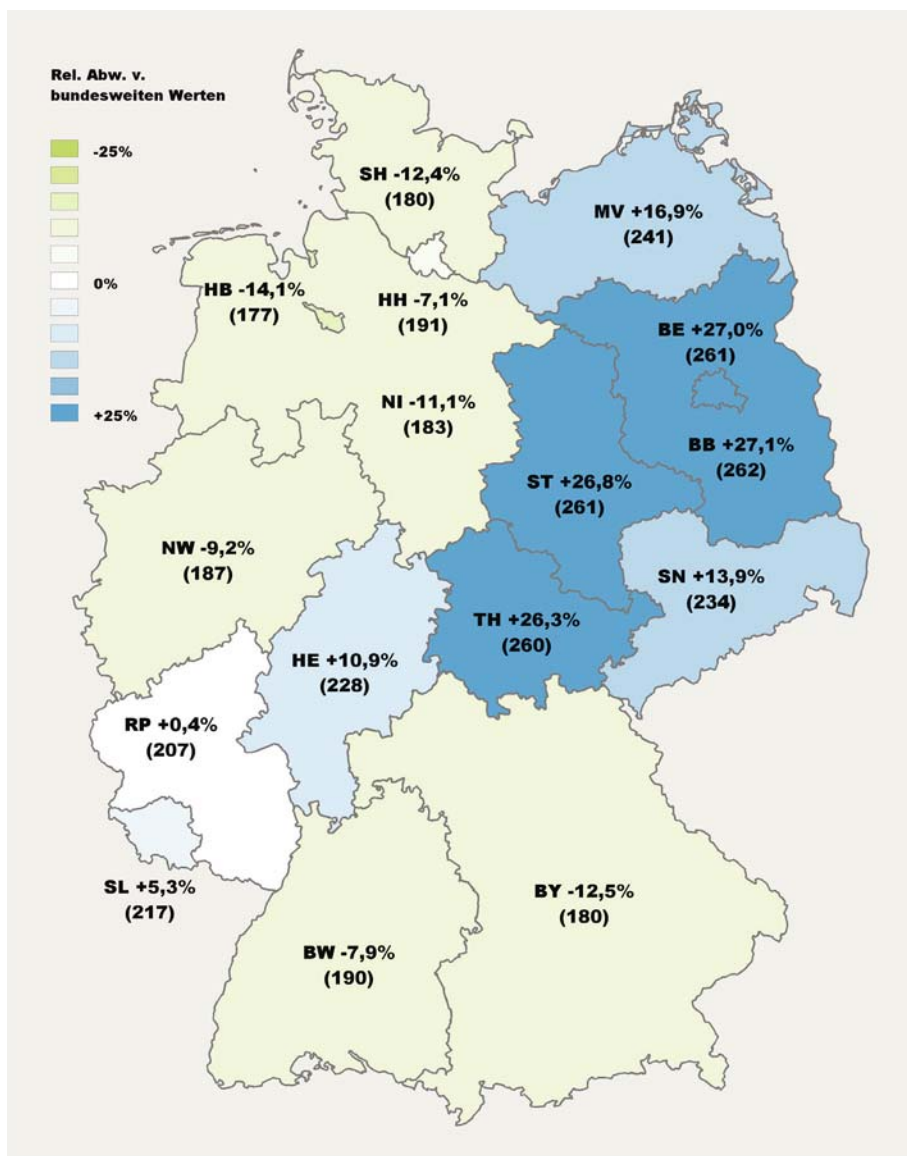


Abbildung 26 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2014, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems

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

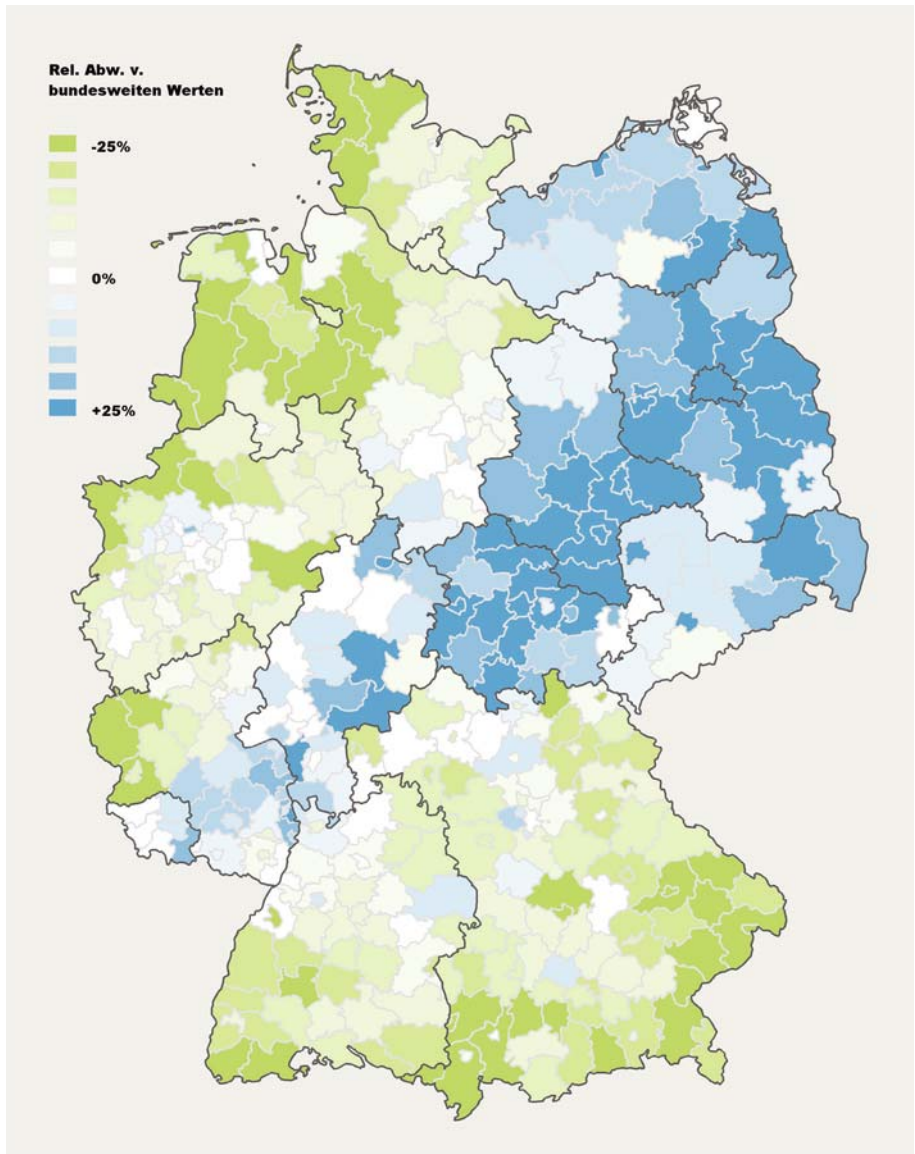


Abbildung 27 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2014, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems

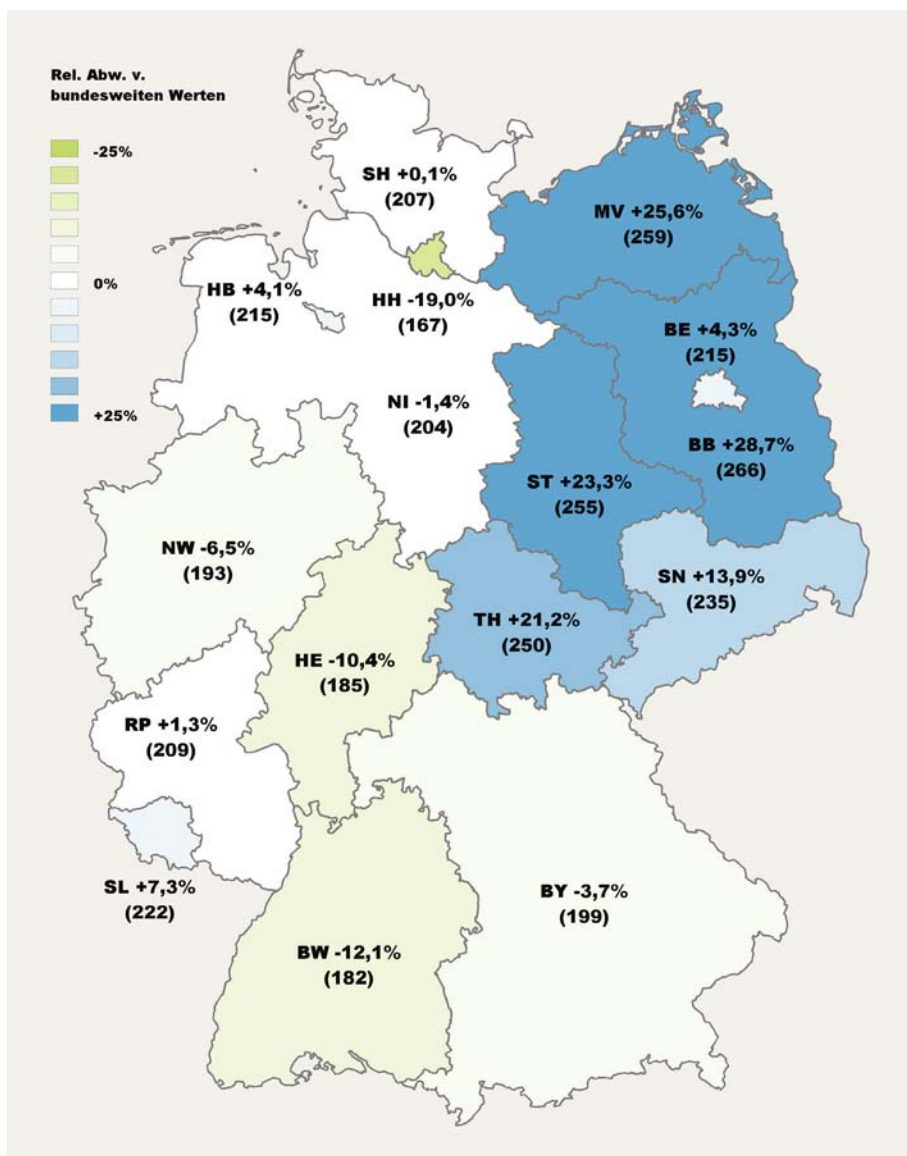


Abbildung 28 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2014, Kapitel XIX – Verletzungen

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

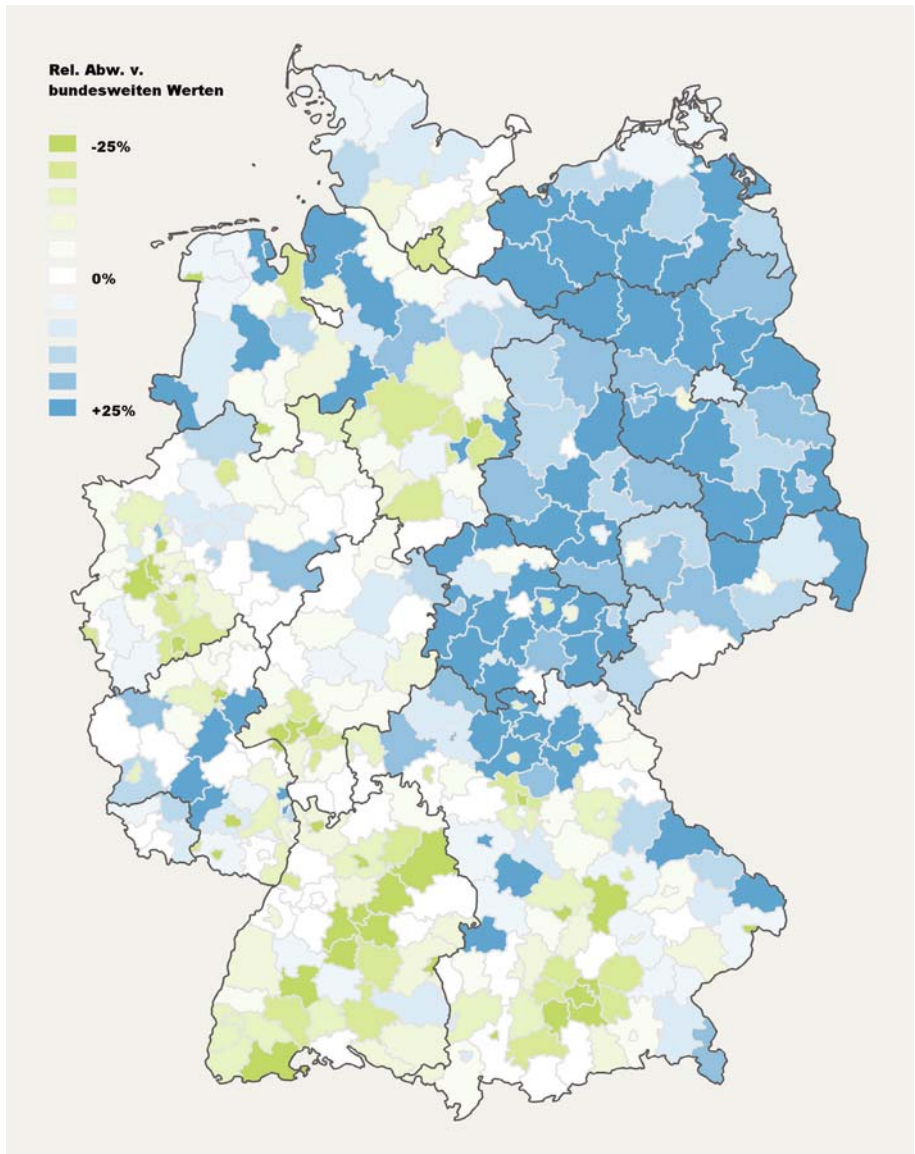


Abbildung 29 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2014, Kapitel XIX – Verletzungen

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

Abbildung 30 bis Abbildung 33 auf den Seiten 62 bis 65 zeigen nochmals, und hier in regionalspezifischen Kartenausschnitten, relative Abweichungen der Fehlzeiten nach Krankheitsarten in einzelnen Kreisen im Jahr 2014 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 66 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 2014 in Hamburg bei einer Unterschreitung der Erwartungswerte um 17,3 Prozent zu geringeren Fehlzeiten als in allen Kreisen Schleswig-Holsteins.

Bei Fehlzeiten mit psychischen Störungen wurden strukturabhängige Erwartungswerte 2014 in Hamburg demgegenüber um 26,3 Prozent und damit – unter Ausnahme der Kreise Flensburg, Herzogtum Lauenburg und Kiel – stärker als in allen Kreisen Schleswig-Holsteins überschritten.

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

Im Hinblick auf verletzungsbedingte Fehlzeiten zeigten sich 2014 vor allem in ländlichen nördlichen Kreisen Schleswig-Holsteins überdurchschnittliche Werte, während besonders für Hamburg aber auch für einige eher südliche Kreise Schleswig-Holsteins niedrigere Ergebnisse ermittelt wurden.

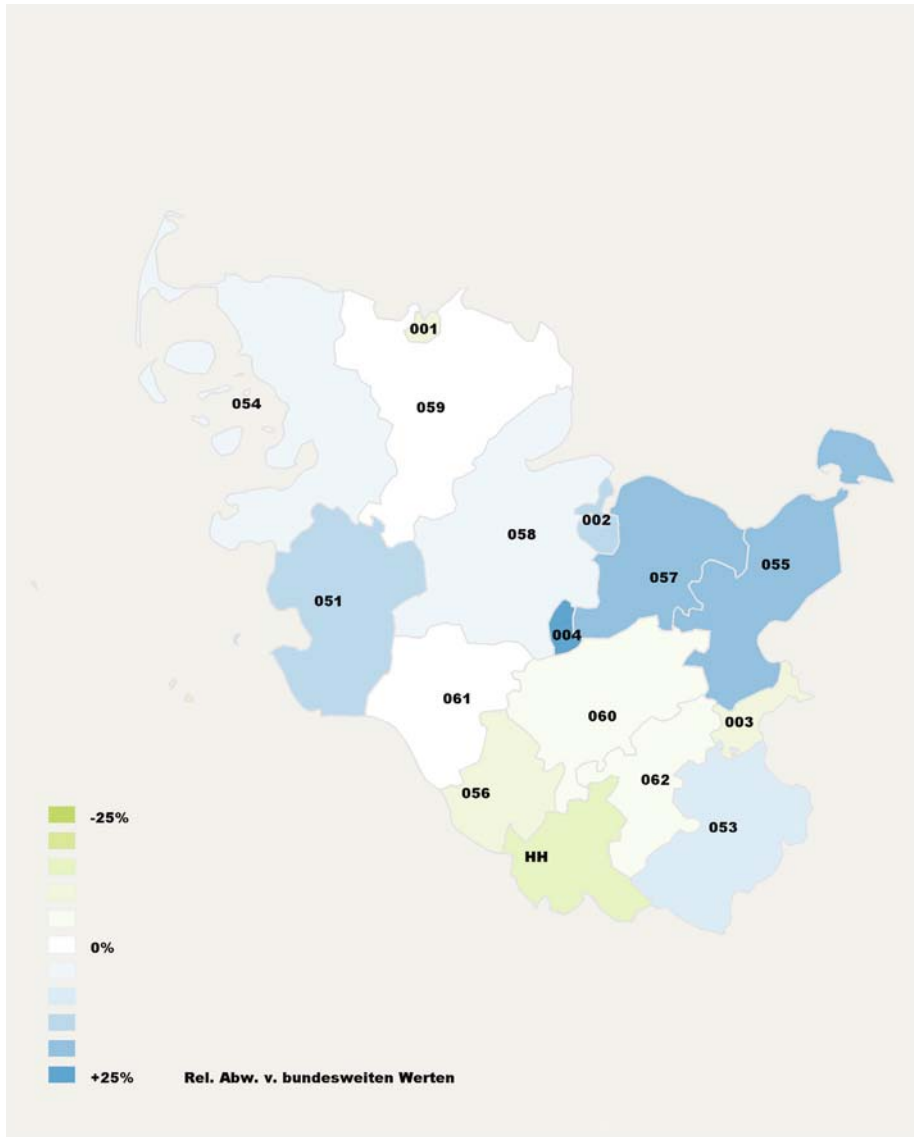


Abbildung 30 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2014, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

Zifferangaben in der Abbildung: Kreisnummern ohne die führenden beiden Ziffern zur Bundeslandkennung (vgl. auch Tabelle 10 auf Seite 66 mit Kreisergebnissen).

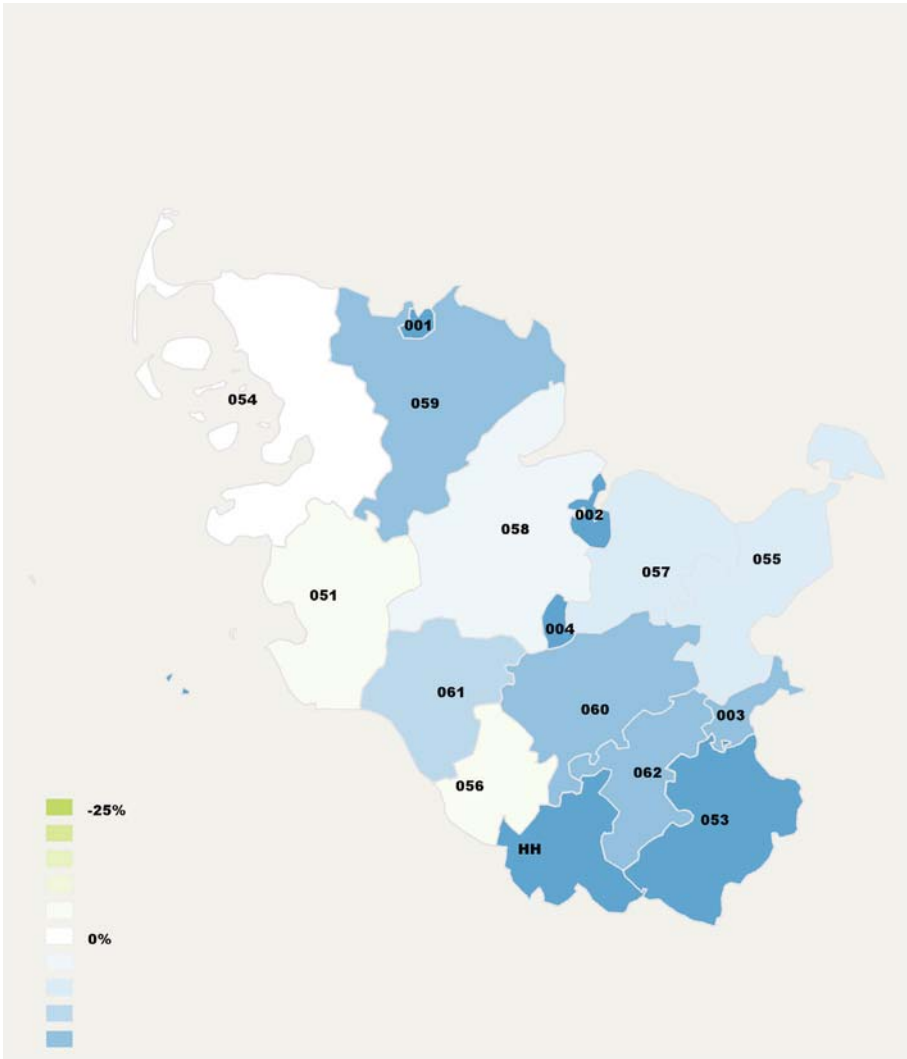


Abbildung 31 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2014, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen

Zifferangaben in der Abbildung: Kreisnummern ohne die führenden beiden Ziffern zur Bundeslandkennung (vgl. auch Tabelle 10 auf Seite 66 mit Kreisergebnissen).

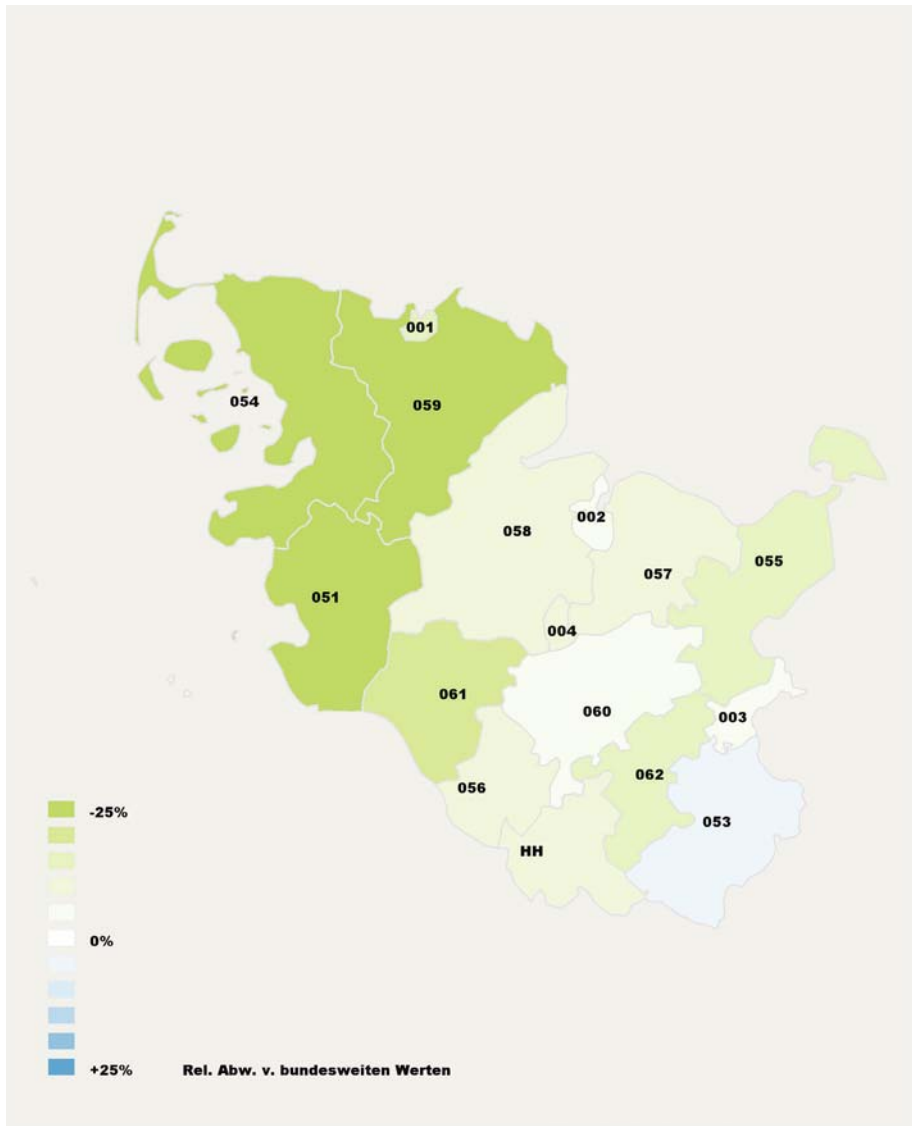


Abbildung 32 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2014, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems

Zifferangaben in der Abbildung: Kreisnummern ohne die führenden beiden Ziffern zur Bundeslandkennung (vgl. auch Tabelle 10 auf Seite 66 mit Kreisergebnissen).

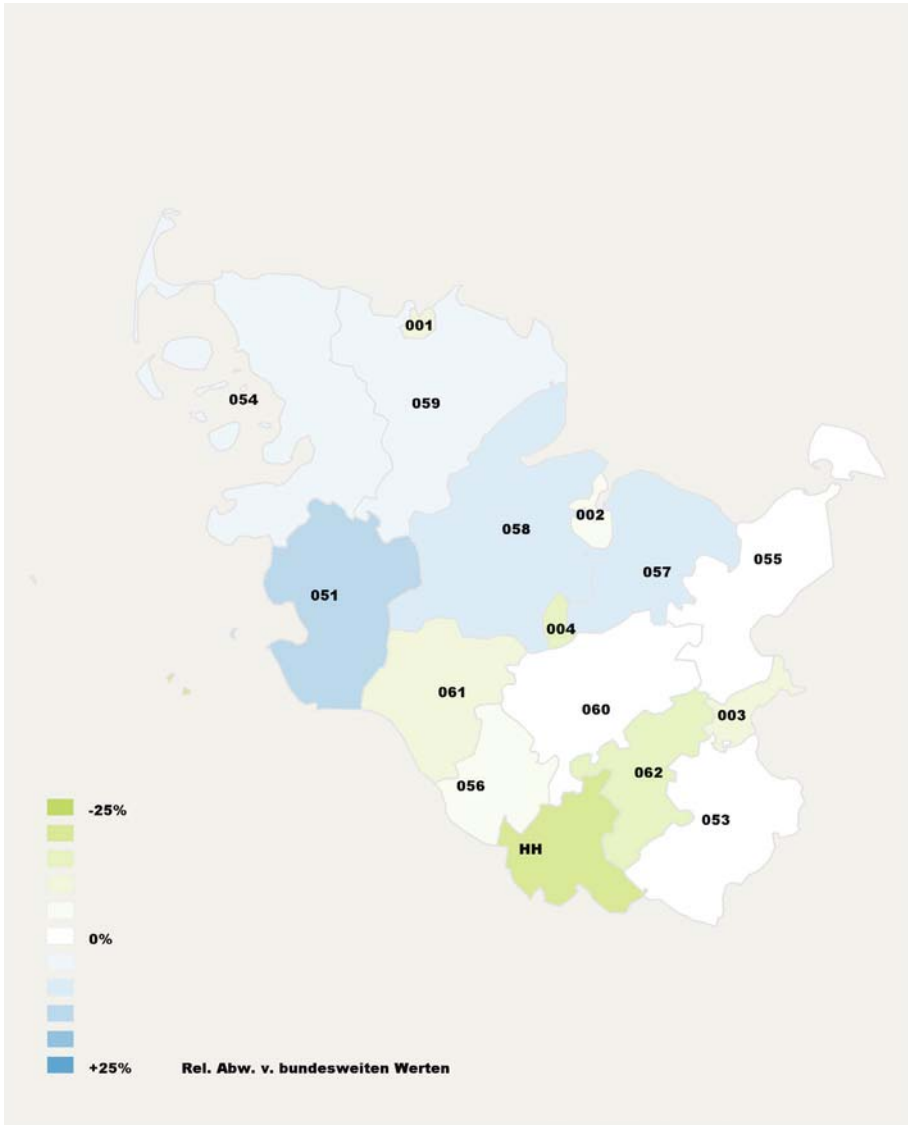


Abbildung 33 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2014, Kapitel XIX – Verletzungen

Zifferangaben in der Abbildung: Kreisnummern ohne die führenden beiden Ziffern zur Bundeslandkennung (vgl. auch Tabelle 10 auf Seite 66 mit Kreisergebnissen).

Tabelle 10 Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen nach Krankheitsarten 2014

Kreis 01...	Hamburg und Kreise in Schleswig-Holstein, Bezeichnung	V Psyche	X Atemwege	XIII Muskel-Skelett	XIX Verletzungen
001	Flensburg	86,4%	-14,6%	-10,9%	-9,3%
002	Kiel	26,4%	-7,3%	15,6%	-5,1%
003	Lübeck	20,3%	-6,0%	-8,6%	-7,9%
004	Neumünster	25,9%	-11,8%	31,9%	-14,6%
051	Dithmarschen	-5,2%	-24,8%	16,3%	12,9%
053	Herzogtum Lauenburg	32,3%	6,7%	12,4%	1,3%
054	Nordfriesland	-2,2%	-32,5%	3,2%	4,1%
055	Ostholstein	7,9%	-16,0%	20,9%	0,2%
056	Pinneberg	-6,5%	-9,9%	-10,2%	-3,9%
057	Plön	10,2%	-9,1%	19,5%	7,7%
058	Rendsburg-Eckernförde	6,3%	-12,4%	5,3%	8,8%
059	Schleswig-Flensburg	17,9%	-25,6%	0,4%	3,3%
060	Segeberg	18,6%	-5,1%	-4,4%	1,5%
061	Steinburg	13,1%	-21,5%	0,3%	-7,6%
062	Stormarn	19,5%	-14,7%	-3,6%	-14,8%
HH	Hamburg	26,3%	-7,8%	-17,3%	-18,9%
AU-Tage je 100 VJ BUNDESWEIT		316	206	404	207

BARMER GEK 2014, 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 2014. Den 20 gelisteten Diagnosegruppen waren bei bundesweiten Auswertungen 71 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 71. Gelistet werden Ergebnisse zu Fehlzeiten mit Zuordnung zu relevanten Diagnosegruppen aus dem Jahr 2014, wobei die Sortierung der Tabelle der Rangfolge der bundesweit zugeordneten Fehlzeiten folgt. Auf die gelisteten 20 Diagnosegruppen entfielen nach bundesweiten Ergebnissen 68 Prozent, also mehr als zwei Drittel aller 2014 erfassten Fehlzeiten.

- Nach bundesweiten Auswertungen von BARMER GEK-Daten lassen sich allein 11,2 Prozent der gemeldeten Arbeitsunfähigkeitszeiten „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ zuordnen. Statistisch gesehen war jede Erwerbsperson 2014 durchschnittlich 1,92 Tage mit entsprechenden Diagnosen krankgeschrieben.
- „Affektive Störungen“, die in einer Veränderung des Gefühlslebens vorrangig im Sinne von Depression bestehen, lassen sich für 8,8 Prozent der bundesweit gemeldeten Fehlzeiten beziehungsweise 150 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 135 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 Fehltag.
- „Akute Infektionen der oberen Atemwege“, die im Wesentlichen normale Erkältungen umfassen, sind für 6,8 Prozent der bundesweit gemeldeten Fehlzeiten beziehungsweise 116 AU-Tage je 100 VJ verantwortlich.

Abbildung 34 auf Seite 69 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.

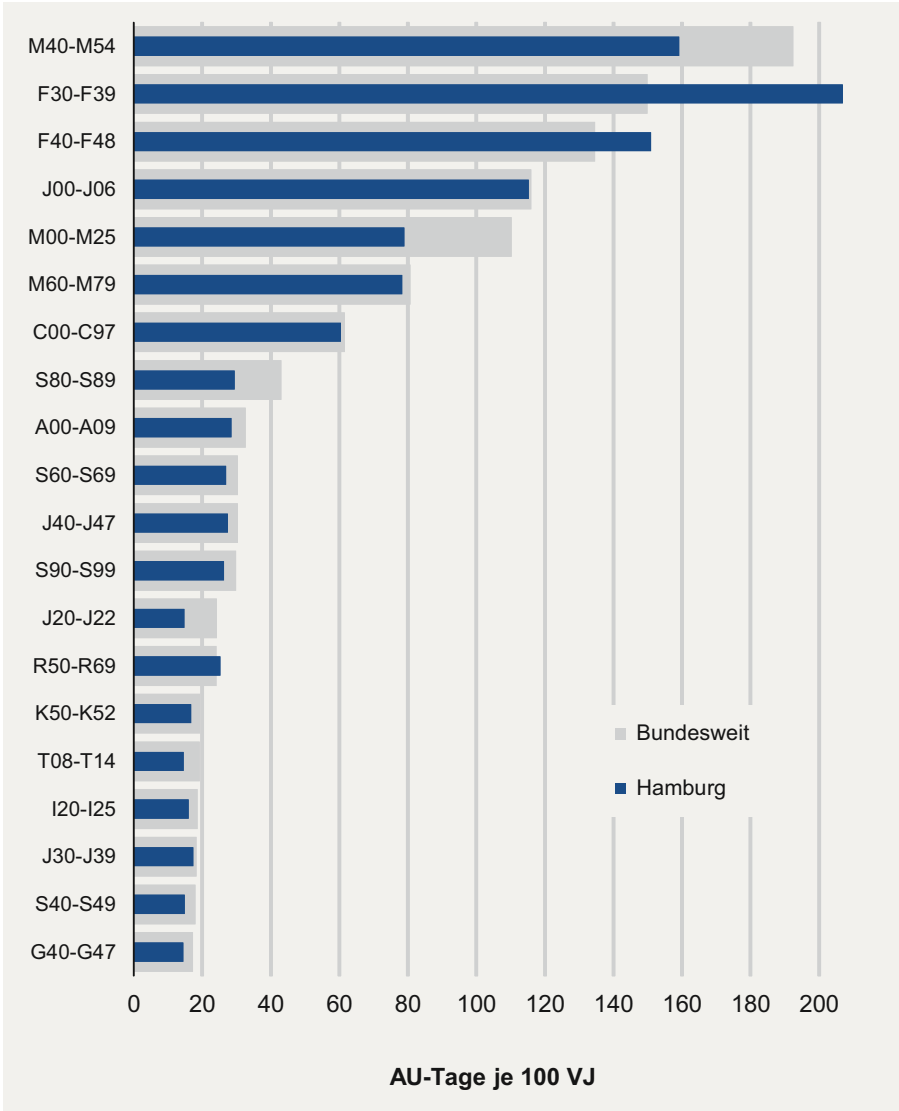


Abbildung 34 AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosegruppen regional und bundesweit 2014

Tabelle 11 Fallzahlrelevante Diagnosegruppen regional und bundesweit 2014

AU-Fälle je 100 VJ ICD10-Diagnosegruppe	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
J00-J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	18,8	23,8	21,1	18,4	23,4	20,7
M40-M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	9,3	7,7	8,5	10,9	9,1	10,0
A00-A09 Infektiöse Darmkrankheiten	6,3	6,9	6,5	7,1	7,2	7,2
K00-K14 Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer	4,0	4,3	4,2	5,1	5,6	5,3
F40-F48 Neurotische, Belastungs- u. somatoforme Störungen	3,2	6,5	4,7	3,0	6,0	4,4
M60-M79 Krankheiten der Weichteilgewebe	3,6	3,4	3,5	4,1	3,5	3,9
J40-J47 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	3,2	3,5	3,3	3,5	4,1	3,8
M00-M25 Arthropathien	3,0	2,4	2,7	4,0	3,0	3,5
K50-K52 Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	2,9	3,1	3,0	3,4	3,5	3,4
J20-J22 Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	2,0	2,5	2,2	3,2	3,6	3,4
B25-B34 Sonstige Viruskrankh.	3,2	4,0	3,6	2,6	3,0	2,8
R10-R19 Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	1,5	3,1	2,3	1,8	3,2	2,4
R50-R69 Allgemeinsymptome	2,2	3,2	2,7	2,1	2,8	2,4
J30-J39 Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	1,8	2,9	2,3	1,9	2,7	2,3
K20-K31 Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	1,8	2,2	2,0	2,0	2,5	2,3
G40-G47 Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	1,4	2,5	2,0	1,5	2,8	2,1
F30-F39 Affektive Störungen	1,7	3,0	2,3	1,6	2,6	2,0
S90-S99 Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	1,6	1,3	1,4	1,9	1,3	1,6
T08-T14 Verletzungen n. n. bez. Teile des Rumpfes, der Extremitäten	1,4	0,9	1,2	1,9	1,2	1,6
S60-S69 Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	1,7	0,7	1,2	2,1	0,9	1,5
Gesamt	102,3	123,9	112,3	113,5	130,3	121,2

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

Tabelle 12 Fehlzeitenrelevante Diagnosegruppen regional und bundesweit 2014

AU-Tage je 100 VJ ICD10-Diagnosegruppe	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
M40-M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	170	147	159	205	178	192
F30-F39 Affektive Störungen	153	269	207	119	187	150
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	107	202	151	95	181	135
J00-J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	103	129	115	101	134	116
M00-M25 Arthropathien	78	80	79	115	105	110
M60-M79 Krankheiten der Weichteilgewebe	81	75	78	84	77	81
C00-C97 Bösartige Neubildungen	42	82	60	48	78	62
S80-S89 Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	36	22	29	51	34	43
A00-A09 Infektiöse Darmkrankheiten	28	30	29	32	33	33
S60-S69 Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	38	14	27	42	16	30
J40-J47 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	26	30	27	29	32	30
S90-S99 Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	29	23	26	34	25	30
J20-J22 Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	14	16	15	22	26	24
R50-R69 Allgemeinsymptome	21	31	25	21	28	24
K50-K52 Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	16	17	17	19	20	19
T08-T14 Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten	18	11	15	24	14	19
I20-I25 Ischämische Herzkrankheiten	25	5	16	29	7	19
J30-J39 Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	15	20	17	16	20	18
S40-S49 Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	20	9	15	24	11	18
G40-G47 Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	13	17	14	16	19	17
Gesamt	1.504	1.743	1.614	1.639	1.798	1.712

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

Ergebnisse zu ausgewählten Einzeldiagnosen

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

Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Einzeldiagnosen

Tabelle 13 listet Diagnosen sortiert in der Rangfolge im Hinblick auf ihre fallzahlbezogene Relevanz nach bundesweit ermittelten Ergebnissen zum Jahr 2014. Den dargestellten 20 häufigsten von insgesamt mehr als 1.600 Diagnosen waren bei bundesweiten Auswertungen mit 51,2 Prozent noch gut die Hälfte aller Arbeitsunfähigkeitsfälle zuzuordnen. Bei einem überwiegenden Teil der Diagnosen handelt es sich um akute Erkrankungen und Beschwerden.

Fehlzeiten nach Einzeldiagnosen

Eine Zuordnung von Fehlzeiten zu anteilig relevanten Einzeldiagnosen findet sich in Tabelle 14 auf Seite 76. Gelistet werden Ergebnisse zu relevanten Diagnosen aus dem Jahr 2014, wobei auch hier die Sortierung der Tabelle in der Rangfolge der bundesweit zugeordneten Fehlzeiten erfolgte. Auf die gelisteten 20 dreistelligen Diagnosen entfielen nach bundesweiten Ergebnissen 42,5 Prozent aller 2014 erfassten Fehlzeiten.

- **„Rückenschmerzen“ (ICD10: M54)** belegten hinsichtlich der zugeordneten Fehlzeiten mit einem Anteil von 6,4 Prozent bei bundesweiten Auswertungen den ersten Rang. Jede Erwerbsperson war 2014, statistisch betrachtet, im Mittel gut 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 Fehltage. Gemeinsam mit der Diagnose **„Rezidivierende depressive Störungen“ (ICD10: F33)**, auf die 2,2 Prozent der Fehlzeiten entfielen, erfassen sie das Erkrankungsbild von Depressionen, dem damit insgesamt 8,4 Prozent der gemeldeten Fehlzeiten direkt zugeordnet werden können.

- Die häufigste Diagnose von Krankschreibungen „**Akute Infektionen der oberen Atemwege**“ (ICD10: J06) war für 4,5 Prozent der Fehlzeiten verantwortlich.
- Eine verhältnismäßig hohe Relevanz für die Fehlzeiten besitzen aus dem Diagnoskapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ ansonsten noch die dreistelligen Diagnosen „Reaktionen auf schwere Belastungen“ (ICD10: F43; Anteil 3,4%), „Andere neurotische Störungen“ (ICD10: F48; Anteil 1,9%), „Somatoforme Störungen“ (ICD10: F45; Anteil 1,3%) sowie „Andere Angststörungen“ (ICD10: F41; Anteil 1,1%).
- 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]“ 2014 noch zu den zwanzig Diagnoseschlüsseln mit den (geschlechtsübergreifend) meisten Fehlzeiten.

Abbildung 35 auf Seite 74 stellt bundesweite und regionale Ergebnisse zu Fehlzeiten für relevante dreistellige Diagnosen grafisch gegenüber – Bezeichnungen der Diagnosen können in diesem Fall Tabelle 14 auf Seite 76 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.

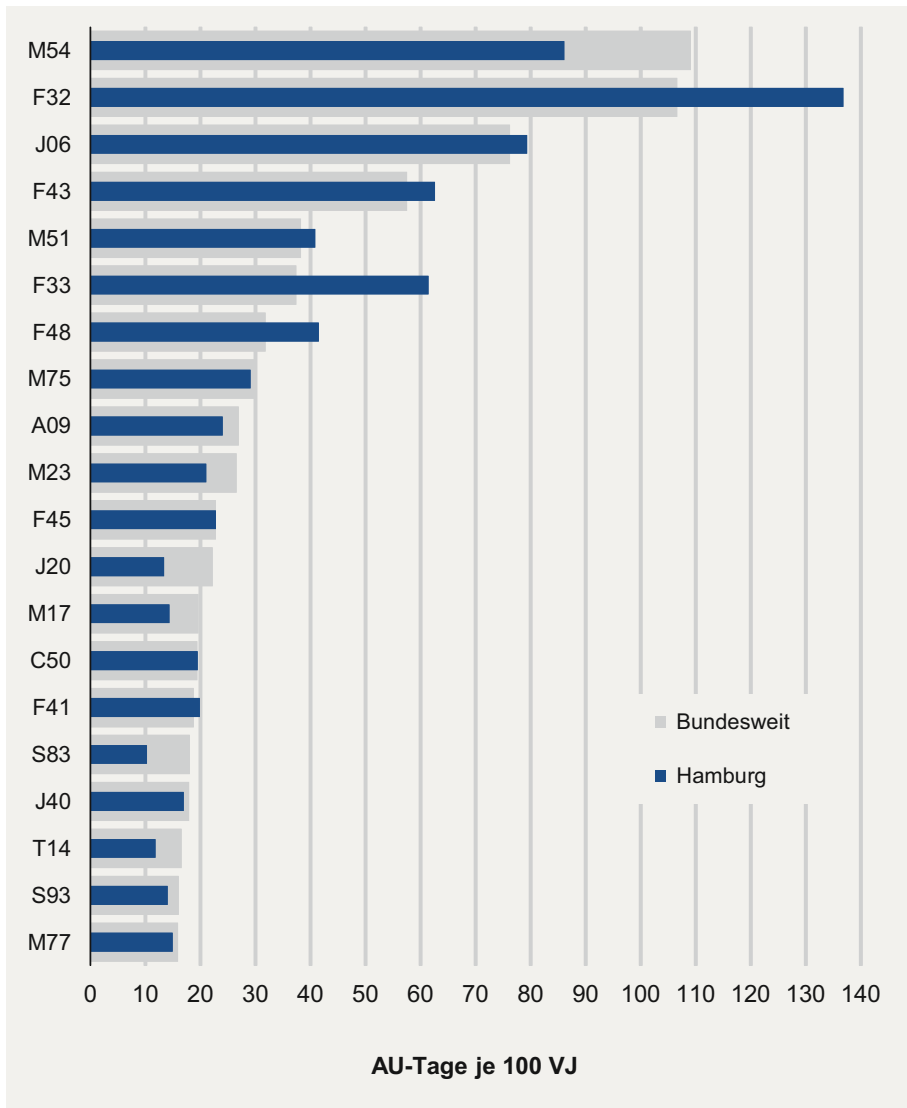


Abbildung 35 AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosen regional und bundesweit 2014

Tabelle 13 Fallzahlrelevante Diagnosen regional und bundesweit 2014

AU-Fälle je 100 VJ ICD10-Diagnose	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	13,7	15,6	14,6	12,7	14,8	13,7
M54 Rückenschmerzen	7,0	5,6	6,4	8,3	6,5	7,5
A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis	5,3	6,0	5,6	6,0	6,1	6,0
K08 Sonstige Krankheiten der Zähne u. d. Zahnhalteapparates	3,5	3,7	3,6	4,6	5,1	4,8
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	2,6	2,7	2,7	3,1	3,1	3,1
J20 Akute Bronchitis	1,8	2,2	2,0	2,9	3,3	3,1
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	3,1	3,8	3,4	2,5	2,9	2,7
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	2,3	2,6	2,4	2,4	2,9	2,6
F43 Reaktionen auf schwere Belast. und Anpassungsstörungen	1,3	2,8	2,0	1,4	2,8	2,0
J03 Akute Tonsillitis	1,3	1,8	1,5	1,6	2,2	1,8
R10 Bauch- u. Beckenschmerzen	1,0	2,3	1,6	1,2	2,3	1,7
K29 Gastritis und Duodenitis	1,2	1,7	1,4	1,4	2,0	1,7
J01 Akute Sinusitis	0,9	1,8	1,3	1,2	2,0	1,6
F32 Depressive Episode	1,3	2,3	1,8	1,2	2,0	1,6
J32 Chronische Sinusitis	1,1	2,0	1,5	1,2	2,0	1,6
J02 Akute Pharyngitis	1,1	1,7	1,4	1,3	1,9	1,6
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	1,2	0,8	1,0	1,7	1,0	1,4
G43 Migräne	0,6	1,8	1,1	0,6	2,1	1,3
F48 Andere neurot. Störungen	1,0	2,3	1,6	0,7	1,7	1,2
J00 Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	1,3	1,7	1,5	1,0	1,2	1,1
Gesamt	102,3	123,9	112,3	113,5	130,3	121,2

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

Tabelle 14 Fehlzeitenrelevante Diagnosen regional und bundesweit 2014

AU-Tage je 100 VJ ICD10-Diagnose	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
M54 Rückenschmerzen	95	76	86	120	97	109
F32 Depressive Episode	105	174	137	86	131	107
J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	75	85	79	69	84	76
F43 Reaktionen auf schwere Belast. und Anpassungsstörungen	44	85	63	40	78	58
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	46	35	41	42	34	38
F33 Rezidivierende depressive Störung	41	86	61	28	49	37
F48 Andere neurot. Störungen	24	62	41	21	45	32
M75 Schulterläsionen	37	20	29	32	27	30
A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis	23	26	24	27	27	27
M23 Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	24	18	21	31	21	27
F45 Somatoforme Störungen	19	27	23	17	30	23
J20 Akute Bronchitis	13	14	13	21	24	22
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	15	14	14	21	18	20
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	0	42	19	0	42	19
F41 Andere Angststörungen	15	25	20	14	24	19
S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	14	6	10	22	13	18
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	16	18	17	16	20	18
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	14	9	12	21	11	17
S93 Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	16	12	14	18	14	16
M77 Sonstige Enthesopathien	14	16	15	17	15	16
Gesamt	1.504	1.743	1.614	1.639	1.798	1.712

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

Demografischer Wandel

Der Begriff „Demografischer Wandel“ umschreibt Veränderungen der Bevölkerungsstruktur über längere Zeiträume. In den kommenden Jahren wird Deutschland von demografischen Veränderungen betroffen sein, die insbesondere Beschäftigte und damit auch Unternehmen betreffen. Geburtenstarke Jahrgänge – die sogenannten Baby-Boomer – werden das reguläre Renteneintrittsalter erreichen. Die Zusammensetzung und Zahl der Beschäftigten wird sich damit merklich ändern. Das Schwerpunktkapitel des Gesundheitsreportes beschreibt absehbare Veränderungen auch im Hinblick auf die Gesundheit der Erwerbspersonen und liefert Hintergrundinformationen zum Umgang mit diesen Veränderungen.

Gliederung

Die Struktur einer Bevölkerung im Hinblick auf die Alterszusammensetzung sowie auch andere Merkmale resultiert aus unterschiedlichen Einflussfaktoren. Ausgehend von einem bestimmten Ist-Zustand wird die zukünftige Bevölkerungsstruktur grundlegend durch das Altern der Population, die Zahl der Geburten und Sterbefälle sowie Zu- und Fortzüge bestimmt.

- Ein erster Abschnitt des Schwerpunktkapitels im Gesundheitsreport befasst sich unter der Überschrift **Bevölkerungsstruktur – Bevölkerungsprognose** ab Seite 78 ausführlicher mit der Bevölkerungsstruktur in Deutschland sowie Szenarien der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung. Grundlage bilden die Ende April 2015 vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Ergebnisse der 13. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung.
- Die Zahl der Berufstätigen hängt nicht ausschließlich von der Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter ab. Arbeitsangebote und Rahmenbedingungen können mehr oder weniger Menschen zur Ausweitung oder Einschränkung einer Berufstätigkeit bewegen. Ein zweiter Abschnitt ab Seite 91 befasst sich vor diesem Hintergrund mit der **Erwerbsbeteiligung**.
- Ein dritter Abschnitt ab Seite 99 befasst sich detaillierter mit der **Entwicklung der Erwerbspersonenzahl** in Deutschland, wobei auch auf Besonderheiten in einzelnen Branchen und Berufen eingegangen wird.
- In einem vierten Abschnitt unter dem Titel „**Demografische Veränderungen und Gesundheit**“ werden ab Seite 120 vorrangig Auswirkungen demografischer Ver-

änderungen auf die Gesundheit von Erwerbspersonen sowie ergänzend auch im Hinblick auf die Gesamtbevölkerung betrachtet.

- Ein fünfter Abschnitt versucht – in einer Zusammenführung von vorausgehend dargestellten Erkenntnissen – unter dem Titel **„Veränderungen – Perspektiven und Chancen“** ab Seite 145 einen Ausblick auf absehbare Veränderungen, deren Folgen sowie Anpassungsmöglichkeiten zu liefern.

Bevölkerungsstruktur – Bevölkerungsprognose

Grundlegende Angaben zur Bevölkerung werden in einzelnen Staaten typischerweise regelmäßig in Volkszählungen erhoben und zwischenzeitlich mit Rückgriff auf Meldedaten zu Geburten, Todesfällen sowie zu Zu- und Fortzügen fortgeschrieben.

Die letzte Volkszählung in der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland fand 1987 statt. Die erste Volkszählung seit der Wiedervereinigung wurde im Jahr 2011 durchgeführt. Erste Ergebnisse dieser Volkszählung (auch als „Zensus 2011“ bezeichnet) wurden 2013 veröffentlicht, viele detailliertere Ergebnisse lagen erst 2014 oder 2015 vor.

Abbildung 36 zeigt den Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland auf Basis der neuen Zensus-Ergebnisse (Quelle: Statistisches Jahrbuch 2014, S.25)³. Dargestellt wird die Anzahl der Männer (links) und Frauen (rechts) in einzelnen Altersjahren bzw. Geburtsjahrgängen am 31.12.2012 (Angaben jeweils in 1.000).

Die bereits auf den ersten Blick unregelmäßig erscheinende Altersstruktur der deutschen Bevölkerung resultiert maßgeblich aus sehr unterschiedlichen Geburtenraten in zurückliegenden Zeiträumen. Krisenhafte Zeiten können sehr kurzfristig zu einem Rückgang der Geburten und damit zu deutlich sichtbaren „Einkerbungen“ der „Bevölkerungspyramide“ bei einzelnen Jahrgängen führen.

In Abbildung 36 zeigt sich so beispielsweise mit Ende des 2. Weltkrieges ein auffällig schwach besetzter Geburtsjahrgang 1945 (der Ende 2012 dem Alter von 67 Jahren zuzuordnen war). Ein merklicher Geburtenrückgang war nach der Wiedervereinigung in den neuen Bundesländern ab dem Jahr 1991 zu beobachten und wird in der Dar-

³ Statistisches Bundesamt (2014). Statistisches Jahrbuch 2014. Wiesbaden 2014. Link: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2014.html>

stellung der gesamtdeutschen Bevölkerungspyramide zu 21-Jährigen und jüngeren Altersgruppen sichtbar.

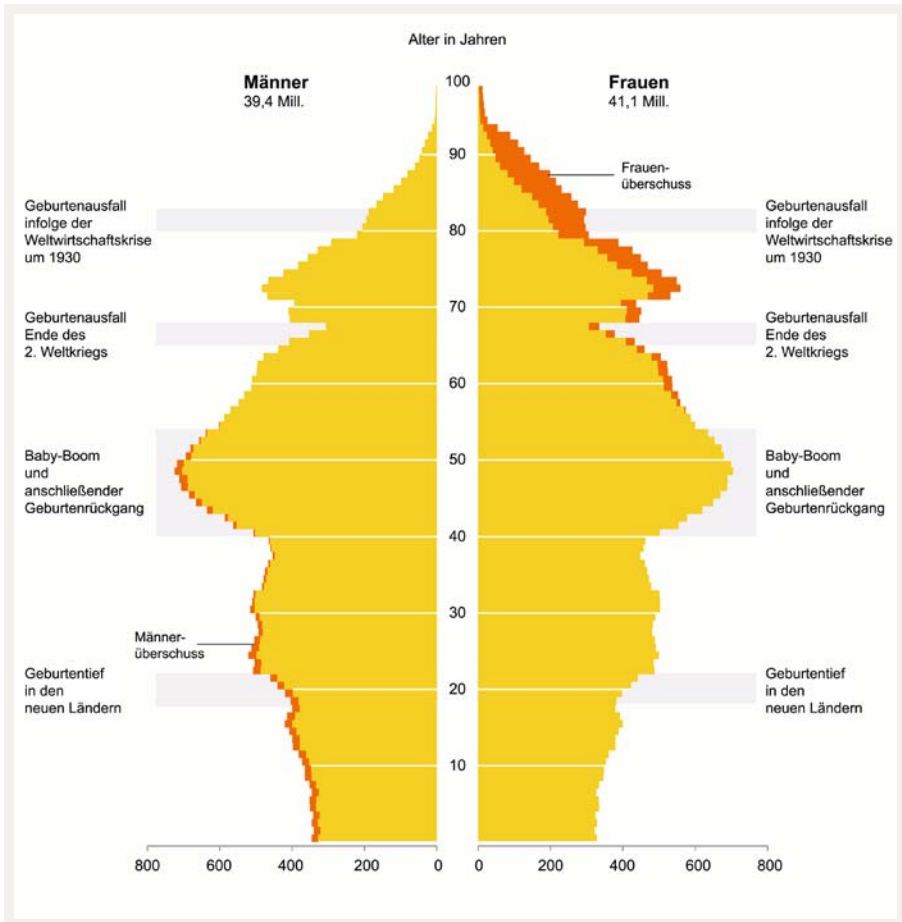


Abbildung 36 Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland am 31.12.2012

Quelle: Statistisches Bundesamt. Statistisches Jahrbuch 2014. Wiesbaden 2014 (leicht modifizierte Schrift).

Baby-Boomer und Pillenknick

Für die aktuelle demografische Situation sehr maßgebliche Veränderungen der Geburtenzahlen ereigneten sich in Deutschland insbesondere in der Zeit zwischen Mitte der 1950er- bis Mitte der 1970er-Jahre. Nachdem die ersten Nachkriegsjahre überstanden waren kam es, in zeitlichem Zusammenhang mit einer auch wirtschaftlich

positiven Entwicklung, ab Mitte der 1950er-Jahre und bis zum Jahr 1964 in Deutschland zu einer starken Zunahme der Geburtenzahlen. Rechnerisch wurden in dieser Zeit je Frau mehr als 2,4 Kinder geboren. Menschen aus den entsprechend stark besetzten Geburtsjahrgängen werden auch als Baby-Boomer bezeichnet.

Ab Mitte der 1960er-Jahre ließ sich demgegenüber in Deutschland, ähnlich wie auch in anderen Industrienationen, ein deutlicher Rückgang der Geburtenzahlen feststellen, der sich bis etwa 1975 weiter fortsetzte. Seither wurden rechnerisch im Gebiet der ehemaligen Bundesrepublik je Frau durchschnittlich nur noch etwa 1,5 und zum Teil auch weniger Kinder geboren. Obwohl ein ursächlicher Zusammenhang dieses Geburtenrückgangs mit der Verfügbarkeit der Anti-Baby-Pille auch kontrovers diskutiert werden kann, wird dieser Geburtenrückgang häufig mit dem Schlagwort „Pillenknicke“ bezeichnet.

Geburten

Werden längerfristig nur weniger als zwei Kinder je Frau geboren, führt dies, ohne Zuwanderung zwangsläufig und absehbar, zu einem Rückgang einer Bevölkerung. In einigen Ländern, und namentlich auch in der ehemaligen DDR, wurden vor diesem Hintergrund familienpolitische Maßnahmen initiiert, welche die Geburtenzahlen, zumindest zeitweilig um das Jahr 1980 herum, auf einen Wert von knapp unter zwei Kinder je Frau anheben konnten. Nach der Wiedervereinigung sank die Geburtenzahl je Frau in den neuen Bundesländern demgegenüber zunächst noch merklich unter den Wert bei Frauen in den alten Bundesländern, liegt jedoch seit 2008 wieder etwas höher als in den alten Bundesländern. Bundesweit wurden 2012 je Frau durchschnittlich 1,40 Kinder geboren, 2013 waren es nach vorläufigen Angaben des Statistischen Bundesamtes 1,41 Kinder.⁴

Absehbar wird es in Deutschland bei den genannten Geburtenzahlen und ohne Zuwanderung zu einem merklichen Rückgang der Bevölkerung kommen. Da zwischenzeitlich zudem die Baby-Boomer-Generation aufgrund ihres Alters nicht mehr in nennenswertem Umfang als Eltern zur Zahl der Kinder beitragen kann und nachfolgende Geburtsjahrgänge schon rein zahlenmäßig deutlich weniger potenzielle Eltern um-

⁴ Die hier berichtete durchschnittliche Zahl der Geburten je Frau wird fachlich als „Zusammengefasste Geburtenziffer“ (engl.: total fertility rate, TFR) bezeichnet. Die zusammengefasste Geburtenziffer wird typischerweise auf der Basis von altersspezifischen Geburtenziffern aus einem Kalenderjahr berechnet. Sie gibt an, wie viele Kinder theoretisch je Frau geboren würden, wenn eine Frau im Alter zwischen 15 und 49 Jahren (rechnerisch) genau die je Altersjahr in diesem Kalenderjahr pro Frau geborene Anzahl an Kindern zur Welt bringen würde. Vgl. auch: O Pötzsch, Weinmann J, Hausteil T (2013). Geburtstrends und Familiensituation in Deutschland 2012. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wiesbaden. Link: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/Geburtenrendds5122203129004.pdf?__blob=publicationFile

fassen, könnte selbst ein deutlicher und aktuell nicht erwarteter Anstieg der Zahl der Geburten je Frau an dieser Situation erst sehr langfristig etwas ändern. Rückläufige Bevölkerungszahlen von Personen im Erwerbsalter können in Deutschland daher kurz- bis mittelfristig nur durch Zuwanderung verhindert werden.

Sterblichkeit

Einen Einfluss auf Struktur und Größe einer Bevölkerung hat, neben der Geburtenrate, auch die Sterblichkeit beziehungsweise die Lebenserwartung. Dabei ist allgemein anzumerken, dass die klassische Form der Bevölkerungspyramide im ursprünglich bildlichen Sinn auch in zurückliegenden Jahrhunderten ggf. weit überwiegend eine Folge sehr hoher Geburtenzahlen und damit Kennzeichen von anhaltend wachsenden Populationen und nur in sehr geringem Maß Folge geringerer Überlebenschancen in höherem Alter war.⁵

Daten zur geschlechts- und altersspezifischen Sterblichkeit, typischerweise jeweils aus mehreren Jahren, werden von Demografen in sogenannten Sterbetafeln zusammengetragen, diese bilden dann die Grundlage zur Berechnung der Lebenserwartung. Abbildung 37 zeigt die altersspezifische Sterblichkeit in der Zeit um das Jahr 2011 nach den aktuellsten verfügbaren Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes aus der allgemeinen Sterbetafel 2010/2012 sowie nach eigenen Berechnungen basierend auf Daten der BARMER GEK 2008 bis 2014. Ergänzend dargestellt sind auch Sterblichkeiten nach allgemeinen Sterbetafeln zu länger zurückliegenden Zeiträumen.⁶ Um die altersabhängig sehr unterschiedlichen Sterblichkeiten in der gesamten Altersspanne sinnvoll differenziert darstellen zu können wurde eine halblogarithmische Darstellung gewählt, bei der bestimmte Abstände auf der y-Achse jeweils die Erhöhung von Werten um einen bestimmten Faktor repräsentieren. Die Beschriftungen der Achse in gleichen Abständen geben entsprechend Sterbewahrscheinlichkeiten an, die mit jedem Schritt jeweils um den Faktor 10 höher liegen.

⁵ Würden beispielsweise in Deutschland längerfristig durchschnittlich drei Kinder je Frau geboren, würde auch bei einer weiter steigenden Lebenserwartung eine pyramidenförmige Bevölkerungsstruktur entstehen. Veränderungen der Lebenserwartung führen demgegenüber – außerhalb von Katastrophen wie Seuchen und Kriegen – typischerweise nur zu eher graduellen Veränderungen des grundsätzlichen Erscheinungsbildes der „Pyramide“.

⁶ Statistisches Bundesamt (2012): Periodensterbetafeln für Deutschland. Allgemeine Sterbetafeln, abgekürzte Sterbetafeln und Sterbetafeln 1871/1881 bis 2008/2010. Wiesbaden.
Statistisches Bundesamt (2015): Allgemeine Sterbetafeln für Deutschland, das frühere Bundesgebiet, die neuen Länder sowie die Bundesländer 2010/12. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. Link: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsbewegung/SterbetafelnAllgemeinErlaeuterung.html>

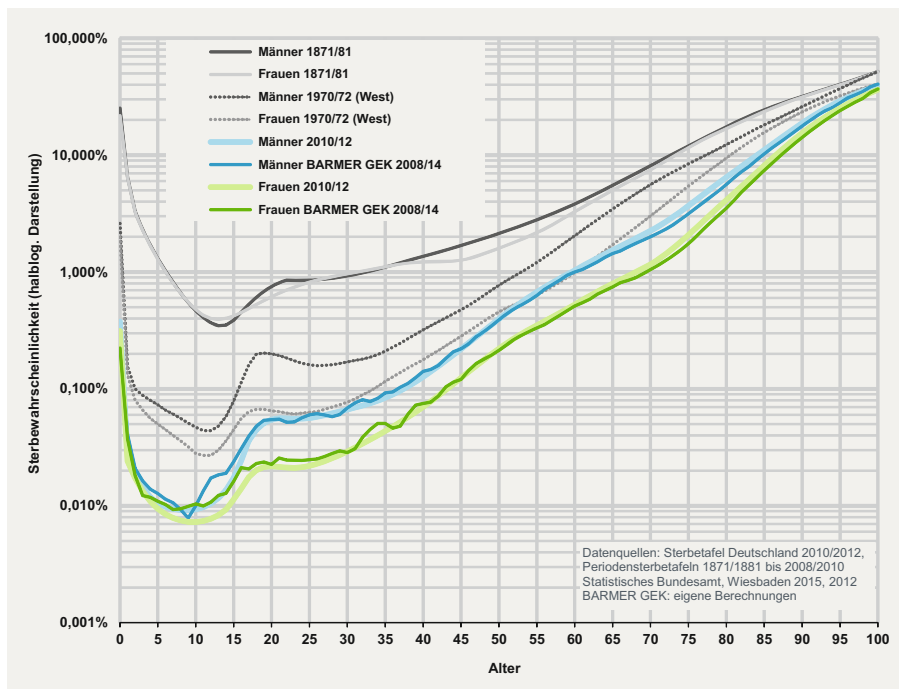


Abbildung 37 Altersabhängige Sterbewahrscheinlichkeiten in Deutschland 2010/12 sowie 2008/14 nach BARMER GEK-Daten

Die oberen beiden dünnen Linien in Abbildung 37 verdeutlichen die altersabhängige Sterblichkeit Ende des vorletzten Jahrhunderts in den Jahren 1871/81. Die Sterblichkeit von Säuglingen innerhalb des ersten Lebensjahres lag oberhalb von 20 Prozent (Jungen: 25,3%; Mädchen: 21,7%). Altersspezifische Sterberaten unterschieden sich bei Männern und Frauen nur wenig. Bis zum Alter von sechs Jahren und ab einem Alter von 33 Jahren lagen die Sterberaten bei beiden Geschlechtern oberhalb von einem Prozent – das nächsthöhere Lebensjahr erreichten weniger als 99 Prozent.

Gepunktete dünne Linien in Abbildung 37 zeigen die Sterberaten in Deutschland (West) Anfang der 1970er-Jahre. Die Säuglingssterblichkeit war bis zu diesem Zeitpunkt bereits um etwa den Faktor 10 gesunken (Sterberaten innerhalb des ersten Lebensjahres 1970/72 Jungen: 2,6%; Mädchen: 2,0%), insbesondere bei Frauen war es in einer weiten Altersspanne zu einer erheblichen und stärkeren Reduktion der altersspezifischen Sterberaten als bei Männern gekommen.

Die dickere blaue sowie grüne Linie in Abbildung 37 markieren Sterberaten für die Zeit um 2011 nach Ergebnissen der aktuellsten verfügbaren Sterbetafel 2010/12 des

Statistischen Bundesamtes für Männer sowie Frauen, die nochmals erheblich niedriger als Anfang der 1970er-Jahre sind. Das Risiko, innerhalb eines Jahres zu versterben übersteigt den Wert von einem Prozent bei Männern nach diesen aktuellen Ergebnissen erst ab einem Alter von 60 Jahren, bei Frauen sogar erst ab einem Alter von 69 Jahren.

Für eine Gegenüberstellung wurden altersspezifische Sterberaten für die Zeit um 2011 auch auf der Basis von Daten zu Versicherten der BARMER GEK berechnet, wobei zur Reduktion zufallsbedingter Schwankungen Daten aus einem Zeitraum von sieben Jahren von 2008 bis 2014 einbezogen wurden. Die Ergebnisse sind als dünne farbige Linien in Abbildung 37 ergänzend dargestellt. Insgesamt zeigen die Berechnungen auf der Basis von BARMER GEK-Daten nahezu identische Ergebnisse wie die Berechnungen des Statistischen Bundesamtes. Im Hinblick auf die geschlechts- und altersspezifische Sterblichkeit wäre die BARMER GEK-Versichertenpopulation demnach als weitgehend repräsentativ für die bundesdeutsche Bevölkerung anzusehen.

Lebenserwartung

Aus den Angaben zu altersspezifischen Sterberaten aus Sterbetafeln lässt sich die durchschnittliche Lebenserwartung berechnen.⁷ Seit 1871/81 stieg die Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland bis 2010/12 für Mädchen um gut 44 Jahre von 38,45 auf 82,80 Jahre und für Jungen um rund 42 Jahre von 35,58 auf 77,72 Jahre. Bei beiden Geschlechtern hat sich die Lebenserwartung innerhalb von 135 Jahren in Deutschland damit mehr als verdoppelt.

Wesentliche Erhöhungen der Lebenserwartung resultierten bis in die 1920er-Jahre – ähnlich wie in weniger entwickelten Ländern z.T. auch noch bis heute – insbesondere aus einer Reduktion der Säuglingssterblichkeit. Die Lebenserwartung ist jedoch auch in den letzten 40 Jahren von 1970/72 bis 2010/2012 bei Frauen noch um 8,97 und bei Männern um 10,31 Jahre gestiegen.

Ähnlich wie die Lebenserwartung bei Geburt lässt sich auch die (verbleibende) weitere Lebenserwartung für Menschen eines bestimmten Alters ermitteln. Die weitere Lebenserwartung bei Frauen und Männern nach Vollendung des 65. Lebensjahres stieg von 9,96 bzw. 9,55 Jahren in den Jahren 1871/81 auf 20,74 bzw. 17,46 Jahre in

⁷ Dabei entspricht dieses Maß nicht der tatsächlich bei einem bestimmten Personenkreis beobachteten Lebenserwartung, welche im Übrigen erst nach dem Versterben aller Mitglieder einer Gruppe berechnet werden könnte, sondern gibt die erwartete Überlebensdauer einer hypothetischen Gruppe von Personen an, für die in einem bestimmten Alter genau die in einem beschränkten Zeitraum (z.B. 2010/12) altersspezifisch beobachteten Sterbewahrscheinlichkeiten gelten.

2010/12 und damit innerhalb von 135 Jahren um 10,78 Jahre bei Frauen bzw. 7,91 Jahre bei Männern. Nach den aktuellsten verfügbaren Ergebnissen aus den Jahren 2010/12 konnte ein Mann in Deutschland bei Erreichen des bisherigen regulären Renteneintrittsalters von 65 Jahren durchschnittlich noch mit 17,5 weiteren Lebensjahren rechnen, eine Frau mit 20,7 Lebensjahren.

Mehr als die Hälfte des seit Ende des 19. Jahrhunderts beobachteten Anstiegs der verbleibenden Lebenserwartung im Alter ab 65 Jahren fand dabei in den letzten 40 Jahren bzw. seit 1971 statt. Allein in diesem Zeitraum stieg die verbleibende Lebenserwartung im Alter ab 65 Jahren bei Frauen um 5,56 Jahre und bei Männern um 5,40 Jahre.⁸ Diesem Zugewinnen an Lebenserwartung im bisherigen regulären Rentenalter ließ sich damit zugleich auch mehr als die Hälfte des rechnerischen Zugewinns der Gesamtlebenserwartung in der Zeit von 1970/72 bis 2010/12 zuschreiben. In den letzten Jahrzehnten resultierte die Zunahme der Gesamtlebenserwartung also sehr maßgeblich auch aus der Zunahme der Lebenserwartung in höheren Altersgruppen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Lebenserwartung auch in den kommenden Jahren noch weiter steigen wird.

Lebenserwartung in Bundesländern

Vom Statistischen Bundesamt wurden im Rahmen der Erstellung der Sterbetafel 2010/12 auch bundeslandspezifische Ergebnisse zur Lebenserwartung publiziert. Die Lebenserwartung bei Geburt in den einzelnen Bundesländern variiert bei Männern um mehr als drei Jahre zwischen 75,8 Jahren in Sachsen-Anhalt und 79,0 in Baden-Württemberg. Bei Frauen sind die Unterschiede weniger deutlich ausgeprägt. Während Frauen im Saarland rechnerisch eine Lebenserwartung von 81,9 Jahren aufweisen, liegen die Werte in allen übrigen Bundesländern oberhalb von 82 Jahren, in den südlichen Bundesländern Bayern, Sachsen und Baden-Württemberg sogar oberhalb von 83 Jahren. Auch Frauen weisen mit 83,6 Jahren in Baden-Württemberg die höchste Lebenserwartung auf. Bei der Betrachtung der verbleibenden Lebenserwartung im Alter ab 65 Jahren zeigen sich erwartungsgemäß geringeren absoluten Differenzen – die Rangfolge der Werte in einzelnen Bundesländern ist jedoch ähnlich. Auch die verbleibende durchschnittliche Lebenserwartung von Männern und Frauen im Alter ab 65 Jahren liegt in Baden-Württemberg am höchsten.

⁸ Statistisches Bundesamt (2012): Periodensterbetafeln für Deutschland. Allgemeine Sterbetafeln, abgekürzte Sterbetafeln und Sterbetafeln 1871/1881 bis 2008/2010. Wiesbaden.
Statistisches Bundesamt (2015): Allgemeine Sterbetafeln für Deutschland, das frühere Bundesgebiet, die neuen Länder sowie die Bundesländer 2010/12. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. Link: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsbewegung/SterbetafelnAllgemeinErlaeuterung.html>

Tabelle 15 Durchschnittliche fernere Lebenserwartung in den Bundesländern 2010/12

Bundesland	Männer		Frauen	
	0 Jahre*	65 Jahre*	0 Jahre*	65 Jahre*
Baden-Württemberg	79,02	18,17	83,64	21,24
Bayern	78,34	17,73	83,15	20,88
Berlin	77,29	17,45	82,64	20,76
Brandenburg	76,95	17,18	82,70	20,51
Bremen	76,62	17,19	82,29	20,80
Hamburg	77,61	17,62	82,66	20,82
Hessen	78,39	17,80	82,97	20,87
Mecklenburg-Vorpommern	75,91	16,90	82,42	20,46
Niedersachsen	77,51	17,40	82,57	20,71
Nordrhein-Westfalen	77,40	17,21	82,42	20,60
Rheinland-Pfalz	77,82	17,36	82,66	20,65
Saarland	76,84	16,87	81,93	20,34
Sachsen	77,30	17,46	83,27	20,96
Sachsen-Anhalt	75,81	16,56	82,19	20,20
Schleswig-Holstein	77,77	17,53	82,49	20,61
Thüringen	76,83	17,01	82,56	20,34
BUNDESWEIT	77,72	17,46	82,80	20,74

* Lebenserwartung bei Geburt bzw. am 65. Geburtstag. Quelle: Statistisches Bundesamt (2015). Allgemeine Sterbetafeln für Deutschland, das frühere Bundesgebiet, die neuen Länder sowie die Bundesländer 2010/12. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. Erschienen am 22. April 2015.

Bevölkerungsprognose – Bevölkerungsvorausberechnung

Die zukünftige Größe und Struktur der Bevölkerung wird, wie bereits erwähnt, durch das Altern der Population, die Zahl der Geburten und Sterbefälle sowie Zu- und Fortzüge bestimmt. Auf der Basis von entsprechenden Zahlen aus der Vergangenheit lässt sich die zukünftige Bevölkerungsentwicklung abschätzen.

Wie jede Prognose beruhen dabei auch Bevölkerungsprognosen auf bestimmten Annahmen, die als mehr oder minder sicher gelten können. So kann beispielsweise die Zahl der Zu- und Fortzüge auch kurzfristig stark variieren – ihre Entwicklung in den kommenden Jahrzehnten lässt sich entsprechend nur unsicher prognostizieren. Auch

Geburtenraten könnten kurzfristig sehr deutlich variieren. Grundlegende Änderungen und insbesondere ein erheblicher Anstieg derselben erscheint nach den Erfahrungen aus den vergangenen 30 Jahren in Deutschland jedoch wenig wahrscheinlich und würde sich ggf. auf die Zahl und Altersstruktur von Menschen im Erwerbsalter erst längerfristig auswirken.

Ende April 2015 wurden vom Statistischen Bundesamt Ergebnisse der **13. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung** veröffentlicht. Den Unsicherheiten bezüglich der Entwicklung einzelner Einflussgrößen wird in der Bevölkerungsvorausberechnung dadurch Rechnung getragen, dass traditionell mehrere Varianten mit unterschiedlichen Annahmen berechnet werden. Nachfolgend dargestellt werden vorrangig Ergebnisse einer eher konservativen **Variante 1** mit der Bezeichnung **„Kontinuität bei schwächerer Zuwanderung“ (G1-L1-W1)**.

Bei diesen Berechnungen wurden für den Prognosezeitraum bis 2060 eine weitgehend unveränderte und konstante Geburtenrate von 1,4 Kindern je Frau (**G1**) sowie ein moderater Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung bei Geburt bis 2060 für Jungen auf 84,8 und für Mädchen auf 88,8 Jahre angenommen (**L1**). Im Vergleich zu 2010/12 entspricht dies einem Zuwachs der Lebenserwartung von gut sieben Jahren bei Männern und sechs Jahren bei Frauen innerhalb von knapp 50 Jahren und damit der Annahme eines geringeren Zuwachses, als in den 40 Jahren vor 2010/12 zu beobachten war. Zudem wurde von einer längerfristig stabilen effektiven Zuwanderung von jährlich 100.000 Menschen nach Deutschland (**W1**) ausgegangen (Zuwanderung abzüglich der Fortzüge, auch als Wanderungssaldo bezeichnet).



Ergebnisse weiterer Berechnungsvarianten sind der ausführlichen Publikation des Statistischen Bundesamtes zu entnehmen oder können im Internet in anschaulicher und interaktiver Form unter <https://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide/> betrachtet werden.⁹

Abbildung 38 zeigt Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung zu den Jahren 2015, 2020, 2030 und 2040. Gekennzeichnet ist in allen Grafiken der geburtenstärkste Jahrgang 1964 als gelber Balken sowie als grüne Linie die Silhouette des Altersaufbaus der Bevölkerung im Ausgangsjahr 2015.

⁹ Statistisches Bundesamt (2015). Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden. Link: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2015/bevoelkerung/bevoelkerung_2015_pk.html

Zum Jahresende 2015 werden Menschen aus den besonders geburtenstarken Jahrgänge 1959 bis 1969 zwischen 46 und 56 Jahre alt sein. 15 Jahre später, also 2030, wird etwa die Hälfte von ihnen das reguläre Renteneintrittsalter erreicht haben. Zu Beginn des Jahres 2040 haben auch Menschen aus dem Jahrgang 1969 das 70. Lebensjahr vollendet und damit das reguläre Renteneintrittsalter bereits überschritten.

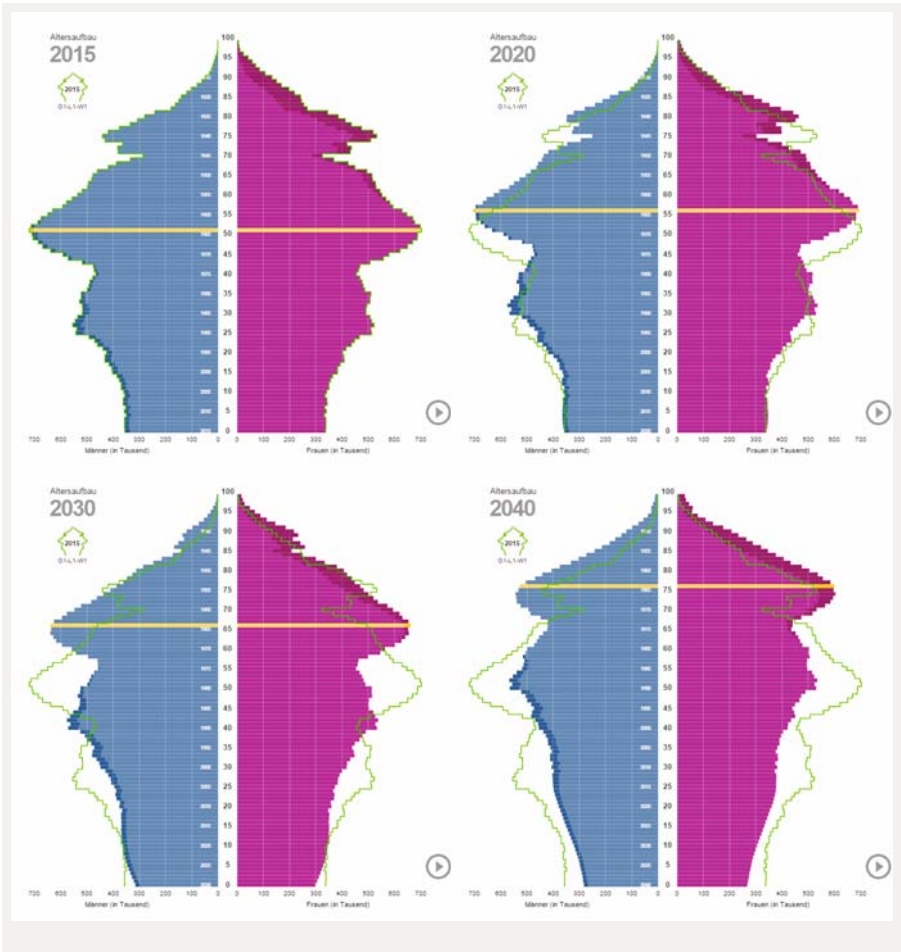


Abbildung 38 Bevölkerungsvorausberechnung 2015, 2020, 2030 und 2040 (G1-L1-W1)

Quelle: Statistisches Bundesamt (2015): <https://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide/>

Im Jahr 2040 werden nach den Ergebnissen der Vorausberechnung alle Altersgruppen ab 68 Jahren merklich stärker als im Jahr 2015 besetzt sein, Gruppen im Alter von unter 67 Jahren demgegenüber zum Teil deutlich schwächer als 2015. Auf 41,9 Mio. Personen im Alter zwischen 20 und 67 Jahren kämen nach den Ergebnissen 2040 21,5 Mio. Menschen im Alter von 67 und mehr Jahren sowie 12,6 Mio. jüngere Menschen im Alter von bis zu 20 Jahren bei einer auf 76,0 Mio. Menschen um 6,6 Prozent gesunkenen Gesamtbevölkerungszahl. Nach den Berechnungen wären die Jahre 2038 bis 2040 diejenigen Jahre, in denen absehbar die Altersgruppen ab 67 Jahre mit rund 21,5 Mio. Menschen am stärksten besetzt wären, in den Jahren nach 2040 wird diese Population im Alter ab 67 Jahre durch Sterbefälle in den geburtenstarken Jahrgängen bei einer gleichzeitig nur geringeren Zahl an Menschen in den nachwachsenden Jahrgängen wieder kleiner werden. Allerdings ist in den Jahren nach 2040, zumindest ohne eine erhebliche Zuwanderung, zugleich auch mit einer weiter sinkenden Zahl an Personen im Erwerbsalter und mit einer insgesamt rückläufigen Bevölkerungsentwicklung zu rechnen.

2015 waren den Altersgruppen in einem typischen Erwerbsalter zwischen 20 und 67 Jahren demgegenüber noch 51,4 Mio. Personen zuzuordnen, einem Alter ab 67 Jahren konnten erst 15,3 Mio. Menschen zugeordnet werden, bis zu 20 Jahre alt oder jünger waren 14,6 Mio. Menschen von altersübergreifend insgesamt 81,3 Mio. Menschen in Deutschland.

Bevölkerungsentwicklung in Deutschland bis 2040 und bis 2060

- Unter Annahme einer moderaten Zunahme der Lebenserwartung, weitgehend unveränderter Geburtenzahlen und eines längerfristigen jährlichen Wanderungssaldos von 100.000 Personen wird die Einwohnerzahl in Deutschland von 2015 bis 2040 um 6,6 Prozent zurückgehen, bis 2060 wäre mit einem Rückgang um insgesamt 17 Prozent auf dann 67,6 Mio. Einwohner zu rechnen.
- Die Anzahl der Menschen im Alter zwischen 20 und 67 Jahren wird bis 2040 unter den genannten Annahmen von 50,8 auf 41,9 Mio. um gut 18 Prozent sinken, die Anzahl der Menschen im Alter ab 67 Jahre um knapp 40 Prozent von 15,3 auf 21,5 Mio. zunehmen und damit einen Höchststand erreichen.
- Während die Zahl der Menschen im Alter ab 67 Jahren nach 2040 bis zum Jahr 2060 voraussichtlich nur langsam um insgesamt etwa 4 Prozent zurückgeht, dürfte sich die Zahl der Menschen im Alter zwischen 20 und 67 Jahren im selben Zeitraum bis 2060 noch deutlich, nämlich um 14 Prozent auf 36,1 Mio., reduzieren.

Bevölkerungsvorausberechnung für Bundesländer

Regionale Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung zur Entwicklung der Bevölkerung in einzelnen Bundesländern lagen bei Erstellung des



Laenderpyramiden

Reportes noch nicht vor (Stand Juli 2015). Sie dürften jedoch ab Herbst 2015 auf den Internetseiten des Statistischen Bundesamtes verfügbar sein, auf denen Mitte 2015 noch Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung gezeigt wurden.

Vor diesem Hintergrund können auch in Tabelle 16 **nur bundeslandspezifische Ergebnisse der 12. Bevölkerungsvorausbe-**

rechnung aus dem Jahr 2009/10 dargestellt werden.¹⁰ Die letzten beiden Zeilen der Tabelle zeigen ergänzend die bundesweiten Ergebnisse sowohl der 12. als auch der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, welche zu den verschiedenen Zeitpunkten mit sehr ähnlichen Annahmen errechnet wurden. Die 2015 veröffentlichten Ergebnisse der 13. Vorausberechnung erscheinen dabei optimistischer als die Ergebnisse der 12. Vorausberechnung, was maßgeblich aus der in den letzten Jahren gestiegenen Zuwanderung nach Deutschland resultiert. Demnach wäre zu erwarten, dass die 13. Bevölkerungsvorausberechnung auch im Hinblick auf zumindest einen Teil der Bundesländer noch etwas optimistischere Ergebnisse als die in Tabelle 16 gelisteten zeigen wird (insbesondere im Sinne von geringer ausgeprägten Rückgängen der Bevölkerung im Erwerbsalter). Relative Unterschiede zwischen den Bundesländern dürften dabei tendenziell jedoch weitgehend erhalten bleiben.

Nach den Ergebnissen der Variante 1-W1 der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung ist von 2015 bis 2040 insbesondere in den neuen Bundesländern mit einem merklichen Rückgang der Bevölkerung um 16 (Sachsen, Brandenburg) bis 23 Prozent (Sachsen-Anhalt) zu rechnen. Ein Rückgang um 16 Prozent wurde zudem auch für das Saarland prognostiziert, in den übrigen alten Bundesländern wird nach der Berechnungsvariante nur mit einem Rückgang um weniger als zehn Prozent gerechnet, in Hamburg sogar mit einem geringen Anstieg.

Zugleich sinkt gemäß dieser Vorausberechnungsvariante in allen Bundesländern der Anteil der Personen im typischen Erwerbsalter von 20 bis unter 65 Jahren an der jeweiligen Gesamtbevölkerung.

¹⁰ Link: <https://www.destatis.de/laenderpyramiden/>

Quelle: Statistisches Bundesamt (2009). Bevölkerung in den Bundesländern, dem früheren Bundesgebiet und den neuen Ländern bis 2060. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. Link:

<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungBundeslaender2060.html>

Ermittelt man die Zahl der 65-Jährigen und Älteren pro 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren, erhält man den sogenannten Altenquotienten und damit ein gewisses Maß dafür, für wie viele Altersrentner 100 Personen im typischen Erwerbsalter aufkommen müssen. Dieser Altenquotient lag 2015 nach den Ergebnissen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung bundesweit bei 35 und dürfte bis 2040 bei etwa 60 liegen. Mitbedingt durch Wanderungsbewegungen junger Menschen nach der Wiedervereinigung von den neuen in die alten Bundesländer und eine dadurch ungünstigere Altersstruktur werden die Altenquotienten in fast allen neuen Bundesländern (unter Ausnahme von Sachsen) 2040 voraussichtlich deutlich höher liegen.

Tabelle 16 Bevölkerungsvorausberechnung für Bundesländer – 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

Bundesland	Bevölkerung (Mio.)			Anteil 20-64 Jahre			Altenquotient*		
	2015	2030	2040	2015	2030	2040	2015	2030	2040
Baden-Württemberg	10,7	10,5	10,2	60,8%	54,8%	51,7%	34	51	62
Bayern	12,6	12,5	12,0	61,2%	55,5%	52,5%	34	49	59
Berlin	3,4	3,3	3,2	63,4%	57,1%	55,1%	32	46	54
Brandenburg	2,5	2,3	2,1	60,7%	50,6%	48,1%	39	70	81
Bremen	0,7	0,6	0,6	61,2%	56,8%	55,2%	36	46	51
Hamburg	1,8	1,9	1,8	64,2%	59,7%	56,3%	29	38	48
Hessen	6,0	5,8	5,6	60,7%	54,9%	51,8%	35	51	62
Mecklenburg-Vorpommern	1,6	1,4	1,3	61,1%	50,2%	49,2%	39	70	75
Niedersachsen	7,8	7,4	7,1	59,6%	54,1%	51,2%	37	54	64
Nordrhein-Westfalen	17,6	16,8	16,1	60,6%	55,1%	52,4%	35	50	59
Rheinland-Pfalz	4,0	3,8	3,7	60,8%	54,4%	52,1%	35	53	61
Saarland	1,0	0,9	0,8	60,8%	53,4%	51,6%	38	59	65
Sachsen	4,0	3,6	3,4	58,6%	51,3%	50,5%	44	65	69
Sachsen-Anhalt	2,2	1,9	1,7	59,5%	50,4%	49,0%	44	71	77
Schleswig-Holstein	2,8	2,7	2,6	58,9%	54,1%	50,8%	39	54	65
Thüringen	2,1	1,8	1,7	60,1%	50,7%	49,1%	42	70	77
BUNDESWEIT	80,8	77,4	73,8	60,7%	54,5%	51,9%	36	53	62
BUNDESWEIT**	81,3	79,2	76,0	60,7%	55,0%	52,9%	35	50	58

* Zahl der 65-Jährigen und Älteren je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren. Quelle: Statistisches Bundesamt (2010). Bevölkerung in den Bundesländern, dem früheren Bundesgebiet und den neuen Ländern bis 2060. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. Erschienen am 23. Februar 2010.

** Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante G1-L1-W1.

Erwerbsbeteiligung

Die Zahl der Berufstätigen hängt nicht ausschließlich von der Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter ab. Arbeitsangebote und Rahmenbedingungen können mehr oder weniger Menschen zur Aufnahme, zur Ausweitung oder zur Einschränkung bzw. Beendigung einer Berufstätigkeit bewegen. Ein zweiter Abschnitt befasst sich vor diesem Hintergrund mit der Erwerbsbeteiligung.

Die Teilnahme am Erwerbsleben lässt sich in unterschiedlicher Form erfassen und beschreiben. In Deutschland werden sehr umfangreiche Informationen zur Erwerbsbeteiligung regelmäßig im Rahmen des Mikrozensus erhoben.¹¹ Ergebnisse zum Jahr 2013 wurden im November 2014 veröffentlicht. Im Mikrozensus werden im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit vorrangig die nachfolgend aufgeführten und auch international gebräuchlichen Abgrenzungen von Personengruppen verwendet:¹²

- **Erwerbstätige** sind Personen im Alter von 15 Jahren und mehr, die im einwöchigen Berichtszeitraum wenigstens 1 Stunde gegen Entgelt irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen bzw. in einem Arbeitsverhältnis stehen, selbstständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen Freien Beruf ausüben.
- **Erwerbslose** sind Personen ohne Erwerbstätigkeit, die sich in den letzten vier Wochen aktiv um eine Arbeitsstelle bemüht haben und sofort, d. h. innerhalb von zwei Wochen, für die Aufnahme einer Tätigkeit zur Verfügung stehen. Dabei spielt es keine Rolle, ob sie bei einer Arbeitsagentur als Arbeitslose gemeldet sind.
- **Erwerbspersonen** setzen sich aus Erwerbstätigen und Erwerbslosen zusammen.

Zur Beschreibung der Erwerbsbeteiligung sind zwei unterschiedliche Maße gebräuchlich. Die sogenannte **Erwerbsquote** entspricht dem Anteil der Erwerbspersonen (der Erwerbstätigen und der Erwerbslosen) an der Bevölkerung. Berücksichtigt werden im Zähler des Quotienten also alle Personen, die bei einem ausreichenden

¹¹ Der Mikrozensus ist eine repräsentative Haushaltsbefragung, bei der rund 830.000 Personen bzw. 1 Prozent der Bevölkerung in etwa 370.000 privaten Haushalten und Gemeinschaftsunterkünften zu ihren Lebensbedingungen befragt werden, wobei für alle ausgewählten Personen eine Auskunftspflicht besteht; vgl.: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Mikrozensus.html>

¹² Statistisches Bundesamt (2014). Mikrozensus. Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland. Fachserie 1 Reihe 4.1.1 – 2013. Erschienen am 28.11.2014, korrigiert am 5.12.2014. Link: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetige/StandEntwicklungErwerbstaetigkeit.html> Die Verwendung von Begriffen wie „Erwerbspersonen“, „Erwerbstätige“ und „Erwerbslose“ und Einteilungen von Personen in die entsprechenden Gruppen orientieren sich beim Mikrozensus an international gebräuchlichen Definitionen der International Labour Organization (ILO); Link: <http://www.ilo.org/berlin/lang--de/index.htm>

Arbeitsangebot aktuell am Erwerbsleben teilnehmen würden. Demgegenüber wird mit der **Erwerbstätigenquote** der Anteil ausschließlich von aktuell erwerbstätigen Menschen an der Bevölkerung angegeben (ohne Berücksichtigung von Erwerbslosen).

Beide Quoten werden häufig mit einer Beschränkung auf Altersgruppen im traditionell typischen Erwerbsalter von 15 bis unter 65 Jahren berichtet. Für diese Altersgruppen wurde im Mikrozensus für das Jahr 2013 eine Erwerbsquote von 77,4 Prozent ermittelt (Männer: 82,3%; Frauen 72,4%). Die Erwerbstätigenquote lag um etwa vier Prozentpunkte niedriger bei 73,3 Prozent (Männer: 77,7%; Frauen 68,8%).

Während sich die Erwerbsquoten bei Männern bereits seit Anfang der 1990er Jahre auf einem recht ähnlichen Niveau um 80 Prozent bewegten, lag sie bei Frauen Anfang der 1990er-Jahre erst knapp oberhalb von 60 Prozent (1990: 60,7%). Ein Wert von 65 Prozent wurde 2003 überschritten, ein Wert von 70 Prozent erst im Jahr 2009.¹³ Der Anstieg resultierte vorrangig aus einer zunehmenden Erwerbsbeteiligung von Frauen aus den alten Bundesländern, bei denen ein Anstieg von 56,9 Prozent im Jahr 1990 auf 71,5 Prozent im Jahr 2013 verzeichnet werden konnte. Die Erwerbsquote bei Frauen in den neuen Bundesländern (inklusive Berlin) stieg im gleichen Zeitraum demgegenüber weniger deutlich von 73,8 auf 76,2 Prozent, lag dabei jedoch zu jedem Zeitpunkt höher als bei Frauen in den alten Bundesländern.

Erwerbsquoten, Erwerbstätigenquoten

- Nach Ergebnissen des Mikrozensus lag die Erwerbsquote bei Personen in der traditionell häufig betrachteten Altersspanne zwischen 15 und 65 Jahren in Deutschland 2013 bei 77,4 Prozent – gut drei Viertel der Bevölkerung aus entsprechenden Altersgruppen waren erwerbstätig oder aktiv um eine Erwerbstätigkeit bemüht. Ansteigende Erwerbsquoten resultierten in den vergangenen Jahren maßgeblich aus einer zunehmenden Erwerbsbeteiligung von Frauen in den alten Bundesländern.
- Die Erwerbstätigenquote, also der Anteil der Bevölkerung mit Ausübung einer Erwerbstätigkeit, lag in der genannten Altersspanne 2013 bei 73,3 Prozent.

¹³ Ab Beginn der Statistiken 1959 bis Ende der 1970er-Jahre lag die Erwerbsquote bei Frauen in der ehemaligen Bundesrepublik unterhalb von 50 Prozent. Bei Männern wurden demgegenüber bis Anfang der 1960er-Jahre sogar noch Werte oberhalb von 90 Prozent ermittelt, was sich im Wesentlichen aus der seinerzeit bestehenden weitgehenden Vollbeschäftigung sowie einen durchschnittlich früheren Eintritt ins Berufsleben erklären lässt. Vgl. Statistisches Bundesamt, Link: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online> Tabelle Code 12211-0001.

Erwerbsbeteiligung in Bundesländern

Tabelle 17 zeigt aktuelle Erwerbsquoten sowie Erwerbstätigenquoten von 15- bis unter 65-jährigen Männern und Frauen in den 16 Bundesländern.

Tabelle 17 Erwerbs- sowie Erwerbstätigenquote nach Bundesländern 2013 (15 bis 64 Jahre)

Bundesland	Erwerbsquote			Erwerbstätigenquote		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	84,2%	74,3%	79,3%	81,4%	71,8%	76,6%
Bayern	84,9%	74,4%	79,7%	82,4%	72,1%	77,2%
Berlin	80,5%	72,7%	76,6%	71,1%	66,0%	68,6%
Brandenburg	83,3%	78,0%	80,7%	76,6%	72,9%	74,8%
Bremen	76,5%	68,8%	72,7%	71,0%	64,0%	67,5%
Hamburg	81,3%	73,9%	77,6%	76,8%	70,9%	73,8%
Hessen	82,4%	71,8%	77,1%	78,5%	68,9%	73,7%
Mecklenburg-Vorpommern	81,8%	75,0%	78,5%	72,7%	68,3%	70,5%
Niedersachsen	82,3%	71,8%	77,1%	78,0%	68,5%	73,2%
Nordrhein-Westfalen	80,6%	68,1%	74,3%	75,2%	64,5%	69,8%
Rheinland-Pfalz	82,7%	71,4%	77,0%	79,3%	68,5%	73,9%
Saarland	81,1%	67,7%	74,4%	75,9%	64,0%	69,9%
Sachsen	83,7%	78,0%	80,9%	77,0%	71,9%	74,5%
Sachsen-Anhalt	83,5%	77,7%	80,7%	76,0%	70,5%	73,3%
Schleswig-Holstein	82,7%	72,5%	77,6%	78,1%	69,3%	73,7%
Thüringen	83,2%	77,4%	80,4%	78,3%	72,5%	75,5%
BUNDESWEIT*	82,6%	72,6%	77,6%	78,0%	69,0%	73,5%
Früheres Bundesgebiet (ohne Berlin)	82,6%	71,7%	77,2%	78,6%	68,7%	73,7%
Neue Bundesländer (inkl. Berlin)	82,6%	76,4%	79,6%	75,2%	70,2%	72,8%

Anteil der Erwerbspersonen sowie Erwerbstätigen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren an der Bevölkerung derselben Altersgruppe. Quelle: Arbeitskräfteerhebung. Statistisches Bundesamt. Entnommen der Sozialberichterstattung der amtlichen Statistik der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder.

Link: <http://www.amtliche-sozialberichterstattung.de/D5erwerbstaeigenquote.html>

* geringfügige Abweichungen zu den vorrangig im Text zitierten Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes resultieren daraus, dass die hier gezeigten Ergebnisse der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder auf einer Aufbereitung der Daten des Mikrozensus nach Vorgaben von EUROSTAT erfolgten.

Während die Erwerbsquote auch 2013 in den neuen Bundesländern insgesamt noch höher als in den alten Bundesländern lag, zeigt sich hinsichtlich der Erwerbstätigenquote – mitbedingt durch eine weiterhin höhere Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern – tendenziell ein eher umgekehrtes Verhältnis. Die höchste Erwerbsquote sowie auch Erwerbstätigenquote bei Männern im Alter zwischen 15 bis

unter 65 Jahre wurde für 2013 nach den hier gezeigten Ergebnissen für Bayern mit 84,9 bzw. 82,4 Prozent ausgewiesen, bei Frauen aus entsprechenden Altersgruppen liegt die Erwerbsbeteiligung in Brandenburg mit einer Erwerbsquote von 78 Prozent und einer Erwerbstätigenquote von 72,9 Prozent am höchsten. Am niedrigsten ist die Erwerbsbeteiligung auf Bundeslandebene in Bremen.

Altersabhängige Erwerbsbeteiligung

Die Erwerbsbeteiligung variiert erwartungsgemäß merklich in Abhängigkeit vom Geschlecht und Alter. Typischerweise wird sie im Mikrozensus erst ab einem Alter von 15 Jahren erfasst. Veränderungen von Schul- und Studienzeiten sowie Studienbedingungen können die Erwerbsbeteiligung insbesondere in den jüngeren Altersgruppen beeinflussen. In den oberen Altersgruppen wird die Erwerbsbeteiligung maßgeblich auch von Regelungen zum Beginn der Altersrente beeinflusst. Die Erwerbsbeteiligung hängt jedoch von vielen Faktoren ab. Eine hohe Erwerbstätigenquote kann Folge einer günstigen Arbeitsmarktsituation mit einem umfangreichen Arbeitsplatzangebot sein. Zugleich können auch rückläufige anderweitige Unterstützungen und Ressourcen zu einer Erhöhung der Erwerbsbeteiligung führen, ohne dass dies primär von den Betroffenen immer erwünscht ist (z.B. bei Nebenjobs im Studium oder bei Erwerbstätigkeit im Rentenalter).

Abbildung 39 zeigt Erwerbsquoten (in der oberen Teilabbildung) sowie Erwerbstätigenquoten (untere Teilabbildung) nach Ergebnissen des Mikrozensus aus dem Jahr 2013 getrennt für Männer und Frauen in Altersgruppen zwischen 15 und 74 Jahren. Ergänzend dargestellt sind gleichartige Ergebnisse aus dem Jahr 2005 (vgl. dünne Linien).

Die altersspezifischen **Erwerbsquoten** bei Männern 2013 unterscheiden sich bis zum 55. Lebensjahr nur wenig von denen im Jahr 2005. Ab einem Alter von 29 Jahren wurden in beiden betrachteten Jahren Quoten oberhalb von 90 Prozent erfasst, um das 40. Lebensjahr herum lagen sie dabei zum Teil oberhalb von 95 Prozent.

Merkliche Unterschiede zeigen sich nach dem 55. Lebensjahr. Während 2005 die Erwerbsquote unter den 60-Jährigen bei 60,2 Prozent lag, war sie 2013 bis zu einem entsprechenden Alter erst auf 78,6 Prozent gefallen. Im Alter von 64 Jahren zählten 2005 nur noch 20,6 Prozent, also rund ein Fünftel der Männer zu den Erwerbspersonen. 2013 waren es mit 40,9 Prozent rund doppelt so viele bzw. zwei Fünftel der männlichen Bevölkerung im genannten Alter.

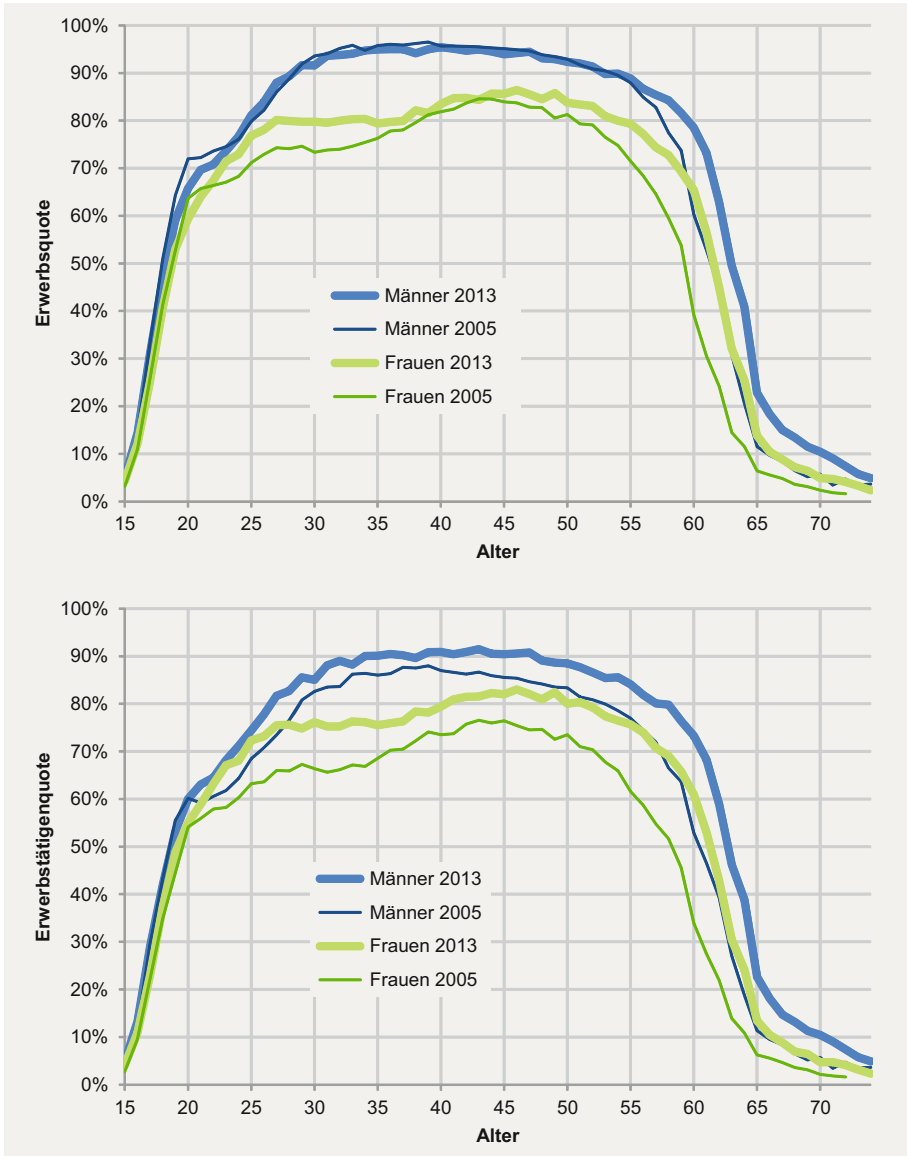


Abbildung 39 Erwerbsbeteiligung nach Alter und Geschlecht 2013 sowie 2005

Eigene Darstellung. Datenquelle: Statistisches Bundesamt (2014). Mikrozensus. Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland. Fachserie 1 Reihe 4.1.1 – 2013 sowie Ausgabe 2005, Band 2.

Bei Frauen liegen die Erwerbsquoten – mitbedingt durch den immer noch größeren Anteil an der Kinderbetreuung und beispielsweise zumeist auch schlechtere Verdienstmöglichkeiten – in allen Altersgruppen niedriger als bei Männern. Allerdings ist die Erwerbsquote bei Frauen von 2005 bis 2013 in fast allen Altersgruppen merklich gestiegen. Dies gilt insbesondere auch für die Altersspanne zwischen 25 und 35 Jahre, also typische Lebensaltersphasen einer Kindererziehung, wozu ein Ausbau der Kinderbetreuungsmöglichkeiten beigetragen haben dürfte.

Erwerbstätigenquoten, also die Anteile der Menschen mit Ausübung einer Erwerbstätigkeit, sind zwischen 2005 und 2013 sowohl bei Frauen als auch bei Männern in weitgehend allen Altersgruppen (unter Ausnahme der jüngsten Gruppen bis etwa 20 Jahre) merklich gestiegen. Der altersübergreifende Anstieg dürfte maßgeblich durch die insgesamt günstige Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt in Deutschland mitbedingt sein. In höheren Altersgruppen zeigt sich anhand der Erwerbstätigenquoten, dass 2013 nicht nur ein höherer Anteil der Menschen aktiv nach Arbeit suchte, sondern auch ein höherer Anteil der Menschen einer Erwerbstätigkeit nachging beziehungsweise einen Arbeitsplatz hatte als im Jahr 2005.

Abbildung 40 zeigt Erwerbstätigkeitsquoten für den Ausschnitt der Bevölkerung im Alter zwischen 50 und 74 Jahren. Deutlich wird bei dieser Darstellung, dass sich das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben innerhalb der acht Jahre zwischen 2005 und 2013 merklich in ein individuell höheres Alter verschoben hat. Während eine Erwerbstätigenquote oberhalb von 50 Prozent bei Männern im Jahr 2005 nur bis zum Alter von 60 Jahren erfasst wurde, war dies 2013 bis zum Alter von 62 Jahren der Fall. Bei Frauen konnten Erwerbstätigenquoten oberhalb von 50 Prozent 2005 nur bis zum Alter von 58 Jahren ermittelt werden, im Jahr 2013 lag das entsprechende Alter bei 61 Jahren. Das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben erfolgte bei Männern in Deutschland 2013 demnach rund zwei Lebensaltersjahre später als 2005, bei Frauen etwa drei Jahre später.

Bei der bis 2013 beobachteten Verschiebung des Alters bei Beendigung der Erwerbstätigkeit dürfte die 2007 gesetzlich beschlossene stufenweise Anhebung der Regelaltersgrenze ab 2012 für den Bezug der sogenannten Regelaltersrente allenfalls einen marginalen Einfluss gehabt haben. Personen der Geburtsjahrgänge 1947 und 1948 mussten nach Vollendung des 65. Lebensjahres erst einen bzw. zwei Monate über das 65. Lebensjahr hinaus arbeiten, um ihren ggf. 2013 beginnenden Anspruch auf Regelaltersrente zu erreichen.¹⁴

¹⁴ Vgl. § 235 Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch VI (SGB VI).
Link: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/_235.html

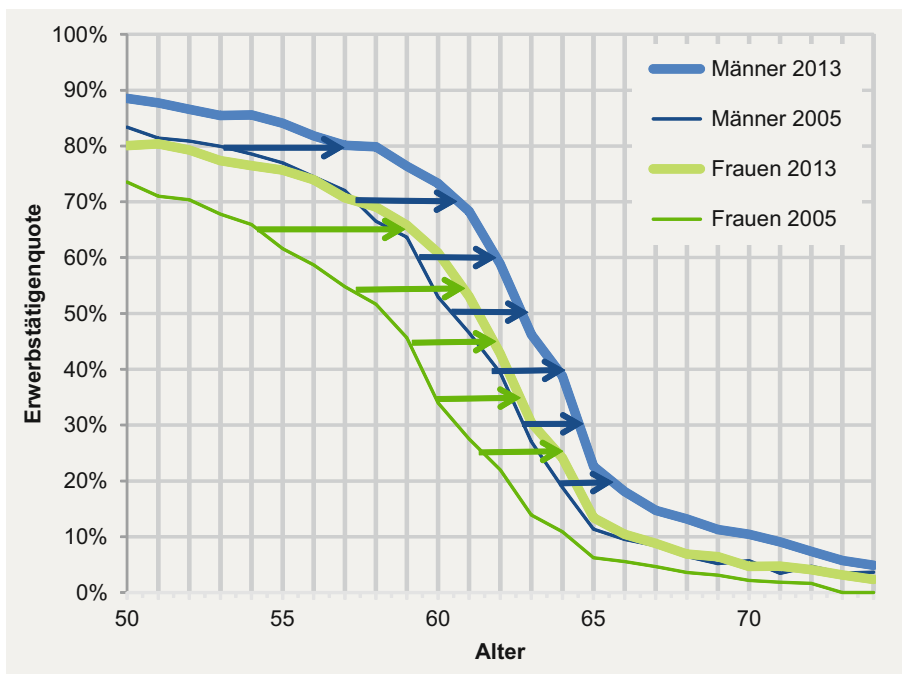


Abbildung 40 Erwerbstätigenquote im Alter ab 50 Jahre 2013 sowie 2005

Eigene Darstellung. Datenquelle: Statistisches Bundesamt (2014). Mikrozensus. Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland. Fachserie 1 Reihe 4.1.1 – 2013 sowie Ausgabe 2005, Band 2.

Arbeitszeiten

Die zuvor berichteten Erwerbstätigenquoten setzen gemäß Definitionen der ILO als Erwerbstätigkeit lediglich eine Stunde Erwerbstätigkeit pro Woche voraus und liefern insofern keine Auskunft über den Umfang der Erwerbstätigkeit. Nach Ergebnissen des Mikrozensus waren 2013 insgesamt 28,4 Prozent aller abhängig beschäftigten Erwerbstätigen teilzeitbeschäftigt. Unter Männern lag der Anteil bei 10,3 Prozent, unter Frauen bei 47,9 Prozent.

Abbildung 41 zeigt geschlechts- und altersgruppenspezifische Teilzeitbeschäftigungsraten bei abhängig Erwerbstätigen in Deutschland 2013. Ausgespart bleiben in der Abbildung aus Darstellungsgründen die extrem hohen Teilzeitbeschäftigungsquoten von 82,1 bzw. 91,8 Prozent in der kleinen Gruppe von erwerbstätigen Männern und Frauen im Alter ab 65 Jahre.

Während von den Männern im mittleren bis höheren Erwerbsalter weniger als zehn Prozent teilzeitbeschäftigt und entsprechend mehr als 90 Prozent vollzeitbeschäftigt waren, lag der Anteil der teilzeitbeschäftigten Frauen ab einem Alter von 35 Jahren durchgängig oberhalb von 50 Prozent. Weniger als die Hälfte der Frauen ab diesem Alter war also im Sinne einer Vollzeitbeschäftigung erwerbstätig.

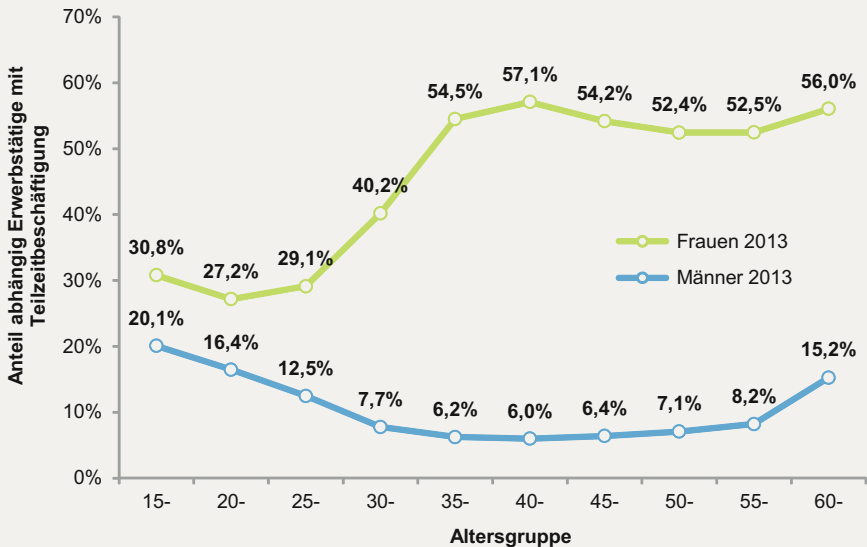


Abbildung 41 Anteil der abhängig Erwerbstätigen in Teilzeitbeschäftigung 2013

Eigene Darstellung. Datenquelle: Statistisches Bundesamt (2014). Mikrozensus. Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland. Fachserie 1 Reihe 4.1.1 – 2013.

Nach den zuvor dargestellten Ergebnissen dürfte sich die Erwerbsbeteiligung von Frauen in Deutschland durch eine Erhöhung der wöchentlichen Arbeitszeit theoretisch in noch stärkerem Umfang als durch eine weitere Erhöhung der Erwerbstätigenquote steigern lassen. Dass dies unter den aktuellen Umständen individuell von der Mehrheit der betroffenen Frauen so erwünscht wäre erscheint allerdings fraglich. Lediglich 14 Prozent der teilzeitbeschäftigten Frauen gaben 2013 an, eine Teilzeitbeschäftigung vorrangig aufgrund fehlender Vollzeitbeschäftigungsmöglichkeiten gewählt zu haben. Bei Männern lag dieser Anteil – trotz der insgesamt erheblich selteneren Teilzeitbeschäftigung – mit 22 Prozent merklich höher.

Zukünftige Entwicklung der Erwerbsbeteiligung – Rente mit 67

Eine mittel- bis langfristige Prognose hinsichtlich der zukünftigen Erwerbsbeteiligung erscheint schwierig. Einen sehr maßgeblichen Einfluss dürften die wirtschaftliche Lage und das damit verbundene Arbeitsplatzangebot haben. Eine flexiblere Gestaltung von Arbeitsmöglichkeiten und weiter verbesserte Kinderbetreuungsmöglichkeiten könnten zu einer weiteren Zunahme der Erwerbsbeteiligung führen. Insbesondere in höheren Altersgruppen dürften zweifellos auch die zukünftige Entwicklung der gesundheitlichen Situation von Beschäftigten sowie Veränderungen von gesundheitlichen Belastungen am Arbeitsplatz eine Rolle spielen.

Zu einer weiteren Verschiebung des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben in ein höheres Alter wird absehbar die am 20. April 2007 beschlossene **Anhebung der Regelaltersgrenze** für den Anspruch auf Regelaltersrente auf ein Alter von 67 Jahren führen.¹⁵ Das 2007 beschlossene Gesetz ist zum 1. Januar 2012 in Kraft getreten, die Anhebung erfolgt seither schrittweise und betrifft alle nach 1946 geborenen Versicherten in der gesetzlichen Rentenversicherung. Für die Geburtsjahrgänge von 1947 bis 1958 wird die zuvor gültige Regelaltersgrenze von 65 Jahren schrittweise zunächst jeweils um einen Monat weiter erhöht, sodass für den Jahrgang 1958 eine Regelaltersgrenze von 66 Jahren gültig sein wird (die dieser Jahrgang 2024 erreicht). Für die nach 1958 geborenen Geburtsjahrgänge bis zum Jahrgang 1964 erhöht sich die Regelaltersgrenze dann jeweils um weitere zwei Monate, womit der Jahrgang 1964 der erste Jahrgang sein wird, für den eine Regelaltersgrenze von 67 Jahren gilt (die von diesem Jahrgang 2031 erreicht wird). Vor dem Hintergrund dieser gesetzlichen Veränderungen erscheint die Annahme plausibel, dass sich die in Abbildung 40 für das Jahr 2013 dargestellten Kurven zu altersabhängigen Erwerbstätigenquoten bis zum Jahr 2031 um knapp zwei Altersjahre nach rechts verschieben werden.

Entwicklung der Erwerbspersonenzahl

Auf Basis der zuvor bereits teilweise dargestellten Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung sowie den Beobachtungen zur Erwerbsbeteiligung lässt sich die Zahl und Altersstruktur von Erwerbspersonen sowie auch von Erwerbstätigen in Deutschland in den kommenden Jahren abschätzen. Da hierbei noch mehr Einflüsse eine Rolle spielen als bei der alleinigen Prognose zur Bevölkerungsentwicklung sind entsprechende Abschätzungen tendenziell mit noch größeren Unsicherheiten behaf-

¹⁵ RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz vom 20.04.2007, vgl. Link: <http://www.sozialpolitik-aktuell.de/id-2007.283/articles/rv-altersgrenzenanpassungsgesetz.html>

tet. Die Ergebnisse sind insofern eher im Sinne von Szenarien zu lesen, die auf bestimmten Annahmen beruhen, welche entsprechend bei einer Diskussion der einzelnen Ergebnisse bedacht werden müssen.

Annahmen zur Erwerbsbeteiligung

Alle nachfolgend in vier Abbildungen dargestellten Ergebnisse beruhen auf der Annahme, dass sich die Erwerbsbeteiligung in den kommenden Jahren lediglich im Zuge der fortgeführten schrittweisen Einführung der Rente mit 67 im Vergleich zum Jahr 2013 weiter erhöhen wird. 2013 mussten Beschäftigte zum Erreichen der Regelaltersgrenze bereits 2 Monate über die Vollendung ihres 65. Lebensjahres hinaus arbeiten. 2029 werden Beschäftigte dann insgesamt zwei Jahre über die Vollendung ihres 65. Lebensjahres hinaus arbeiten müssen. Bei den nachfolgend dargestellten Berechnungen wird davon ausgegangen, dass damit schrittweise bis 2029 eine Erwerbsbeteiligung erreicht wird, die der Erwerbsbeteiligung bei 22 Monaten jüngeren Menschen im Jahr 2013 entspricht.¹⁶ Sinngemäß wird das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben bis 2029 im Vergleich zu 2013 damit in ein knapp zwei Jahre höheres Alter verschoben. Für die Jahre nach 2029 wird dann von einer gleichbleibenden altersspezifischen Erwerbsbeteiligung ausgegangen.

Annahmen zur Bevölkerungsentwicklung

- Einer ersten Darstellung in Abbildung 42 liegt die bereits in Abbildung 38 auf Seite 87 dargestellte **Variante 1 „Kontinuität bei schwächerer Zuwanderung“ (G1-L1-W1) der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes** aus dem Jahr 2015 zugrunde. In dieser Variante wird von einer langfristig konstanten Geburtenrate von 1,4 Kindern je Frau ausgegangen. Für die Lebenserwartung bei Geburt wird ein moderater Anstieg bis 2060 auf 84,8 Jahre für Jungen und 88,8 Jahre für Mädchen berücksichtigt, für die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren ein Anstieg auf 22,0 bzw. 25,0 Jahre. Langfristig wird von einem konstanten Wanderungssaldo von 100.000 Personen nach einem schrittweisen Rückgang bis 2021 von 500.000 in den Jahren 2014 und 2015 ausgegangen. Insgesamt wird damit in Variante 1 zwischen 2014 und 2060 mit einer Netto-Zuwanderung von 6,3 Mio. Personen nach Deutschland gerechnet.

¹⁶ Die Berechnung bzw. Verschiebung wurde dabei konkret für alle Altersgruppen ab 46 Jahre vorgenommen. Für Personen im Alter von 46 Jahren wurde im Jahr 2029 somit etwa die im Mikrozensus erhobene Erwerbsbeteiligung der 44-Jährigen innerhalb des Jahres 2013 zugrunde gelegt, beispielsweise für 67-Jährige in 2029 diejenige, die 2013 bei 65-Jährigen beobachtet wurde usw.. Die Erwerbsbeteiligung im Alter bis 45 Jahre wurde als konstant angenommen.

- Abbildung 43 zeigt Ergebnisse einer **Modellrechnung**, bei der abweichend zu Variante 1 ein **ausgeglichenes Wanderungssaldo**, also keine Zuwanderung über die Zahl der Fortzüge hinaus, angenommen wird („Wanderungssaldo Null“).
- Der Darstellung in Abbildung 44 auf Seite 104 liegt eine **Modellrechnung** des Statistischen Bundesamtes zugrunde, bei der langfristig – und im Gegensatz zu Variante 1 – ein jährliches **Wanderungssaldo von 300 000 Personen** angenommen wird. Anderweitige Annahmen entsprechen der Variante 1. Grundsätzlich gab es in der ehemaligen Bundesrepublik sowie auch in Deutschland Phasen mit noch erheblich höheren jährlichen Wanderungssalden. Im Jahr 1992 erreichte der Wanderungssaldo mit 782 071 Personen seinen bisherigen Jahreshöchststand. Auch im Jahr 2014 wanderten rund eine halbe Million mehr Menschen nach Deutschland ein als aus.¹⁷ Allerdings wechselten in der Vergangenheit Phasen mit einer stärkeren Zuwanderung zumeist mit Phasen schwächerer Zuwanderung oder auch negativen Wanderungssalden, weshalb der in der Modellrechnung angenommene konstant hohe Wanderungssaldo eine neue Entwicklung darstellen würde und in dieser Form zunächst kaum erwartet werden kann.
- Der Darstellung in Abbildung 45 auf Seite 105 liegen schließlich Ergebnisse einer weiteren **Modellrechnung** des Statistischen Bundesamtes zugrunde, bei der im Gegensatz zu Variante 1 und eher hypothetisch eine Steigerung der **Geburtenrate auf 2,1 Kinder je Frau** kurzfristig nach 2013 und deren Konstanz auf entsprechend hohem Niveau bis 2060 angenommen wird. Anderweitige Annahmen entsprechen auch hier der Variante 1. Eine entsprechende Veränderung der Geburtenrate wäre theoretisch kurzfristig möglich, dürfte in dieser Form jedoch von Niemandem in Deutschland erwartet werden. Die Modellrechnung dient eher der Verdeutlichung von potenziellen Effekten einer Geburtenrate, die mit einem Wert von 2,1 längerfristig und ohne Zuwanderung zu einer weitgehend stabilen Bevölkerungsgröße führen würde.

Die nachfolgenden vier Abbildungen zeigen jeweils die Größe und Altersstruktur der Bevölkerung sowie der Erwerbspersonenpopulation in acht unterschiedlichen Jahren zwischen 2015 und 2060. Angedeutet wird in den Einzelabbildungen zudem ergänzend der Umfang der Erwerbspersonenpopulationen, der sich bei einer gegenüber 2013 vollständig unveränderten Erwerbsquote ergeben würde.

¹⁷ Statistisches Bundesamt (2015). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Wanderungen. Fachserie 1 Reihe 1.2. Wiesbaden. Link: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Wanderungen/Wanderungen.html>

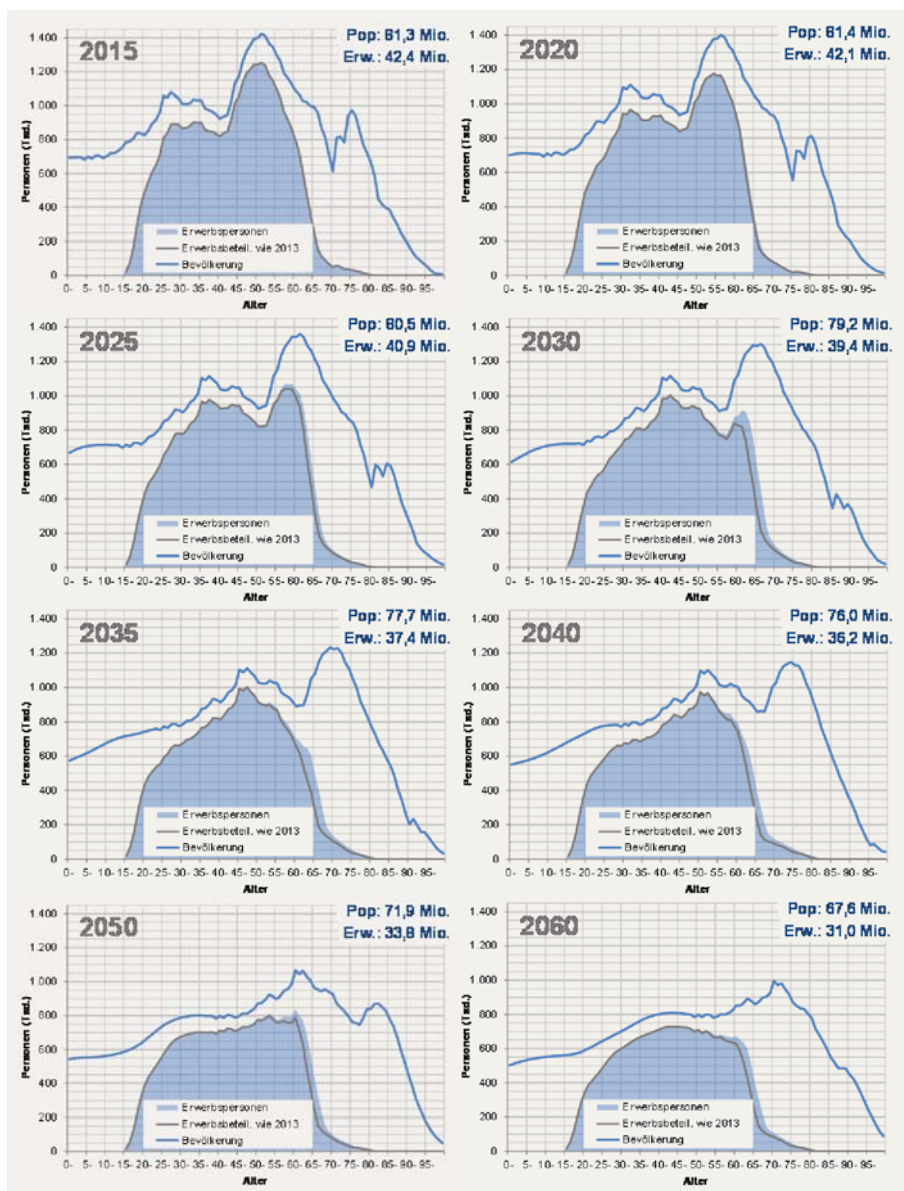


Abbildung 42 Bevölkerung und Erwerbspersonen 2015 bis 2060 – Variante 1 G1-L1-W1

Eigene Berechnungen auf der Basis von Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes zum Mikrozensus 2013 sowie zur 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, **Kontinuität bei schwächerer Zuwanderung**.

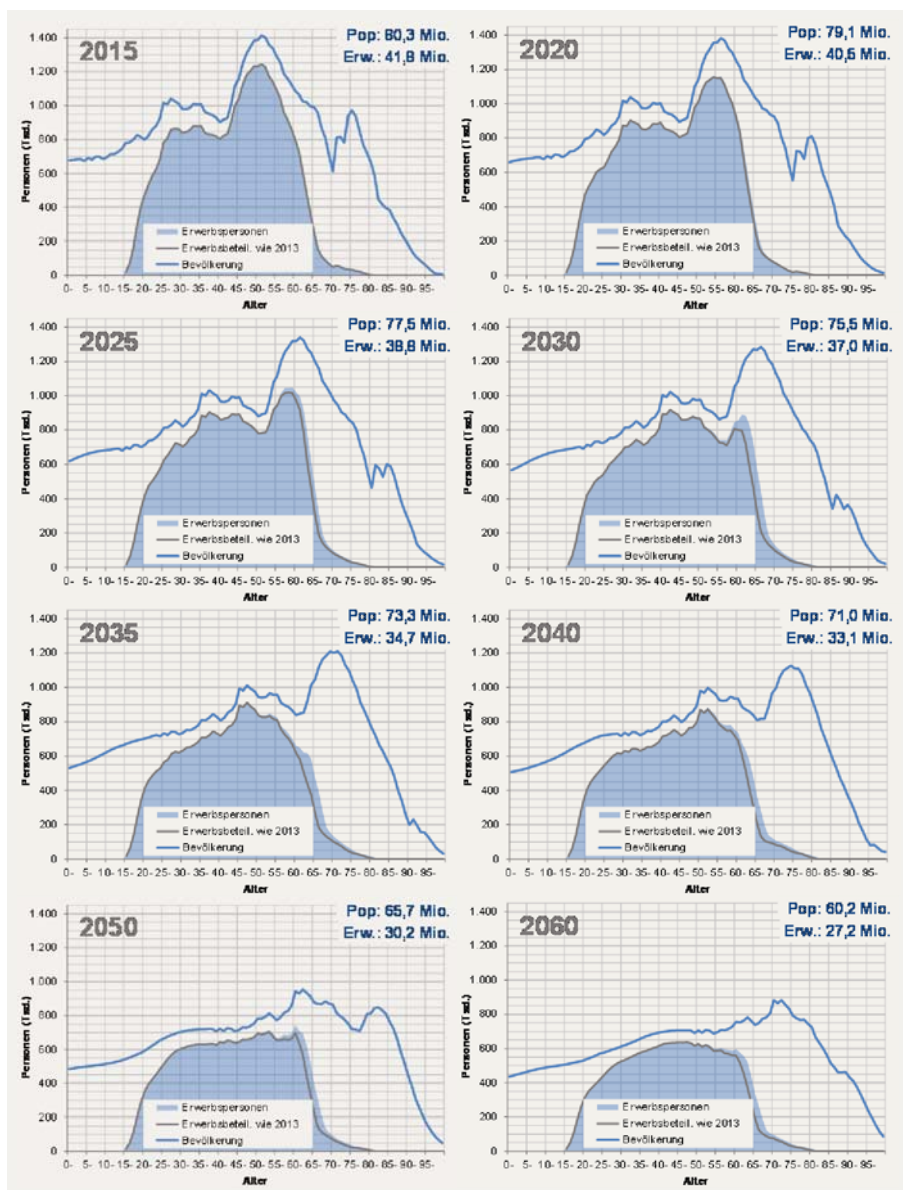


Abbildung 43 Bevölkerung und Erwerbspersonen 2015 bis 2060 – Mod.-Rech. G1-L1-W0

Eigene Berechnungen auf der Basis von Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes zum Mikrozensus 2013 sowie zur 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, **Wanderungssaldo Null**.

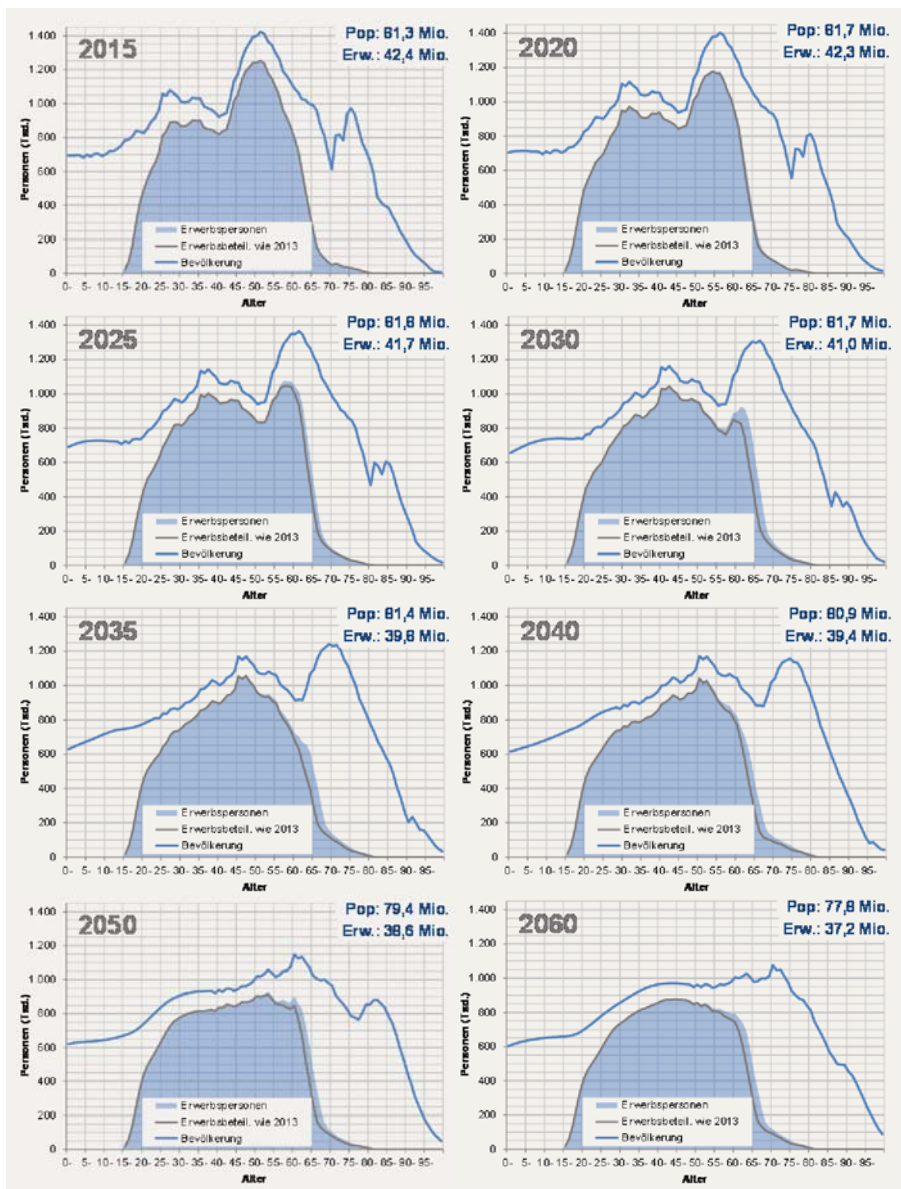


Abbildung 44 Bevölkerung und Erwerbspersonen 2015 bis 2060 – Mod.-Rech. G1-L1-W3

Eigene Berechnungen auf der Basis von Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes zum Mikrozensus 2013 sowie zur 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, **Wanderungssaldo 300 000**.

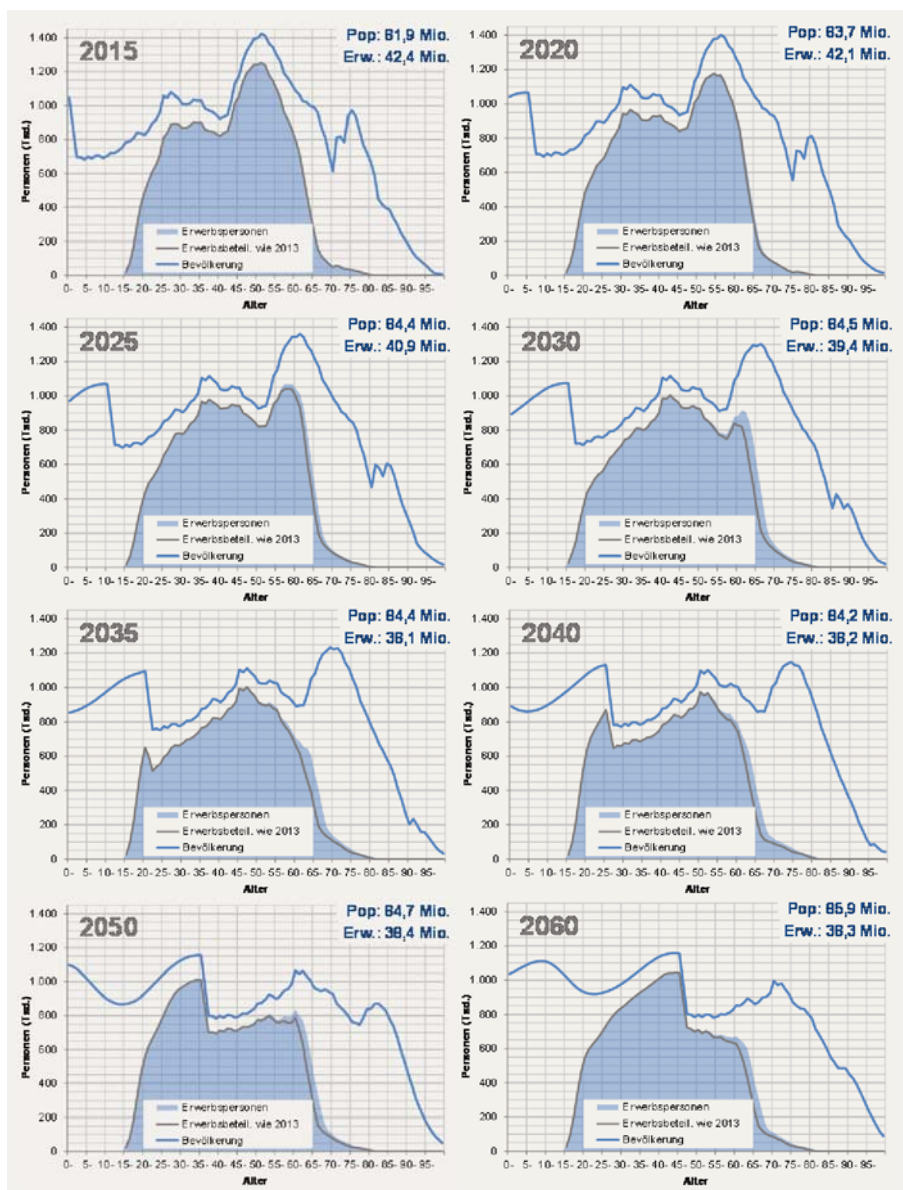


Abbildung 45 Bevölkerung und Erwerbspersonen 2015 bis 2060 – Mod.-Rech. G2,1-L1-W1

Eigene Berechnungen auf der Basis von Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes zum Mikrozensus 2013 sowie zur 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Geburtenrate 2,1 Kinder je Frau.

Wesentliche Kennzahlen zu den vier zuvor dargestellten Varianten bzw. Modellrechnungen der Bevölkerungsvorausberechnung sind auch in den nachfolgenden Tabellen dargestellt und sollen an dieser Stelle erläutert und diskutiert werden.

Variante 1 „Kontinuität bei schwächerer Zuwanderung“

Variante 1 (G1-L1-W1) der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes beruht, wie bereits erwähnt, auf relativ konservativen Annahmen. Es wird von 1,4 Geburten je Frau ausgegangen. Da Werte in einer vergleichbaren Größenordnung in Deutschland bereits seit mehr als 20 Jahren beobachtet werden erscheint die Annahme realistisch bzw. fiel es schwer, Begründungen für die Erwartung merklich abweichender Annahmen zu finden.

Tabelle 18 Bevölkerung und Erwerbspersonen 2015 bis 2060 – Variante 1 G1-L1-W1

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2050	2060
Bevölkerung (Tsd.)	81.346	81.436	80.511	79.228	77.697	75.959	71.901	67.565
2015 = 100%	100%	100,1%	99,0%	97,4%	95,5%	93,4%	88,4%	83,1%
Mittleres Alter (durchschnittliches Alter)	46 (44,0)	46 (44,8)	47 (45,6)	48 (46,4)	49 (47,2)	50 (48,0)	51 (49,0)	51 (49,2)
Anteil Bevölk. unter 20J	18,0%	17,6%	17,6%	17,5%	17,1%	16,6%	15,9%	16,2%
Anteil Bevölk. 20 bis unter 67J	63,1%	62,4%	60,8%	58,3%	55,8%	55,2%	55,2%	53,4%
Anteil Bevölk. 67J und älter	18,9%	20,0%	21,6%	24,2%	27,0%	28,2%	29,0%	30,4%
Erwerbsquote	52,2%	51,7%	50,7%	49,7%	48,1%	47,7%	47,1%	45,9%
Erwerbspersonen (EP, Tsd.)	42.446	42.110	40.858	39.351	37.406	36.199	33.841	31.045
2015 = 100%	100%	99,2%	96,3%	92,7%	88,1%	85,3%	79,7%	73,1%
Mittleres Alter (durchschnittliches Alter)	44 (42,9)	44 (43,5)	44 (44,1)	44 (44,4)	45 (44,2)	45 (44,2)	45 (44,2)	44 (44,1)
Anteil EP unter 30J	19,6%	18,2%	17,4%	16,9%	17,6%	18,2%	18,3%	17,7%
Anteil EP 30 bis unter 55J	59,1%	56,8%	54,9%	56,1%	56,9%	55,8%	53,8%	55,9%
Anteil EP 55J und älter	21,3%	25,0%	27,7%	27,0%	25,5%	26,0%	27,9%	26,4%
darunter 60J und älter	9,7%	11,7%	14,9%	16,8%	14,7%	14,3%	16,2%	15,5%

Eigene Berechnungen auf der Basis von Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes zum Mikrozensus 2013 sowie zur 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, **Variante 1 G1-L1-W1 „Kontinuität bei schwächerer Zuwanderung“**. Geringe Abweichungen zu publizierten Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes durch Berechnungen auf der Basis von gerundeten geschlechts- und altersspezifischen Werten möglich.

Die Erwartung einer moderaten weiteren Erhöhung der Lebenserwartung in Variante 1 entspricht in ihrer Größenordnung der Fortschreibung von Beobachtungen zu Veränderungen der Lebenserwartung seit den 1970er Jahren.

Größere Unsicherheiten können insbesondere hinsichtlich der Annahmen zur Zuwanderung postuliert werden. Variante 1 geht nach einem schrittweisen Rückgang des Saldos von rund 500.000 im Jahr 2014 ab 2021 von einem Wanderungssaldo von konstant 100.000 Personen pro Jahr aus.

Gemessen an einem durchschnittlichen Wanderungssaldo von jährlich rund 233.000 Personen für Deutschland in den Jahren zwischen 1991 und 2013 erscheint dieser Wert zunächst niedrig. Allerdings haben in den genannten Jahren eine Reihe von Faktoren wie die Zuwanderung aus Staaten der ehemaligen Sowjetunion, die Erweiterung der EU und das Inkrafttreten des Freizügigkeitsgesetzes der EU sowie die vergleichsweise günstige wirtschaftliche Entwicklung in Deutschland eine Rolle gespielt, die nicht zwangsläufig auch zu einer langfristig anhaltenden Zuwanderung in den kommenden Jahrzehnten führen dürften. Knapp drei Viertel der rund 430.000 Zuwanderer kamen 2013 aus europäischen Staaten nach Deutschland.¹⁸ In vielen dieser Staaten ist eine ähnliche demografische Entwicklung wie in Deutschland zu beobachten, wodurch eine Zuwanderung aus entsprechenden Ländern mittelfristig rückläufig sein dürfte.

Zu einem Rückgang der Bevölkerung käme es gemäß Variante 1 vorrangig nach 2025, bis 2060 würde die Bevölkerung um 17 Prozent kleiner werden, wobei zugleich der Anteil der Bevölkerung im Alter ab 67 Jahre von 19 auf gut 30 Prozent ansteigen würde (vgl. Tabelle 18).

Noch deutlicher, nämlich um gut ein Viertel (27%), würde von 2015 bis 2060 – trotz moderater Zuwanderung und Rente mit 67 – die Zahl der Erwerbspersonen zurückgehen. Dabei würde bis etwa 2030 der Anteil älterer Erwerbspersonen noch zunehmen. 2030 dürfte nach den Berechnungen die Zahl der Erwerbspersonen im Alter ab 60 Jahre etwa der Zahl der Erwerbspersonen im Alter von unter 30 Jahren entsprechen. In den nachfolgenden Jahren dürfte sich die Altersstruktur der Erwerbspersonen demgegenüber nur graduell ändern, sofern es zu keiner weiteren Anpassung der Regelaltersgrenze bzw. Erwerbsbeteiligung in höherem Alter kommt. Die maßgeblichste Änderung bei Erwerbspersonen dürfte nach 2030 demnach ihre merklich rückläufige Zahl sein, wobei ein spürbarer Rückgang bereits in den kommenden zehn Jahren (betrachtet ab 2015) einsetzen dürfte. Als altersübergreifende Erwerbsquote wäre nach den Berechnungen 2060 ein Wert von 46 Prozent zu erwarten, entsprechend würden 54 Prozent der Bevölkerung keiner Erwerbstätigkeit nachgehen (und zugleich sich nicht aktiv darum bemühen).

¹⁸ Statistisches Bundesamt (2015). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Wanderungen. Fachserie 1 Reihe 1.2. Wiesbaden.

Modellrechnung „Wanderungssaldo Null“

Die vom Statistischen Bundesamt publizierte Modellrechnung „Wanderungssaldo Null“ wurde nicht im Sinne eines realistisch erwarteten Szenarios berechnet. Sie lässt sich vorrangig dazu nutzen, um die Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland zu verdeutlichen, die sich in den kommenden Jahrzehnten ohne jegliche Zuwanderung bzw. bei einem ausgeglichen Wanderungssaldo ergeben würde, wobei alle anderweitigen Annahmen der zuvor dargestellten Variante 1 beibehalten wurden.

Ohne Zuwanderung nach 2013 wäre bereits Ende 2015 mit einer um etwa einer Million Personen kleineren Ausgangspopulation als gemäß Variante 1 zu rechnen. Die für 2015 ermittelte Bevölkerungszahl würde sich ohne Zuwanderung bis 2060 um weitere 25 Prozent auf dann nur noch rund 60 Millionen Einwohner reduzieren. Die Zahl der Erwerbspersonen würde im gleichen Zeitraum um 35 Prozent von knapp 42 Millionen auf nur noch gut 27 Millionen zurückgehen.

Tabelle 19 Bevölkerung und Erwerbspersonen 2015 bis 2060 – Mod.-Rech. G1-L1-W0

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2050	2060
Bevölkerung (Tsd.)	80.326	79.050	77.454	75.497	73.337	70.999	65.741	60.229
2015 = 100%	100%	98,4%	96,4%	94,0%	91,3%	88,4%	81,8%	75,0%
Mittleres Alter (durchschnittliches Alter)	46 (44,1)	47 (45,1)	48 (46,0)	49 (46,9)	49 (47,8)	51 (48,6)	51 (49,5)	51 (49,7)
Anteil Bevölk. unter 20J	18,0%	17,6%	17,4%	17,2%	16,8%	16,3%	15,8%	16,1%
Anteil Bevölk. 20 bis unter 67J	62,9%	61,9%	60,2%	57,6%	54,9%	54,1%	53,9%	52,5%
Anteil Bevölk. 67J und älter	19,1%	20,5%	22,4%	25,2%	28,3%	29,6%	30,3%	31,4%
Erwerbsquote	52,0%	51,2%	50,2%	49,0%	47,3%	46,7%	46,0%	45,2%
Erwerbspersonen (EP, Tsd.)	41.755	40.496	38.849	36.975	34.682	33.137	30.233	27.240
2015 = 100%	100%	97,0%	93,0%	88,6%	83,1%	79,4%	72,4%	65,2%
Mittleres Alter (durchschnittliches Alter)	44 (43,1)	45 (43,7)	45 (44,3)	45 (44,6)	45 (44,2)	45 (44,2)	45 (44,2)	44 (44,0)
Anteil EP unter 30J	19,3%	17,8%	17,4%	17,2%	17,9%	18,5%	18,4%	18,0%
Anteil EP 30 bis unter 55J	59,1%	56,5%	54,0%	54,9%	55,9%	55,1%	53,9%	55,5%
Anteil EP 55J und älter	21,6%	25,7%	28,6%	27,9%	26,2%	26,5%	27,7%	26,4%
darunter 60J und älter	9,9%	12,1%	15,5%	17,5%	15,2%	14,7%	16,4%	15,5%

Eigene Berechnungen auf der Basis von Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes zum Mikrozensus 2013 sowie zur 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, **Wanderungssaldo Null**. Geringe Abweichungen zu publizierten Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes durch Berechnungen auf der Basis von gerundeten geschlechts- und altersspezifischen Werten möglich.

Modellrechnung „Wanderungssaldo 300 000“

Auch die Modellrechnung „Wanderungssaldo 300 000“, bei der ab 2016 langfristig ein positiver Wanderungssaldo von 300 000 Personen jährlich angenommen wird, wurde vom Statistischen Bundesamt primär nicht als realitätsnahe Prognose veröffentlicht. Deutlich wird auf Basis der Ergebnisse, dass selbst bei einer langfristig bislang nicht erwarteten jährlichen Netto-Zuwanderung von 300 000 Personen und insgesamt 14,5 Millionen Zuwanderern nach Deutschland bis 2060 die Bevölkerung dennoch leicht, nämlich um 4,4 Prozent, und die Zahl der Erwerbspersonen sogar noch deutlich um 12,5 Prozent zurückgehen würde. Ohne eine Steigerung der Geburtenrate wäre demnach langfristig ein jährlicher Wanderungssaldo von mehr als 300 000 Personen erforderlich, sofern die Einwohnerzahl in Deutschland auf dem aktuellen Niveau erhalten bleiben soll.

Tabelle 20 Bevölkerung und Erwerbspersonen 2015 bis 2060 – Mod.-Rech. G1-L1-W3

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2050	2060
Bevölkerung (Tsd.)	81.346	81.687	81.820	81.701	81.398	80.931	79.447	77.761
2015 = 100%	100%	100,4%	100,6%	100,4%	100,1%	99,5%	97,7%	95,6%
Mittleres Alter (durchschnittliches Alter)	46 (44,0)	46 (44,7)	46 (45,3)	47 (45,9)	48 (46,5)	48 (47,1)	49 (47,8)	49 (48,0)
Anteil Bevölk. unter 20J	18,0%	17,6%	17,6%	17,6%	17,4%	17,0%	16,5%	16,6%
Anteil Bevölk. 20 bis unter 67J	63,1%	62,5%	61,1%	58,9%	56,7%	56,3%	56,8%	55,6%
Anteil Bevölk. 67J und älter	18,9%	19,9%	21,3%	23,5%	25,9%	26,7%	26,8%	27,8%
Erwerbsquote	52,2%	51,8%	51,0%	50,2%	48,9%	48,6%	48,5%	47,8%
Erwerbspersonen (EP, Tsd.)	42.446	42.278	41.743	40.990	39.802	39.364	38.556	37.154
2015 = 100%	100%	99,6%	98,3%	96,6%	93,8%	92,7%	90,8%	87,5%
Mittleres Alter (durchschnittliches Alter)	44 (42,9)	44 (43,4)	44 (43,9)	44 (44,1)	44 (43,8)	44 (43,8)	44 (43,9)	44 (43,9)
Anteil EP unter 30J	19,6%	18,4%	17,8%	17,3%	17,8%	18,3%	18,4%	17,8%
Anteil EP 30 bis unter 55J	59,1%	56,7%	55,0%	56,5%	57,7%	56,9%	55,1%	56,4%
Anteil EP 55J und älter	21,3%	24,9%	27,2%	26,2%	24,5%	24,8%	26,5%	25,7%
darunter 60J und älter	9,7%	11,7%	14,6%	16,2%	14,0%	13,5%	15,2%	14,9%

Eigene Berechnungen auf der Basis von Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes zum Mikrozensus 2013 sowie zur 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, **Wanderungssaldo 300 000**. Geringe Abweichungen zu publizierten Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes durch Berechnungen auf der Basis von gerundeten geschlechts- und altersspezifischen Werten möglich.

Modellrechnung „Geburtenrate 2,1 Kinder je Frau“

Zum Erhalt einer Bevölkerungsgröße ohne Zuwanderung wären langfristig in Deutschland durchschnittlich etwa 2,1 Geburten je Frau erforderlich.¹⁹ Im Sinne eines fiktiven Szenarios wurde vom Statistischen Bundesamt eine weitere Modellrechnung publiziert, bei der eine entsprechende Geburtenrate auf Bestandserhaltungsniveau ab 2015 bis 2060 angenommen wird. Weitere Annahmen entsprechen der Bevölkerungsvorausberechnung in der Variante 1.

Tabelle 21 Bevölkerung und Erwerbspersonen 2015 bis 2060 – Mod.-Rech. G2,1-L1-W1

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2050	2060
Bevölkerung (Tsd.)	81.875	83.707	84.364	84.510	84.356	84.165	84.731	85.912
2015 = 100%	100%	102,2%	103,0%	103,2%	103,0%	102,8%	103,5%	104,9%
Mittleres Alter (durchschnittliches Alter)	45 (43,7)	45 (43,6)	45 (43,8)	45 (44,0)	46 (44,4)	46 (44,6)	43 (44,0)	41 (42,9)
Anteil Bevölk. unter 20J	18,5%	19,8%	21,3%	22,6%	23,0%	22,0%	22,4%	24,6%
Anteil Bevölk. 20 bis unter 67J	62,7%	60,7%	58,0%	54,7%	52,1%	52,5%	53,0%	51,5%
Anteil Bevölk. 67J und älter	18,7%	19,5%	20,6%	22,7%	24,9%	25,5%	24,6%	23,9%
Erwerbsquote	51,8%	50,3%	48,4%	46,6%	45,2%	45,3%	45,3%	44,6%
Erwerbspersonen (EP, Tsd.)	42.446	42.110	40.858	39.376	38.143	38.165	38.390	38.300
2015 = 100%	100%	99,2%	96,3%	92,8%	89,9%	89,9%	90,4%	90,2%
Mittleres Alter (durchschnittliches Alter)	44 (42,9)	44 (43,5)	44 (44,1)	44 (44,4)	44 (43,7)	44 (43,0)	42 (42,3)	41 (42,0)
Anteil EP unter 30J	19,6%	18,2%	17,4%	16,9%	19,2%	22,4%	22,9%	21,2%
Anteil EP 30 bis unter 55J	59,1%	56,8%	54,9%	56,0%	55,8%	52,9%	52,5%	57,4%
Anteil EP 55J und älter	21,3%	25,0%	27,7%	27,0%	25,0%	24,6%	24,6%	21,4%
darunter 60J und älter	9,7%	11,7%	14,9%	16,8%	14,4%	13,5%	14,3%	12,6%

Eigene Berechnungen auf der Basis von Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes zum Mikrozensus 2013 sowie zur 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, **Geburtenrate 2,1 Kinder je Frau**. Geringe Abweichungen zu publizierten Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes durch Berechnungen auf der Basis von gerundeten geschlechts- und altersspezifischen Werten möglich.

Sehr offensichtlich wird insbesondere bei einer Betrachtung der Ergebnisse in Abbildung 45 auf Seite 105 die naheliegende Erkenntnis, dass sich Veränderungen der Geburtenrate erst langfristig auf die Zahl der Erwerbspersonen auswirken können, nämlich frühestens dann, wenn die ersten vermehrt geborenen Kinder ein Alter von etwa 20 Jahren erreicht haben. Entsprechend deuten sich erste Veränderungen hin-

¹⁹ Der Wert liegt zwangsläufig etwas oberhalb von zwei, da allgemein etwas mehr Jungen als Mädchen geboren werden und zudem weniger als 100 Prozent aller geborenen Mädchen die gebärfähige Altersspanne erreichen bzw. vollständig durchleben und damit nicht alle geborenen Mädchen wieder zu den Geburten beitragen können.

sichtlich der Erwerbspersonenzahl bei dieser Modellrechnung im Vergleich zu Ergebnissen gemäß Variante 1 erst ab dem Jahr 2035 an. In den vorausgehenden Jahren wäre gegenüber Variante 1 – bedingt durch eine geringere Erwerbsbeteiligung bei einer häufigeren Betreuung von Kindern – vermutlich eher mit einer geringeren Zahl an Erwerbspersonen zu rechnen. Insbesondere die die Generationen der Kinder der Baby-Boomer wären bei dieser Entwicklung einer stärkeren Belastung ausgesetzt, da sie zum einen für den relativ zahlreichen eigenen Nachwuchs und zugleich für ihre zahlenstarke Elterngeneration sorgen müssten. Die Bevölkerung nähme insgesamt unter den Annahmen der Modellrechnung bis 2060 zu, da neben einer bereits bei ausgeglichenem Wanderungssaldo langfristig bestandserhaltenden Geburtenrate ein positives Wanderungssaldo von 100 000 Personen angenommen wurde.

Als Nebenbefund verdeutlicht Abbildung 45 auf Seite 105, dass auch bei einer konstanten (und diesem Beispiel hohen) Geburtenrate zwischen 2015 und 2035 mit einem merklichen Rückgang der absoluten Geburtenzahlen zu rechnen ist, da die ihrerseits relativ stark besetzten Jahrgänge von Kindern der Baby-Boomer in diesen Jahren bereits aus dem typischen Gebäralter herauswachsen. Der erneute Anstieg nach 2035 resultiert in dieser Modellrechnung daraus, dass die fiktiven „neuen geburtenstarken Jahrgänge“ ab dem Jahrgang 2015 ihrerseits das typische Gebäralter erreichen.

Erwerbspersonen und Bevölkerung bis 2060

- Steigerungen der Geburtenraten würden sich erst mit rund 25 Jahren Verzögerung auf die Zahl der Erwerbspersonen auswirken.
- Bei unveränderten Geburtenraten und einem langfristigen jährlichen Wanderungssaldo von 100 000 Personen würde die Einwohnerzahl in Deutschland von 2015 bis 2030 um 2,6 Prozent und die Erwerbspersonenzahl um 7,3 Prozent sinken, bis 2060 um 17 bzw. 27 Prozent.
- Bei ausgeglichenem Wanderungssaldo, also ohne Zuwanderungseffekte, wäre bis 2060 mit einem Rückgang um rund 25 bzw. 35 Prozent zu rechnen. Selbst bei einem langfristig positiven Wanderungssaldo von 300 000 Personen würde die Einwohnerzahl bis 2060 noch um gut 4 bzw. die Erwerbspersonenzahl um 12 Prozent zurückgehen.

Branchenspezifische Anteile älterer Beschäftigter

Ältere Beschäftigte weisen durchschnittlich höhere Fehlzeiten als jüngere Beschäftigte auf (vgl. Abbildung 10 auf Seite 28 sowie Abbildung 20 und Abbildung 21 ab Seite 49). Zudem deutet ein hoher Anteil von älteren Beschäftigten in bestimmten Branchen oder Berufsgruppen darauf hin, dass absehbar verhältnismäßig viele Beschäftigte das Rentenalter erreichen und – sofern die Beschäftigtenzahlen nicht reduziert werden sollen – durch neue Mitarbeiter ersetzt werden müssen.

Von der Bundesagentur für Arbeit (BA) werden zeitnah und regelmäßig umfangreiche Daten zu Beschäftigten in einzelnen Branchen veröffentlicht. Tabelle 22 zeigt Angaben zum Anteil der Beschäftigten im Alter ab 55 Jahren in Branchen differenziert nach zweistelligen Schlüsseln der WZ2008, den sogenannten Wirtschaftsabteilungen. Die dargestellte Statistik der BA beziehen sich dabei auf einen Stand am 30. Juni 2014. Im Gegensatz zum Mikrozensus werden hier nicht Erwerbstätige sondern ausschließlich sozialversicherungspflichtig Beschäftigte betrachtet, von denen nur ein geringerer Anteil als bei Erwerbstätigen den höheren Altersgruppen zuzuordnen ist.

Von den knapp 30,2 Mio. sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland waren am 30. Juni 2014 branchenübergreifend 17,3 Prozent der Altersgruppe ab 55 Jahre zuzuordnen.

Tabelle 22 Beschäftigte, Anteil im Alter ab 55 Jahre nach Abteilungen der WZ2008 6/2014

Nr.	Bezeichnung	Beschäftigte	Anteil im Alter ab 55J
01	Landwirtschaft, Jagd u. damit verb. Tätigkeiten	223.637	16,7%
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	18.508	19,9%
03	Fischerei und Aquakultur	2.497	17,9%
05	Kohlenbergbau	20.246	19,2%
06	Gewinnung von Erdöl und Erdgas	3.169	26,2%
07	Erzbergbau	550	23,3%
08	Gewinnung v. Steinen u. Erden, sonstiger Bergbau	39.712	24,9%
09	Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden	15.196	22,8%
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln	588.168	16,9%
11	Getränkeherstellung	66.351	20,7%
12	Tabakverarbeitung	9.800	16,4%
13	Herstellung von Textilien	72.328	22,1%
14	Herstellung von Bekleidung	36.053	20,8%
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen	15.675	21,0%

Nr.	Bezeichnung	Beschäftigte	Anteil im Alter ab 55J
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)	108.369	16,9%
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	123.112	19,0%
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern	145.250	19,9%
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung	25.276	17,9%
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	306.016	19,1%
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	142.059	14,6%
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	376.880	17,8%
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden	201.439	21,3%
24	Metallerzeugung und –bearbeitung	294.073	20,4%
25	Herstellung von Metallerzeugnissen	785.291	18,2%
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen	424.002	17,2%
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen	350.132	18,1%
28	Maschinenbau	1.013.052	18,2%
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	872.700	16,3%
30	Sonstiger Fahrzeugbau	155.161	17,9%
31	Herstellung von Möbeln	114.223	16,6%
32	Herstellung von sonstigen Waren	235.264	17,4%
33	Reparatur u. Install. v. Maschinen u. Ausrüstungen	152.073	18,3%
35	Energieversorgung	231.674	21,0%
36	Wasserversorgung	37.126	24,8%
37	Abwasserentsorgung	29.470	23,0%
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung	162.678	21,9%
39	Beseitigung v. Umweltverschmutzungen u. sonst. Entsorgung	3.239	27,5%
41	Hochbau	276.012	18,1%
42	Tiefbau	197.982	20,7%
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe	1.222.967	13,7%
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	616.522	12,8%
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	1.336.025	16,9%
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	2.227.596	14,5%
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	570.403	23,9%
50	Schifffahrt	25.456	18,5%
51	Luftfahrt	62.748	8,4%

Nr.	Bezeichnung	Beschäftigte	Anteil im Alter ab 55J
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr	664.020	17,4%
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	232.660	17,5%
55	Beherbergung	283.163	12,4%
56	Gastronomie	656.059	11,9%
58	Verlagswesen	137.947	18,3%
59	Herstellung, Verleih u. Vertrieb v. Filmen u. Fernsehprogrammen; Kinos; Tonstudios u. Verlegen v. Musik	40.375	7,9%
60	Rundfunkveranstalter	56.897	17,9%
61	Telekommunikation	69.046	13,0%
62	Erbringung v. Dienstleist. der Informationstechnologie	568.723	10,2%
63	Informationsdienstleistungen	52.660	10,3%
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen	653.573	16,7%
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)	166.824	17,4%
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten	176.101	15,4%
68	Grundstücks- und Wohnungswesen	232.167	23,1%
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	430.946	13,5%
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben; Unternehmensberatung	580.904	13,2%
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikalische und chemische Untersuchung	496.067	14,5%
72	Forschung und Entwicklung	206.809	14,4%
73	Werbung und Marktforschung	127.717	7,8%
74	Sonst. freiberufliche, wissenschaftliche u. technische Tätigkeiten	57.832	11,5%
75	Veterinärwesen	26.682	7,3%
77	Vermietung von beweglichen Sachen	73.835	15,3%
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	804.186	10,9%
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen	77.035	12,1%
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	140.853	24,7%
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	663.480	20,0%
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.	305.884	12,8%
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	1.703.269	27,0%
85	Erziehung und Unterricht	1.158.949	21,3%
86	Gesundheitswesen	2.257.044	15,7%
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	933.600	20,7%

Nr.	Bezeichnung	Beschäftigte	Anteil im Alter ab 55J
88	Sozialwesen (ohne Heime)	1.074.650	16,7%
90	Kreative, künstlerische u. unterhaltende Tätigkeiten	65.582	18,5%
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische u. zoologische Gärten	35.369	26,8%
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	51.273	16,9%
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	105.622	13,2%
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche u. sonst. religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)	458.081	24,8%
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern	33.227	16,5%
96	Erbringung von sonst. überw. persönl. Dienstleistungen	307.750	13,7%
97	Private Haushalte mit Hauspersonal	44.642	34,0%
98	Herstell. v. Waren u. Erbringung v. Dienstl. durch priv. Haushalte f. d. Eigenbedarf ohne ausgepr. Schwerpkt.	617	20,3%
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	20.841	33,9%
Gesamt		30.174.505	17,3%

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland am 30.06.2014. Quelle: Bundesagentur für Arbeit (2015). Sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte nach Wirtschaftszweigen. Stichtag 30. Juni 2014. Nürnberg.

Die Altersstruktur von Beschäftigten in verschiedenen Branchen resultiert aus sehr unterschiedlichen Faktoren. Die Wirtschaftsabteilungen mit den geringsten Anteilen älterer Beschäftigter waren 2014 die Abteilungen „Luftfahrt“ (WZ2008 51; 8,4%), „Herstellung, Verleih u. Vertrieb v. Filmen u. Fernsehprogrammen; Kinos; Tonstudios u. Verlegen v. Musik“ (WZ2008 59; 7,9%), „Werbung und Marktforschung“ (WZ2008 73; 7,8%) sowie „Veterinärwesen“ (WZ2008 75; 7,3%). Hierbei dürften berufliche Präferenzen jüngerer Beschäftigter eine Rolle spielen. Zum Teil dürfte der geringe Anteil älterer Beschäftigter unter den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten auch durch einen relativ hohen Anteil an Selbständigen in fortgeschrittenem Erwerbsalter bedingt sein (z.B. in der Werbebranche). Selbstständige zählen (wie auch Beamte) nicht zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und sind entsprechend in den hier präsentierten Zahlen der BA nicht berücksichtigt.

Wirtschaftsabteilungen mit den Anteilen älterer Beschäftigter nahe oder oberhalb von 25 Prozent waren 2014 die Abteilungen „Gewinnung v. Steinen u. Erden, sonstiger Bergbau“ (WZ2008 08; 24,9%), „Wasserversorgung“ (WZ2008 36; 24,8%), „Beseitigung v. Umweltverschmutzungen u. sonst. Entsorgung“ (WZ2008 39; 27,5%), „Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien“ (WZ2008 80; 24,7%), „Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung“ (WZ2008 84; 27,0%), „Bibliotheken,

Archive, Museen, botanische u. zoologische Gärten“ (WZ2008 91; 26,8%), „Interessenvertretungen sowie kirchliche u. sonst. religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)“ (WZ2008 94; 24,8%), „Private Haushalte mit Hauspersonal“ (WZ2008 97; 34,0%) sowie „Exterritoriale Organisationen und Körperschaften“ (WZ2008 99; 33,9%).

Von den Beschäftigten aus diesen Branchen dürften innerhalb der nächsten zehn Jahre bzw. bis 2025 rund ein Viertel oder mehr das reguläre Renteneintrittsalter überschreiten und müssten für den Erhalt des aktuellen Bestandes ggf. durch jüngere Mitarbeiter ersetzt werden. Die mit Abstand größte der entsprechend betroffenen Branchen bildet dabei auf der dargestellten Gliederungsebene die Abteilung „Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung“.

Berufsgruppenspezifische Anteile älterer Beschäftigter

Während Branchenzuordnungen Merkmale von Arbeits- bzw. Betriebsstätten und Unternehmen sind, sind ausgeübte Tätigkeiten bzw. Berufe Merkmale, welche den einzelnen Mitarbeitern innerhalb von Betrieben individuell zugeordnet sind.

Tabelle 23 zeigt Anteile sozialversicherungspflichtig Beschäftigter im Alter ab 55 Jahre in Berufsgruppen differenziert nach zweistelligen Schlüsseln der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010; 2-stellig als „Berufshauptgruppen“ bezeichnet) am 30. Juni 2014 nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit.

Tabelle 23 Beschäftigte, Anteil im Alter ab 55 Jahre nach zweistelliger KldB 2010 6/2014

Nr.	Bezeichnung	Beschäftigte	Anteil im Alter ab 55J
01	Angehörige der regulären Streitkräfte	2.181	16,7%
11	Land-, Tier- & Forstwirtschaftsberufe	225.058	15,9%
12	Gartenbauberufe & Floristik	248.781	15,4%
21	Rohstoffgewinnung & -aufbereitung, Glas- & Keramikbe- & -verarbeitung	129.500	19,6%
22	Kunststoffherstellung & -verarbeitung, Holzbe- & -verarbeitung	523.053	14,9%
23	Papier- & Druckberufe, technische Mediengestaltung	268.190	15,3%
24	Metallerzeugung & -bearbeitung, Metallbauberufe	1.319.397	17,7%
25	Maschinen- & Fahrzeugtechnikberufe	1.688.799	16,4%
26	Mechatronik-, Energie- & Elektroberufe	983.090	16,3%
27	Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- & Produktionssteuerungsberufe	991.943	17,4%
28	Textil- & Lederberufe	124.537	21,8%
29	Lebensmittelherstellung & -verarbeitung	773.339	15,8%

Nr.	Bezeichnung	Beschäftigte	Anteil im Alter ab 55J
31	Bauplanungs-, Architektur- & Vermessungsberufe	231.428	19,9%
32	Hoch- & Tiefbauberufe	547.887	15,2%
33	(Innen-)Ausbauberufe	365.800	11,7%
34	Gebäude- & versorgungstechnische Berufe	665.637	23,4%
41	Mathematik-, Biologie-, Chemie- & Physikberufe	394.255	17,0%
42	Geologie-, Geografie- & Umweltschutzberufe	38.672	13,3%
43	Informatik-, Informations- & Kommunikationstechnologieberufe	659.163	10,7%
51	Verkehrs- & Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	1.766.292	17,2%
52	Führer/innen von Fahrzeug- & Transportgeräten	1.029.345	25,3%
53	Schutz-, Sicherheits- & Überwachungsberufe	304.482	26,3%
54	Reinigungsberufe	762.448	27,6%
61	Einkaufs-, Vertriebs- & Handelsberufe	902.550	15,0%
62	Verkaufsberufe	1.994.117	14,9%
63	Tourismus-, Hotel- & Gaststättenberufe	689.641	10,8%
71	Berufe in Unternehmensführung & -organisation	3.951.280	18,8%
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen & Steuerberatung	1.381.323	16,8%
73	Berufe in Recht & Verwaltung	975.256	21,2%
81	Medizinische Gesundheitsberufe	2.292.102	14,0%
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- & Wellnessberufe, Medizintechnik	803.218	14,5%
83	Erziehung, soziale & hauswirtschaftliche Berufe, Theologie	1.451.208	19,5%
84	Lehrende & ausbildende Berufe	586.467	22,8%
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- & wirtschaftswissenschaftliche Berufe	70.803	15,3%
92	Werbung, Marketing, kaufmännische & redaktionelle Medienberufe	515.268	10,0%
93	Produktdesign & kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau	61.780	13,5%
94	Darstellende & unterhaltende Berufe	112.161	15,6%
Gesamt		30.174.505	17,3%

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland am 30.06.2014. Quelle: Bundesagentur für Arbeit (2015). Sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte nach der ausgeübten Tätigkeit der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) und ausgewählten Merkmalen. Stichtag 30. Juni 2014. Nürnberg.

Geringe Anteile älterer Beschäftigter um etwa zehn Prozent finden sich bei der hier gewählten Differenzierung in den Berufshauptgruppen „Informatik-, Informations- & Kommunikationstechnologieberufe“ (KldB 2010: 43), „Tourismus-, Hotel- & Gaststät-

tenberufe“ (KldB 2010: 63) sowie „Werbung, Marketing, kaufmännische & redaktionelle Medienberufe“ (KldB 2010: 92).

Anteile älterer Beschäftigter oberhalb von 25 Prozent finden sich demgegenüber in den Berufshauptgruppen „Führer/innen von Fahrzeug- & Transportgeräten“, „Schutz-, Sicherheits- & Überwachungsberufe“ sowie „Reinigungsberufe“ (KldB 2010 52 bis 54).

Tabelle 24 zeigt Angaben zu Anteilen älterer Beschäftigter für eine Auswahl weiter differenzierter „Berufsgruppen“ (gemäß 3-stelliger KldB 2010). Während im oberen Teil der Tabelle 15 Berufsgruppen mit den höchsten Anteilen von älteren Beschäftigten (Alter ab 55 Jahre) gelistet werden, finden sich im unteren Teil der Tabelle Angaben zu 15 Berufsgruppen mit den geringsten Anteilen an älteren Beschäftigten.²⁰

Tabelle 24 Berufsgruppen mit hohem sowie geringen Anteil von Beschäftigten ab 55 Jahre

Nr.	Bezeichnung	Beschäftigte	Anteil im Alter ab 55J
712	Angehörige gesetzgebender Körperschaften & leitende Bedienstete von Interessenorganisationen	22.906	47,3%
841	Lehrtätigkeit an allgemeinbildenden Schulen	197.753	33,4%
341	Gebäudetechnik	275.715	33,4%
833	Theologie & Gemeindearbeit	39.085	33,1%
842	Lehrtätigkeit für berufsbildende Fächer, betriebliche Ausbildung & Betriebspädagogik	94.361	32,3%
532	Polizeivollzugs- & Kriminaldienst, Gerichts- & Justizvollzug	6.143	30,4%
832	Hauswirtschaft & Verbraucherberatung	189.698	28,8%
541	Reinigung	762.448	27,6%
711	Geschäftsführung & Vorstand	180.082	27,5%
524	Fahrzeugführung im Schiffsverkehr	9.008	27,3%
844	Lehrtätigkeit an außerschulischen Bildungseinrichtungen	60.943	26,4%
733	Medien-, Dokumentations- & Informationsdienste	53.634	26,3%
531	Objekt-, Personen-, Brandschutz, Arbeitssicherheit	286.269	26,3%
521	Fahrzeugführung im Straßenverkehr	839.223	26,0%
533	Gewerbe- & Gesundheitsaufsicht, Desinfektion	12.070	24,6%
232	Technische Mediengestaltung	104.713	9,4%
116	Weinbau	2.703	9,1%

²⁰ Auch bei dieser Auflistung bzw. der zugrundeliegenden Statistik der BA sind ausschließlich sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, also keine Beamte und keine Selbständigen berücksichtigt. Aktuelle Statistiken mit Informationen zur Altersverteilung bei Berufstätigen differenziert nach ausgeübten Berufen unter Einbeziehung von Beamten und Selbständigen sind nicht verfügbar.

Nr.	Bezeichnung	Beschäftigte	Anteil im Alter ab 55J
921	Werbung & Marketing	382.549	8,9%
514	Servicekräfte im Personenverkehr	55.684	8,8%
434	Softwareentwicklung & Programmierung	165.691	8,5%
942	Schauspiel, Tanz & Bewegungskunst	14.351	8,2%
731	Rechtsberatung, -sprechung & -ordnung	169.656	8,1%
922	Öffentlichkeitsarbeit	23.457	8,1%
634	Veranstaltungsservice & -management	26.358	7,9%
823	Körperpflege	171.852	7,6%
422	Umweltschutztechnik	15.924	7,6%
843	Lehr- & Forschungstätigkeit an Hochschulen	184.342	7,3%
261	Mechatronik & Automatisierungstechnik	93.457	7,3%
113	Pferdewirtschaft	10.569	6,7%
931	Produkt- & Industriedesign	7.779	6,2%
Gesamt		30.174.505	17,3%

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland am 30.06.2014. Quelle: Bundesagentur für Arbeit (2015). Sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte nach der ausgeübten Tätigkeit der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) und ausgewählten Merkmalen. Stichtag 30. Juni 2014. Nürnberg.

Berufsgruppen mit ausgesprochen hohen Anteilen Beschäftigter im Alter ab 55 Jahren bilden ein sehr heterogenes Feld. Neben sehr hochqualifizierten Berufen, bei denen das Anforderungsniveau sowie zum Teil auch Konventionen dazu beitragen dürften, dass entsprechende berufliche Stellungen oftmals erst in höherem Alter erreicht werden, finden sich in diesem Feld auch einige typische Berufe aus dem Bereich des öffentlichen Dienstes (insbesondere Lehrer an unterschiedlichen Arten von Schulen). Ein weiterer Teil des Feldes wird demgegenüber durch Berufe mit eher geringen Qualifikationsanforderungen gebildet. Teilweise dürfte es sich um Berufe handeln, die auch in höherem Alter für einen Wiedereinstieg ins Arbeitsleben oder einen Zuverdienst genutzt werden. Erwähnenswert erscheint der hohe Anteil älterer Beschäftigter bei Fahrzeugführern im Straßenverkehr, da der Beruf in starkem Maße Reaktionsvermögen und eine gute Sinneswahrnehmung voraussetzt, die in höherem Alter tendenziell nachlassen.

Bei den Berufen mit ausgesprochen geringen Anteilen älterer Beschäftigter handelt es sich zum Teil um Berufe, denen erst in den letzten Jahrzehnten eine größere Bedeutung zugekommen ist. Dies gilt insbesondere für einige Berufe aus dem EDV-Bereich, tendenziell wohl auch für Teile der Berufsgruppe „Körperpflege“. Eine weitere Gruppe bilden Berufe aus den Bereichen Medien, Marketing und Design. Auch die

Berufsgruppe „Lehr- & Forschungstätigkeit an Hochschulen“ weist einen ausgesprochen geringen Anteil älterer Beschäftigter aus, was auf den ersten Blick im Widerspruch zu den Ergebnissen bei Lehrern steht. Eine wesentliche Ursache für den geringen Anteil älterer Beschäftigter in Lehre und Forschung an Hochschulen dürfte in der Verringerung der Zahl unbefristeter Stellen an Hochschulen im Bereich des sogenannten akademischen Mittelbaus innerhalb der vergangenen Jahrzehnte liegen.

Demografische Veränderungen und Gesundheit

Demografische Entwicklungen wirken sich sowohl auf die zahlenmäßige Größe als auch auf die Altersstruktur von Populationen aus. Dies gilt sowohl für die Gesamtbevölkerung als auch für Erwerbspersonen. Da das Alter ganz allgemein einer der wesentlichsten Einflussfaktoren für den Gesundheitszustand ist, muss bei einer Veränderung der Altersstruktur bzw. Alterszusammensetzung der Bevölkerung sowie von Erwerbspersonen auch mit einer veränderten Gewichtung bzw. Häufigkeit von gesundheitlichen Problemen gerechnet werden, womit sich der nachfolgende Abschnitt befasst.

In den vorausgehenden Abschnitten wurden unterschiedliche Szenarien zu absehbaren sowie auch weniger wahrscheinlichen demografischen Veränderungen in Deutschland im Hinblick auf die Gesamtbevölkerung sowie im Hinblick auf die Subgruppe der Erwerbspersonen dargestellt. Der nachfolgende Abschnitt befasst sich mit den potenziellen Auswirkungen der erwarteten Veränderungen der Altersstruktur in der Gesamtbevölkerung sowie bei Erwerbspersonen auf die Gesundheit in der jeweiligen Population.

Grundlagen und Methoden

Grundlage der nachfolgend präsentierten Abschätzungen bilden geschlechts- und altersspezifische Ergebnisse zu Indikatoren für die Gesundheit wie Diagnoseraten und Arzneiverordnungen, die auf der Basis von umfangreichen pseudonymisierten Daten der BARMER GEK aus unterschiedlichen Bereichen der Versorgung im Jahr 2013 ermittelt wurden. Betrachtet wurden neben den routinemäßig im Gesundheitsreport analysierten Daten zu Arbeitsunfähigkeiten auch Daten zu ambulant-ärztlich verge-

benen gesicherten Diagnosen, zu Arzneiverordnungen im Rahmen der ambulanten Versorgung sowie zu vollstationären Krankenhausaufenthalten.²¹

Primäres Ziel der nachfolgend präsentierten Auswertungen sind Abschätzungen von Veränderungen der gesundheitlichen Situation in den kommenden Jahren, die sich allein aufgrund der demografisch bedingten Veränderungen der Geschlechts- und Altersstruktur in den betrachteten Populationen erwarten lassen. Dabei wurde bei nahezu allen Auswertungen davon ausgegangen, dass sich die Gesundheit innerhalb von einzelnen Altersgruppen in der kommenden Jahre nicht verändert – dargestellte Veränderungen resultieren entsprechend nur aus der veränderten Zusammensetzung von Geschlechts- und Altersgruppen von Populationen und lassen sich sinn gemäß und vereinfacht formuliert als ausschließlich demografisch bedingte Veränderungen interpretieren.²²

Alle populationsbezogenen Maßzahlen aus dem Jahr 2013 wie Verordnungs- und Diagnoseraten wurden im Rahmen der Auswertungen zunächst getrennt für Männer und Frauen differenziert nach 1-Jahres-Altersgruppen berechnet (2 x 101 Altersgruppen von 0 bis 100 Jahre und älter bzw. bei Arbeitsunfähigkeiten ausschließlich für die Altersgruppen von 15 bis 69 Jahre). Anschließend wurden auf Basis der vom Statistischen Bundesamt prognostizierten Geschlechts- und Altersstruktur der Bevölkerung (vorrangig gemäß Variante 1 und im Sinne einer direkten Standardisierung) und auf Basis der geschlechts- und altersspezifischen Kennwerte aus dem Jahr 2013 erwartete populationsbezogene Kennwerte für die Jahre 2014 bis 2060 berechnet. Bei Kennwerten zu Erwerbspersonen wurden dabei in einem Zwischenschritt noch die Ergebnisse des Mikrozensus 2013 sowie bereits dargestellten Annahmen zur Entwicklung der Erwerbsbeteiligung ab 2013 im Zuge der schrittweisen Einführung der Rente mit 67 bis zum Jahr 2029 berücksichtigt, für Jahre nach 2029 wurden gleichbleibende altersspezifische Erwerbsbeteiligungen angenommen (vgl. auch Text auf Seite 100).

²¹ Es wurde bei den dargestellten Auswertungen einheitlich auf Daten zum Kalenderjahr 2013 zurückgegriffen, da Daten zur ambulant-ärztlichen Versorgung innerhalb des Jahres 2014 erst im Herbst 2015 nach der geplanten Fertigstellung des Gesundheitsreportes verfügbar gewesen wären.

²² Streng genommen handelt es sich bei den nachfolgend dargestellten Ergebnissen damit nicht um Prognosen von realistisch erwarteten Ergebnissen (korrekt wäre die Interpretation der Ergebnisse im Sinne eines Szenarios wie z.B.: Welche Diagnoseraten wären 2013 zu erwarten gewesen, wenn bereits 2013 eine Geschlechts- und Altersgruppenzusammensetzung in der Bevölkerung in Deutschland wie voraussichtlich 2030 bestanden hätte?). Für eine realistische Prognose wäre bei allen Parametern zumindest eine Berücksichtigung von Demografie-unabhängig beobachteten Trends aus den letzten Jahren erforderlich gewesen. So wurden beispielsweise eine Reihe von Erkrankungen und Arzneimitteln in den vergangenen Jahren auch innerhalb von Altersgruppen zunehmend häufiger dokumentiert beziehungsweise verordnet. Abschätzungen von Trends müssten für jede Diagnose und jede Arzneimittelgruppe separat erfolgen, wären entsprechend aufwändig und über lange Zeiträume kaum valide bzw. sehr spekulativ.

Speziell bei Berechnungen von Kennwerten zu Arbeitsunfähigkeiten für die kommenden Jahre wurde ein weiterer Rechenschritt durchgeführt, nachdem Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten bei Personen im Alter ab 65 Jahren 2013 nur ungewöhnlich geringe Kennzahlen ergeben hatten. Diese dürften daraus resultieren, dass Arbeitnehmer bislang nur ausnahmsweise und überwiegend auf eigenen Wunsch noch längerfristig nach Vollendung des 65. Lebensjahres beschäftigt sind (zumeist mit reduzierter Stundenzahl) und insofern kaum als repräsentativ für spätere Generationen gelten können, die zum Erreichen der Regelaltersgrenze über das 65. Lebensjahr hinaus berufstätig sein werden. Würde man die 2013 altersspezifisch ermittelten Fehlzeiten bei Prognosen direkt verwenden, würden die aktuell beobachteten niedrigen Werte im Alter ab 65 Jahre im Zuge der Berücksichtigung von Effekten der Rente mit 67 verstärkt in die Berechnung einbezogen und durch die zunehmende Zahl älterer Arbeitnehmer dann rechnerisch geringere Kennzahlen resultieren, was realistisch kaum zu erwarten ist. Um entsprechende Berechnungseffekte zu vermeiden, wurde für den Zeitraum der schrittweisen Einführung der Rente mit 67 für Erwerbspersonen im Alter ab 64 Jahre auf Angaben zu (höheren) Kennzahlen aus den jeweils nächstjüngeren Altersgruppen zurückgegriffen. Ab 2029 wurden damit beispielsweise für 67-Jährige schließlich diejenigen Kennzahlen berücksichtigt, die 2013 bei knapp zwei Jahre jüngeren Erwerbspersonen, also den 65-Jährigen, ermittelt worden waren. Sinngemäß wurde so das 2013 empirisch beobachtete Absinken der Fehlzeiten nach Erreichen der seinerzeit gültigen Regelaltersgrenze wie die Regelaltersgrenze selbst bis 2029 um knapp zwei Jahre in ein höheres Alter verschoben. Erst durch diese Verschiebung konnten für Personen bei Erreichen der im Prognosejahr jeweils gültigen Regelaltersgrenze ähnliche Kennzahlen wie die von Personen bei Erreichen der Regelaltersgrenze 2013 berücksichtigt werden. Grundsätzlich vorstellbare zusätzliche Steigerungen von altersspezifischen Fehlzeiten durch eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit über die bislang beobachteten altersabhängigen Höchstwerte hinaus wurden nicht angenommen.

Erkrankungsübergreifende Veränderungen von Kennzahlen

Tabelle 25 zeigt demografisch bedingte Veränderungen gesundheitsbezogener Kennwerte, die unter den zuvor dargestellten Annahmen bei einer Bevölkerungsentwicklung gemäß Variante 1 der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Bundesamtes zu erwarten wären. Dargestellt werden Kennwerte für das Jahr 2015 sowie die unter den Annahmen erwarteten relativen Veränderungen dieser Kennwerte bis 2020, 2025, 2030 sowie bis 2060.

Ergebnisse im oberen Abschnitt der Tabelle (ohne Angaben zu Arbeitsunfähigkeiten) beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung, Ergebnisse im unteren Teil der Tabelle (inklusive Angaben zu Arbeitsunfähigkeiten) ausschließlich auf Erwerbspersonen.

Neben den bereits in Tabelle 18 auf Seite 106 genannten Zahlen zu Populationsgrößen und deren Veränderungen werden folgende Kennwerte dargestellt:

- Zu Arbeitsunfähigkeiten (ausschließlich bei Erwerbspersonen): durchschnittliche Zahl der AU-Tage je Erwerbsperson innerhalb des Jahres;
- zu Arzneimitteln: Zahl der unterscheidbaren Arzneimittelsubstanzen, die durchschnittlich je Person innerhalb des Jahres verordnet werden; durchschnittliche Gesamtzahl der verordneten definierten Tagesdosen (DDD) je Person (definierte Tagesdosen entsprechen der Substanzmenge eines Arzneimittels, die typischerweise für die Behandlung eines Menschen an einem Tag ausreicht);
- zur ambulanten Versorgung: durchschnittliche Anzahl der unterscheidbaren 3-stelligen ICD10-Diagnosen im Sinne von Erkrankungen, die je Person innerhalb des Jahres dokumentiert werden (berücksichtigt wurden nur als gesichert gekennzeichnete Diagnosen aus den ICD10-Kapiteln I bis XVII sowie XIX);
- zu Behandlungen in (Akut-)Krankenhäusern: Anteil der Personen mit mindestens einer vollstationären Krankenhausbehandlung innerhalb des Jahres; durchschnittliche Anzahl der vollstationären Behandlungstage im Krankenhaus je Person innerhalb des Jahres (bezogen auf die jeweilige Gesamtpopulation).

Pro Kopf der Bevölkerung werden in Deutschland nach den Berechnungen 2015 schätzungsweise durchschnittlich 4,0 unterschiedliche Arzneimittel mit insgesamt rund 535 definierten Tagesdosen verordnet. Im Rahmen der ambulanten Versorgung werden je Person alters- und geschlechtsübergreifend 9,4 unterschiedliche gesicherte Diagnosen im Sinne von Erkrankungen dokumentiert. Ein Anteil von 14,5 Prozent der Bevölkerung wird mindesten einmalig vollstationär in einem Krankenhaus behandelt, pro Kopf der Bevölkerung ergeben sich nach den Berechnungen durchschnittlich etwa 1,8 Behandlungstage in Krankenhäusern. Entsprechend Kennzahlen zu Erwerbspersonen fallen erwartungsgemäß durchgängig niedriger aus (vgl. unteren Teil von Tabelle 25), im Hinblick auf die erkrankungsbedingten Fehltag wurde – basierend auf Daten zu 2013 mit einer Geschlechts- und Altersstandardisierung auf die voraussichtliche demografische Struktur von Erwerbspersonen für 2015 – ein Wert von 17,7 AU-Tagen je Erwerbsperson errechnet.

Die demografischen Veränderungen werden sich nach den hier dargestellten Berechnungen auf die erkrankungsunspezifischen Kennwerte bis 2030 moderat auswir-

ken. Eine verhältnismäßig starke relative Zunahme ist im Hinblick auf das Arznei-
 ordnungsvolumen in definierten Tagesdosen zu erwarten, welches sowohl in der
 Gesamtbevölkerung als auch in der Subgruppe der Erwerbspersonen, gemessen am
 jeweiligen Ausgangswert, nach den Modellrechnungen bis 2030 ausschließlich De-
 mografie-bedingt um 12 Prozent zunehmen wird. Relative Veränderungen der übrigen
 Kennwerte im Zusammenhang mit demografischen Veränderungen fallen insbe-
 sondere bei Erwerbspersonen deutlich geringer aus. Bis 2030 wäre im Zuge des de-
 mografischen Wandels im Vergleich zu 2015 mit einer Zunahme der durchschnittlich
 je Erwerbsperson gemeldeten Arbeitsunfähigkeitszeiten um rund vier Prozent zu
 rechnen (vgl. auch Abbildung 46 auf Seite 125).

Tabelle 25 Gesundheitliche Kennwerte 2015 bis 2060 – Bevölkerung gem. Variante 1 G1-L1-W1

		rel. Veränderungen (2015 = 100%)			
	2015	2020	2025	2030	2060
Bevölkerung (Tsd.)	81.346	100,1%	99,0%	97,4%	83,1%
Arzneimittel: Anzahl diff. Substanzen je Person	4,0	102,4%	104,7%	106,6%	114,1%
Arzneimittel: Gesamtzahl Tagesdosen je Person	535,5	104,1%	108,3%	112,4%	125,4%
Amb. Versorgung: Anzahl diff. Diagnosen je Person	9,4	101,7%	103,5%	105,3%	111,1%
Krankenhaus: Anteil Pers. m. Krankenhausbehandlung	14,5%	102,4%	104,3%	106,1%	116,0%
Krankenhaus: Anzahl Behandlungstage je Person	1,857	103,4%	106,5%	109,4%	124,7%
Erwerbspersonen (EP, Tsd.)	42.446	99,2%	96,3%	92,7%	73,1%
Arbeitsunfähigkeit: AU-Tage je Erwerbsperson	17,7	102,1%	103,9%	104,1%	102,5%
Arzneimittel: Anzahl diff. Substanzen je EP	3,0	102,2%	104,4%	105,5%	104,6%
Arzneimittel: Gesamtzahl Tagesdosen je EP	362,8	104,7%	109,4%	111,9%	110,4%
Amb. Versorgung: Anzahl diff. Diagnosen je EP	8,0	101,4%	102,9%	103,8%	103,0%
Krankenhaus: Anteil EP mit Krankenhausbehandlung	11,4%	101,8%	103,2%	103,9%	103,7%
Krankenhaus: Anzahl Behandlungstage je EP	1,344	102,4%	104,5%	105,8%	105,5%

Kennzahlen nach Berechnungen basierend auf BARMER GEK-Daten 2013, direkt standardisiert nach Angaben zur Bevölkerungsstruktur gemäß 13. koordinierter Bevölkerungsvorausberechnung (ggf. unter Berücksichtigung von Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes zur Erwerbsbeteiligung gemäß Mikrozensus 2013 sowie Effekten der Rente mit 67; vgl. Text), **Variante 1 G1-L1-W1**.

Während alle bevölkerungsbezogen berechneten Kennwerte 2060 noch merklich höher als 2030 liegen, ergeben sich nach den Modellrechnungen für Erwerbspersonen 2060 tendenziell geringere Kennwerte als 2030. Durch das Ausscheiden der Baby-Boomer aus dem Erwerbsleben in den Jahren um 2030 herum ist in den Folgejahren mit geringeren Anteilen von Beschäftigten in höherem Erwerbsalter zu rechnen, woraus entsprechend auch geringere Kennwerte resultieren.

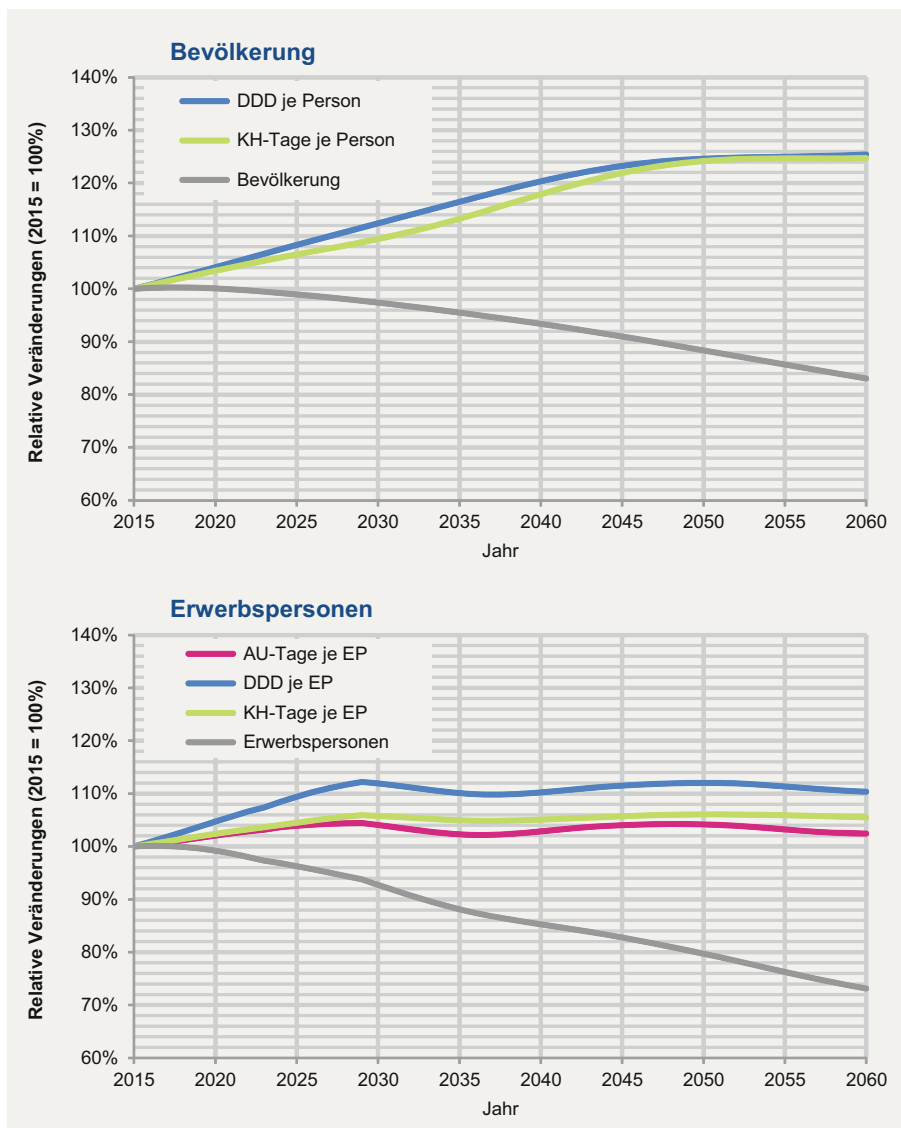


Abbildung 46 Gesundheitliche Kennwerte 2015 bis 2060 – Bevölk. gem. Variante 1 G1-L1-W1

DDD: definierte Tagesdosen von Arzneimitteln; **KH-Tage:** Behandlungstage in Krankenhäusern; **EP:** Erwerbspersonen; Kennzahlen nach Berechnungen basierend auf BARMER GEK-Daten 2013, direkt standardisiert nach Angaben zur Bevölkerungsstruktur gemäß 13. koordinierter Bevölkerungsvorausberechnung (ggf. unter Berücksichtigung von Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes zur Erwerbsbeteiligung gemäß Mikrozensus 2013 sowie Effekten der Rente mit 67; vgl. Text), **Variante 1 G1-L1-W1** „Kontinuität bei schwächerer Zuwanderung“.

Tabelle 26 zeigt Kennwerte, die sich nach einer Zugrundelegung der Modellrechnung des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerungsentwicklung bei einem in allen Jahren ab 2014 ausgeglichenen Wanderungssaldo, also ohne jegliche Zuwanderung, ergeben. Für die Jahre bis 2030 liegen die unter diesen Annahmen ermittelten Kennwerte zum gesundheitlichen Zustand durchgängig höher als in der Bevölkerungsvorausberechnung gemäß Variante 1, deuten also auf einen durchschnittlich schlechteren Gesundheitszustand hin. Dies gilt auch für die bevölkerungsbezogenen Kennwerte zum Jahr 2060. Lediglich die Kennwerte für Erwerbspersonen liegen 2060 geringfügig günstiger, was auf die nur anfänglich noch höhere Zuwanderung in Variante 1 zurückzuführen ist, die 2060 dann zu einer anteilig größeren Zahl von älteren Erwerbspersonen als in der Modellrechnung ohne Zuwanderung beiträgt.

Tabelle 26 Gesundheitliche Kennwerte 2015 bis 2060 – Bevölkerung gem. Mod.-Rech. G1-L1-W0

	rel. Veränderungen (2015 = 100%)				
	2015	2020	2025	2030	2060
Bevölkerung (Tsd.)	80.326	98,4%	96,4%	94,0%	75,0%
Arzneimittel: Anzahl diff. Substanzen je Person	4,0	102,8%	105,2%	107,4%	114,9%
Arzneimittel: Gesamtzahl Tagesdosen je Person	539,5	105,0%	109,6%	114,1%	126,5%
Amb. Versorgung: Anzahl diff. Diagnosen je Person	9,4	102,2%	104,1%	106,2%	111,7%
Krankenhaus: Anteil Pers. m. Krankenhausbehandlung	14,6%	102,7%	104,9%	107,0%	117,0%
Krankenhaus: Anzahl Behandlungstage je Person	1.866	104,0%	107,4%	110,8%	126,4%
Erwerbspersonen (EP, Tsd.)	41.755	97,0%	93,0%	88,6%	65,2%
Arbeitsunfähigkeit: AU-Tage je Erwerbsperson	17,7	102,5%	104,3%	104,3%	102,1%
Arzneimittel: Anzahl diff. Substanzen je EP	3,0	102,7%	104,9%	105,9%	104,3%
Arzneimittel: Gesamtzahl Tagesdosen je EP	365,5	105,6%	110,4%	112,7%	109,6%
Amb. Versorgung: Anzahl diff. Diagnosen je EP	8,0	101,8%	103,4%	104,1%	102,8%
Krankenhaus: Anteil EP mit Krankenhausbehandlung	11,5%	102,0%	103,4%	104,2%	103,4%
Krankenhaus: Anzahl Behandlungstage je EP	1.348	102,7%	104,9%	106,2%	105,1%

Kennzahlen nach Ergebnissen basierend auf BARMER GEK-Daten 2013, direkt standardisiert nach Angaben zur Bevölkerungsstruktur gemäß 13. koordinierter Bevölkerungsvorausberechnung (ggf. unter Berücksichtigung von Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes zur Erwerbsbeteiligung gemäß Mikrozensus 2013 sowie Effekten der Rente mit 67; vgl. Text), **Wanderungssaldo Null**.

Tabelle 27 zeigt Ergebnisse einer Modellrechnung unter Annahme einer langfristig konstanten Zuwanderung von 300.000 Personen nach Deutschland. Die erkrankungsübergreifenden Kennwerte zeigen dabei zu allen Zeitpunkten tendenziell günstigere Werte als nach den Berechnungen gemäß Variante 1, die Unterschiede erscheinen jedoch eher gering.

Tabelle 27 Gesundheitliche Kennwerte 2015 bis 2060 – Bevölkerung gem. Mod.-Rech. G1-L1-W3

	rel. Veränderungen (2015 = 100%)				
	2015	2020	2025	2030	2060
Bevölkerung (Tsd.)	81.346	100,4%	100,6%	100,4%	95,6%
Arzneimittel: Anzahl diff. Substanzen je Person	4,0	102,3%	104,1%	105,6%	110,9%
Arzneimittel: Gesamtzahl Tagesdosen je Person	535,5	103,9%	107,2%	110,3%	119,5%
Amb. Versorgung: Anzahl diff. Diagnosen je Person	9,4	101,6%	102,9%	104,3%	108,2%
Krankenhaus: Anteil Pers. m. Krankenhausbehandlung	14,5%	102,3%	103,9%	105,3%	112,5%
Krankenhaus: Anzahl Behandlungstage je Person	1,857	103,3%	105,8%	108,0%	119,3%
Erwerbspersonen (EP, Tsd.)	42.446	99,6%	98,3%	96,6%	87,5%
Arbeitsunfähigkeit: AU-Tage je Erwerbsperson	17,7	102,0%	103,4%	103,3%	102,2%
Arzneimittel: Anzahl diff. Substanzen je EP	3,0	102,1%	103,8%	104,5%	103,7%
Arzneimittel: Gesamtzahl Tagesdosen je EP	362,8	104,5%	108,3%	110,1%	108,8%
Amb. Versorgung: Anzahl diff. Diagnosen je EP	8,0	101,4%	102,5%	103,0%	102,2%
Krankenhaus: Anteil EP mit Krankenhausbehandlung	11,4%	101,7%	102,9%	103,4%	103,1%
Krankenhaus: Anzahl Behandlungstage je EP	1,344	102,3%	104,1%	105,0%	104,7%

Kennzahlen nach Berechnungen basierend auf BARMER GEK-Daten 2013, direkt standardisiert nach Angaben zur Bevölkerungsstruktur gemäß 13. koordinierter Bevölkerungsvorausberechnung (ggf. unter Berücksichtigung von Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes zur Erwerbsbeteiligung gemäß Mikrozensus 2013 sowie Effekten der Rente mit 67; vgl. Text), **Wanderungssaldo 300 000**.

Erkrankungsübergreifende Veränderungen von 2015 bis 2060

- Bei Erwerbspersonen ist durch Demografie-Effekte bzw. die Veränderung der Alterszusammensetzung bis etwa 2030 mit nur moderaten Steigerungen von Fehlzeiten, Diagnosehäufigkeiten, Arzneiverordnungen und Krankenhausbehandlungen zu rechnen, die sich in den nachfolgenden Jahren, zumindest ohne eine weitere Erhöhungen des Renteneintrittsalters oder anderweitige Veränderungen, nicht weiter fortsetzen dürften.
- Bezogen auf die Gesamtbevölkerung sind entsprechende Steigerungen auch über das Jahr 2030 hinaus zu erwarten. Durch Demografie-Effekte und ohne anderweitige Veränderungen wäre 2060 pro Kopf mit einem um etwa 25 Prozent höheren Arzneiverordnungsvolumen und 25 Prozent mehr Behandlungstagen in Krankenhäusern als 2015 zu rechnen.

Demografisch bedingte Veränderungen des Erkrankungsspektrums

Der folgende Abschnitt befasst sich mit Veränderungen im Hinblick auf einzelne Erkrankungsgruppen sowie Arzneiverordnungen, auf die sich demografische Veränderungen in unterschiedlichem Ausmaß auswirken.

Arbeitsunfähigkeiten

Tabelle 28 zeigt erwartete Entwicklungen von Fehlzeiten bei Erwerbspersonen differenziert nach Krankheitsarten von 2015 bis 2060, die ausschließlich aufgrund demografischer Effekte zu erwarten wären.

Verhältnismäßig deutliche Steigerungen sind bis 2030 bei Neubildungen sowie bei Krankheiten des Kreislaufsystems zu erwarten, die typischerweise erst in höherem Erwerbsalter zu relevanten Fehlzeiten führen. Bis 2030 kann mit einer Zunahme entsprechender Fehlzeiten um 10,2 bzw. 13,5 Prozent gerechnet werden. 2060 ist demgegenüber bei beiden Krankheitsarten mit etwas geringeren Fehlzeiten als 2030 zu rechnen. Fehlzeiten aufgrund von Neubildungen sind überwiegend durch bösartige Neubildungen bedingt, bei denen bis 2030 mit einer demografisch bedingten Steigerung um 12,4 Prozent zu rechnen ist. Fehlzeiten mit Diagnosen von Herz-Kreislauf-Krankheiten lassen sich vorrangig dem Bluthochdruck sowie Erkrankungen aufgrund degenerativer Gefäßveränderungen wie der ischämischen Herzkrankheit zuordnen (Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt).

Fehlzeiten durch infektiöse Krankheiten sowie Krankheiten des Atmungssystems, die vorrangig im Zusammenhang mit Erkältungen stehen und erfahrungsgemäß häufig jüngere Menschen betreffen, werden durch die demografischen Veränderungen praktisch nicht verändert. Ähnliches gilt ansatzweise auch für eine Reihe weiterer Erkrankungen wie beispielsweise Krankheiten des Verdauungssystems und Verletzungen.

Fehlzeiten mit psychischen Störungen als weitere im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten anteilig relevante Erkrankungsgruppe werden durch demografische Effekte voraussichtlich nur wenig beeinflusst.

In der bislang für Fehlzeiten relevantesten Erkrankungsgruppe „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“ ist im Zusammenhang mit demografischen Veränderungen bis 2030 ein Anstieg der Fehlzeiten um sieben Prozent zu erwarten. Aus dieser Erkrankungsgruppe spielen hinsichtlich der Fehlzeiten insbesondere Arthropathien (Gelenkerkrankungen, vorrangig des Knies und der Hüfte) sowie Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens eine Rolle.

Tabelle 28 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten 2015 bis 2060

Diagnose	rel. Veränderungen (2015 = 100%)				
	2015	2020	2025	2030	2060
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	72,6	100,0%	99,9%	99,6%	99,3%
Neubildungen	81,8	104,6%	109,0%	110,2%	106,4%
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	3,8	102,9%	105,4%	107,0%	104,5%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	16,4	103,7%	107,4%	108,3%	105,7%
Psychische u. Verhaltensstörungen	304,4	101,7%	103,2%	103,2%	101,5%
Krankheiten des Nervensystems	46,1	101,8%	103,3%	103,3%	101,8%
Krankheiten des Auges	13,9	104,7%	109,1%	109,4%	106,6%
Krankheiten des Ohres	15,5	101,6%	103,0%	103,2%	101,7%
Krankheiten des Kreislaufsystems	84,3	106,5%	112,5%	113,5%	110,5%
Krankheiten des Atmungssystems	267,1	100,7%	101,0%	100,6%	99,9%
Krankh. des Verdauungssystems	87,9	101,1%	101,9%	101,7%	100,9%
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	22,4	100,4%	100,7%	100,5%	100,1%
Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	396,6	103,2%	106,3%	107,0%	104,6%
Krankheiten des Urogenitalsystems	29,9	100,7%	101,6%	101,7%	100,1%
Schwangerschaft, Geburt	11,8	100,3%	97,2%	92,9%	96,1%
Best. Zust. mit Ursprung i. d. Perinatalperiode	0,1	101,5%	98,2%	94,2%	96,3%
Angeborene Fehlbildungen u. Chromosomenanomalien	3,2	101,3%	103,1%	103,5%	102,3%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	70,0	101,7%	103,4%	103,8%	102,3%
Verletzungen, Vergiftungen, a. Folgen äußerer Ursachen	198,1	100,8%	101,3%	101,3%	100,6%
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	31,8	102,8%	105,5%	105,8%	103,6%
Alle Diagnosen	1.767	102,1%	103,9%	104,1%	102,5%

Kennzahlen nach Berechnungen basierend auf BARMER GEK-Daten 2013, direkt standardisiert nach Angaben zur Bevölkerungsstruktur gemäß 13. koordinierter Bevölkerungsvorausberechnung unter Berücksichtigung von Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes zur Erwerbsbeteiligung gemäß Mikrozensus 2013 sowie Effekten der Rente mit 67; vgl. Text, Bevölkerungsentwicklung gemäß **Variante 1 G1-L1-W1**.

Ambulante Diagnosen – Erwerbspersonen

Nur ein gewisser Teil von Erkrankungen bei Erwerbspersonen führt zu Arbeitsunfähigkeiten, auch in diesen Fällen sind die Erkrankungen zeitlich zumeist nicht ausschließlich auf die Phase einer bescheinigten Arbeitsunfähigkeit beschränkt. Entsprechend werden in der ambulanten ärztlichen Versorgung insgesamt erheblich mehr Diagnosen als zu Arbeitsunfähigkeiten dokumentiert.

Tabelle 29 zeigt Angaben zu den Anteilen der Erwerbspersonen, die innerhalb eines Jahres von Diagnosen mit einer Differenzierung nach Krankheitsarten bzw. nach Kapiteln der ICD10-Klassifikation betroffen waren. Berücksichtigt wurden bei den Auswertungen ausschließlich diejenigen Diagnosen, die als „gesichert“ gekennzeichnet waren, Diagnosen mit den alternativ ärztlicherseits anzugebenden Kennungen „Verdacht“, „Ausschluss“ oder „symptomloser Zustand“ wurden nicht berücksichtigt.

Tabelle 29 Anteil Erwerbspersonen mit gesicherten ambulanten Diagnosen nach Krankheitsarten 2015 bis 2060

Diagnose	rel. Veränderungen (2015 = 100%)				
	2015	2020	2025	2030	2060
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	23,93%	99,6%	99,1%	98,7%	99,0%
Neubildungen	18,00%	101,2%	103,0%	104,3%	103,3%
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	5,60%	100,5%	101,4%	102,3%	101,8%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	35,82%	102,1%	104,3%	105,4%	104,1%
Psychische u. Verhaltensstörungen	32,57%	100,7%	101,1%	101,0%	100,4%
Krankheiten des Nervensystems	18,21%	101,3%	102,6%	103,2%	102,4%
Krankheiten des Auges	21,48%	101,5%	103,9%	105,7%	104,6%
Krankheiten des Ohres	13,50%	101,4%	103,0%	103,8%	103,4%
Krankheiten des Kreislaufsystems	33,16%	103,1%	106,0%	107,4%	106,0%
Krankheiten des Atmungssystems	48,70%	99,7%	99,3%	98,9%	99,1%
Krankh. des Verdauungssystems	28,21%	101,6%	103,0%	103,6%	103,0%
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	25,32%	100,4%	100,9%	101,3%	101,1%
Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	50,13%	100,8%	101,7%	102,1%	101,5%
Krankheiten des Urogenitalsystems	36,74%	100,1%	100,5%	100,9%	100,2%
Schwangerschaft, Geburt	2,46%	100,4%	97,5%	93,5%	96,3%
Best. Zust. mit Ursprung i. d. Perinatalperiode	0,09%	99,3%	97,4%	95,6%	97,2%
Angeborene Fehlbildungen u. Chromosomenanomalien	9,99%	100,9%	101,9%	102,8%	102,0%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	37,67%	100,4%	100,9%	101,2%	100,9%
Verletzungen, Vergiftungen, a. Folgen äußerer Ursachen	24,90%	100,2%	100,4%	100,7%	100,6%
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	54,84%	100,4%	101,1%	101,5%	100,9%

Kennzahlen nach Berechnungen basierend auf BARMER GEK-Daten 2013, direkt standardisiert nach Angaben zur Bevölkerungsstruktur gemäß 13. koordinierter Bevölkerungsvorausberechnung unter Berücksichtigung von Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes zur Erwerbsbeteiligung gemäß Mikrozensus 2013 sowie Effekten der Rente mit 67; vgl. Text, Bevölkerungsentwicklung gemäß **Variante 1 G1-L1-W1**.

Die 2013 erfassten und auf die Geschlechts- und Altersstruktur von Erwerbspersonen im Jahr 2015 standardisierten Diagnoseraten bewegen sich auf einem hohen Niveau. Von mindestens einer gesicherten Diagnose einer Krankheit des Atmungssys-

tems sowie Diagnosen aus dem Kapitel „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“ ist innerhalb des Jahres jeweils rund die Hälfte aller Erwerbspersonen betroffen. Diagnosen von Neubildungen (inklusive gutartiger Neubildungen) werden bei 18 Prozent der Erwerbspersonen dokumentiert, von der Diagnose einer psychischen Störung ist knapp ein Drittel der Erwerbspersonen betroffen.

Nennenswerte Zuwächse von Diagnoseraten auf dieser übergeordneten Gliederungsebene von Diagnosen sind im Zusammenhang mit demografischen Veränderungen insbesondere bei Krankheiten des Kreislaufsystems zu erwarten, bei denen bis 2030 mit einer relativen Zunahme der Betroffenenrate um 7,4 Prozent zu rechnen ist (von 33,16% auf 35,63%). Ähnlich wie bei Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten lassen sich auch bei ambulant-ärztlich vergebenen Diagnosen Kapitel identifizieren, in denen Werte durch demografische Effekte kaum verändert werden oder Diagnoseraten bis 2030 sogar einen leicht rückläufigen Trend zeigen. Insgesamt bewegen sich die demografisch bedingten Veränderungen der Diagnoseraten auf der hier dargestellten übergeordneten Differenzierungsebene von Kapiteln in relativ engen Grenzen.

Tabelle 30 Anteil Erwerbspersonen mit gesicherten ambulanten Diagnosen aus ausgewählten Diagnosegruppen 2015 bis 2060

ICD10-Schlüssel, Diagnosegruppe	rel. Veränderungen (2015 = 100%)				
	2015	2020	2025	2030	2060
C00-C97: Bösartige Neubildungen	3,66%	105,4%	111,9%	116,4%	114,5%
E10-E14: Diabetes mellitus	5,79%	107,0%	114,3%	118,2%	116,3%
G60-G64: Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems	1,50%	107,8%	115,9%	120,5%	118,9%
H25-H28: Affektionen der Linse	2,74%	111,0%	125,5%	136,8%	133,8%
H30-H36: Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut	3,10%	106,1%	113,8%	119,4%	117,5%
H40-H42: Glaukom	2,33%	105,6%	112,1%	116,5%	114,3%
H43-H45: Affektionen des Glaskörpers u. d. Augapfels	1,37%	106,0%	113,8%	119,2%	116,4%
I20-I25: Ischämische Herzkrankheiten	3,05%	109,1%	119,0%	125,3%	124,3%
I60-I69: Zerebrovaskuläre Krankheiten	1,90%	108,9%	119,0%	125,5%	123,9%
I70-I79: Krankheiten d. Arterien, Arteriolen u. Kapillaren	2,67%	107,5%	115,7%	120,6%	119,0%
N17-N19: Niereninsuffizienz	1,18%	107,0%	115,7%	122,3%	121,6%
N40-N51: Krankheiten der männlichen Genitalorgane	4,49%	106,5%	113,1%	117,4%	118,3%

Für weitere Erläuterungen vgl. Tabelle 29, Bevölkerungsentwicklung gemäß **Variante 1 G1-L1-W1**.

Deutlichere demografisch bedingte Zuwächse lassen sich bei einer weiteren Differenzierung der Diagnosen nach Diagnosegruppen identifizieren. Tabelle 30 zeigt eine

Auswahl entsprechend differenzierter Diagnosen, von denen 2015 nach den vorliegenden Abschätzungen mindestens ein Prozent der Erwerbspersonen betroffen sind und bis 2030 relative Zuwächse um mindestens 15 Prozent identifiziert werden konnten. Neben bestimmten kardiovaskulären Erkrankungen erfüllen diese beiden Kriterien auch Diagnosen von bösartigen Neubildungen, Diabetes, Polyneuropathien, unterschiedlichen Augenerkrankungen, Diagnosen einer Niereninsuffizienz sowie Krankheiten der männlichen Genitalorgane, welche häufig die Prostata betreffen.

Arzneiverordnungen – Erwerbspersonen

Da einzelne Arzneimittel vorrangig bei bestimmten Erkrankungen verordnet werden, erlauben Daten zu Arzneiverordnungen auch indirekte Rückschlüsse auf den gesundheitlichen Zustand der Personen, die von entsprechenden Verordnungen betroffen sind. Grundsätzlich werden dabei in den Daten einer Krankenkasse im Wesentlichen nur diejenigen Arzneimittel erfasst, die von Ärzten verordnet und nach einer Einlösung der Rezepte in Apotheken auch mit der Krankenkasse abgerechnet werden.

Den einzelnen Arzneimittelsubstanzen lassen sich – ähnlich wie den Diagnosen in der ICD10 – bestimmte substanzspezifische Codes zuordnen. Verwendet wird hierfür die sogenannte „**Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation**“ (ATC). In einer ersten übergeordneten „anatomischen“ Gliederungsebene werden die Arzneimittel in dieser Klassifikation möglichst einem (Körper-)Organsystem zugeordnet, für dessen Erkrankungen bzw. Behandlung das jeweilige Arzneimittel vorrangig eingesetzt wird. Einzelne chemisch definierte Substanzen können in der Klassifikation durch maximal siebenstellige ATC-Codes abgegrenzt werden.

Inhaltlich eng mit der ATC-Klassifikation verknüpft ist das Maß der **definierten Tagesdosen** (engl.: Defined Daily Dose, DDD), welches bei einem bestimmten Arzneimittel jeweils die Substanzmenge umfasst, die bei einer typischen Dosierung für die Behandlung über einen Tag ausreicht. So würden beispielsweise 365 DDD eines Arzneimittels ausreichen, eine Person durchgängig über ein gesamtes Jahr mit dem entsprechenden Arzneimittel zu behandeln.

Tabelle 31 zeigt Ergebnisse zu Arzneiverordnungen bei Erwerbspersonen differenziert nach anatomischen Gruppen der ATC-Klassifikation. Angegeben wird für das Jahr 2015 sowohl der von entsprechenden Verordnungen betroffene Anteil der Erwerbspersonen als auch die durchschnittlich je Erwerbsperson verordnete Menge an definierten Tagesdosen aus der entsprechenden Arzneimittelgruppe.

Tabelle 31 Anteil Erwerbspersonen mit Verordnungen von Arzneimitteln und Tagesdosen nach anatomischen Gruppen der ATC-Klassifikation 2015 bis 2060

ATC-Code, Anatomische Gruppe	rel. Veränderungen (2015 = 100%)				
	2015	2020	2025	2030	2060
A Alimentäres System und Stoffwechsel - definierte Tagesdosen	21,19% 55,95	102,2% 104,9%	104,5% 110,0%	105,6% 112,7%	104,7% 110,9%
B Blut und Blut bildende Organe - definierte Tagesdosen	6,52% 11,33	103,9% 107,1%	108,4% 115,1%	111,4% 120,4%	110,7% 119,5%
C Kardiovaskuläres System - definierte Tagesdosen	22,12% 137,93	104,8% 106,9%	109,3% 113,8%	111,5% 117,5%	109,7% 115,6%
D Dermatika - definierte Tagesdosen	12,76% 6,77	100,9% 101,3%	101,9% 102,7%	102,6% 103,5%	102,3% 103,2%
G Urogenitales System und Sexualhormone - definierte Tagesdosen	7,65% 14,70	102,0% 103,6%	103,3% 106,5%	104,5% 108,8%	103,4% 107,3%
H Systemische Hormonpräparate - definierte Tagesdosen	14,55% 27,38	101,6% 102,0%	103,2% 104,0%	103,9% 105,0%	102,2% 102,8%
J Antiinfektiva zur systemischen Anwendung - definierte Tagesdosen	34,02% 6,94	100,1% 99,9%	100,1% 100,1%	99,9% 100,1%	99,8% 100,0%
L Antineoplastische u. immunmod. Mittel - definierte Tagesdosen	1,38% 3,73	102,1% 101,9%	104,4% 104,1%	106,0% 105,7%	104,4% 104,1%
M Muskel- und Skelettsystem - definierte Tagesdosen	27,43% 18,06	101,0% 103,9%	102,0% 107,7%	102,5% 109,5%	102,0% 108,0%
N Nervensystem - definierte Tagesdosen	21,35% 41,61	101,1% 101,8%	102,1% 103,1%	102,4% 103,2%	101,7% 102,2%
P Antiparasitäre Mittel, Insektizide - definierte Tagesdosen	1,17% 0,15	100,0% 101,5%	100,4% 102,9%	100,5% 103,3%	99,9% 101,3%
R Respirationstrakt - definierte Tagesdosen	15,38% 18,33	100,6% 102,5%	101,3% 105,3%	101,5% 106,8%	101,0% 105,6%
S Sinnesorgane - definierte Tagesdosen	7,55% 5,21	101,8% 105,4%	104,0% 111,8%	105,2% 116,2%	104,6% 114,7%
V Varia - definierte Tagesdosen	2,57% 14,75	103,4% 103,8%	106,8% 108,0%	108,5% 110,4%	107,8% 109,5%
Arzneimittel gesamt - definierte Tagesdosen	362,8	104,7%	109,4%	111,9%	110,4%

Für weitere Erläuterungen vgl. Tabelle 29, Bevölkerungsentwicklung gemäß **Variante 1 G1-L1-W1**.

Von Verordnungen aus einer Reihe von anatomischen ATC-Gruppen sind jeweils mehr als ein Fünftel der Erwerbspersonen betroffen, Antiinfektiva (vorrangig Antibiotika) erhalten innerhalb eines Jahres mehr als ein Drittel der Erwerbspersonen.

Im Hinblick auf das Verordnungsvolumen bilden Arzneimittel aus der anatomischen Gruppe „Kardiovaskuläres System“ die mit Abstand bedeutsamste Gruppe. Nach den vorliegenden Abschätzungen werden je Erwerbsperson 2015 rund 138 Tagesdosen aus dieser Gruppe verordnet, die insbesondere auch Arzneimittel zur Behandlung

erhöhter Blutdruckwerte umfasst. Diese Verordnungsmenge würde theoretisch ausreichen, jede Erwerbsperson mit genau einem entsprechenden Medikament über einen Zeitraum von 138 Tagen des Jahres (oder knapp 38 Prozent der Erwerbspersonen ganzjährig) in typischer Dosierung zu behandeln. Im Zusammenhang mit demografischen Veränderungen und ohne anderweitige Veränderungen des Verordnungsverhaltens wäre in dieser Arzneimittelgruppe bis 2030 bei Erwerbspersonen eine weitere Steigerung des Verordnungsvolumens um 17,5 Prozent zu erwarten.

Noch größere relative Demografie-bedingte Steigerungsraten bis 2030 von 20,4 Prozent hinsichtlich des Verordnungsvolumens zeigen sich nach den Berechnungen nur in der Gruppe „Blut und Blut bildende Organe“. Das Verordnungsvolumen dieser Arzneimittelgruppe resultiert überwiegend aus der Verordnung antithrombotischer Mittel, also von Medikamenten zur Vermeidung von Blutgerinnseln (vgl. auch Erläuterungen zur nachfolgenden Tabelle).

Tabelle 32 zeigt weiter differenzierte Ergebnisse zu Verordnungen nach dreistelligen ATC-Schlüsseln, die sich auf Darstellungen zu Gruppen mit einem durchschnittlichen Verordnungsvolumen von mehr als fünf Tagesdosen je Erwerbsperson 2015 beschränken. Den gelisteten 19 Gruppen sind noch 86,6 Prozent des Gesamtverordnungsvolumens in 2015 zugeordnet, zugleich lassen sich die möglichen Indikationen der Verordnungen besser als auf der übergeordneten Ebene von anatomischen ATC-Gruppen eingrenzen.

Ein erheblicher Teil des Verordnungsvolumens entfällt auf Arzneimittel mit den ATC-Codes C03, C07, C08 und C09, die vorrangig zur Senkung des Blutdrucks, also bei Bluthochdruck bzw. Hypertonie verordnet werden. Das Verordnungsvolumen entsprechender Medikamente dürfte Demografie-bedingt bis 2030 um rund 20 Prozent steigen. Ähnliches gilt für „Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen“ (C10) und damit für Medikamente, die vorrangig zur Senkung erhöhter Cholesterinwerte eingesetzt werden.

Vergleichbare Steigerungsraten zeigen sich bei den hier ausgewählten verordnungsrelevanten ATC-Gruppen auf dreistelliger Ebene sonst nur bei Antidiabetika (A10) sowie bei antithrombotischen Mitteln (B01).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Verordnungsvolumen bei Erwerbspersonen bereits 2015 sehr maßgeblich durch Verordnungen zur Behandlung von Herz-Kreislauf-Krankheiten bzw. von kardiovaskulären Risikofaktoren bestimmt wird, die bis 2030 bedingt durch demografische Effekte noch eine stärkere Bedeutung erlangen dürften.

Tabelle 32 Verordnete Tagesdosen bei Erwerbspersonen – Arzneimitteln mit hohem Verordnungsvolumen nach dreistelligen ATC-Schlüsseln 2015 bis 2060

	DDD	rel. Veränderungen (2015 = 100%)			
ATC-Code, Bezeichnung	2015	2020	2025	2030	2060
A02 Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen	30,80	104,2%	108,3%	110,4%	108,7%
A10 Antidiabetika	18,19	107,4%	115,1%	119,0%	117,0%
B01 Antithrombotische Mittel	9,22	108,1%	117,1%	123,0%	122,2%
C03 Diuretika	9,07	108,1%	117,0%	122,7%	120,8%
C07 Beta-Adrenozeptor-Antagonisten	20,11	106,8%	113,4%	116,7%	114,3%
C08 Calciumkanalblocker	14,91	107,7%	115,6%	120,1%	118,2%
C09 Mittel m. Wirkung a. d. Renin-Angiotensin-System	74,36	106,1%	112,0%	115,0%	113,2%
C10 Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	14,95	108,8%	117,7%	122,4%	120,6%
G03 Sexualhormone u. Modulatoren des Genitalsystems	11,04	101,6%	101,4%	101,2%	99,1%
H02 Corticosteroide zur systemischen Anwendung	5,08	102,3%	104,6%	105,7%	104,6%
H03 Schilddrüsenherapie	22,10	101,9%	103,9%	104,9%	102,4%
J01 Antibiotika zur systemischen Anwendung	5,68	100,4%	100,6%	100,4%	100,3%
M01 Antiphlogistika und Antirheumatika	12,40	102,6%	104,8%	105,7%	104,2%
N02 Analgetika	5,41	103,1%	105,8%	107,0%	105,5%
N03 Antiepileptika	5,13	101,3%	102,5%	102,9%	102,5%
N05 Psycholeptika	7,68	101,2%	102,1%	102,2%	101,4%
N06 Psychoanaleptika	21,52	101,4%	102,1%	101,5%	100,5%
R03 Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	14,15	103,1%	106,5%	108,3%	106,9%
V04 Diagnostika	12,43	104,7%	109,9%	112,8%	111,6%
Aufgeführte Arzneimittel gesamt	314,24				
Arzneimittel gesamt	362,83	104,7%	109,4%	111,9%	110,4%

Nur Arzneimittelgruppen mit mindestens 5 verordneten Tagesdosen je Erwerbsperson und Jahr; für weitere Erläuterungen vgl. Tabelle 29, Bevölkerungsentwicklung gemäß **Variante 1 G1-L1-W1**.

Krankenhausbehandlungen – Erwerbspersonen

Wie bereits erwähnt ist nach den vorliegenden Berechnungen davon auszugehen, dass 2015 rund 11,4 Prozent der Erwerbspersonen mindestens einmalig vollstationär in einem Krankenhaus behandelt werden und dabei je Erwerbsperson (bezogen auf alle Erwerbspersonen) durchschnittlich gut 1,3 Behandlungstage in Krankenhäusern anfallen. Für jeden Behandlungsfall in Krankenhäusern muss allgemein in den zugehörigen Daten genau eine Hauptentlassungsdiagnose angegeben werden.

Tabelle 33 Anteil Erwerbspersonen mit Krankenhausbehandlung sowie Behandlungstage nach Krankheitsart der Hauptentlassungsdiagnose 2015 bis 2060

Diagnose	rel. Veränderungen (2015 = 100%)				
	2015	2020	2025	2030	2060
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten - Behandlungstage je 100 Personen	0,35% 2,85	101,7% 103,1%	103,5% 107,0%	104,8% 109,8%	105,0% 109,3%
Neubildungen - Behandlungstage je 100 Personen	0,86% 11,05	103,1% 105,4%	107,5% 111,4%	110,8% 115,0%	108,8% 113,0%
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe - Behandlungstage je 100 Personen	0,06% 0,52	103,1% 104,0%	106,9% 107,9%	110,1% 111,0%	109,3% 110,4%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten - Behandlungstage je 100 Personen	0,33% 2,94	102,7% 104,1%	105,7% 108,4%	107,5% 111,0%	106,3% 110,0%
Psychische u. Verhaltensstörungen - Behandlungstage je 100 Personen	1,16% 41,26	99,3% 99,3%	98,1% 98,0%	97,4% 97,2%	97,8% 97,5%
Krankheiten des Nervensystems - Behandlungstage je 100 Personen	0,61% 4,96	102,0% 102,4%	104,0% 105,1%	105,2% 107,1%	105,0% 106,8%
Krankheiten des Auges - Behandlungstage je 100 Personen	0,17% 0,96	105,2% 105,0%	111,5% 110,9%	116,1% 115,3%	114,8% 114,1%
Krankheiten des Ohres - Behandlungstage je 100 Personen	0,16% 0,85	101,8% 102,1%	103,5% 104,1%	104,5% 105,3%	103,5% 104,3%
Krankheiten des Kreislaufsystems - Behandlungstage je 100 Personen	1,28% 11,62	106,2% 107,5%	112,8% 115,8%	116,8% 121,1%	115,8% 120,4%
Krankheiten des Atmungssystems - Behandlungstage je 100 Personen	0,71% 5,52	101,8% 103,9%	103,6% 108,2%	104,7% 110,9%	104,8% 110,5%
Krankh. des Verdauungssystems - Behandlungstage je 100 Personen	1,59% 11,20	101,8% 102,8%	103,6% 105,3%	104,6% 106,8%	104,3% 106,2%
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut - Behandlungstage je 100 Personen	0,29% 2,25	100,3% 101,8%	100,5% 103,3%	100,7% 104,0%	101,0% 103,9%
Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes - Behandlungstage je 100 Personen	1,56% 12,56	102,7% 103,9%	105,3% 107,9%	106,5% 110,0%	105,1% 108,4%
Krankheiten des Urogenitalsystems - Behandlungstage je 100 Personen	0,81% 5,11	101,0% 102,2%	102,7% 105,4%	104,3% 108,1%	103,7% 107,3%
Schwangerschaft, Geburt - Behandlungstage je 100 Personen	1,25% 7,90	100,9% 100,8%	97,5% 97,5%	93,0% 93,0%	96,2% 96,3%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde - Behandlungstage je 100 Personen	0,71% 2,92	101,2% 102,2%	102,7% 104,9%	104,0% 107,1%	103,8% 106,9%
Verletzungen, Vergiftungen, a. Folgen äußerer Ursachen - Behandlungstage je 100 Personen	1,17% 8,47	101,3% 103,2%	102,9% 107,0%	104,2% 109,9%	104,1% 109,2%
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen - Behandlungstage je 100 Personen	0,23% 1,00	102,3% 102,5%	101,8% 102,0%	99,6% 99,8%	101,2% 101,3%
Krankenhausbehandlungen gesamt - Behandlungstage je 100 Personen	11,42% 134,41	101,8% 102,4%	103,2% 104,5%	103,9% 105,8%	103,7% 105,5%

Für weitere Erläuterungen vgl. Tabelle 29, ICD10-Kapitel XVI und XVIII nicht dargestellt; Bevölkerungsentwicklung gemäß **Variante 1 G1-L1-W1**.

Tabelle 33 zeigt Ergebnisse zu Behandlungen von Erwerbspersonen in Krankenhäusern differenziert nach Krankheitsarten bzw. ICD10-Kapiteln basierend auf Angaben zu den Hauptentlassungsdiagnosen der Behandlungsfälle. Für das Jahr 2015 werden die Anteile der innerhalb des Jahres (mindestens einmalig) betroffenen Erwerbspersonen sowie die Behandlungstage in Krankenhäusern angegeben, die durchschnittlich je 100 Erwerbspersonen mit entsprechenden Hauptdiagnosen innerhalb des Jahres erfasst werden (bezogen auf alle Erwerbspersonen, also auch diejenigen, die nicht im Krankenhaus waren).

Am häufigsten werden Erwerbspersonen innerhalb eines Jahres aufgrund von Krankheiten des Verdauungssystems (zu 1,59 Prozent) sowie aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (zu 1,56 Prozent) stationär im Krankenhaus behandelt. Mit 41,3 Tagen je 100 Erwerbspersonen mit Abstand die meisten Behandlungstage in Krankenhäusern lassen sich im 2015 berücksichtigten Erwerbsalter der Behandlung von psychischen Störungen zuordnen.²³ Rein rechnerisch wird jede Erwerbsperson 0,41 Tage aufgrund entsprechender Erkrankungen im Krankenhaus behandelt. Die schätzungsweise 1,16 Prozent betroffenen Erwerbspersonen mit mindestens einem entsprechenden Krankenhausaufenthalt werden innerhalb des Jahres durchschnittlich $(0,4126 / 0,0116) = 35,6$ Tage behandelt.

Deutliche Steigerungen der Behandlungszeiten in Krankenhäusern wären nach den vorliegenden Ergebnissen bei Erwerbspersonen bis 2030 vorrangig im Hinblick auf Behandlungen von Neubildungen (+15,0%), bei Krankheiten des Auges (+15,3%) sowie im Hinblick auf Behandlungen von Krankheiten des Kreislaufsystems (+21,1%) zu erwarten.

²³ Bei den Berechnungen zu Krankenhausaufenthalten von Erwerbspersonen wurden – neben den Ergebnissen zur voraussichtlichen Altersstruktur – geschlechts- und altersspezifische Inanspruchnahmen auf Basis von Daten zum Gesamtversichertenbestand zugrunde gelegt. Da Erwerbspersonen insbesondere von psychischen Störungen seltener als Nicht-Erwerbspersonen betroffen sind, dürfte die genannten Werte die realen Behandlungszahlen von Erwerbspersonen leicht überschätzen.

Analog zu den Ausführungen in vorausgehenden Abschnitten zu Erwerbspersonen werden nachfolgend ergänzend auch Auswertungsergebnisse zu demografisch bedingten Veränderungen des Erkrankungsspektrums in der Gesamtbevölkerung mit kurzer Kommentierung präsentiert.

Ambulante Diagnosen – Bevölkerung gesamt

Tabelle 34 zeigt Angaben zu den Anteilen der Bevölkerung, die innerhalb eines Jahres von Diagnosen mit einer Differenzierung nach Krankheitsarten bzw. nach Kapiteln der ICD10-Klassifikation betroffen waren.

Tabelle 34 Anteil der Bevölkerung mit gesicherten ambulanten Diagnosen nach Krankheitsarten 2015 bis 2060

Diagnose	rel. Veränderungen (2015 = 100%)				
	2015	2020	2025	2030	2060
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	26,71%	99,7%	99,3%	98,5%	97,7%
Neubildungen	20,05%	101,6%	103,6%	106,0%	111,4%
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	6,58%	102,0%	103,8%	106,0%	116,8%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	39,63%	102,2%	104,4%	106,6%	111,8%
Psychische u. Verhaltensstörungen	33,61%	101,0%	101,6%	102,0%	104,6%
Krankheiten des Nervensystems	19,86%	101,9%	103,7%	105,5%	112,8%
Krankheiten des Auges	30,20%	101,6%	103,9%	106,4%	111,9%
Krankheiten des Ohres	18,32%	102,0%	103,9%	105,4%	112,6%
Krankheiten des Kreislaufsystems	39,28%	103,1%	106,3%	109,2%	117,9%
Krankheiten des Atmungssystems	49,87%	99,7%	99,2%	98,4%	97,3%
Krankh. des Verdauungssystems	31,45%	101,7%	103,2%	104,6%	108,9%
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	28,92%	100,6%	101,3%	102,1%	105,0%
Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	50,13%	101,0%	102,1%	103,2%	106,4%
Krankheiten des Urogenitalsystems	37,63%	100,5%	101,2%	102,2%	105,3%
Schwangerschaft, Geburt	1,66%	99,4%	94,6%	89,0%	84,9%
Best. Zust. mit Ursprung i. d. Perinatalperiode	0,47%	100,6%	98,1%	93,0%	88,5%
Angeborene Fehlbildungen u. Chromosomenanomalien	12,74%	100,8%	101,8%	102,9%	104,5%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	43,72%	100,9%	101,7%	102,5%	106,4%
Verletzungen, Vergiftungen, a. Folgen äußerer Ursachen	27,84%	100,5%	101,2%	102,0%	105,3%
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	61,39%	100,7%	101,4%	102,0%	104,0%

Kennzahlen nach Berechnungen basierend auf BARMER GEK-Daten 2013, direkt standardisiert nach Angaben zur Bevölkerungsstruktur gemäß 13. koordinierter Bevölkerungsvorausberechnung; vgl. Text, Bevölkerungsentwicklung gemäß **Variante 1 G1-L1-W1**.

Auch die bevölkerungsbezogenen errechneten Diagnoseraten bewegen sich auf einem hohen Niveau. Im Gegensatz zu den Entwicklungen bei Erwerbspersonen setzen sich die ggf. beobachteten Zuwächse von Diagnoseraten in der Gesamtbevölkerung auch über das Jahr 2030 hinaus noch weiter fort.

Tabelle 35 Anteil der Bevölkerung mit gesicherten ambulanten Diagnosen aus ausgewählten Diagnosegruppen 2015 bis 2060

ICD10-Schlüssel, Diagnosegruppe	rel. Veränderungen (2015 = 100%)				
	2015	2020	2025	2030	2060
C00-C97: Bösartige Neubildungen	6,41%	104,9%	110,4%	116,5%	135,3%
D00-D09: In-situ-Neubildungen	1,22%	105,2%	111,2%	118,9%	143,3%
E10-E14: Diabetes mellitus	9,16%	105,0%	110,3%	115,6%	129,9%
F00-F14: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	2,43%	109,0%	117,6%	125,4%	185,3%
G60-G64: Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems	2,88%	105,6%	111,1%	117,2%	137,1%
H25-H28: Affektionen der Linse	8,55%	105,1%	111,6%	120,1%	141,1%
H30-H36: Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut	6,61%	104,9%	110,6%	117,0%	138,2%
H40-H42: Glaukom	4,32%	104,6%	110,0%	116,0%	134,2%
H43-H45: Affektionen des Glaskörpers u. des Augapfels	2,52%	103,9%	109,3%	115,5%	127,1%
I05-I09: Chronische rheumatische Herzkrankheiten	1,04%	105,4%	111,0%	117,3%	142,0%
I20-I25: Ischämische Herzkrankheiten	6,89%	106,7%	113,6%	120,8%	149,4%
I30-I52: Sonstige Formen der Herzkrankheit	11,87%	105,1%	110,5%	116,1%	139,1%
I60-I69: Zerebrovaskuläre Krankheiten	4,61%	106,6%	113,4%	120,6%	148,9%
I70-I79: Krankheiten d. Arterien, Arteriolen u. Kapillaren	5,19%	105,7%	111,8%	118,1%	139,7%
L55-L59: Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	2,08%	104,3%	109,8%	116,7%	137,7%
N17-N19: Niereninsuffizienz	2,98%	107,4%	114,7%	122,2%	159,9%
N40-N51: Krankheiten der männlichen Genitalorgane	7,02%	105,1%	110,3%	115,4%	132,2%

Für weitere Erläuterungen vgl. Tabelle 34, Bevölkerungsentwicklung gemäß **Variante 1 G1-L1-W1**.

Deutlichere demografisch bedingte Zuwächse lassen sich auch bei bevölkerungsbezogenen Auswertungen bei einer Differenzierung nach Diagnosegruppen identifizieren. Tabelle 35 zeigt eine Auswahl entsprechender Diagnosegruppen, von denen 2015 mindestens ein Prozent der Bevölkerung betroffen sein dürfte und nach den vorliegenden Abschätzungen bis 2030 Demografie-bedingt relative Zuwächse um mindestens 15 Prozent erwartet werden können.

Neben bestimmten Herz-Kreislauf-Erkrankungen (vgl. ICD10-Codes mit führendem „I“) erfüllen diese beiden Kriterien auch Diagnosen von bösartigen sowie in-situ-

Neubildungen, Diabetes, organische psychische Störungen, Polyneuropathien, unterschiedliche Augenerkrankungen, Krankheiten der Haut durch Strahlenwirkung (weit überwiegend „Hautveränderungen durch chronische Exposition gegenüber nichtionisierender Strahlung“), Diagnosen einer Niereninsuffizienz sowie Krankheiten der männlichen Genitalorgane, welche häufig die Prostata betreffen.

Arzneiverordnungen – Bevölkerung gesamt

Im Hinblick auf das Verordnungsvolumen bilden Arzneimittel aus der anatomischen Gruppe „Kardiovaskuläres System“ auch bei Auswertungen zur Gesamtbevölkerung die mit Abstand bedeutsamste Gruppe. Nach den vorliegenden Abschätzungen werden je Person 2015 rund 228 Tagesdosen aus dieser Gruppe verordnet (vgl. Tabelle 36). Im Zusammenhang mit demografischen Veränderungen und ohne anderweitige Veränderungen des Ordnungsverhaltens wäre in dieser Arzneimittelgruppe bis 2030 eine Steigerung des Verordnungsvolumens um 16,2 Prozent zu erwarten, bis 2060 wäre Demografie-bedingt eine Zunahme um insgesamt 33 Prozent zu erwarten.

Tabelle 37 zeigt Ergebnisse zu Verordnungen in der Gesamtbevölkerung differenziert nach dreistelligen ATC-Schlüsseln, die sich – wie bei entsprechenden Auswertungen zu Erwerbspersonen – auf Darstellungen zu Gruppen mit einem durchschnittlichen Verordnungsvolumen von mehr als fünf Tagesdosen je Person 2015 beschränkt. Den hier gelisteten 24 Gruppen lassen sich 90,2 Prozent des Gesamtverordnungsvolumens in 2015 zuordnen.

Ein erheblicher Teil des Verordnungsvolumens entfällt auch nach den bevölkerungsbezogenen Berechnungen auf Arzneimittel mit den ATC-Codes C03, C07, C08 und C09, die vorrangig zur Senkung des Blutdrucks verordnet werden. Das Verordnungsvolumen entsprechender Medikamente dürfte Demografie-bedingt bis 2030 um rund 15 Prozent steigen, bis 2060 wäre ein Anstieg um rund 30 Prozent zu erwarten. Ähnliches gilt für „Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen“ (C10).

Vergleichbare Steigerungsraten zeigen sich bei den hier ausgewählten verordnungsrelevanten ATC-Gruppen auf dreistelliger Ebene bei „Mitteln bei Säure bedingten Erkrankungen“ (A02, vorrangig Protonenpumpenhemmer) sowie bei Antidiabetika (A10). Noch höhere Demografie-bedingte Zuwächse sind bei antithrombotischen Mitteln (B01) sowie bei Arzneimitteln zur „Herztherapie“ (C01; insbesondere auch Herzglykoside und Vasodilatoren) zu erwarten.

Tabelle 36 Anteil der Bevölkerung mit Verordnungen von Arzneimitteln und Tagesdosen nach anatomischen Gruppen der ATC-Klassifikation 2015 bis 2060

	rel. Veränderungen (2015 = 100%)				
ATC-Code, Anatomische Gruppe	2015	2020	2025	2030	2060
A Alimentäres System und Stoffwechsel - definierte Tagesdosen	28,48% 88,29	102,2% 103,7%	104,3% 107,7%	106,0% 111,4%	112,2% 122,4%
B Blut und Blut bildende Organe - definierte Tagesdosen	11,06% 23,13	104,5% 106,2%	108,9% 112,4%	113,3% 118,9%	132,5% 144,7%
C Kardiovaskuläres System - definierte Tagesdosen	29,87% 227,92	104,2% 105,3%	108,6% 110,8%	112,6% 116,2%	124,7% 133,1%
D Dermatika - definierte Tagesdosen	16,90% 8,68	101,1% 101,7%	102,4% 103,4%	103,4% 105,0%	107,4% 112,0%
G Urogenitales System und Sexualhormone - definierte Tagesdosen	9,79% 22,71	101,4% 102,3%	103,0% 105,1%	105,4% 108,8%	111,5% 119,0%
H Systemische Hormonpräparate - definierte Tagesdosen	16,12% 29,54	101,8% 102,0%	103,4% 104,1%	104,8% 105,9%	107,3% 107,9%
J Antinfektiva zur systemischen Anwendung - definierte Tagesdosen	34,69% 6,46	100,2% 100,1%	100,1% 100,1%	99,8% 100,0%	100,3% 100,3%
L Antineoplastische u. immunmod. Mittel - definierte Tagesdosen	1,80% 4,33	103,0% 103,3%	105,6% 106,1%	108,1% 109,0%	115,2% 117,8%
M Muskel- und Skelettsystem - definierte Tagesdosen	31,57% 24,17	101,1% 103,4%	102,2% 106,9%	102,9% 110,2%	104,7% 119,5%
N Nervensystem - definierte Tagesdosen	25,66% 45,74	102,0% 102,9%	103,5% 105,1%	104,6% 106,8%	112,4% 118,0%
P Antiparasitäre Mittel, Insektizide - definierte Tagesdosen	1,62% 0,17	100,2% 101,0%	100,9% 102,0%	100,7% 102,6%	97,8% 99,1%
R Respirationstrakt - definierte Tagesdosen	21,90% 24,61	100,7% 102,4%	101,2% 104,6%	100,8% 106,1%	99,7% 109,1%
S Sinnesorgane - definierte Tagesdosen	11,66% 10,94	102,1% 104,6%	104,1% 109,6%	105,9% 115,2%	112,7% 134,8%
V Varia - definierte Tagesdosen	3,18% 18,79	102,7% 102,9%	105,7% 106,1%	108,7% 109,6%	115,9% 116,2%
Arzneimittel gesamt - definierte Tagesdosen	535,46	104,1%	108,3%	112,4%	125,4%

Für weitere Erläuterungen vgl. Tabelle 34, Bevölkerungsentwicklung gemäß **Variante 1 G1-L1-W1**.

Tabelle 37 Verordnete Tagesdosen in der Gesamtbevölkerung – Arzneimitteln mit hohem Verordnungsvolumen nach dreistelligen ATC-Schlüsseln 2015 bis 2060

	DDD	rel. Veränderungen (2015 = 100%)			
ATC-Code, Bezeichnung	2015	2020	2025	2030	2060
A01 Stomatologika	7,18	97,5%	98,7%	99,6%	91,7%
A02 Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen	42,54	104,5%	109,1%	113,2%	129,4%
A10 Antidiabetika	26,17	104,5%	109,4%	114,3%	122,3%
A11 Vitamine	6,32	102,4%	102,6%	101,1%	106,0%
B01 Antithrombotische Mittel	19,75	106,5%	113,0%	119,9%	146,2%
C01 Herztherapie	6,55	108,6%	117,3%	126,1%	172,3%
C03 Diuretika	21,63	107,6%	115,1%	122,2%	158,5%
C07 Beta-Adrenozeptor-Antagonisten	31,46	104,7%	109,8%	114,6%	126,5%
C08 Calciumkanalblocker	27,30	105,6%	111,4%	117,4%	136,7%
C09 Mittel mit Wirkung auf d. Renin-Angiotensin-System	110,26	104,8%	109,6%	114,4%	127,8%
C10 Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	25,78	105,2%	110,8%	116,6%	128,6%
G03 Sexualhormone u. Modulatoren des Genitalsystems	13,72	99,1%	98,6%	99,1%	95,0%
G04 Urologika	8,76	107,6%	115,6%	124,4%	157,3%
H02 Corticosteroide zur systemischen Anwendung	5,77	102,5%	105,0%	107,5%	114,5%
H03 Schilddrüsentherapie	23,48	101,9%	103,9%	105,5%	106,3%
J01 Antibiotika zur systemischen Anwendung	5,55	100,4%	100,5%	100,5%	101,5%
M01 Antiphlogistika und Antirheumatika	14,19	102,4%	104,6%	106,5%	111,1%
N02 Analgetika	7,80	104,8%	109,2%	113,0%	136,1%
N03 Antiepileptika	5,05	101,5%	102,8%	104,1%	108,2%
N05 Psycholeptika	7,47	102,5%	104,5%	105,8%	116,0%
N06 Psychoanaleptika	21,87	102,2%	103,5%	104,1%	111,2%
R03 Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	17,21	103,0%	105,9%	108,5%	113,8%
S01 Ophthalmika	10,64	104,7%	109,9%	115,6%	135,7%
V04 Diagnostika	16,59	103,5%	107,3%	111,4%	119,7%
Aufgeführte Arzneimittel gesamt	483,04				
Arzneimittel gesamt	535,46	104,1%	108,3%	112,4%	125,4%

Nur Arzneimittelgruppen mit mindestens 5 verordneten Tagesdosen je Person und Jahr; für weitere Erläuterungen vgl. Tabelle 34, Bevölkerungsentwicklung gemäß **Variante 1 G1-L1-W1**.

Krankenhausbehandlungen – Bevölkerung gesamt

Tabelle 38 zeigt bevölkerungsbezogene Ergebnisse zu Behandlungen in Krankenhäusern differenziert nach ICD10-Kapiteln. Für das Jahr 2015 werden – wie zuvor bei entsprechenden Darstellungen zu Erwerbspersonen – die Anteile der innerhalb des Jahres (mindestens einmalig) betroffenen Personen sowie die Behandlungstage in Krankenhäusern angegeben, die durchschnittlich je 100 Personen mit entsprechenden Hauptdiagnosen innerhalb des Jahres erfasst werden (bezogen auf die Gesamtbevölkerung).

Knapp 2,4 Prozent der Bevölkerung werden innerhalb eines Jahres aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems vollstationär im Krankenhaus behandelt, jeweils 1,8 bis 1,9 Prozent aufgrund von Krankheiten der Verdauungssysteme, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie aufgrund von Verletzungen.

Mit 34,5 Tagen je 100 Personen lassen sich auch bei bevölkerungsbezogenen Betrachtungen die meisten Behandlungstage in Krankenhäusern der Behandlung von psychischen Störungen zuordnen.

Steigerungen der Behandlungszeiten in Krankenhäusern sind nach den vorliegenden Ergebnissen bis 2030 im Hinblick auf eine Reihe von Diagnosegruppen zu erwarten, wobei ggf. jeweils mit einer weiteren Zunahme bis 2060 zu rechnen ist.

Um mehr als ein Drittel dürften die durchschnittlich bevölkerungsbezogen anfallenden Behandlungstage in Krankenhäusern Demografie-bedingt (und bei unveränderten altersspezifischen Erkrankungs-raten und Behandlungsstrategien) bis 2060 im Hinblick auf die Behandlung von infektiösen Krankheiten, von Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe, Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten des Kreislaufsystems und im Hinblick auf Verletzungen steigen. Trotz einer (gemäß der zugrundeliegenden Berechnungsvariante 1 der Bevölkerungsvorausberechnung) um etwa 17 Prozent kleineren Bevölkerung wären bei den genannten Erkrankungsgruppen 2060 demnach auch absolut noch mehr Behandlungstage in Krankenhäusern als 2015 zu erwarten.

Tabelle 38 Anteil der Bevölkerung mit Krankenhausbehandlung sowie Behandlungstage nach Krankheitsart der Hauptentlassungsdiagnose 2015 bis 2060

		rel. Veränderungen (2015 = 100%)				
Diagnose	2015	2020	2025	2030	2060	
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten - Behandlungstage je 100 Personen	0,62% 5,30	103,2% 104,8%	105,9% 109,4%	107,8% 113,2%	123,2% 136,1%	
Neubildungen - Behandlungstage je 100 Personen	1,16% 16,43	103,3% 104,2%	107,4% 108,9%	111,8% 113,7%	122,2% 124,6%	
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe - Behandlungstage je 100 Personen	0,13% 1,10	106,1% 106,3%	112,1% 112,1%	117,2% 116,9%	150,2% 148,6%	
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten - Behandlungstage je 100 Personen	0,48% 4,71	104,5% 105,3%	109,3% 110,4%	113,4% 115,1%	137,5% 139,9%	
Psychische u. Verhaltensstörungen - Behandlungstage je 100 Personen	1,01% 34,48	99,4% 98,9%	98,3% 97,4%	97,7% 96,3%	99,3% 94,9%	
Krankheiten des Nervensystems - Behandlungstage je 100 Personen	0,77% 7,10	102,7% 103,3%	105,3% 106,4%	108,1% 110,1%	119,5% 124,2%	
Krankheiten des Auges - Behandlungstage je 100 Personen	0,35% 1,81	104,4% 104,5%	108,9% 109,2%	114,5% 114,8%	132,0% 132,5%	
Krankheiten des Ohres - Behandlungstage je 100 Personen	0,18% 1,04	101,7% 102,2%	103,5% 104,6%	104,8% 106,2%	108,0% 111,7%	
Krankheiten des Kreislaufsystems - Behandlungstage je 100 Personen	2,36% 26,37	105,8% 106,7%	111,6% 113,4%	117,5% 119,9%	141,6% 149,8%	
Krankheiten des Atmungssystems - Behandlungstage je 100 Personen	1,16% 10,33	103,3% 105,2%	106,0% 110,1%	107,7% 114,0%	123,0% 138,3%	
Krankh. des Verdauungssystems - Behandlungstage je 100 Personen	1,89% 14,88	102,6% 103,8%	105,2% 107,4%	107,7% 110,7%	118,7% 126,3%	
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut - Behandlungstage je 100 Personen	0,31% 2,70	101,2% 102,8%	102,3% 105,5%	103,1% 107,5%	110,2% 119,5%	
Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes - Behandlungstage je 100 Personen	1,85% 18,06	102,2% 103,2%	104,5% 106,5%	107,3% 110,4%	112,1% 119,6%	
Krankheiten des Urogenitalsystems - Behandlungstage je 100 Personen	0,97% 7,33	102,4% 104,0%	104,9% 108,0%	107,9% 112,4%	120,0% 131,5%	
Schwangerschaft, Geburt - Behandlungstage je 100 Personen	0,83% 5,30	99,7% 99,7%	94,6% 94,6%	88,3% 88,4%	84,6% 84,6%	
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde - Behandlungstage je 100 Personen	1,00% 5,20	102,6% 104,8%	105,5% 109,6%	108,2% 113,9%	123,2% 140,7%	
Verletzungen, Vergiftungen, a. Folgen äußerer Ursachen - Behandlungstage je 100 Personen	1,80% 16,94	103,4% 106,0%	107,0% 112,2%	110,2% 117,6%	131,0% 151,8%	
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen - Behandlungstage je 100 Personen	0,75% 3,29	101,3% 101,3%	98,9% 98,8%	94,2% 94,0%	93,3% 92,8%	
Krankenhausbehandlungen gesamt - Behandlungstage je 100 Personen	14,54% 185,72	102,4% 103,4%	104,3% 106,5%	106,1% 109,4%	116,0% 124,7%	

Für weitere Erläuterungen vgl. Tabelle 34, ICD10-Kapitel XVI und XVIII nicht dargestellt; Bevölkerungsentwicklung gemäß **Variante 1 G1-L1-W1**.

Veränderungen – Perspektiven und Chancen

Inhalte und Ziele der vorausgehenden Darstellungen im Schwerpunktkapitel bilden vorrangig Abschätzungen zu Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Zahl und Gesundheit von Erwerbspersonen. Nachfolgend sollen die Ergebnisse zusammengefasst und im Hinblick auf mögliche Perspektiven und Konsequenzen diskutiert werden.

„Prognosen sind schwierig, besonders wenn sie die Zukunft betreffen.“²⁴

Streng genommen betrifft dieser gelegentlich zitierte Ausspruch die Ausführungen im vorliegenden Schwerpunktkapitel nicht, da sie ohnehin nicht als Prognose gelesen und verstanden werden sollten. Andererseits ließe sich die Aussage auch auf die hier dargestellten Szenarien und Abschätzungen ausweiten. Dabei schmälern Unsicherheiten bezüglich der Vorhersage aus Sicht der Autoren allerdings keineswegs den Beitrag, den die Ergebnisse zur Diskussion des Themas beisteuern können. Im Gegenteil – wäre eine sichere Vorhersage möglich, bliebe kaum Gestaltungsspielraum, eine Diskussion würde sich weitgehend erübrigen.

Die im Schwerpunktkapitel dargestellten Ergebnisse zur zukünftigen Zahl und Gesundheit von Erwerbspersonen basieren vorwiegend auf folgenden Annahmen:

- Es wird eine Bevölkerungsentwicklung gemäß einer Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes mit moderater Erhöhung der Lebenserwartung und einer eher geringen Zuwanderung angenommen,
- auch für die dem Mikrozensus 2013 entnommenen Zahlen zur Erwerbsbeteiligung werden nur moderate Veränderungen im Zuge der Einführung der Rente mit 67 bis 2029 angenommen, für die Folgejahre eine konstante Erwerbsbeteiligung,
- im Hinblick auf die gesundheitliche Situation und Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen wird davon ausgegangen, dass diese in einem bestimmten Lebensalter im Vergleich zu 2013 jeweils unverändert bleiben. Ein etwas abweichendes Vorgehen wurde lediglich bei Berechnungen zu Arbeitsunfähigkeiten gewählt (vgl. Erläuterungen auf Seite 122).

Insbesondere das im letzten Absatz beschriebene Vorgehen bedarf einer weiteren Erläuterung, da sich die Annahmen von altersspezifisch gleichbleibenden Diagnoseraten und Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitswesen pauschal weder

²⁴ Der Ausspruch wird unter anderem dem dänischen Physiker Niels Bohr zugeschrieben.

mit empirischen Beobachtungen aus den vergangenen Jahren decken, noch mit einfachen theoretischen Überlegungen begründet werden können.

Die Fehlzeiten sind in den letzten Jahren – auch unabhängig von demografischen Effekten – zumeist gestiegen. Ähnliches gilt für wesentliche Teile der Arzneiverordnungen und Diagnoseraten. Vor diesem Hintergrund wären Steigerungen einzelner Parameter zu erwarten, welche über die mit den genannten Annahmen ermittelten Effekte hinausgehen.

Ein Teil der veränderten Arzneiverordnungen resultiert allerdings aus veränderten Behandlungsstrategien, Veränderungen von Diagnoseraten können aus einer veränderten Diagnostik oder veränderten Kodierungsgewohnheiten von Ärzten resultieren, steigende Fehlzeiten können im Zusammenhang mit einer positiven wirtschaftlichen Entwicklung stehen. Keiner der genannten Parameter stellt insofern ein direktes Maß ausschließlich für die Gesundheit von Erwerbspersonen dar. Typischerweise spielen vielfältige Einflüsse eine Rolle, deren mittelfristige Entwicklungen nur schwer abschätzbar sind.

In Anbetracht der seit vielen Jahren steigenden Lebenserwartung ließe sich zudem vermuten, dass Menschen in Deutschland zugleich über eine zunehmend bessere Gesundheit verfügen sollten, womit die für die kommenden Jahre angenommenen altersspezifischen Erkrankungsdaten, im Gegensatz zu Schlussfolgerungen aus den vorausgehenden Überlegungen, nach unten korrigiert werden müssten. Dies wäre dann korrekt, wenn sich die steigende Lebenserwartung überwiegend im Sinne der sogenannten Kompressionsthese auswirken würde, also mit der zeitlichen Verschiebung des Todeszeitpunktes in ein höheres Alter auch das Auftreten von chronischen Erkrankungen entsprechend verschoben wird und damit aus der Verlängerung der Lebensspanne ein entsprechender Zugewinn an gesunden Lebensjahren resultiert. In welchem Umfang dies der Fall ist, kann kontrovers diskutiert werden.

Den Gegenpol zur Kompressionsthese bildet die sogenannte Medikalisierungsthese, welche postuliert, dass mit der steigenden Lebenserwartung vorrangig die Lebenszeit in Krankheit und mit Behinderung zunimmt.²⁵ Sowohl die Kompressions- als auch die Medikalisierungsthese beziehen sich dabei in ihrer ursprünglichen Formulierung primär auf den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Menschen, welche – wie bereits erwähnt – nicht direkt aus Daten zur Inanspruchnahme von Gesundheits-

²⁵ Vgl. auch eine ausführlichere Diskussion in: Frank Niehaus (2012). Kompressions- versus Medikalisierungsthese: Die monetären Auswirkungen. BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2012. S. 46-66. Link: <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Rundumgutversichert/Infothek/Wissenschaft-Forschung/Publicationen/Gesundheitswesen-aktuell-2012/3-Niehaus-2012.property=Data.pdf>

leistungen hergeleitet werden können. Selbst bei einer begründeten Ablehnung der Medikalisierungsthese im ursprünglichen Sinn wären steigende Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen nicht zwangsläufig auszuschließen, sofern diese zu einer steigenden Lebensqualität beitragen ohne dabei ein Indiz für einen schlechteren Gesundheitszustand zu sein.

Die vorausgehenden Absätze dürften verdeutlichen, dass es schon bei einer Betrachtung einzelner Erkrankungen relativ schwierig ist, begründete und inhaltlich sinnhafte Annahmen zu mittelfristigen Veränderungen von altersspezifischen Raten zu formulieren, was für eine Betrachtung des gesamten Erkrankungsspektrums noch viel stärker gilt. Vor diesem Hintergrund erscheint die Annahme von unveränderten altersspezifischen Diagnoseraten und Inanspruchnahmen im Sinne eines pragmatischen und nachvollziehbaren Vorgehens als weitgehend alternativloser Kompromiss. Inhaltlich werden damit vorrangig rein demografische bedingte Effekte betrachtet und mögliche Effekte anderweitiger Veränderungen wie auch des medizinischen Fortschritts ausgeklammert.

Unter den zuvor aufgeführten Annahmen zeigen sich nach den vorliegenden Berechnungen im Wesentlichen folgende Ergebnisse:

- Durch die Veränderungen der Altersstruktur in der Gruppe der Erwerbspersonen kommt es bei einer Betrachtung ab 2015 vorrangig bis etwa 2030 zu einer graduellen Zunahme von Diagnoseraten und von medizinischen Behandlungen, die sich jedoch nach 2030 nicht weiter fortsetzt. Wesentliche demografische Veränderungen in der Gruppe der Erwerbspersonen haben sich durch das Altern der geburtenstarken Jahrgänge im Berufsleben bereits vor 2015 ereignet.
- Fehlzeiten im Sinne von ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeitszeiten werden durch demografische Veränderungen mit einer relativen Zunahme unterhalb von fünf Prozent im Vergleich zu 2015 diagnoseübergreifend voraussichtlich nur noch mäßig beeinflusst (vgl. unteren Teil der Abbildung 46, Seite 125). Anderweitige Ursachen waren in den vergangenen Jahren für erheblich stärkere Veränderungen der gemeldeten Fehlzeiten verantwortlich, als diese im Kontext demografischer Veränderungen zukünftig zu erwarten sind.
- Innerhalb der Erwerbspersonenpopulation werden bis 2030 voraussichtlich vermehrt chronische Erkrankungen, insbesondere auch entsprechende Krankheiten des Kreislaufsystems sowie kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Hypercholesterinämie und Altersdiabetes bzw. deren medikamentöse Behandlung, eine Rolle spielen. Ähnliches gilt unter anderem auch für degenerative Er-

krankungen des Auges und bösartige Neubildungen (vgl. insbesondere Tabelle 30 auf Seite 131 sowie Tabelle 32 auf Seite 135).

- Als sehr maßgeblicher Befund ergibt sich unter den genannten Annahmen ein Rückgang der Erwerbspersonenzahl in Deutschland um 7,3 Prozent bis 2030 und um insgesamt 26,9 Prozent bis 2060 (vgl. Tabelle 18 auf Seite 106).

Die im Rahmen des Gesundheitsreportes nur ergänzend präsentierten Abschätzungen demografischer Effekte auf Diagnoseraten und Inanspruchnahmen in der Gesamtbevölkerung verdeutlichen, dass sich demografisch bedingte Steigerungen der pro Kopf erfassten Inanspruchnahmen gesundheitsbezogener Leistungen in der Gesamtbevölkerung noch bis etwa 2050 fortsetzen dürften und damit 2050 merklich über den Zuwächsen bei Erwerbspersonen liegen (vgl. oberen Teil der Abbildung 46, Seite 125 sowie erkrankungsbezogene Textabschnitte ab Seite 138).

Gestaltungsmöglichkeiten

Vor dem Hintergrund einer auf Wachstum ausgerichteten Wirtschaftspolitik und Gesellschaft erscheint nach den Abschätzungen zu demografischen Veränderungen insbesondere der Umgang mit einer mittelfristig erheblich sinkenden Zahl an Erwerbspersonen in Deutschland aktuell nur schwer vorstellbar, mit der nach gängigen und als realistisch erachteten Annahmen einer Bevölkerungsvorausberechnung auch bei einer Steigerungen der Erwerbsbeteiligung durch die Rente mit 67 in Deutschland gerechnet werden muss.

Mögliche Gegenmaßnahmen beständen – zumindest theoretisch – in einer Steigerung der Geburtenzahlen, in einer Förderung der Zuwanderung, in einer weiteren Steigerung der altersspezifischen Erwerbsbeteiligung sowie in der Verschiebung des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben in ein höheres Lebensalter.

Deutliche Steigerungen der Geburtenzahlen können in absehbarer Zeit nach den Beobachtungen aus den letzten Jahrzehnten kaum realistisch erwartet werden. Sie würden sich ggf. erst langfristig positiv auf die Zahl der Erwerbspersonen auswirken – neue geburtenstarke Jahrgänge würden verständlicherweise erst mit einer Verzögerung von etwa 20 Jahren in das Erwerbsalter hineinwachsen (vgl. Abbildung 45 auf Seite 105 sowie Tabelle 21 auf Seite 110). Bei einer sprunghaften (und vom Statistischen Bundesamt rein hypothetisch im Rahmen einer Modellrechnung angenommen) Steigerung der Geburtenrate auf durchschnittlich 2,1 Kindern je Frau ab 2015 und einer unveränderten Erwerbsbeteiligung trotz höherer Kinderzahl wäre mit einem Absinken der Erwerbspersonenzahl um lediglich rund zehn Prozent und, aufgrund einer gleichzeitig angenommenen moderaten Zuwanderung, mit leicht wachsenden

Einwohnerzahlen zu rechnen. Ein entsprechendes Szenario würde einen erheblichen gesellschaftlichen Wandel voraussetzen, wobei neben der zwischenzeitlichen Betreuung einer relativ großen Zahl an Älteren auch verhältnismäßig viele Kinder betreut werden müssten.

Das Thema Zuwanderung steht aktuell relativ häufig im Fokus der politischen Diskussion. Maßgeblich mitbedingt durch die verhältnismäßig positive wirtschaftliche Entwicklung ist es in Deutschland bereits in den zurückliegenden Jahren zu einer starken Zuwanderung vorrangig aus anderen europäischen Ländern gekommen. Im Rahmen der aktuellen Bevölkerungsvorausberechnung wurde dieser Umstand vom Statistischen Bundesamt bereits berücksichtigt. So wurde auch in der den Berechnungen zum Schwerpunkt Kapitel des Gesundheitsreportes meist zugrunde gelegten Variante 1 der Vorausberechnungen mit einem langfristigen positiven Wanderungssaldo von nur 100.000 Personen für 2014 und 2015 eine Zuwanderung von 500.000 Personen mit einem erst schrittweisen Rückgang auf 100.000 Personen bis 2021 angenommen. Nach Berechnungen im Gesundheitsreport dürfte die Erwerbspersonenzahl bei einer entsprechenden Bevölkerungsentwicklung bis 2050 um rund 20 Prozent und, wie bereits erwähnt, bis 2060 um mehr als 25 Prozent sinken. Selbst bei einer langfristigen Zuwanderung von 300.000 Personen würde die Zahl der Erwerbspersonen bis 2060 voraussichtlich noch um gut 12 Prozent sinken (vgl. Tabelle 20 auf Seite 109). Zu inhaltlich vergleichbaren Ergebnissen kommt auch eine kürzlich veröffentlichte Studie von Mitarbeitern des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) und der Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg.²⁶ Um die rückläufige Erwerbspersonenzahl in Deutschland ausschließlich durch Zuwanderung, d.h. ohne maßgebliche Veränderungen anderer Parameter, auszugleichen, wäre langfristig eine Zuwanderung in erheblichem Umfang deutlich oberhalb von 300.000 Personen jährlich erforderlich.

Grundsätzliche Steigerungen der altersspezifischen Erwerbsbeteiligung bei jüngeren Menschen sind nur begrenzt möglich. Anhaltspunkte liefert ein Blick auf Abbildung 39, Seite 95. Die Erwerbsquote bei Männern im Alter bis 55 Jahre liegt in Deutschland auf einem hohen Niveau und hat sich von 2005 bis 2013 kaum verändert. Wesentliche Veränderungen wären vor diesem Hintergrund auch zukünftig kaum zu erwarten. Bei Frauen ist es demgegenüber im genannten Zeitraum zu einer Steigerung der Erwerbsquote gekommen, wobei diese auch 2013 noch deutlich unter der bei

²⁶ J. Fuchs, A. Kubis, L. Schneider (2015). Zuwanderungsbedarf aus Drittstaaten in Deutschland bis 2050. Szenarien für ein konstantes Erwerbspersonenpotenzial – unter Berücksichtigung der zukünftigen inländischen Erwerbsbeteiligung und der EU-Binnenmobilität. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh. Link: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/en/publications/publication/did/zuwanderungsbedarf-aus-drittstaaten-in-deutschland-bis-2050/>

Männern liegt. Potenziale für eine stärkere Einbeziehung von Frauen in das Berufsleben ergeben sich zudem durch den hohen Anteil von lediglich teilzeitbeschäftigten Frauen (vgl. Abbildung 41, Seite 98). Veränderungen wären hier vorrangig bei attraktiven Arbeitsplatzangeboten und bei einem weiteren Ausbau der Kinderbetreuungsmöglichkeiten zu erwarten.

Die letzte der eingangs gelisteten Möglichkeiten zur Erhöhung der Erwerbspersonenzahl besteht in einer (weiteren) Verschiebung des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben in ein höheres Lebensalter, die noch über die bereits berücksichtigten Veränderungen durch die Einführung der „Rente mit 67“ hinaus gehen müsste, um die hier präsentierten Ergebnisse zu verändern. Interessant erscheint in diesem Zusammenhang, dass es bereits unabhängig von der Einführung der „Rente mit 67“ von 2005 bis 2013 zu einer deutlichen Erhöhung der Erwerbsbeteiligung in den Altersgruppen ab etwa 55 Jahre sowohl bei Frauen als auch bei Männern gekommen ist, die in etwa der Verschiebung des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben um zwei Jahre in ein höheres Alter entspricht (vgl. Abbildung 40, Seite 97).

Eine weitere Verschiebung des Renteneintritts dürfte dabei gesundheitlich am ehesten für Beschäftigte aus körperlich gering belasteten Berufen mit hoher Qualifikation möglich sein, bei denen es zugleich nicht obligat auf mit dem Alter oftmals nachlassende körperliche Fähigkeiten wie eine hohe Reaktionsgeschwindigkeit und gute Sehfähigkeit ankommt. Ein Teil der Beschäftigten mit entsprechenden Berufen dürfte bereits heute über das reguläre Renteneintrittsalter hinaus beruflich engagiert sein. Ist dies persönlich nicht erwünscht, dürften allerdings gerade Angehörige mit hochqualifizierten Berufen aus finanziellen Gründen am ehesten auf eine weitere berufliche Tätigkeit verzichten können.

Um potenzielle Effekte einer weiteren Verlängerung der Lebensarbeitszeit abzuschätzen wurde, erneut aufbauend auf die Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes gemäß Variante 1, eine ergänzende Modellrechnungen durchgeführt, bei der eine fiktive „Rente mit 69“ angenommen wird, die hier mit einer schrittweisen weiteren Verschiebung der Regelaltersgrenze um 2 Monate pro Jahr nach 2029 bis zum Jahr 2041 angenommen wurde. Die unter diesen Voraussetzungen resultierende Altersstruktur im Jahr 2050 ist im unteren Teil der Abbildung 47 dargestellt. Zu diesem Zeitpunkt wäre mit 35.542 Tsd. Erwerbspersonen zu rechnen, aus der fiktiven „Rente mit 69“ würden damit 1.701 Tsd. zusätzliche Erwerbspersonen resultieren.

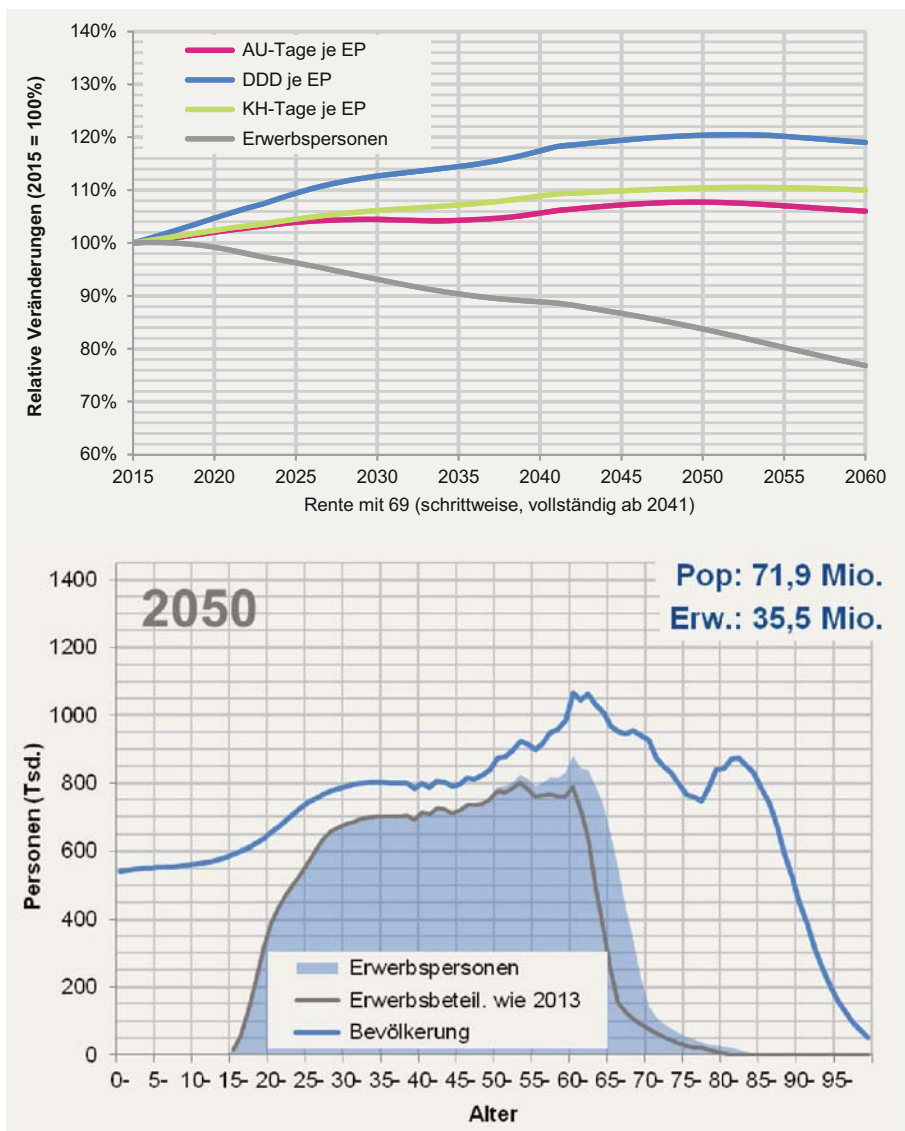


Abbildung 47 Gesundheitliche Kennwerte 2015 bis 2060 – „Rente mit 69“, Bevölkerung und Erwerbspersonen im Jahr 2050

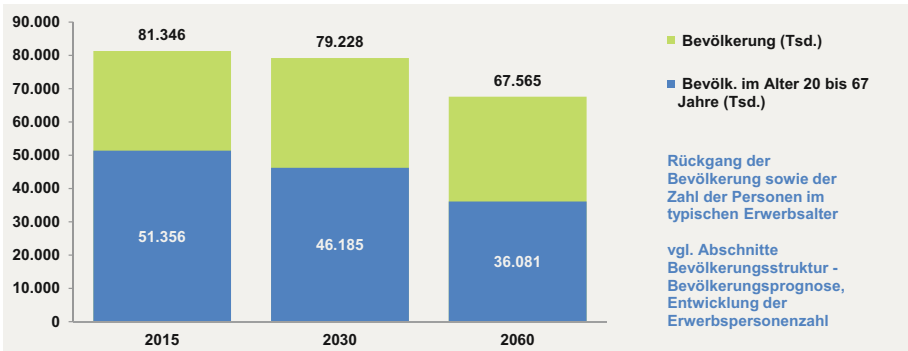
DDD: definierte Tagesdosen von Arzneimitteln; **KH-Tage:** Behandlungstage in Krankenhäusern; **EP:** Erwerbspersonen; Kennzahlen nach Berechnungen basierend auf BARMER GEK-Daten 2013, direkt standardisiert nach Angaben zur Bevölkerungsstruktur gemäß 13. koordinierter Bevölkerungsvorausberechnung unter Berücksichtigung von Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes zur Erwerbsbeteiligung gemäß Mikrozensus 2013 sowie Effekten einer fiktiven Rente mit 69; vgl. Text, Bevölkerung gemäß **Variante 1 G1-L1-W1**.

Bis 2060 würde die Erwerbspersonenzahl bei einer „Rente mit 69“ auf 32.616 Tsd. Personen sinken, im Vergleich zum Szenario einer „Rente mit 67“ entspräche dies nur noch einem Plus von 1.571 Tsd. Erwerbspersonen. Mit weiteren Anhebungen der Regelaltersgrenze für den Renteneintritt können demnach nur sehr moderate Erhöhungen der Erwerbspersonenzahlen erwartet werden. Zusätzlich wäre mit weiteren gesundheitlichen Einschränkungen in einer entsprechenden Erwerbspersonenpopulation zu rechnen, wie sich aus der Grafik im oberen Teil der Abbildung 47 ablesen lässt.

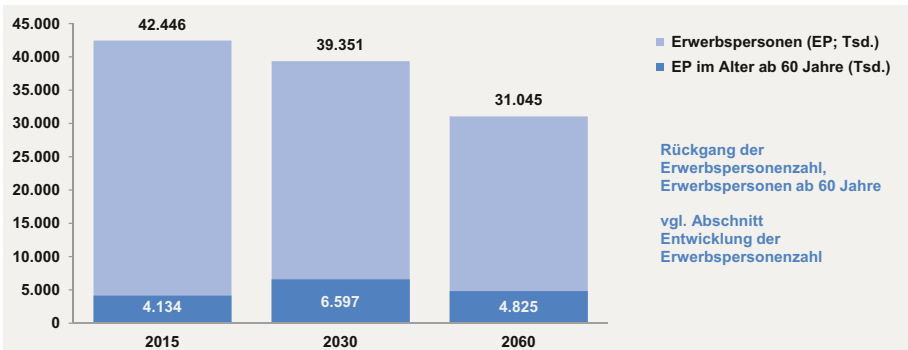
Resümee

Will man die Zahl der Erwerbspersonen in Deutschland mittelfristig auf dem aktuellen Stand erhalten, dürfte eine Reihe von Maßnahmen bzw. Veränderungen erforderlich sein, erstrebenswert dürfte dabei ein Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren sein. Innerhalb der Gruppe der Erwerbspersonen haben sich wesentliche Teile demografischer Veränderungen durch das Altern der geburtenstarken Jahrgänge im Berufsleben bereits vor 2015 ereignet, absehbare weitere Veränderungen im Hinblick auf die Gesundheit erscheinen in dieser Gruppe relativ moderat. Demgegenüber vergleichsweise deutliche gesundheitliche Veränderungen sind mittelfristig und über das Jahr 2030 hinaus im Hinblick auf die Gesamtbevölkerung zu erwarten, wenn sich die geburtenstarken Jahrgänge im Rentenalter befinden.

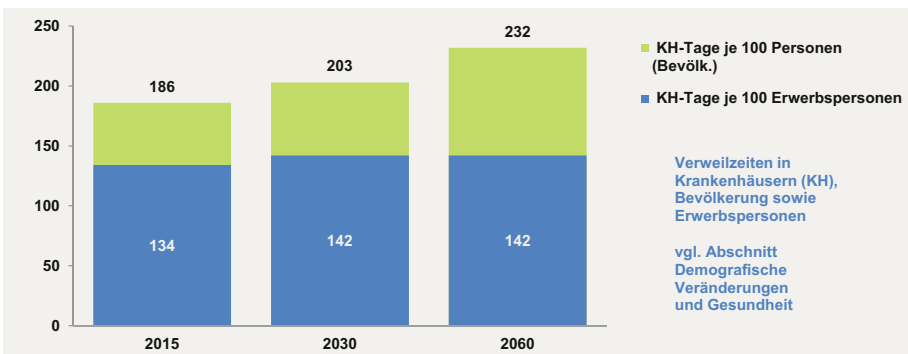
Ergebnisse zum Schwerpunkt auf einen Blick



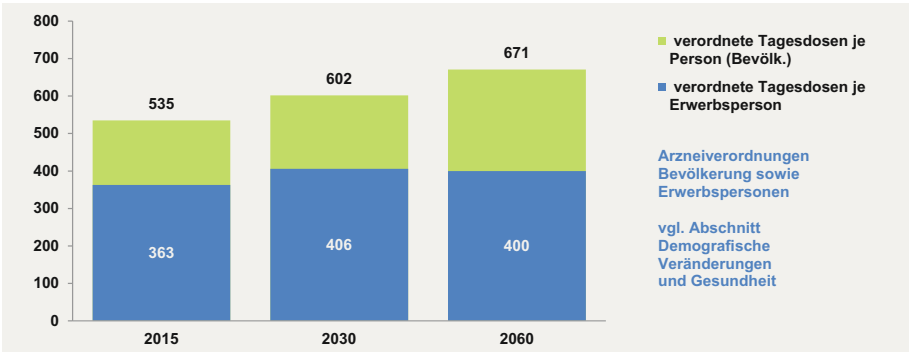
Vgl. Text ab Seite 78, Tabelle 18, Seite 106.



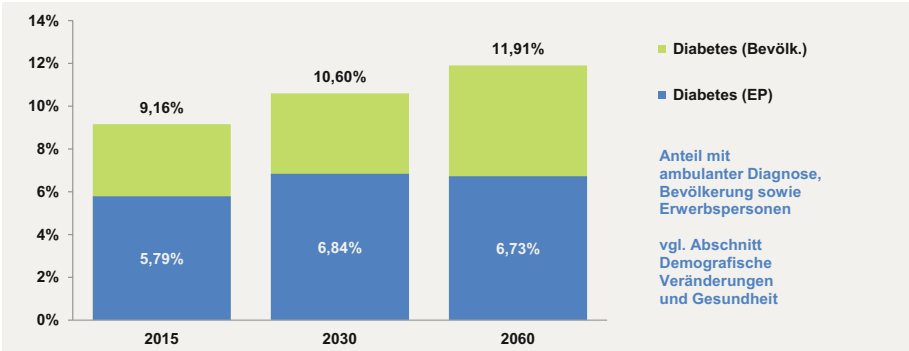
Vgl. Text ab Seite 99, Tabelle 18, Seite 106.



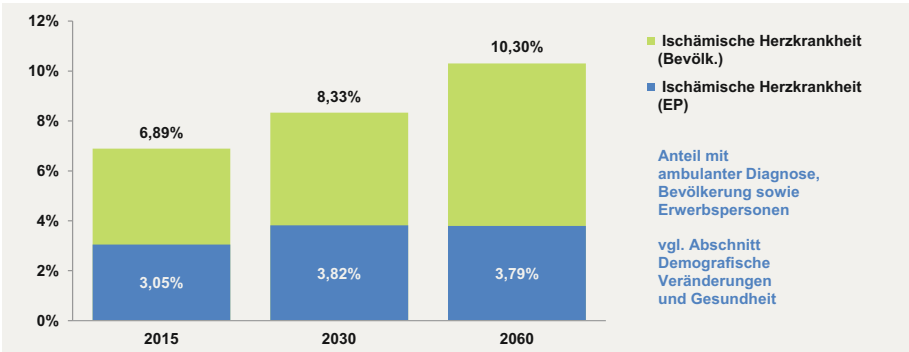
Vgl. Text ab Seite 120, Tabelle 25, Seite 124.



Vgl. Text ab Seite 120, Tabelle 25, Seite 124.



Vgl. Text ab Seite 120, Tabelle 30, Seite 131.



Vgl. Text ab Seite 120, Tabelle 30, Seite 131.

Demografischer Wandel – Ein Thema für Unternehmen?

Die bisher dargestellten Analysen haben ergeben, dass sich die Zusammensetzung und die Zahl der Beschäftigten in den nächsten Jahren merklich ändern werden. Welche Auswirkungen dies auf Unternehmen haben wird, konnte durch die durchgeführte Hochrechnung verdeutlicht werden. Doch wie wird das Thema Demografischer Wandel aktuell in Unternehmen wahrgenommen? Gibt es bereits Unternehmen, die sich aktiv auf die zukünftige Zusammensetzung ihrer Mitarbeiterschaft vorbereiten? Welche Maßnahmen sind hierfür relevant? Um die Sichtweise der Unternehmen auf das Thema darstellen zu können, haben wir im Rahmen des Firmenkundenmonitors 2015 Unternehmen zu ihrer Einschätzung befragt.

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 2015 wurde ein Themenblock aus acht Fragen zum Demografischen Wandel 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 diesen Wandel vorbereiten.

Insgesamt nahmen 395 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 bereits mit dem Thema Demografischer Wandel auseinandersetzen. Im Folgenden werden die Auswertungen für die einzelnen Fragen vorgestellt.

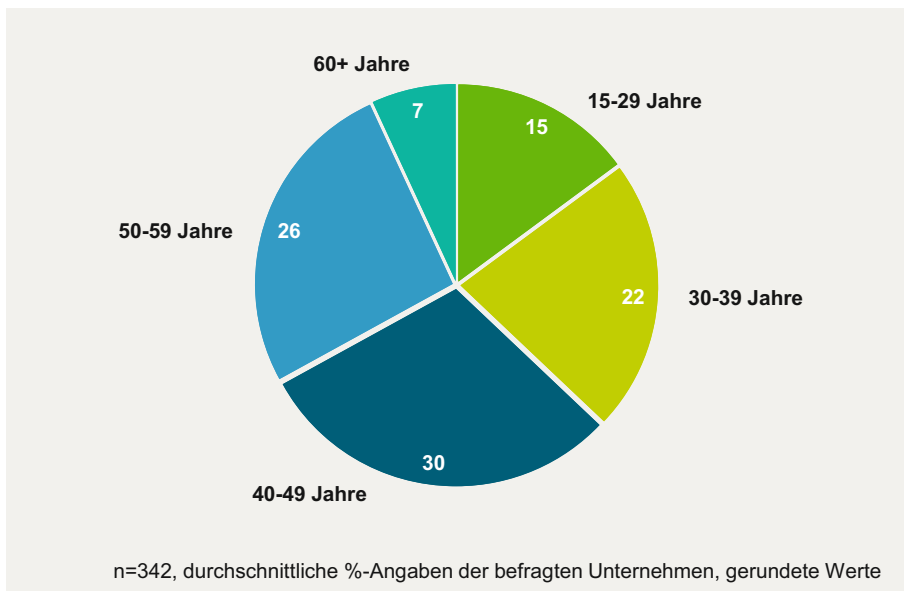
Demografischer Wandel in Unternehmen

Die acht Fragen des Themenblocks richteten sich an die Personalverantwortlichen des jeweiligen Unternehmens. Ein zentraler Aspekt der Befragung war es herauszufinden, inwieweit diese bereits für das Thema Demografischer Wandel sensibilisiert sind. Die Auswertungen der entsprechenden Fragen spiegeln somit ein Stimmungsbild

bild in den Unternehmen wider. Darüber hinaus war es uns wichtig, Informationen darüber zu erhalten, welche Maßnahmen in Unternehmen in Bezug auf den demografischen Wandel bereits durchgeführt werden und wie diese eventuell durch Maßnahmen im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements unterstützt werden können.

Frage 1: Wie verteilen sich die Mitarbeiter Ihres Betriebes auf folgende Altersgruppen?

Im Durchschnitt sind 33 Prozent der Mitarbeiter in den befragten Unternehmen älter als 50 Jahre. 37 Prozent der Mitarbeiter ist jünger als 40 Jahre. Mit 30 Prozent erreicht die Gruppe der Vierzigjährigen (40 - 49 Jahre) den höchsten Einzelwert. Im Schnitt ist ungefähr ein Drittel der Mitarbeiter in den befragten Unternehmen somit 40 Jahre und älter. Die Auswertung dieser Frage verdeutlicht, dass der demografische Wandel in vielen Unternehmen bereits abzusehen ist.

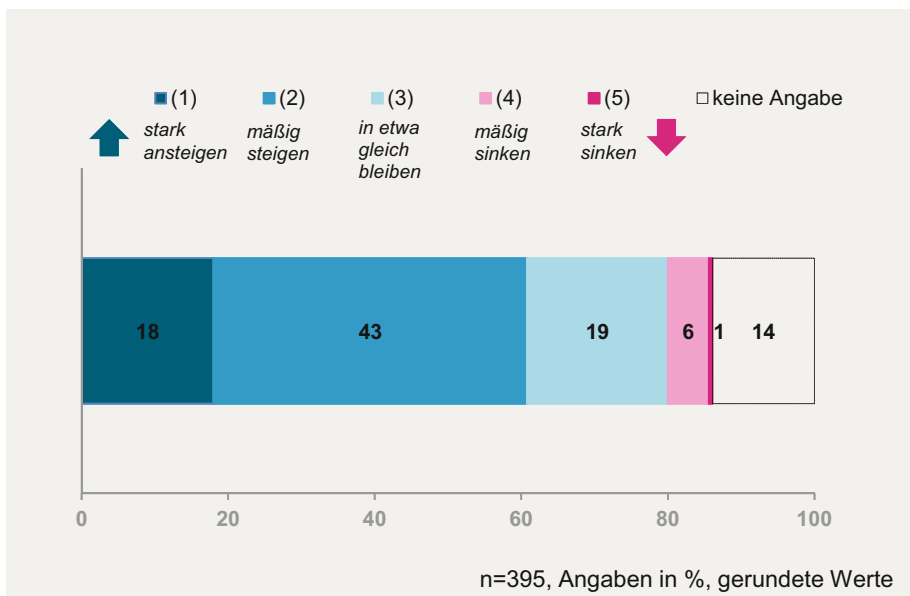


Altersstruktur im Unternehmen (aktuell)

Frage 2: Was schätzen Sie: Wie wird sich der Altersdurchschnitt in Ihrem Betrieb in den nächsten 6 bis 10 Jahren entwickeln?

18 Prozent der Befragten gehen davon aus, dass der Altersdurchschnitt stark ansteigen wird, 43 Prozent rechnen mit einem mäßigen Ansteigen des Altersdurchschnitts. Die Mehrheit (61 Prozent) erwartet somit im eigenen Unternehmen einen steigenden Altersdurchschnitt.

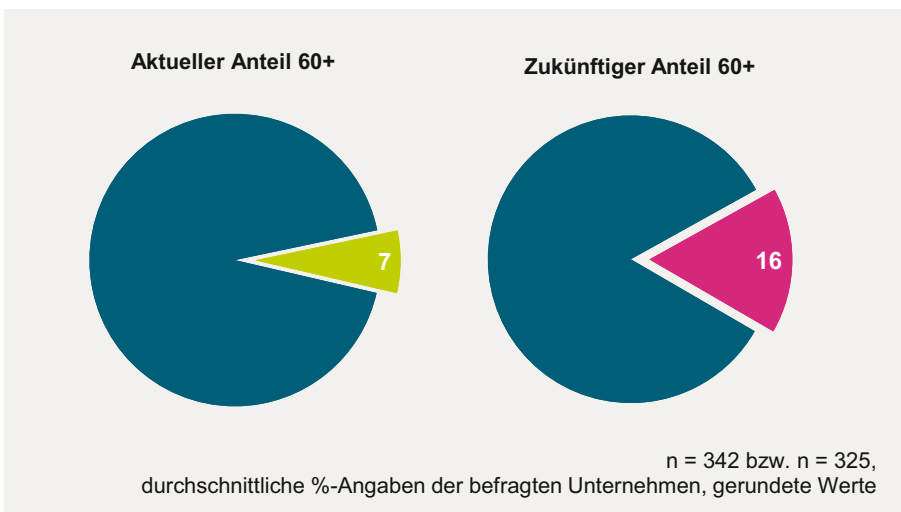
19 Prozent der Befragten gaben an, dass der Altersdurchschnitt in etwa gleich bleiben wird, 6 Prozent gehen davon aus, dass er mäßig sinken wird und 1 Prozent davon, dass er stark sinken wird. Dies bedeutet, dass insgesamt 26 Prozent der Befragten in ihrem Unternehmen von keiner älter werdenden Mitarbeiterschaft ausgehen.



Einschätzung zukünftige Altersentwicklung

Frage 3: Und wie hoch wird der Anteil der Mitarbeiter 60+ dann ungefähr sein?

Wenn man die Durchschnittswerte anhand der angegebenen Mitarbeitergröße am Standort gewichtet, ergibt sich, dass nach Schätzung der befragten Unternehmen im Schnitt der Anteil der über 60Jährigen in den nächsten 6 bis 10 Jahren von aktuell 7 Prozent auf 16 Prozent steigen wird.



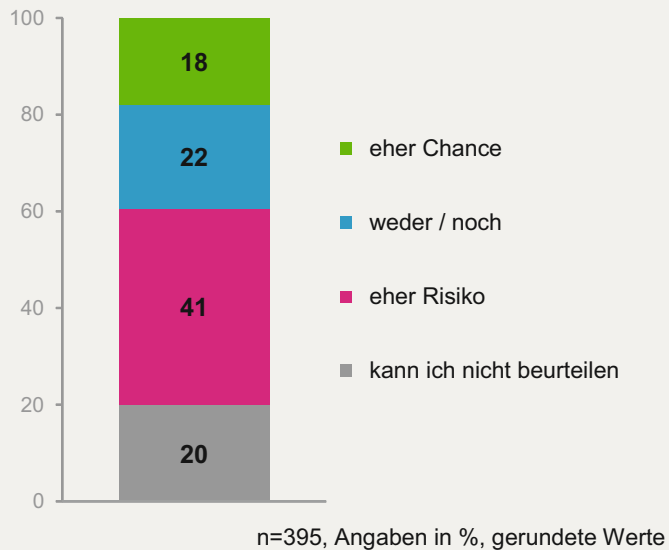
Altersentwicklung

Frage 4: Was meinen Sie, ist der demografische Wandel für Ihr Unternehmen eher mit Risiken oder mit Chancen verbunden?

20 Prozent der Befragten konnten diese Frage nicht beurteilen, 22 Prozent sehen den demografischen Wandel weder als Risiko noch als Chance. 18 Prozent betrachten den demografischen Wandel als Chance für ihr Unternehmen. Mit 41 Prozent geht jedoch mehr als jedes dritte Unternehmen davon aus, dass der demografische Wandel eher mit Risiken verbunden ist.

Auffallend ist, dass es sich bei den Unternehmen, die in dem demografischen Wandel eher ein Risiko sehen, vorwiegend um Unternehmen handelt, die bereits jetzt in Bezug auf die Altersstruktur in den Altersgruppen 40 - 49 Jahren bzw. 50 - 59 Jahren deutlich über dem Durchschnitt liegen (+ 1,1 Prozentpunkte bzw. + 0,8 Prozentpunk-

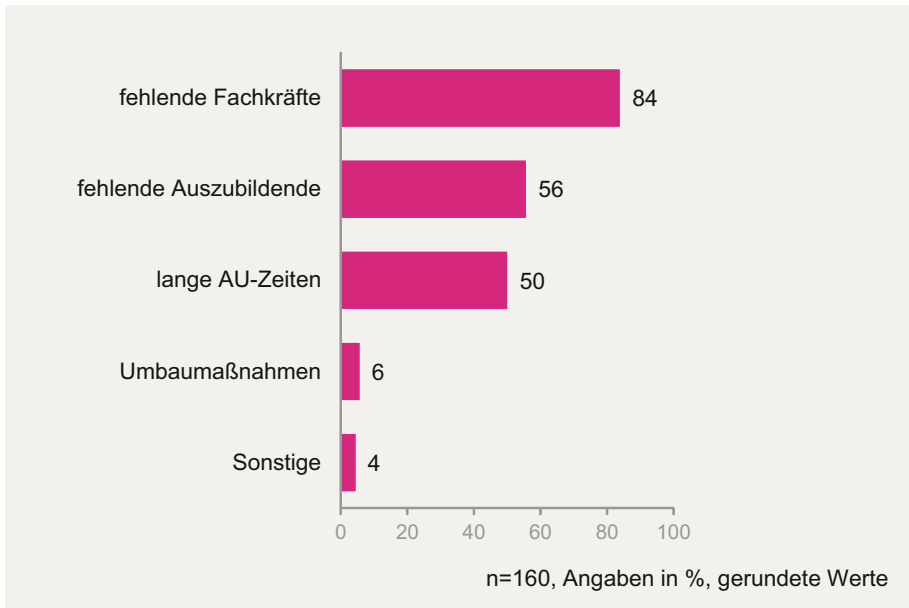
te Abweichung zu Gesamt). Auch schätzen diese Unternehmen den zukünftigen Anteil an Mitarbeitern, die über 60 Jahre sind, mit 18 Prozent höher ein (Gesamt = 16 Prozent). Betrachtet man die Branchen, aus denen die Unternehmen kommen, die den demografischen Wandel eher als Risiko sehen, fällt auf, dass neben dem verarbeitenden Gewerbe (+ 2,1 Prozentpunkte Abweichung zu Gesamt) dies vor allem für Unternehmen des Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesens (+ 2,8 Prozentpunkte) und des Kredit- und Versicherungsgewerbe (+ 2,6 Prozentpunkte) zutrifft.



Einstufung demografischer Wandel

Frage 5: Welche Schwierigkeiten sehen Sie für Ihr Unternehmen in Bezug auf den demografischen Wandel? (Mehrfachnennungen möglich)

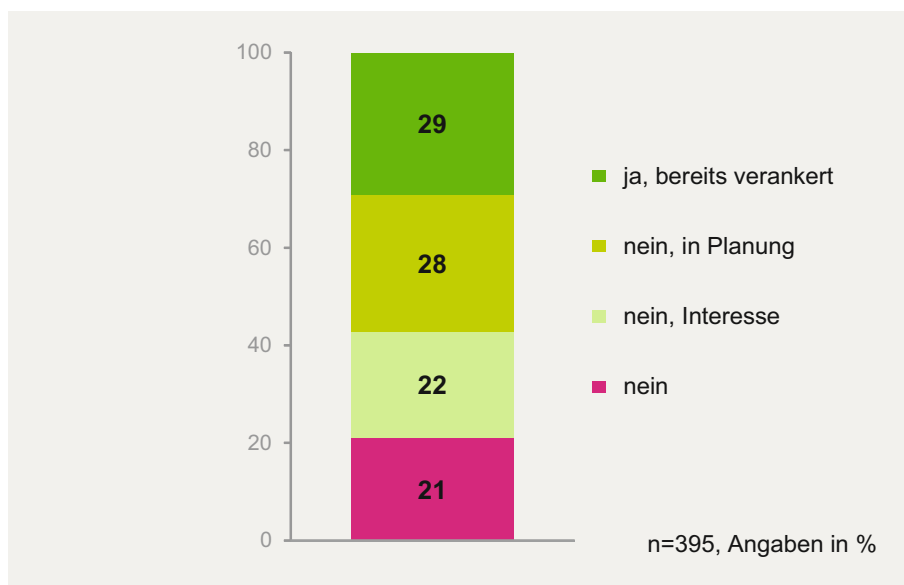
Von den Unternehmen, die den demografischen Wandel eher als Risiko sehen, gaben 84 Prozent an, dass sie von fehlenden Fachkräften ausgehen. Zudem rechnen 56 Prozent mit fehlenden Auszubildenden. Von 50 Prozent werden lange Arbeitsunfähigkeitszeiten als Risiko genannt.

**Erwartete Schwierigkeiten**

Frage 6: Werden in Ihrem Unternehmen bereits Maßnahmen in Hinblick auf den demografischen Wandel durchgeführt?

In 29 Prozent der befragten Unternehmen sind Maßnahmen in Hinblick auf den demografischen Wandel bereits verankert, in weiteren 28 Prozent der Unternehmen in Planung. Somit beschäftigen sich bereits 57 Prozent der Unternehmen intensiv mit dem Thema. 22 Prozent der Unternehmen haben zudem Interesse an entsprechenden Maßnahmen. Etwa ein Fünftel (21 Prozent) hat noch kein Interesse an solchen Maßnahmen.

Insgesamt ist somit eine große Offenheit für Maßnahmen in Hinblick auf den demografischen Wandel bei den Unternehmen zu erkennen.



Durchführung von Maßnahmen

Frage 7: Welche Maßnahmen sind das (Mehrfachnennungen möglich)?

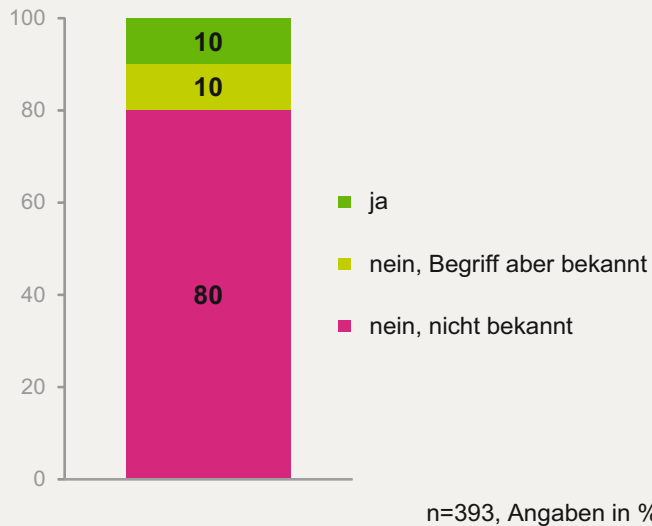
Bei den Unternehmen, die bereits Maßnahmen verankert haben, stehen die Themen altersgemischte Teams (60 Prozent), Workshops für Führungskräfte (44 Prozent), Demografieberatung/Altersstrukturanalyse (42 Prozent) und Möglichkeiten des lebenslangen Lernens (42 Prozent) im Vordergrund. In 24 Prozent der befragten Unternehmen existiert bereits eine Betriebsvereinbarung über den Umgang mit dem demografischen Wandel.



Aktuelle Maßnahmen

Frage 8: Haben Sie sich schon einmal mit dem Modell „Haus der Arbeitsfähigkeit“ auseinandergesetzt?

Ein bekanntes Modell, um sich auf eine sich wandelnde Mitarbeiterschaft einzustellen, ist das „Haus der Arbeitsfähigkeit“ (s. auch Beitrag von Dr. Jürgen Tempel). Aus diesem Grund wurde nach diesem Modell explizit gefragt. Ergebnis: 80 Prozent der Unternehmen kannten das Modell nicht, 10 Prozent war der Begriff bekannt, 10 Prozent hatten sich mit dem Modell bereits auseinandergesetzt.



Auseinandersetzung mit „Haus der Arbeitsfähigkeit“

Zusammenfassung:

- Die Mehrheit der Befragten ist sich bewusst, dass der demografische Wandel ein Thema ist, mit dem das Unternehmen sich bereits jetzt auseinandersetzen muss.
- Der demografische Wandel wird eher als Risiko denn als Chance angesehen. Die Unternehmen zeigen daher eine große Offenheit, schon jetzt entsprechende Maßnahmen umzusetzen.
- Bei den bisher umgesetzten Maßnahmen stehen die Implementierung von altersgemischten Teams und Workshops für Führungskräfte im Vordergrund. Mit dem „Haus der Arbeitsfähigkeit“ haben sich bisher nur 10 Prozent der Unternehmen auseinandergesetzt.

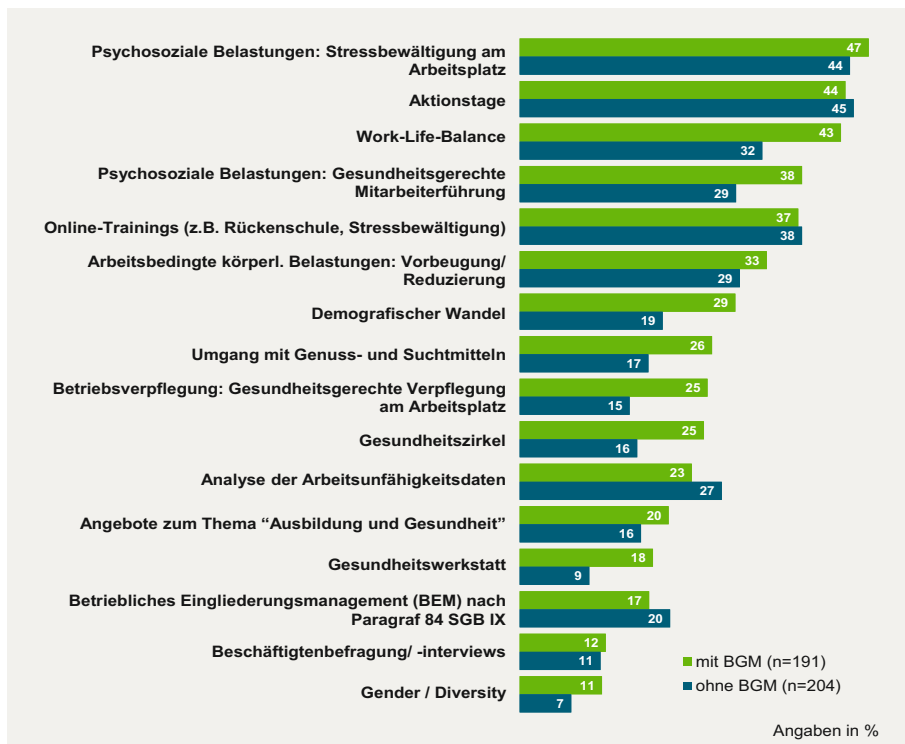
Dem demografischen Wandel begegnen: Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Immer mehr Arbeitgeber haben die Gesundheitsförderung als Instrument der Personalpolitik erkannt. So konnten im Jahr 2013 über eine Million Mitarbeiter durch Maßnahmen durch die gesetzlichen Krankenkassen erreicht werden.²⁷ 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 – insbesondere die zu erwartenden demografischen Veränderungen – erfolgreich meistern zu können.

Betriebliches Gesundheitsmanagement und demografischer Wandel

Der Umgang mit dem demografischen Wandel erfordert von einem Unternehmen langfristige Planungen, um auch zukünftig die Voraussetzungen für die körperliche und Psychische Gesundheit der Mitarbeiter bieten zu können. Ziel ist es, das Wohlbefinden und die Zufriedenheit am Arbeitsplatz aller Mitarbeiter – also auch der älteren – auf lange Sicht zu fördern. Neben Maßnahmen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz, zur Work-Life-Balance und zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung nutzen daher auch immer mehr Unternehmen die Angebote der BARMER GEK zum Thema Demografischer Wandel. Während Maßnahmen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz und zur Work-Life-Balance die Gesundheitskompetenz der Beschäftigten stärken, so dass diese selbst für ihre Gesundheit im Umgang mit Stressbelastungen vorsorgen und sorgen können, erweitern Seminare mit dem Schwerpunkt gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung die Kompetenzen der Führungskräfte, die Gesundheit der Beschäftigten zu unterstützen und durch einen mitarbeiterorientierten Führungsstil zu fördern. Da es sich bei dem Thema Demografischer Wandel um ein Querschnittsthema handelt – also um ein Thema, dass alle Bereiche eines Unternehmens betrifft – können alle genannten Maßnahmen auch unter dem Gesichtspunkt demografischer Wandel gestaltet werden. So wird eine Unternehmenskultur möglich, in der die Gesundheit der Beschäftigten zwar im Mittelpunkt steht, die zukünftigen Strukturen eines Unternehmens aber nicht außer Acht gelassen werden.

²⁷ MDS Präventionsbericht 2014.



Interesse an Angeboten der BARMER GEK, unterteilt nach Firmen, die bereits BGM-Maßnahmen mit der BARMER GEK durchführen bzw. noch nicht

Beschäftigte profitieren jedoch nur von Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagement, wenn diese individuell und zielgruppenspezifisch auf das Unternehmen angepasst sind. Die Berücksichtigung der jeweiligen Bedürfnisse der Beschäftigten steht daher bei allen Projekten zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement, die die BARMER GEK mit Unternehmen umsetzt, im Mittelpunkt.

Eine Möglichkeit, die unterschiedlichen Perspektiven und Aufgabenfelder in einem Unternehmen zu verdeutlichen, ist das Modell „Haus der Arbeitsfähigkeit“. Laut Firmenkundenmonitor 2015 haben sich bereits 10 Prozent der befragten Unternehmen mit diesem Modell auseinandergesetzt und 10 Prozent der befragten Unternehmen kennen es. Mit 80 Prozent ist jedoch die Quote der Unternehmen, die dieses Modell nicht kennen, sehr hoch. Wir stellen das Modell daher im Folgenden als eine Möglichkeit vor, sich mit dem Thema Demografischer Wandel zu beschäftigen.

Das „Haus der Arbeitsfähigkeit“ – die theoretische Grundlage

Jürgen Tempel

»Das wichtigste Vermögen im Erwerbsleben von Beschäftigten ist ihre Arbeitsfähigkeit. Ein positives Unternehmensergebnis ist erst durch die Arbeitsfähigkeit seiner MitarbeiterInnen möglich. Dadurch hat das Unternehmen eine bestimmte Rolle bei der Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit der MitarbeiterInnen. Die Konzepte der Arbeitsfähigkeit haben sich in den letzten zehn Jahren in eine ganzheitliche und vielseitige Richtung verändert und entwickelt« (Ilmarinen 2006)

Arbeitsalltag – das bedeutet Ideenreichtum, Verlässlichkeit, Belastbarkeit, qualifizierte Ausbildung, Berufserfahrungen, Motivation, Einfühlungsvermögen in die Belange des Unternehmens und vieles mehr: Solche Merkmale lassen sich im erfolgreichen Arbeitsleben nur zu leicht verbinden mit den verschiedensten Mitarbeitern – wenn „alles gut läuft“ und ihre Stärken in den Vordergrund treten: Sie sichern dem Unternehmen eine gute *Produktivität* und *Qualität* der Arbeit (s. Abbildung Balancehalten im Arbeitsleben). Die Beschäftigten erfüllen die *Arbeitsanforderungen*, die an sie gestellt werden und zeigen eine gute Mischung aus Eigeninitiative und Kooperationsfähigkeit im Team. Zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern entwickelt sich dabei ein stabiler psychologischer Arbeitsvertrag, der weit über das hinausreichen kann, was tarif- oder arbeitsvertraglich vereinbart ist und zugleich die Grundlage für einen einvernehmlichen Dialog bildet.

Und dann überstürzen sich manchmal die Ereignisse, die schönen Bilder verblassen, Enttäuschung breitet sich aus, Emotionen überlagern die Bewertung der Situation, und es zeigt sich immer deutlicher: die *Balance* zwischen dem, was von einem Mitarbeiter bei der Arbeit verlangt wird, und dem, was er – noch – leisten kann (*individuelle Leistungsfähigkeit*), wird instabil und bricht schließlich krankheitsbedingt völlig zusammen.



Balancehalten im Arbeitsleben – ein Dialogmodell

Die Kommunikation ist dann oft gestört, es kommt zum Schweigen, obwohl miteinander Reden notwendig wäre. Das Problem sind dabei nicht so sehr die akuten, zeitlich begrenzten Erkrankungen mit überschaubaren Auswirkungen. Wie soll man aber die Situation bewerten, wenn dahinter ein chronisches Leiden steht, dessen Ende nicht so leicht zu erkennen ist? Die Führungskräfte fragen dann häufig nach „der Prognose“ und möchten wissen, „wie es denn weitergeht“. Beim betroffenen Mitarbeiter wächst die Angst um seinen Arbeitsplatz – begründet oder unbegründet. Die Betrachtungen konzentrieren sich zunehmend auf Gesundheitsrisiko und Krankheit. Aber: Welche Faktoren sind vielleicht noch an dieser Entwicklung beteiligt, wie steht es z.B. um die Entwicklung der *Arbeitsanforderungen* (s. Abbildung Balancehalten im Arbeitsleben) oder der Arbeitsgestaltung in den letzten Monaten oder Jahren? Dabei gibt es *betriebliche Notwendigkeiten*, die zu beachten sind.

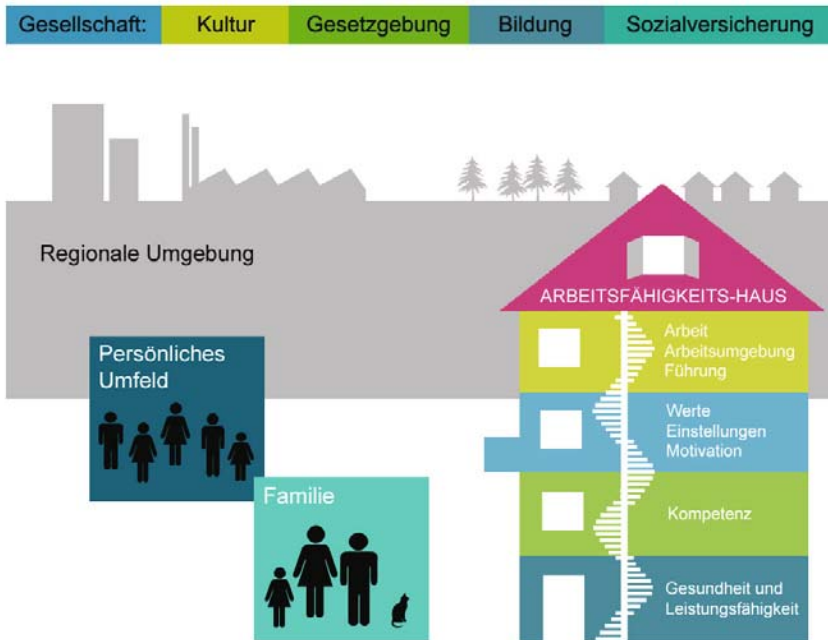
Dem demografischen Wandel begegnen: Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Wie aber steht es mit den *Wünschen und Sichtweisen der Mitarbeiter*, können sie ihre Probleme einbringen? Liegt eine Gefährdungsbeurteilung vor? Und wenn ja, ist diese vollständig, sind die psychischen Belastungen in die Untersuchung eingeschlossen (z.B. Umsetzung der Leitlinien Gefährdungsbeurteilung der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie)? Entsprechen die Arbeitsplätze- und -abläufe dem Stand der *arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse* (§ 4 Absatz 3 Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG)? Vielleicht lassen sich arbeitsbedingte Risiken erkennen, die dringend hätten beseitigt werden müssen.

Das „Haus der Arbeitsfähigkeit“ bildet ein gut verständliches, arbeitswissenschaftlich fundiertes Modell, mit dessen Hilfe diese Fragen systematisch beantwortet werden können. Unternehmen, die sich für den „Hausbau“ entscheiden, können derartige Einzelfälle besser lösen (s. auch betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 84 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) IX), die Folgen des demografischen Wandels besser bewältigen und die Erhaltung und/oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sowie das Balancehalten in den Mittelpunkt ihrer präventiven Bemühungen stellen.

Die Zusammenhänge wurden von Juhani Ilmarinen und Kollegen in den letzten 30 Jahren in Finnland erforscht, Lösungsmöglichkeiten praktisch erprobt und in verschiedensten Ländern angewandt und weiterentwickelt.²⁸ Lassen Sie uns einen Rundgang durch das Haus im Dachgeschoss beginnen, denn von hier haben Sie einen guten Überblick über die Verhältnisse in den einzelnen Stockwerken und in der Umgebung. Natürlich wird das „Haus“ im Unternehmen gebaut, aber Familie und persönliches Umfeld des Beschäftigten können eine wichtige Rolle spielen. Außerdem sind die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rahmenbedingungen des Unternehmens wie z. B. im Öffentlichen Dienst oder dem Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) zu beachten.

²⁸ Vgl. auch Tempel und Ilmarinen 2013



nach Ilmarinen 2013

Das Modell vom „Haus der Arbeitsfähigkeit“

Dachgeschoss: Arbeitsfähigkeit / Balance

Wie steht es um die Balance zwischen den *Belastungen*/Arbeitsanforderungen, die die Beschäftigten in einem Unternehmen mit hoher Produktivität und Qualität bewältigen sollen, und der *Beanspruchung*/der subjektiven Reaktion der unterschiedlichen Menschen auf die gleiche Belastung, wenn sie sich nach Alter, Geschlecht, Bildung und Berufserfahrung unterscheiden? Welche *betrieblichen Ressourcen* werden ihnen zur Verfügung gestellt, um ihnen *Wohlfühl* und *Lebensqualität* bei der Arbeit zu ermöglichen?

Diese Vorstellung von der Balance ist das zentrale Thema beim Bau des Hauses der Arbeitsfähigkeit: Denn gegenwärtig ändern sich nicht nur die Bedingungen für gute Produktivität und Qualität der Arbeit um ein „positives Unternehmensergebnis“ zu ermöglichen. Mit dem demografischen Wandel in der Bevölkerung verändert sich auch die Altersstruktur im Unternehmen. Wohlbefinden und Lebensqualität im Verlauf

eines Arbeitslebens sind nicht selbstverständliche Beigaben, das zeigen die Ergebnisse dieses Reports. Auf unserem Rundgang werden wir weitere Faktoren finden, die dringend zu beachten sind.

1. Stock: Gesundheit und Leistungsfähigkeit

Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten bilden das Fundament des Hauses. Es sind lebendige Menschen, Führungskräfte wie Mitarbeiter, die mit ihren physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten dafür sorgen, dass bei der Arbeit die richtigen Maßnahmen getroffen werden und eine stabile Struktur entsteht, innerhalb derer sich die Produktion entwickeln kann. Natürlich freuen wir uns über unsere Gesundheit und Leistungsfähigkeit, es muss aber gleichzeitig klar sein, dass Krankheit ein fester Bestandteil von Lebendigkeit ist.

Mit dem Alter wächst der Anteil derjenigen Beschäftigten, die erkranken können (s. auch Abbildung 9 und Abbildung 10 des Gesundheitsreports). Krankheit muss aber nicht automatisch zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit führen. Die Arbeit kann so gestaltet werden, dass die Leistungsfähigkeit auch im Krankheitsfall erhalten bleibt. Ein Unternehmen wird nicht erfolgreich altern, wenn es nicht mit Veränderungen der individuellen Leistungsfähigkeit, mit Krankheit und dem Verlust der Erwerbsfähigkeit umzugehen lernt. Die folgende Tabelle kann Ihnen den Einstieg in den Dialog im Unternehmen erleichtern:

Nr.	Fragestellung	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu
1	Die Zusammensetzung der Altersgruppen im Unternehmen ist bekannt und fließt in personalpolitische Entscheidungen ein.		
2	Die Altersstruktur besteht in gleichen Teilen aus jungen, mittelalten und älteren Mitarbeitern.		
3	Die Arbeitstätigkeiten sind so gestaltet, dass Mitarbeiter diese bis zum 65. Lebensjahr oder bis zur neuen gesetzlichen Regelrente ausführen können.		
4	Die Mitarbeiter werden aktiv an der Gestaltung ihrer Arbeitsbedingungen beteiligt.		
5	Es gelingt dem Unternehmen problemlos, den Bedarf an jungen Fachkräften auszubilden oder zu rekrutieren.		
6	Alle Mitarbeiter – auch ältere – erhalten die Chance, sich zu qualifizieren und ihre Kompetenzen zu erweitern.		
7	Der Wissensaustausch zwischen älteren, erfahrenen Mitarbeitern und dem Nachwuchs wird gezielt gefördert.		
8	Allen Mitarbeitern wird im Unternehmen eine berufliche Entwicklungsperspektive geboten.		

Quelle: Richtenhagen 2003, modifiziert

Fragebogen „Wie zukunftsfähig ist die Arbeits- und Personalpolitik des Unternehmens im Hinblick auf den demografischen Wandel?“

2. Stock: Kompetenz

Kompetenz ist ein fester Bestandteil der individuellen und betrieblichen Gesundheitsförderung. Wenn Menschen vor einer Aufgabe stehen, dann prüfen sie, ob z. B. ihre persönlichen Fähigkeiten dafür ausreichen, welche Hilfsmittel sie möglicherweise benötigen oder wo sie Unterstützung bekommen können – im Alltag geht das blitzschnell. Das solide *Ausbildungswissen* der Jüngeren ermöglicht einen Einstieg in das Arbeitsleben, die kontinuierliche Weiterbildung sichert die *Methodenkompetenz* und die Teilnahme am Arbeitsleben erleichtert die Entwicklung von *sozialer Kompetenz und Erfahrungswissen*. Kompetenz ist sowohl eine individuelle als auch eine betriebliche Ressource, das Betriebswissen soll möglichst allen Beschäftigten zugänglich sein (s. auch Frage 6 und 7 des vorgestellten Fragebogens). Defizite in diesem Bereich können die Konkurrenz der Beschäftigten untereinander schüren, Unsicherheit und Versagensängste auslösen und zu erheblichen emotionalen Belastungen des Einzelnen und des Teams führen. Die systematische Weiterbildung aller Beschäftigten und eine lernförderliche Arbeitsorganisation helfen mit, die Balance im 2. Stock zu stabilisieren.

3. Stock: Werte, Einstellungen und Motivation

Werte, Einstellungen und Motivation prägen die vorherrschende Betriebskultur. In diesem Stockwerk begegnen sich die unterschiedlichen Sichtweisen von Führungskräften und Beschäftigten. Die Bilder, die sie persönlich im Kopf haben, prägen die ersten Bewertungen, die sie bewusst oder unbewusst vornehmen. Das Gespräch eröffnet aber dann die Möglichkeit, sich gegenseitig über die verschiedenen Auffassungen zu informieren und schrittweise zu einer gemeinsamen Entscheidung zu kommen: Welche Maßnahmen sind nötig, um im Unternehmen eine stabile Balance herzustellen zwischen der Arbeitsanforderung und der individuellen oder kollektiven Leistungsfähigkeit der Beschäftigten, einer Abteilung, einer Gruppe oder einem Team. Die Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung führt zur Klärung der Ist-Situation und bildet die Grundlage für die gemeinsame Erarbeitung von Maßnahmen. Dafür muss der Stand der *Belastungen* (Arbeitsanforderungen) und der betrieblichen *Ressourcen*, über die das Unternehmen verfügt, erfasst werden.²⁹ Im Rahmen des demografischen Wandels wird es aber immer wichtiger, auch die subjektive *Beanspruchung* der Beschäftigten zu berücksichtigen: Wie geht es ihnen bei ihrer Arbeit?

Hier hat sich der Arbeitsbewältigungsindex/Work-Ability-Index aus Finnland bewährt, er liefert eine Maßzahl für den Stand der Balance und zeigt auf, wie viel Prozent einer Belegschaft bezüglich ihrer Erwerbsfähigkeit und des Erreichens der Altersgrenzen gefährdet sind. Mit der Durchführung dieser Ist-Analyse entsteht gleichzeitig ein inhaltliches Fundament für den Dialog und den Hausbau. Nehmen Sie sich Zeit für diesen Prozess, bei den Verkehrsbetrieben Hamburg-Holstein in Hamburg (VHH) hat es einige Jahre gedauert, bis schließlich der Demografie-Tarifvertrag geschlossen wurde, der die Grundlagen des Hausbaus und das weitere Vorgehen als Rahmen festschreibt.³⁰ Die Details werden im 3. Stock abgesprochen.

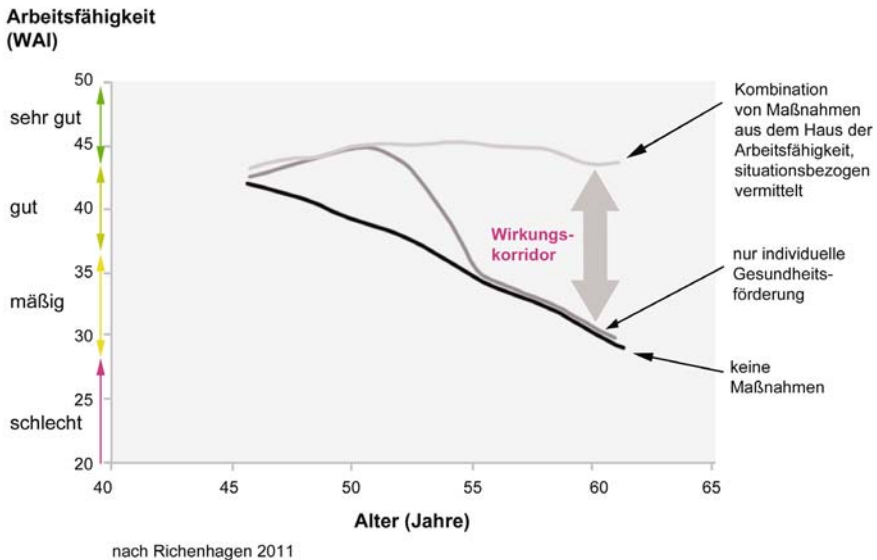
4. Stock: Arbeit, Arbeitsumgebung und Führung

Arbeit, Arbeitsumgebung und Führung haben den größten Einfluss auf den Hausbau. Überprüfen Sie Ihre eigenen Erfahrungen mit Maßnahmen der individuellen Gesundheitsförderung: Wie viel Prozent der Mitarbeiter beteiligen sich mittel- und längerfristig an den Fördermaßnahmen? Wenn es 10 bis 15 Prozent sind, können Sie sich beglückwünschen.

²⁹ Unter „baw toolbox“ finden Sie im Internet eine Fülle von geeigneten Erhebungsinstrumenten. Den Arbeitsbewältigungsindex/Work-Ability-Index können Sie unter „wai netzwerk“ herunterladen. Siehe auch das Angebot der BARMER GEK zum Work-Ability-Index im Abschnitt „Serviceangebote der BARMER GEK zum Schwerpunktthema.“

³⁰ Siehe auch <https://vhhbus.de/unternehmen/philosophie/>

Mit sorgfältig geplanten Maßnahmen zur alters- und altersgerechten Arbeitsgestaltung können Sie dagegen ganze Abteilungen, Teams oder Gruppen erreichen. Die Fragen 3 und 4 des vorgestellten Fragebogens rücken in den Mittelpunkt und die übergroße Mehrheit der Beschäftigten wird es dem Unternehmen danken.



Die durchschnittliche Entwicklung der Arbeitsfähigkeit/Balance im Unternehmen je nach Charakter der Maßnahmen (Prinzipdarstellung nach Ilmarinen-Riehenhagen), Riehenhagen 2011 s. auch Tempel und Ilmarinen 2013, Seite 202. Y = Arbeitsfähigkeit nach Punkten, ermittelt mit dem Arbeitsbewältigungsindex, X = Alter.

Für Ihr Vorgehen zur Bewältigung des demografischen Wandel haben Sie wenigstens drei Optionen, wenn Sie sich an der Frage orientieren wollen: Wie entwickelt sich die Arbeitsfähigkeit/Balance der Beschäftigten in den nächsten Jahren?

Durch die Orientierung am Bau des Hauses der Arbeitsfähigkeit entsteht ein „Wirkungskorridor“, in dem sich die drei Handlungsmöglichkeiten darstellen lassen:

1. Unternehmen, die die Dinge laufen lassen und sich an der schwarzen Linie orientieren, werden im weiteren Verlauf des demografischen Wandels in erhebliche Schwierigkeiten geraten.

2. Die dunkelgraue Linie zeigt die Möglichkeiten auf, die sich aus der individuellen Gesundheitsförderung ergeben.
3. Unternehmen, die sich an der hellgrauen Linie orientieren, werden innerhalb der Branche (bei vergleichbarer Arbeitsanforderung) Vorteile erlangen, weil sie „ganzheitlich und vielseitig“ vorgehen: Die Kombination der individuellen Gesundheitsförderung mit den verschiedensten Maßnahmen der Arbeitsgestaltung, Arbeitsorganisation und Führung verspricht die besten Ergebnisse.

Familie und Umfeld:

Grundsätzlich wird die Familie als Quelle sozialer Unterstützung betrachtet. Busfahrer bei der VHH erleben zu 70 Prozent ihre Ehefrau oder Lebensgefährtin als eine wichtige Unterstützung bei der Bewältigung der Arbeitsanforderung. Ähnliches berichten Schichtarbeiter aus anderen Branchen. Zur Zeit ist noch nicht abzusehen, wie sich der demografische Wandel in der Familie oder im persönlichen Umfeld auswirken wird.

Die Anzahl pflegebedürftiger Familienangehöriger wird in den nächsten Jahren ansteigen und der Einfluss der Familie auf das Arbeitsleben kann sich durch die Veränderung der Situation des Partners richtungsweisend verändern. Hier finden wir immer wieder einen wichtigen Zusammenhang zwischen Maßnahmen in einem Stockwerk mit Auswirkungen auf einen anderen Bereich. Ein Beispiel: Die Gestaltung der Schichtpläne fällt in die Verantwortung des Unternehmens im 4. Stock. Die Verbesserung dieser Pläne ermöglicht aber eine Stabilisierung der Familie und der Kontakte im persönlichen Umfeld.

Ausblick

Beschäftigte fragen sich immer wieder, ob sie ihre Arbeit bis zur Erreichung des gesetzlichen Rentenalters werden bewältigen können. Spätestens bei den ersten Erkrankungen oder bei schwereren Unfällen gewinnt das Thema an Gewicht. Unternehmen, die die Bewältigung des demografischen Wandels offen aufgreifen und gemeinsam mit den Beschäftigten nach Lösungen suchen, können eine Betriebskultur – im 3. Stock – entwickeln, die zur Entlastung und Beruhigung der Betroffenen beiträgt. So bleibt der eingangs erwähnte positive psychologische Arbeitsvertrag auch in schwierigen Zeiten erhalten, eine wichtige Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung:

„Was kann und will das Unternehmen tun, was können und wollen Sie tun, damit Sie so lange wie möglich, so gesund wie möglich – und auch mit Freude - Ihrer Arbeit nachgehen können“?

Literatur

Jürgen Tempel und Juhani Ilmarinen: Arbeitsleben 2025 – Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen. Herausgeberin Marianne Giesert, VSA Verlag Hamburg, 2013.

Gottfried Richenhagen: Fundierung der Arbeitsfähigkeitskurven nach Ilmarinen und Richenhagen. In: *JPG, D.A.i.U.-I.-R.-K.* (Prinzipdarstellung), Editor, Studium neben dem Beruf – FOM, Essen, 2011.

Juhani Ilmarinen: Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 2006.

Zum Autor

Dr. med. Jürgen Tempel ist Facharzt für Anästhesie, Allgemeinmedizin und hat die letzten 13 Jahre als Betriebsarzt bei den Verkehrsbetrieben Hamburg-Holstein gearbeitet. Seit 20 Jahren besteht eine Zusammenarbeit mit Prof. Juhani Ilmarinen in Helsinki, gemeinsam schreiben sie Bücher und unterstützen Unternehmen beim Bau des Hauses der Arbeitsfähigkeit. E-Mail: tempel.juergen@t-online.de.

Das „Haus der Arbeitsfähigkeit“ – die praktische Umsetzung

Das Haus der Arbeitsfähigkeit ist seit vielen Jahren ein fester Bestandteil der von der BARMER GEK angebotenen Maßnahmen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM). Am Beispiel der Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg wird im Folgenden exemplarisch aufgezeigt, wie das Haus der Arbeitsfähigkeit – auch in Hinblick auf den demografischen Wandel – in die praktische Arbeit einbezogen werden kann.

Seit 2012 arbeitet die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) auf der Basis eines Kooperationsvertrages mit der BARMER GEK bei der Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zusammen. Ansprechpartner auf Seiten der KVBW ist Constanze Kissing, Sachgebietsleiterin Personalentwicklung, und ihre Kollegin Zita Grasmehr, auf Seiten der BARMER GEK wird das Projekt von Florian Karl, Berater Betriebliches Gesundheitsmanagement, betreut.

Zum Start des Projektes wurde der Lenkungskreis gegründet, der sich aus dem Geschäftsführer, dem Leiter Personal, der Sachgebietsleiterin Personalentwicklung, zwei Mitarbeitern aus dem Personalbereich, einem Mitarbeiter aus der Unternehmenskommunikation, einem Vertreter des Personalrats, dem Schwerbehindertenvertreter sowie Führungskräften aus den Niederlassungen zusammensetzt.

Im September 2012 führte der Lenkungskreis eine Mitarbeiterbefragung rund um das Thema Gesundheit durch. Familiäre Belastungen wie zum Beispiel die Pflege von Angehörigen, persönliches Gesundheitsverhalten, das Verhalten von Vorgesetzten oder Arbeitsbelastung – dies sind nur einige der im Fragebogen angesprochenen Themen. Nach der Auswertung der Antworten wurden im Dezember 2012 in einem Workshop des Lenkungskreises die ersten Maßnahmen festgelegt, um auf die Ergebnisse der Auswertung reagieren zu können. Als ein Ergebnis des Workshops fanden im Jahr 2013 an sechs verschiedenen Standorten der KVBW Gesundheitsmärkte statt, bei denen die Mitarbeiter zum Beispiel an verschiedenen Workshops und Vorträgen teilnehmen, einen Mini-Check durchführen lassen oder von Olympiasiegerin Heike Drechler Büroübungen für den Alltag erlernen konnten.

Aufbauend auf den Erfahrungen aus den ersten Projektjahren wurden für 2014 und 2015 Schwerpunktthemen für die Gesundheitsaktionen gewählt. So stand das Jahr 2014 unter dem Thema Rückengesundheit, im Jahr 2015 stehen Maßnahmen zu Psychischen Gesundheit im Mittelpunkt der Aktivitäten.

Eine weitere wichtige Maßnahme war die Ausbildung einzelner Mitarbeiter zu so genannten „Moving“-Multiplikatoren. Zu den Aufgaben dieser Multiplikatoren gehört zum Beispiel das Angebot von einfach umzusetzenden Bewegungsübungen in den Pausen.

2 ½ Jahre nach dem Start des Projekts wurde im März 2015 eine zweite Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Befragung wurden in dem im Juli 2015 stattfindenden Strategie-Workshop des Lenkungskreises „BGM in der KV 2020“ vorgestellt und diskutiert. Erfreuliches Ergebnis der zweiten Befragung: Die seit Projektbeginn aufgebauten Strukturen zeigen bereits Erfolge (wie zum Beispiel größere Zufriedenheit der Mitarbeiter an ihrem Arbeitsplatz), so dass beschlossen wurde, diese Strukturen nachhaltig zu etablieren.

„Ein strategisches Element des Projekts ist das Haus der Arbeitsfähigkeit, mit dem wir regelmäßig bei den Treffen des Lenkungskreises arbeiten“; erläutert Florian Karl. „Mit dem Modell ist es möglich, auf aktuelle Impulse zu reagieren und gleichzeitig weiter an der gemeinsamen Vision zu arbeiten.“



Ergebnis einer Sitzung des Lenkungskreises

Frau Kissing, die KVBW beschäftigt sich seit 2012 intensiv mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Was war bisher aus Ihrer Sicht besonders positiv?

Besonders positiv nehme ich wahr, dass das Interesse unserer Mitarbeiter an dem Thema sehr groß ist. Dies sieht man an der guten Beteiligung an den Umfragen und Gesundheitsaktionen, an der Bereitschaft vieler Mitarbeiter, sich als „Moving“-Multiplikatoren ausbilden zu lassen, und nicht zuletzt an den vielen Ideen und Impulsen, die beim Lenkungsreis eingehen.

War das Thema Demografischer Wandel ein Grund dafür, dass Sie sich für das Projekt entschieden haben?

Für unsere Entscheidung gab es sicherlich viele Gründe z. B. Abbau von Arbeitsunfähigkeitszeiten oder Vermeidung von psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz. Aber natürlich beschäftigen wir uns zunehmend intensiv mit dem Thema Demografischer Wandel und wie wir diesem begegnen können. Im Rahmen des Projekts Betriebliches Gesundheitsmanagement ist es möglich, alle für uns relevanten Themen zu berücksichtigen. Fazit nach den bisherigen Projektjahren ist es, dass man eigentlich keines der Themen getrennt voneinander betrachten kann, da diese Themen sich gegenseitig beeinflussen. Ein Beispiel: Wenn ich dafür Sorge, dass sich unsere Mitarbeiter an ihrem Arbeitsplatz wohlfühlen, kann es zu weniger psychischen Erkrankungen kommen. Dies führt dann wiederum dazu, dass die Arbeitsfähigkeit eines Mitarbeiters länger erhalten bleibt.

Ein Modell, mit dem Sie arbeiten, ist das Haus der Arbeitsfähigkeit. Wo sehen Sie die Vorteile dieses Modells?

Die Arbeit mit dem Modell öffnet die Augen dafür, wie viele Aspekte zu berücksichtigen sind, um die Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Dies bedeutet gerade für die Personalverantwortlichen, sich zum Beispiel immer wieder mit den Werten, die in einem Unternehmen und von seinen Mitarbeitern gelebt werden, auseinanderzusetzen oder die Arbeitsorganisation immer wieder zu hinterfragen. Man muss somit von einem nie abgeschlossenen Prozess ausgehen.

Das hört sich sehr zeitaufwändig an.

Ja, es ist sehr zeitaufwändig, aber ich bin mir sicher, dass es für ein Unternehmen letztlich Gewinn bringend ist. Und es gibt ja die Möglichkeit, sich von externen Experten beraten und begleiten zu lassen. Herr Karl, der uns in diesem Prozess als Bera-

ter zur Seite steht, nimmt uns nicht nur viele organisatorische Aspekte ab wie zum Beispiel bei der Durchführung von Veranstaltungen, sondern lenkt uns auch immer Ziel führend auf diesem uns bisher noch relativ unbekannten Weg. Seine Begleitung hat wesentlich zum bisherigen Erfolg des Projektes beigetragen.

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 Demografischer Wandel 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 Mitarbeiterinnen und 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 Mitarbeiterinnen und 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 Beraterinnen und Berater Firmengesundheit 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.

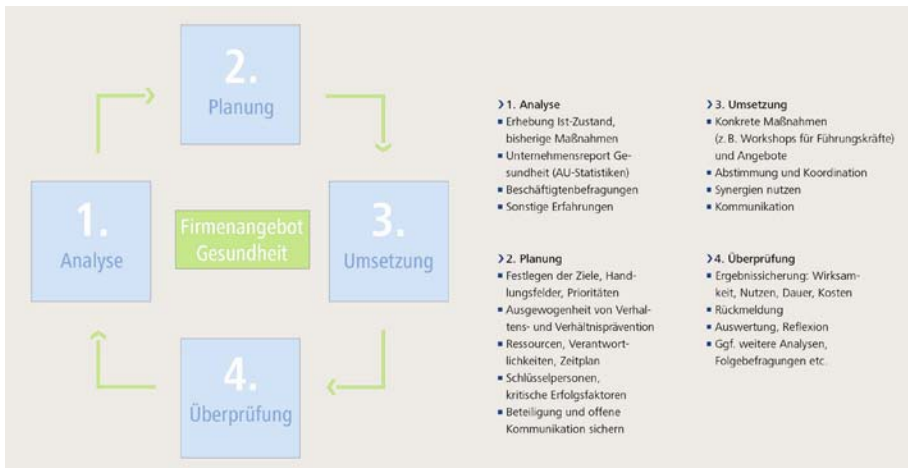
Aufbauend auf die Analysephase bietet die BARMER GEK Vorträge und Workshops zu gesundheitsrelevanten Themenfeldern:

- Demografie und Gesundheit
- Führung und Gesundheit
- Psychische Gesundheit
- Ausbildung und 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 Mitarbeiterinnen und 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 Beraterinnen und Beratern Firmengesundheit 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, ist für viele Unternehmen der demografische Wandel bereits ein Thema. Doch welche Möglichkeiten gibt es, die Führungskräfte für dieses Thema zu sensibilisieren? Wer erstellt eine aussagekräftige Altersstrukturanalyse und was sind die ersten Schritte zur Maßnahmenfindung?

Die BARMER GEK hat in den letzten Jahren mit wissenschaftlicher Unterstützung verschiedene Angebote entwickelt, um Unternehmen zum Thema Demografischer Wandel informieren und beraten zu können.

Angebote zum Thema Demografischer Wandel

Impulsvortrag „Demografie aktiv gesund gestalten – Chancen für Unternehmen“

Ziel dieses 1,5stündigen Vortrages, der von den Beraterinnen und Beratern Betriebliches Gesundheitsmanagement der BARMER GEK gehalten wird, ist es, durch allgemeine Informationen zum demografischen Wandel Führungskräfte – und hier besonders die Personalverantwortlichen – für das Thema zu sensibilisieren und zu motivieren, sich im jeweiligen Unternehmen aktiv mit dem Thema auseinanderzusetzen. Der Vortrag kann exklusiv für die Führungskräfte eines Unternehmens angeboten werden, die Inhalte sind aber auch geeignet, um Führungskräfte aus unterschiedlichen Unternehmen an einem gemeinsamen Termin zu informieren.

Unternehmerfrühstück „ALTERNative Unternehmensführung – Herausforderung Demografische Entwicklung in Ihrem Unternehmen“

Bei diesem Angebot handelt es sich um einen firmenübergreifenden Workshop, der durch einen externen Kooperationspartner der BARMER GEK durchgeführt wird. Ziel dieses Angebots ist es zum einen, Führungskräfte für das Thema zu sensibilisieren, und zum anderen, Führungskräfte verschiedener Unternehmen in Kontakt zu bringen, um so einen Erfahrungsaustausch anzuregen.

Demografieberatung

Im Mittelpunkt der angebotenen Demografieberatung, die durch die Beraterinnen und Berater Betriebliches Gesundheitsmanagement der BARMER GEK durchgeführt wird, stehen die Anforderungen, die sich in dem jeweiligen Unternehmen in Hinblick auf den demografischen Wandel ergeben. Ziel ist es, Maßnahmen wie zum Beispiel Formen flexibler Arbeitszeitgestaltung oder Qualifizierung durch Weiterbildung zu entwickeln, um die körperliche und Psychische Gesundheit der immer älter werdenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern.

Altersstrukturanalyse

Für alle Unternehmen, die sich intensiv mit dem Thema Demografischer Wandel auseinandersetzen möchten, ist eine Altersstrukturanalyse unerlässlich. Die Beraterinnen und Berater Betriebliches Gesundheitsmanagement der BARMER GEK erstellen diese anhand der Personaldaten des jeweiligen Unternehmens. Die Altersstrukturanalyse stellt nicht nur den aktuellen Stand dar, sondern zeigt auch die prospektive Entwicklung auf – eingeordnet in die Entwicklung der jeweiligen Region. Auf Basis der Altersstrukturanalyse können die Verantwortlichen erste Schritte in Richtung einer altersgerechten Personal- und Organisationsentwicklung planen.

Work-Ability Index

In Kooperation mit dem Institut für Sicherheitstechnik der Bergischen Universität Wuppertal bietet die BARMER GEK interessierten Unternehmen an, einen Work-Ability-Index (WAI) erstellen zu lassen. Hierbei wird mit Hilfe eines in Finnland entwickelten Fragebogens abgefragt, wie die Beschäftigten selbst ihre Arbeitsfähigkeit einschätzen. Fragen sind zum Beispiel „Sind Sie bei Ihrer Arbeit vorwiegend geistig tätig?“ und „Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die geistigen (psychischen) Arbeitsanforderungen ein?“ Durch diese Selbsteinschätzung erhalten die Personalverantwortlichen eine weitere Sichtweise auf das Thema Gesundheit am Arbeitsplatz. Die Ergebnisse dieser Analyse liefern somit wichtige Aspekte, die bei der Identifikation von Handlungsfeldern und der entsprechenden Maßnahmenplanung herangezogen werden können, um die Arbeitsfähigkeit im Unternehmen zu erhalten und zu fördern. Der Index des jeweiligen Unternehmens wird zudem in Relation zu den Gesamtdaten des WAI-Netzwerkes gesetzt.

Ausgewählte Medien

Die BARMER GEK veröffentlicht zahlreiche Medien zum Thema Gesundheit am Arbeitsplatz. Alle Medien können als pdf-Datei auf unserer Seite www.barmer-gek.de heruntergeladen oder als Printversion bestellt werden. Hier eine Auswahl:

Gelassen bleiben im Arbeitsalltag



Arbeit ohne psychische Anforderung ist nicht denkbar und zufriedenstellend. Im Gegenteil – etwas geschafft zu haben, erweckt in uns Zufriedenheit und erhöht das Selbstwertgefühl. Doch wie jeder weiß, kann Dauerstress zu Belastungen führen.

In dem 4-Pager „Gelassen bleiben im Arbeitsalltag“ werden die häufigsten Ursachen für Belastungen und die Folgen dieser Belastungen dargestellt. Zentrales Thema ist jedoch die Frage, wie

man der Stressfalle entkommen kann. Viele Tipps zeigen auf, wie man dem Stress aktiv entgegenwirken kann. Der Hinweis auf weiterführende Informationen ermöglicht es allen Interessierten, sich intensiv mit dem Thema auseinanderzusetzen.



Pdf-Datei zum Download: www.barmer-gek.de/149380

Resilienz – die psychische Widerstandskraft



Wer kennt nicht jemanden, der auch in Krisensituationen gelassen bleibt und oft sogar gestärkt aus Krisen hervorgeht? Diese besondere Fähigkeit heißt „Resilienz“ und lässt sich trainieren

Der 4-Pager „Resilienz – die psychische Widerstandskraft“ erklärt, was man genau unter dieser Fähigkeit versteht, welche Resilienzfaktoren es gibt und wie man diese beeinflussen kann.

So erhalten Interessierte einen guten Einblick zum Thema Resilienz, den sie durch das Angebot an weiterführenden Informationen vertiefen können.



Pdf-Datei zum Download: www.barmer-gek.de/149454

Psychische Erkrankung am Arbeitsplatz – Eine Handlungsleitlinie für Führungskräfte



Die Aufklärung über psychische Erkrankungen ist für alle Beteiligten im Unternehmen eine wichtige Voraussetzung, um die Anforderungen im Arbeitsalltag besser bewältigen zu können.

Führungskräfte und Personalverantwortliche nehmen eine Schlüsselfunktion bei der Förderung und Erhaltung der Gesundheit ihrer Mitarbeiter ein – besonders im Umgang mit verhaltensauffälligen und psychisch erkrankten Beschäftigten.

Neben Hintergrundinformationen zur psychischen Gesundheit und einem Überblick der häufigsten Krankheitsbilder am Arbeitsplatz enthält die Broschüre unter anderem Checklisten zur Gesprächsvorbereitung, Anregungen und Tipps für Mitarbeitergespräche und Informationen zu Hilfsangeboten.

Ziel der Broschüre ist es, Berührungsängste im Umgang mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz von allen Beteiligten abzubauen und in Unternehmen das Thema weiter zu entstigmatisieren.

Illustrationen des Künstlers Rolf Jahn begleiten die einzelnen Abschnitte und ermöglichen einen Einblick in die emotionalen Ebenen der seelischen Erkrankungen.



Pdf-Datei zum Download: www.barmer-gek.de/145476

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement – Helfen.Stärken.Motivieren.



Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) ist ein wichtiger Baustein des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und gewinnt immer mehr an Bedeutung für alle Beteiligten im Unternehmen. Obwohl der Gesetzgeber das Thema bereits im Jahr 2014 verpflichtend für Arbeitgeber verankert hat, herrscht oftmals bei betrieblichen Akteuren noch Unsicherheit bezüglich der Umsetzung und Implementierung von BEM.

Hierzu bietet die BARMER GEK den Leitfaden für betriebliche Akteure „Das Betriebliche Eingliederungsmanagement. Helfen.Stärken.Motivieren.“ mit Hintergrundinformationen zum BEM und wichtigen Hinweisen zu rechtlichen Vorgaben und Datenschutz. Zusätzlich finden Sie neben Empfehlungen für den Aufbau von betrieblichen Strukturen auch Empfehlungen für den Ablauf eines individuellen Betrieblichen Eingliederungsmanagements auf Einzelfallebene. Tipps zur Gesprächsführung, Anregungen anhand eines Fallbeispiels aus der Praxis und ein Überblick der wichtigsten arbeitsrechtlichen Urteile runden den Leitfaden ab.



Pdf-Datei zum Download: www.barmer-gek.de/502731

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 erreichten 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)³¹. 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-

³¹ 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 ausschließlich die dokumentierten Versicherungstage im Kalenderjahr 2013 und 2014 – 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 2013 und 2014 konnten **im Jahresdurchschnitt Daten zu jeweils 3,6 Millionen Erwerbspersonen** im Alter zwischen 15 und 64 Jahren berücksichtigt werden (vgl. auch Tabelle 39). 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 2014 berücksichtigten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Wohnort im Inland mit der Zahl der Beschäftigten in Deutschland im Mittel über die Monate Januar bis Dezember 2014 nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit, lässt sich festhalten, dass bei Auswertungen zum Report etwa 11,5% aller Beschäftigten in Deutschland berücksichtigt werden konnten. Bundeslandbezogen variiert dieser approximativ für 2014 ermittelte Anteil zwischen 4,3% in Bremen und 23,7% in Brandenburg.

Tabelle 39 Erwerbspersonen in der BARMER GEK nach Bundesländern 2014

Bundesland	Jahresdurchschnittliche Anzahl Personen			Anteil Beschäftigte an Gesamtzahl in Deutschland
	Männer	Frauen	Gesamt	
Baden-Württemberg	153.869	182.698	336.566	7,7%
Bayern	203.480	262.832	466.312	9,0%
Berlin	67.000	89.727	156.727	11,9%
Brandenburg	84.054	110.898	194.952	23,7%
Bremen	6.516	7.157	13.673	4,3%
Hamburg	33.239	37.887	71.126	7,7%
Hessen	133.909	161.788	295.697	12,2%
Meckl.-Vorpommern	44.083	62.666	106.749	18,8%
Niedersachsen	137.984	171.423	309.407	11,0%
Nordrhein-Westfalen	366.597	491.040	857.637	13,2%
Rheinland-Pfalz	80.034	106.991	187.025	13,8%
Saarland	25.104	28.324	53.428	13,9%
Sachsen	58.945	87.154	146.099	9,4%
Sachsen-Anhalt	51.449	76.914	128.362	16,0%
Schleswig-Holstein	67.815	82.551	150.366	16,2%
Thüringen	44.409	59.960	104.369	12,9%
BUNDESWEIT	1.569.462	2.031.900	3.601.362	11,5%

BARMER GEK 2014, bei Auswertungen berücksichtigte Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Anteil der bei Auswertungen berücksichtigten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Wohnort im Inland an deren Gesamtzahl der Beschäftigten in Deutschland in den Monaten Januar bis Dezember 2014 nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit.

Datenbasis Arbeitsunfähigkeitsauswertungen

Tabelle 40 listet absolute Angaben zu Arbeitsunfähigkeitsfällen und -tagen aus dem Jahr 2014, die im Rahmen der Auswertungen zum Gesundheitsreport in einzelnen Bundesländern berücksichtigt werden konnten. Diese variierten zwischen 16 Tsd. Fällen mit 216 Tsd. AU-Tagen in Bremen und 1 Mio. Fälle mit 15,5 Mio. Tagen in Nordrhein-Westfalen. Selbst im Land Bremen ergibt sich damit noch eine empirisch recht breite Auswertungsbasis. Bei bundesweiten Auswertungen zum Jahr 2014 wurden 4,38 Mio. AU-Fälle und 64,95 Mio. AU-Tage berücksichtigt.

Tabelle 40 AU-Fälle und -Tage bei Erwerbspersonen in der BARMER GEK 2014

Bundesland	Anzahl AU-Fälle 2014 absolut	Anzahl AU-Tage 2014 absolut
Baden-Württemberg	376.966	5.110.452
Bayern	526.023	7.148.666
Berlin	195.851	3.091.634
Brandenburg	270.195	4.249.835
Bremen	15.736	216.337
Hamburg	78.777	1.134.155
Hessen	367.382	5.131.763
Meckl.-Vorpommern	148.058	2.285.285
Niedersachsen	375.684	5.502.169
Nordrhein-Westfalen	1.000.882	15.532.053
Rheinland-Pfalz	226.365	3.391.483
Saarland	63.073	1.117.768
Sachsen	191.642	2.855.677
Sachsen-Anhalt	183.297	2.778.433
Schleswig-Holstein	183.873	2.761.487
Thüringen	148.660	2.270.118
BUNDESWEIT	4.377.721	64.951.756

BARMER GEK 2014, 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 41). 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 41 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) entsprechender 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 190).

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 Vollzeittätigkeiten 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** (sogenannte „Klassifikation der Berufe 2010“ - kurz auch „KIdB 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 KIdB 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 KldB 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 KldB 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-/Anlernertätigkeiten“, 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 KldB 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 vorgenommenen 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:

http://www.statistikportal.de/statistik-portal/de_klassiWZ08.asp

Geschlechts- und Altersstandardisierung

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

Direkte Standardisierung

Ein überwiegender Teil der Ergebnisdarstellungen im Gesundheitsreport zeigt direkt alters- und geschlechtsstandardisierte Ergebnisse. Bei der direkten Standardisierung muss zunächst, und in gewissen Grenzen immer willkürlich, eine Standardpopulation gewählt werden. Anschließend werden für alle betrachteten Gruppen (z.B. für Versicherte in einzelnen Bundesländern) Ergebnisse ermittelt, die in den betrachteten Gruppen bei der (fiktiven) Annahme der Geschlechts- und Altersstruktur der Standardpopulation zu erwarten gewesen wären. Hierzu müssen die gewünschten Kennzahlen 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 bestimmter Bevölkerungsanteile in den einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen ent-

sprechend 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 verwendet³². 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 42). 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.

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

³² Statistisches Jahrbuch 1994, Seite 114

Populationen geeignet ist, in denen nicht alle Geschlechts- und Altersgruppen ausreichend vertreten sind oder überhaupt vorkommen.

Tabelle 42 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.

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 2014

AU-Fälle je 100 VJ Altersgruppe	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	191	202	196	207	225	215
20 – 24 Jahre	121	146	133	147	166	156
25 – 29 Jahre	88	117	101	105	130	117
30 – 34 Jahre	80	108	93	98	120	108
35 – 39 Jahre	89	112	99	102	122	111
40 – 44 Jahre	94	117	104	105	121	112
45 – 49 Jahre	97	118	107	105	120	112
50 – 54 Jahre	109	126	117	111	127	119
55 – 59 Jahre	116	136	125	122	134	127
60 – 64 Jahre	116	121	118	111	114	112
Gesamt	102	124	112	113	130	121

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

Tabelle A2 AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2014

AU-Tage je Fall Altersgruppe	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	6,3	7,2	6,7	5,8	5,3	5,5
20 – 24 Jahre	8,4	7,7	8,0	8,1	7,3	7,7
25 – 29 Jahre	10,7	9,7	10,1	10,2	9,5	9,8
30 – 34 Jahre	11,7	11,0	11,3	11,3	11,1	11,2
35 – 39 Jahre	12,7	12,7	12,7	12,5	12,6	12,5
40 – 44 Jahre	14,6	14,5	14,6	14,4	14,5	14,4
45 – 49 Jahre	15,5	16,0	15,7	16,0	16,0	16,0
50 – 54 Jahre	18,3	18,6	18,4	18,2	17,6	17,9
55 – 59 Jahre	21,1	18,9	20,0	20,8	19,6	20,2
60 – 64 Jahre	23,7	20,7	22,4	27,0	24,5	26,0
Gesamt	14,7	14,1	14,4	14,4	13,8	14,1

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

Tabelle A3 AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2014

AU-Tage je 100 VJ Altersgruppe	Hamburg			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	1.209	1.462	1.317	1.195	1.183	1.190
20 – 24 Jahre	1.011	1.126	1.066	1.182	1.210	1.195
25 – 29 Jahre	940	1.130	1.030	1.065	1.245	1.150
30 – 34 Jahre	939	1.186	1.050	1.115	1.336	1.214
35 – 39 Jahre	1.130	1.417	1.260	1.268	1.534	1.389
40 – 44 Jahre	1.370	1.694	1.519	1.515	1.743	1.620
45 – 49 Jahre	1.505	1.892	1.686	1.684	1.917	1.793
50 – 54 Jahre	1.986	2.337	2.153	2.029	2.234	2.127
55 – 59 Jahre	2.444	2.569	2.502	2.535	2.633	2.581
60 – 64 Jahre	2.753	2.506	2.652	3.006	2.795	2.920
Gesamt	1.504	1.743	1.614	1.639	1.798	1.712

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

Tabelle A4 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen 2014 – 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	97	1.491	15,4
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	116	1.522	13,1
03	<i>Fischerei und Aquakultur*</i>	86	1.392	16,2
05	<i>Kohlenbergbau*</i>	112	1.500	13,4
06	<i>Gewinnung von Erdöl und Erdgas*</i>	72	601	8,3
07	<i>Erzbergbau*</i>	140	1.074	7,7
08	Gewinnung v. Steinen u. Erden, sonstiger Bergbau	115	1.313	11,4
09	<i>Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden*</i>	118	1.223	10,4
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln	120	1.771	14,7
11	Getränkeherstellung	122	1.424	11,7
12	Tabakverarbeitung	140	1.812	13,0
13	Herstellung von Textilien	125	1.478	11,8
14	Herstellung von Bekleidung	104	1.167	11,3
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen	118	1.464	12,4
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)	124	1.509	12,1
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	135	1.596	11,9
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern	124	1.476	11,9
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung	130	1.476	11,4
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	127	1.426	11,2
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	139	1.475	10,6
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	135	1.574	11,6
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden	127	1.548	12,2
24	Metallerzeugung und –bearbeitung	133	1.590	12,0
25	Herstellung von Metallerzeugnissen	133	1.542	11,6
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen	131	1.331	10,1
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen	136	1.490	10,9
28	Maschinenbau	131	1.381	10,5
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	136	1.629	12,0

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	146	1.472	10,1
31	Herstellung von Möbeln	128	1.519	11,9
32	Herstellung von sonstigen Waren	121	1.321	10,9
33	Reparatur u. Install. v. Maschinen u. Ausrüstungen	130	1.485	11,4
35	Energieversorgung	135	1.397	10,4
36	Wasserversorgung	150	1.686	11,3
37	Abwasserentsorgung	146	1.644	11,2
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung	145	1.889	13,0
39	<i>Beseitigung v. Umweltverschmutzungen u. sonst. Entsorgung*</i>	121	1.458	12,0
41	Hochbau	111	1.525	13,7
42	Tiefbau	120	1.522	12,7
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe	118	1.556	13,2
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Repa- ratur von Kraftfahrzeugen	117	1.402	12,0
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	117	1.321	11,3
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	109	1.560	14,3
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	121	1.874	15,4
50	Schifffahrt	89	1.240	14,0
51	Luftfahrt	145	1.820	12,5
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistun- gen für den Verkehr	134	1.765	13,2
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	126	2.078	16,5
55	Beherbergung	97	1.492	15,5
56	Gastronomie	90	1.497	16,7
58	Verlagswesen	98	951	9,7
59	Herstellung, Verleih u. Vertrieb v. Filmen u. Fernsehpro- grammen; Kinos; Tonstudios u. Verlegen v. Musik	76	912	12,1
60	Rundfunkveranstalter	96	976	10,1
61	Telekommunikation	134	1.452	10,9
62	Erbringung v. Dienstleist. der Informationstechnologie	108	1.100	10,2
63	Informationsdienstleistungen	102	1.174	11,5
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen	117	1.160	9,9

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)	121	1.286	10,6
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten	107	1.236	11,5
68	Grundstücks- und Wohnungswesen	104	1.189	11,4
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	95	901	9,4
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben; Unternehmensberatung	104	1.179	11,3
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikalische und chemische Untersuchung	107	1.056	9,9
72	Forschung und Entwicklung	113	1.100	9,7
73	Werbung und Marktforschung	98	1.121	11,4
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	92	966	10,6
75	Veterinärwesen	86	1.130	13,1
77	Vermietung von beweglichen Sachen	113	1.424	12,6
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	159	2.049	12,9
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen	92	1.122	12,1
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	146	2.120	14,5
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	127	1.858	14,6
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.	155	2.002	12,9
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	153	1.679	10,9
85	Erziehung und Unterricht	127	1.303	10,3
86	Gesundheitswesen	118	1.513	12,8
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	131	2.000	15,2
88	Sozialwesen (ohne Heime)	127	1.733	13,7
90	Kreative, künstlerische u. unterhaltende Tätigkeiten	93	1.229	13,2
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten	130	1.392	10,7
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	96	1.468	15,3
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	100	1.388	13,9
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche u. sonst. religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)	108	1.193	11,0
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern	103	894	8,6

Nr.	Bezeichnung * weniger als 1.000 Beschäftigte	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
96	Erbringung von sonst. überw. persönl. Dienstleistungen	113	1.549	13,8
97	Private Haushalte mit Hauspersonal	66	1.035	15,6
98	<i>Herstell. v. Waren u. Erbringung v. Dienstl. durch priv. Haushalte f. d. Eigenbedarf ohne ausgepr. Schwerpkt.*</i>	63	1.714	27,0
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	163	1.792	11,0
Gesamt		121	1.712	14,1

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

Tabelle A5 Krankenstand nach Geschlecht und Branchen 2014 – Abteilungen der WZ2008

Nr.	Bezeichnung * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
01	Landwirtschaft, Jagd u. damit verb. Tätigkeiten	3,94%	4,26%	4,09%
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	4,57%	3,70%*	4,17%
03	<i>Fischerei und Aquakultur*</i>	3,91%*	3,70%*	3,81%*
05	<i>Kohlenbergbau*</i>	4,92%*	3,15%*	4,11%*
06	<i>Gewinnung von Erdöl und Erdgas*</i>	1,90%*	1,35%*	1,65%*
07	<i>Erzbergbau*</i>	3,83%*	1,90%*	2,94%*
08	Gewinnung v. Steinen u. Erden, sonstiger Bergbau	4,24%	2,85%*	3,60%
09	<i>Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden*</i>	3,69%*	2,96%*	3,35%*
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln	4,74%	4,98%	4,85%
11	Getränkeherstellung	4,21%	3,54%	3,90%
12	Tabakverarbeitung	4,29%*	5,75%*	4,97%
13	Herstellung von Textilien	3,94%	4,18%	4,05%
14	Herstellung von Bekleidung	2,84%	3,61%	3,20%
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen	3,56%*	4,54%*	4,01%
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)	4,75%	3,41%	4,13%
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	4,50%	4,22%	4,37%

Nr.	Bezeichnung * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern	3,96%	4,15%	4,04%
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung	3,78%	4,35%*	4,04%
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	3,88%	3,94%	3,91%
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	3,73%	4,40%	4,04%
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	4,30%	4,32%	4,31%
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden	4,48%	3,96%	4,24%
24	Metallerzeugung und –bearbeitung	4,82%	3,81%	4,36%
25	Herstellung von Metallerzeugnissen	4,42%	4,00%	4,23%
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen	3,12%	4,26%	3,65%
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen	3,68%	4,55%	4,08%
28	Maschinenbau	3,97%	3,57%	3,78%
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	4,16%	4,81%	4,46%
30	Sonstiger Fahrzeugbau	4,21%	3,83%	4,03%
31	Herstellung von Möbeln	4,55%	3,71%	4,16%
32	Herstellung von sonstigen Waren	3,43%	3,84%	3,62%
33	Reparatur u. Install. v. Maschinen u. Ausrüstungen	4,38%	3,70%	4,07%
35	Energieversorgung	3,58%	4,11%	3,83%
36	Wasserversorgung	4,43%	4,84%	4,62%
37	Abwasserentsorgung	4,66%	4,32%*	4,50%
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung	5,88%	4,35%	5,17%
39	<i>Beseitigung v. Umweltverschmutzungen u. sonst. Entsorgung*</i>	3,96%*	4,04%*	3,99%*
41	Hochbau	5,26%	2,92%	4,18%
42	Tiefbau	5,14%	3,04%	4,17%
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe	5,08%	3,31%	4,26%
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	4,08%	3,56%	3,84%
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	3,50%	3,76%	3,62%
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	3,94%	4,66%	4,27%
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	5,15%	5,12%	5,14%
50	Schifffahrt	3,25%	3,58%*	3,40%
51	Luftfahrt	4,23%	5,88%	4,99%

Nr.	Bezeichnung * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr	5,01%	4,63%	4,84%
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	5,23%	6,24%	5,69%
55	Beherbergung	3,82%	4,40%	4,09%
56	Gastronomie	3,60%	4,69%	4,10%
58	Verlagswesen	2,23%	3,05%	2,61%
59	Herstellung, Verleih u. Vertrieb v. Filmen u. Fernsehprogrammen; Kinos; Tonstudios u. Verlegen v. Musik	2,14%	2,92%	2,50%
60	Rundfunkveranstalter	2,15%	3,29%	2,67%
61	Telekommunikation	3,26%	4,83%	3,98%
62	Erbringung v. Dienstleist. der Informationstechnologie	2,47%	3,66%	3,01%
63	Informationsdienstleistungen	2,76%	3,75%	3,22%
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen	2,56%	3,91%	3,18%
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)	3,04%	4,09%	3,52%
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten	3,09%	3,73%	3,39%
68	Grundstücks- und Wohnungswesen	3,11%	3,43%	3,26%
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	2,18%	2,81%	2,47%
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben; Unternehmensberatung	2,70%	3,84%	3,23%
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikalische und chemische Untersuchung	2,78%	3,03%	2,89%
72	Forschung und Entwicklung	2,63%	3,47%	3,01%
73	Werbung und Marktforschung	2,76%	3,44%	3,07%
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	2,50%	2,82%	2,65%
75	Veterinärwesen	3,07%*	3,13%	3,10%
77	Vermietung von beweglichen Sachen	3,93%	3,87%	3,90%
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	5,59%	5,64%	5,61%
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen	3,09%	3,06%	3,07%
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	5,57%	6,08%	5,81%
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	4,82%	5,41%	5,09%
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.	4,84%	6,24%	5,48%
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	4,30%	4,95%	4,60%
85	Erziehung und Unterricht	2,93%	4,32%	3,57%

Nr.	Bezeichnung * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
86	Gesundheitswesen	3,85%	4,49%	4,14%
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	4,89%	6,17%	5,48%
88	Sozialwesen (ohne Heime)	4,12%	5,48%	4,75%
90	Kreative, künstlerische u. unterhaltende Tätigkeiten	3,29%	3,46%	3,37%
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten	3,38%	4,32%	3,81%
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	3,49%	4,65%	4,02%
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	3,62%	4,02%	3,80%
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche u. sonst. religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)	2,77%	3,85%	3,27%
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern	2,37%	2,54%	2,45%
96	Erbringung von sonst. überw. persönl. Dienstleistungen	4,14%	4,37%	4,24%
97	Private Haushalte mit Hauspersonal	2,68%*	3,02%	2,83%
98	<i>Herstell. v. Waren u. Erbringung v. Dienstl. durch priv. Haushalte f. d. Eigenbedarf ohne ausgepr. Schwerpkt.*</i>	5,01%*	4,33%*	4,70%*
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	4,95%	4,86%*	4,91%
Gesamt		4,49%	4,93%	4,69%

BARMER GEK 2014, 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
1210	Berufe im Gartenbau (ohne Spezialisierung)	152	1.947	12,8
2210	Berufe in der Kunststoff- & Kautschukherstellung (ohne Spezialisierung)	169	2.219	13,1
2234	Berufe im Holz-, Möbel- & Innenausbau	151	1.805	11,9
2420	Berufe in der Metallbearbeitung (ohne Spezialisierung)	163	2.087	12,8
2423	Berufe in der spanenden Metallbearbeitung	154	1.913	12,4

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
2441	Berufe im Metallbau	165	2.106	12,7
2451	Berufe in der Feinwerktechnik	150	1.664	11,1
2452	Berufe in der Werkzeugtechnik	142	1.627	11,5
2510	Berufe in der Maschinenbau- & Betriebstechnik (ohne Spezialisierung)	143	1.635	11,4
2511	Maschinen- & Gerätezusammensetzer/innen	157	2.277	14,5
2512	Maschinen- & Anlagenführer/innen	162	2.208	13,7
2513	Technische Servicekräfte in Wartung & Instandh.	128	1.591	12,4
2521	Berufe in der Kraftfahrzeugtechnik	153	1.556	10,1
2621	Berufe in der Bauelektrik	147	1.722	11,7
2625	Berufe in der elektrischen Betriebstechnik	147	1.462	10,0
2630	Berufe in der Elektrotechnik (ohne Spezialisierung)	133	1.596	12,0
2631	Berufe in der Informations- & Telekommunikationstechnik	127	1.300	10,3
2710	Berufe in der technischen Forschung & Entwicklung (ohne Spezialisierung)	86	711	8,3
2721	Technische Zeichner/innen	133	1.144	8,6
2722	Berufe in der Konstruktion & im Gerätebau	101	893	8,8
2730	Berufe in der technischen Produktionsplanung & -steuerung	106	1.210	11,4
2731	Berufe in der technischen Qualitätssicherung	134	1.585	11,9
2739	Aufsichts- & Führungskräfte - Technische Produktionsplanung & -steuerung	96	1.292	13,5
2930	Köche/Köchinnen (ohne Spezialisierung)	115	1.871	16,2
3210	Berufe im Hochbau (ohne Spezialisierung)	121	1.975	16,4
3321	Berufe für Maler- & Lackiererarbeiten	147	1.854	12,6
3410	Berufe in der Gebäudetechnik (ohne Spezialisierung)	113	1.830	16,2
3421	Berufe in der Sanitär-, Heizungs- & Klimatechnik	156	1.767	11,3
4131	Berufe in der Chemie- & Pharmatechnik	154	1.804	11,7
4310	Berufe in der Informatik (ohne Spezialisierung)	100	909	9,1
4322	Berufe in der IT-Anwendungsberatung	85	866	10,2
4341	Berufe in der Softwareentwicklung	89	720	8,1
5131	Berufe in der Lagerwirtschaft	157	2.139	13,6

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
5132	Berufe für Post- & Zustelldienste	128	2.290	17,8
5162	Speditions- & Logistikkaufleute	114	1.208	10,6
5212	Berufskraftfahrer/innen (Güterverkehr/LKW)	113	2.297	20,3
5213	Bus- & Straßenbahnfahrer/innen	142	2.811	19,8
5218	Fahrzeugführer/innen im Straßenverkehr (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe)	111	2.094	18,8
5311	Berufe im Objekt-, Werte- & Personenschutz	135	2.322	17,2
5410	Berufe in der Reinigung (ohne Spezialisierung)	135	2.352	17,4
6111	Berufe im Einkauf	104	1.048	10,0
6112	Berufe im Vertrieb (außer Informations- & Kommunikationstechnologien)	103	1.210	11,8
6119	Führungskräfte - Einkauf & Vertrieb	77	989	12,9
6121	Kaufleute im Groß- & Außenhandel	125	1.021	8,2
6131	Berufe in der Immobilienvermarktung & -verwaltung	111	1.105	9,9
6210	Berufe im Verkauf (ohne Produktspezialisierung)	114	1.872	16,4
6211	Kassierer/innen & Kartenverkäufer/innen	129	2.173	16,9
6219	Aufsichts- & Führungskräfte - Verkauf	84	1.467	17,4
6221	Berufe im Verkauf von Bekleidung, Sportartikeln, Lederwaren & Schuhen	124	1.638	13,2
6226	Berufe im Verkauf von Garten-, Heimwerker-, Haustier- & Zoobedarf	121	1.639	13,6
6227	Berufe im Verkauf von Kraftfahrzeugen, Zweirädern & Zubehör	106	1.210	11,4
6230	Berufe im Verkauf von Lebensmitteln (ohne Spezialisierung)	107	1.724	16,2
6231	Berufe im Verkauf von Back- & Konditoreiwaren	117	2.098	17,9
6232	Berufe im Verkauf von Fleischwaren	101	1.849	18,3
6241	Berufe im Verkauf von drogerie- & apothekenüblichen Waren	116	1.537	13,3
6311	Tourismuskaufleute	106	1.097	10,4
6322	Berufe im Hotelservice	125	1.453	11,6
6330	Berufe im Gastronomieservice (ohne Spezialisierung)	99	1.522	15,4
7110	Geschäftsführer/innen & Vorstände	56	833	14,9
7130	Berufe in der kaufmännischen & technischen Betriebswirtschaft (ohne Spezialisierung)	118	1.259	10,7

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
7139	Aufsichts- & Führungskräfte - Unternehmensorganisation & -strategie	87	1.073	12,3
7140	Büro- & Sekretariatskräfte (ohne Spezialisierung)	115	1.364	11,9
7143	Steno- & Phonotypisten/-typistinnen	151	2.042	13,5
7151	Berufe in der Personalentwicklung & -sachbearbeitung	108	1.171	10,8
7152	Berufe in der Personaldienstleistung	132	1.554	11,8
7211	Bankkaufleute	126	1.318	10,5
7213	Versicherungskaufleute	128	1.450	11,3
7221	Berufe in der Buchhaltung	110	1.288	11,7
7230	Berufe in der Steuerberatung	113	950	8,4
7311	Assistenzkräfte in Rechtsanwaltskanzlei & Notariat	124	1.092	8,8
7320	Berufe in der öffentlichen Verwaltung (ohne Spezialisierung)	147	1.741	11,9
7321	Berufe in der Sozialverwaltung & -versicherung	177	2.030	11,5
7322	Verwaltende Berufe im Sozial- & Gesundheitswesen	124	1.604	12,9
8110	Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung)	115	1.266	11,0
8111	Zahnmedizinische Fachangestellte	130	1.156	8,9
8121	Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium	132	1.644	12,4
8130	Berufe in der Gesundheits- & Krankenpflege (ohne Spezialisierung)	138	2.262	16,4
8131	Berufe in der Fachkrankenpflege	141	2.142	15,2
8134	Berufe im Rettungsdienst	119	1.767	14,9
8139	Aufsichts- & Führungskräfte - Gesundheits- & Krankenpflege, Rettungsdienst & Geburtshilfe	104	2.084	20,1
8140	Ärzte/Ärztinnen (ohne Spezialisierung)	71	816	11,4
8171	Berufe in der Physiotherapie	135	1.492	11,0
8172	Berufe in der Ergotherapie	167	1.834	11,0
8182	Berufe in der pharmazeutisch-technischen Assistenz	105	1.101	10,5
8210	Berufe in der Altenpflege (ohne Spezialisierung)	143	2.713	18,9
8231	Berufe im Friseurgewerbe	133	1.396	10,5
8252	Berufe in der Augenoptik	121	1.219	10,0

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
8254	Berufe in der Zahntechnik	100	1.254	12,6
8311	Berufe in der Kinderbetreuung & -erziehung	179	2.022	11,3
8312	Berufe in der Sozialarbeit & Sozialpädagogik	124	1.642	13,3
8313	Berufe in Heilerziehungspflege & Sonderpädagogik	148	1.925	13,0
8319	Aufsichts- & Führungskräfte - Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	129	1.786	13,8
8321	Berufe in der Hauswirtschaft	129	2.223	17,3
8412	Lehrkräfte in der Sekundarstufe	114	1.315	11,5
8421	Lehrkräfte für berufsbildende Fächer	106	1.434	13,5
8430	Berufe in der Hochschullehre & -forschung	53	471	8,8
9211	Berufe in Werbung & Marketing	95	836	8,8
9212	Berufe im Dialogmarketing	214	2.709	12,7
9213	Berufe im Kundenmanagement	116	1.343	11,6
9241	Redakteure/Redakteurinnen & Journalisten/Journalistinnen	84	901	10,7
Gesamt		122	1.804	14,8

BARMER GEK 2014, 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 2014 berücksichtigt.

Tabelle A7 Krankenstand nach Geschlecht und KldB 2010 für das Jahr 2014 – Top 100 Berufe

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
1210	Berufe im Gartenbau (ohne Spezialisierung)	5,25%	5,61%	5,33%
2210	Berufe in der Kunststoff- & Kautschukherstellung (ohne Spezialisierung)	5,63%	7,41%	6,08%
2234	Berufe im Holz-, Möbel- & Innenausbau	4,90%	5,93%*	4,95%
2420	Berufe in der Metallbearbeitung (ohne Spezialisierung)	5,52%	6,60%	5,72%

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
2423	Berufe in der spanenden Metallbearbeitung	5,22%	5,97%*	5,24%
2441	Berufe im Metallbau	5,76%	6,04%*	5,77%
2451	Berufe in der Feinwerktechnik	4,35%	6,03%*	4,56%
2452	Berufe in der Werkzeugtechnik	4,45%	4,71%*	4,46%
2510	Berufe in der Maschinenbau- & Betriebstechnik (ohne Spezialisierung)	4,41%	5,06%	4,48%
2511	Maschinen- & Gerätezusammensetzer/innen	5,66%	8,38%	6,24%
2512	Maschinen- & Anlagenführer/innen	5,78%	7,99%	6,05%
2513	Technische Servicekräfte in Wartung & Instandhaltung	4,35%	4,53%*	4,36%
2521	Berufe in der Kraftfahrzeugtechnik	4,25%	4,69%*	4,26%
2621	Berufe in der Bauelektrik	4,69%	6,16%*	4,72%
2625	Berufe in der elektrischen Betriebstechnik	3,93%	5,75%*	4,01%
2630	Berufe in der Elektrotechnik (ohne Spezialisierung)	3,71%	6,53%	4,37%
2631	Berufe in der Informations- & Telekommunikationstechnik	3,36%	5,12%	3,56%
2710	Berufe in der technischen Forschung & Entwicklung (ohne Spezialisierung)	1,84%	2,67%	1,95%
2721	Technische Zeichner/innen	2,89%	3,35%	3,13%
2722	Berufe in der Konstruktion & im Gerätebau	2,36%	3,27%*	2,45%
2730	Berufe in der technischen Produktionsplanung & -steuerung	3,18%	3,94%	3,31%
2731	Berufe in der technischen Qualitätssicherung	4,01%	5,18%	4,34%
2739	Aufsichts- & Führungskräfte - Technische Produktionsplanung & -steuerung	3,49%	4,02%	3,54%
2930	Köche/Köchinnen (ohne Spezialisierung)	3,86%	6,31%	5,13%
3210	Berufe im Hochbau (ohne Spezialisierung)	5,43%	4,97%*	5,41%
3321	Berufe für Maler- & Lackiererarbeiten	4,99%	6,28%*	5,08%
3410	Berufe in der Gebäudetechnik (ohne Spezialisierung)	5,00%	5,18%	5,01%
3421	Berufe in der Sanitär-, Heizungs- & Klimatechnik	4,86%	2,90%*	4,84%
4131	Berufe in der Chemie- & Pharmatechnik	4,75%	5,26%	4,94%
4310	Berufe in der Informatik (ohne Spezialisierung)	2,26%	3,71%	2,49%
4322	Berufe in der IT-Anwendungsberatung	2,14%	3,26%	2,37%
4341	Berufe in der Softwareentwicklung	1,88%	2,71%	1,97%

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
5131	Berufe in der Lagerwirtschaft	5,53%	6,77%	5,86%
5132	Berufe für Post- & Zustelldienste	5,55%	7,05%	6,27%
5162	Speditions- & Logistikkaufleute	3,17%	3,53%	3,31%
5212	Berufskraftfahrer/innen (Güterverkehr/LKW)	6,29%	6,52%*	6,29%
5213	Bus- & Straßenbahnfahrer/innen	7,38%	9,67%	7,70%
5218	Fahrzeugführer/innen im Straßenverkehr (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe)	5,63%	6,44%	5,74%
5311	Berufe im Objekt-, Werte- & Personenschutz	6,21%	6,66%	6,36%
5410	Berufe in der Reinigung (ohne Spezialisierung)	5,00%	6,68%	6,45%
6111	Berufe im Einkauf	2,42%	3,27%	2,87%
6112	Berufe im Vertrieb (außer Informations- & Kommunikationstechnologien)	3,01%	3,81%	3,32%
6119	Führungskräfte - Einkauf & Vertrieb	2,49%	3,56%	2,71%
6121	Kaufleute im Groß- & Außenhandel	2,55%	3,13%	2,80%
6131	Berufe in der Immobilienvermarktung & -verwaltung	2,53%	3,34%	3,03%
6210	Berufe im Verkauf (ohne Produktspezialisierung)	3,67%	5,61%	5,13%
6211	Kassierer/innen & Kartenverkäufer/innen	4,02%	6,15%	5,95%
6219	Aufsichts- & Führungskräfte - Verkauf	3,05%	4,82%	4,02%
6221	Berufe im Verkauf von Bekleidung, Sportartikeln, Lederwaren & Schuhen	3,07%	4,66%	4,49%
6226	Berufe im Verkauf von Garten-, Heimwerker-, Haustier- & Zoobedarf	4,17%	4,97%	4,49%
6227	Berufe im Verkauf von Kraftfahrzeugen, Zweirädern & Zubehör	3,15%	3,86%	3,31%
6230	Berufe im Verkauf von Lebensmitteln (ohne Spezialisierung)	3,26%	5,18%	4,72%
6231	Berufe im Verkauf von Back- & Konditoreiwaren	4,75%*	5,78%	5,75%
6232	Berufe im Verkauf von Fleischwaren	4,19%*	5,13%	5,06%
6241	Berufe im Verkauf von drogerie- & apothekenüblichen Waren	4,24%*	4,21%	4,21%
6311	Tourismuskaufleute	2,79%	3,05%	3,01%
6322	Berufe im Hotelservice	3,19%	4,19%	3,98%
6330	Berufe im Gastronomieservice (ohne Spezialisierung)	3,03%	4,65%	4,17%
7110	Geschäftsführer/innen & Vorstände	2,04%	2,90%	2,28%

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
7130	Berufe in der kaufmännischen & technischen Betriebswirtschaft (ohne Spezialisierung)	2,85%	3,74%	3,45%
7139	Aufsichts- & Führungskräfte - Unternehmensorganisation & -strategie	2,54%	3,72%	2,94%
7140	Büro- & Sekretariatskräfte (ohne Spezialisierung)	3,28%	3,83%	3,74%
7143	Steno- & Phonotypisten/-typistinnen	4,19%*	5,63%	5,60%
7151	Berufe in der Personalentwicklung & -sachbearbeitung	2,65%	3,32%	3,21%
7152	Berufe in der Personaldienstleistung	3,72%	4,50%	4,26%
7211	Bankkaufleute	2,75%	4,09%	3,61%
7213	Versicherungskaufleute	3,44%	4,33%	3,97%
7221	Berufe in der Buchhaltung	3,00%	3,65%	3,53%
7230	Berufe in der Steuerberatung	2,26%	2,70%	2,60%
7311	Assistenzkräfte in Rechtsanwaltskanzlei & Notariat	2,44%*	3,02%	2,99%
7320	Berufe in der öffentlichen Verwaltung (ohne Spezialisierung)	3,92%	5,01%	4,77%
7321	Berufe in der Sozialverwaltung & -versicherung	4,73%	5,78%	5,56%
7322	Verwaltende Berufe im Sozial- & Gesundheitswesen	3,65%	4,47%	4,39%
8110	Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung)	3,55%*	3,47%	3,47%
8111	Zahnmedizinische Fachangestellte	2,69%*	3,17%	3,17%
8121	Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium	3,41%*	4,60%	4,51%
8130	Berufe in der Gesundheits- & Krankenpflege (ohne Spezialisierung)	4,97%	6,40%	6,20%
8131	Berufe in der Fachkrankenpflege	5,01%	6,07%	5,87%
8134	Berufe im Rettungsdienst	4,80%	5,02%	4,84%
8139	Aufsichts- & Führungskräfte - Gesundheits- & Krankenpflege, Rettungsdienst & Geburtshilfe	4,27%	6,04%	5,71%
8140	Ärzte/Ärztinnen (ohne Spezialisierung)	1,53%	2,63%	2,23%
8171	Berufe in der Physiotherapie	3,61%	4,22%	4,09%
8172	Berufe in der Ergotherapie	5,28%	4,99%	5,03%
8182	Berufe in der pharmazeutisch-technischen Assistenz	3,03%*	3,02%	3,02%
8210	Berufe in der Altenpflege (ohne Spezialisierung)	5,66%	7,76%	7,43%
8231	Berufe im Friseurgewerbe	2,45%*	3,92%	3,82%

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
8252	Berufe in der Augenoptik	3,21%	3,38%	3,34%
8254	Berufe in der Zahntechnik	3,08%	3,69%	3,44%
8311	Berufe in der Kinderbetreuung & -erziehung	4,53%	5,62%	5,54%
8312	Berufe in der Sozialarbeit & Sozialpädagogik	3,84%	4,72%	4,50%
8313	Berufe in Heilerziehungspflege & Sonderpädagogik	4,51%	5,60%	5,27%
8319	Aufsichts- & Führungskräfte - Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	3,81%	5,12%	4,89%
8321	Berufe in der Hauswirtschaft	4,99%	6,16%	6,09%
8412	Lehrkräfte in der Sekundarstufe	2,82%	3,86%	3,60%
8421	Lehrkräfte für berufsbildende Fächer	3,42%	4,14%	3,93%
8430	Berufe in der Hochschullehre & -forschung	0,95%	1,68%	1,29%
9211	Berufe in Werbung & Marketing	1,74%	2,68%	2,29%
9212	Berufe im Dialogmarketing	6,25%	8,12%	7,42%
9213	Berufe im Kundenmanagement	2,90%	4,52%	3,68%
9241	Redakteure/Redakteurinnen & Journalisten/Journalistinnen	2,19%	2,73%	2,47%
Gesamt		4,58%	5,22%	4,94%

BARMER GEK 2014, 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 2014 berücksichtigt.

Tabelle A8 AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2014

ICD10-Diagnosekapitel	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	11,4	13,1	12,2	11,5	12,3	11,9
Neubildungen	1,3	2,0	1,6	1,6	2,5	2,0
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,5	0,8	0,6	0,7	0,8	0,7
Psychische u. Verhaltensstörungen	5,7	10,2	7,8	5,3	9,2	7,1
Krankheiten des Nervensystems	2,2	3,4	2,7	2,3	3,9	3,1
Krankheiten des Auges	1,4	1,4	1,4	1,6	1,6	1,6
Krankheiten des Ohres	1,2	1,7	1,4	1,4	1,6	1,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	3,0	2,7	2,8	3,4	3,2	3,3
Krankheiten des Atmungssystems	27,7	35,0	31,1	28,9	35,8	32,1
Krankh. des Verdauungssystems	11,5	12,0	11,7	13,5	14,1	13,8
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	1,7	1,3	1,5	1,9	1,6	1,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	16,9	14,8	15,9	20,2	16,9	18,7
Krankheiten des Urogenitalsystems	1,3	4,2	2,6	1,5	4,9	3,1
Schwangerschaft, Geburt	0,0	1,9	0,9	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	0,1	0,1	0,2	0,2
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	5,4	8,5	6,8	5,6	8,1	6,8
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	9,5	7,0	8,3	12,0	7,7	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	1,0	2,1	1,5	1,0	1,7	1,3
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alle Diagnosen	102,3	123,9	112,3	113,5	130,3	121,2

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

Tabelle A9 AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten und Geschlecht 2014

ICD10-Diagnosekapitel	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	5,9	5,3	5,6	5,6	5,7	5,7
Neubildungen	42,6	51,9	47,9	37,6	44,4	41,4
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	42,6	33,9	37,2	23,9	20,3	21,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	13,8	15,9	15,0	20,4	18,5	19,4
Psychische u. Verhaltensstörungen	53,9	50,8	52,0	47,0	42,9	44,5
Krankheiten des Nervensystems	17,6	13,1	15,0	17,6	13,4	15,1
Krankheiten des Auges	8,9	7,2	8,1	8,4	7,7	8,1
Krankheiten des Ohres	11,9	9,3	10,4	10,6	10,2	10,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	27,0	18,0	23,1	29,0	18,7	24,4
Krankheiten des Atmungssystems	6,3	6,1	6,2	6,4	6,4	6,4
Krankh. des Verdauungssystems	7,3	6,0	6,7	7,3	6,4	6,9
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	16,1	12,1	14,5	14,6	12,1	13,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	20,4	22,2	21,1	20,9	22,6	21,6
Krankheiten des Urogenitalsystems	13,6	7,5	9,1	12,8	9,3	10,2
Schwangerschaft, Geburt	-	11,4	11,4	-	12,3	12,3
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	-	-	-	-	-	-
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	14,4	26,7	23,0	23,1	23,4	23,3
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	8,4	7,4	7,8	8,9	8,6	8,7
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	21,3	18,1	20,1	20,7	20,3	20,6
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	-	-	-	-	-	-
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	21,2	15,9	17,8	19,7	18,6	19,1
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	-	-	-	-	-	-
Alle Diagnosen	14,7	14,1	14,4	14,4	13,8	14,1

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

Tabelle A10 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2014

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 A11 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2013 (Vorjahr)

ICD10-Diagnosekapitel	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	73	76	74	71	77	74
Neubildungen	49	90	68	53	98	74
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	5	3	4	3	4	4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	10	14	12	15	16	15
Psychische u. Verhaltensstörungen	306	507	399	238	371	300
Krankheiten des Nervensystems	32	47	39	41	50	45
Krankheiten des Auges	13	11	12	13	12	13
Krankheiten des Ohres	11	12	12	14	17	15
Krankheiten des Kreislaufsystems	81	46	65	93	55	75
Krankheiten des Atmungssystems	206	271	236	243	298	269
Krankh. des Verdauungssystems	71	64	68	91	83	87
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	23	14	19	26	18	23
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	308	280	295	398	353	377
Krankheiten des Urogenitalsystems	15	29	21	17	44	30
Schwangerschaft, Geburt	0	17	8	0	26	12
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	55	79	66	60	78	68
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	183	137	162	235	153	197
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0	0	0	0	0	0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	26	41	33	25	38	31
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	0	0	0	0	0	0
Alle Diagnosen	1.474	1.746	1.599	1.650	1.805	1.721

BARMER GEK 2013, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle A12 AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten bundesweit 2014

Männer	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	8	78	13	256	95	111	381
20 – 24 Jahre	11	139	14	199	84	169	336
25 – 29 Jahre	13	162	15	165	70	190	253
30 – 34 Jahre	18	195	22	169	72	231	212
35 – 39 Jahre	23	236	37	182	73	295	205
40 – 44 Jahre	36	263	55	178	93	401	236
45 – 49 Jahre	52	273	96	172	102	483	233
50 – 54 Jahre	96	296	162	183	123	589	248
55 – 59 Jahre	155	355	262	206	141	755	265
60 – 64 Jahre	236	386	370	223	143	927	250
Frauen	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	10	148	19	287	127	107	149
20 – 24 Jahre	15	232	17	245	98	133	138
25 – 29 Jahre	22	275	21	219	74	154	111
30 – 34 Jahre	32	332	25	215	68	179	100
35 – 39 Jahre	59	404	32	225	71	256	111
40 – 44 Jahre	98	423	50	217	85	371	142
45 – 49 Jahre	153	425	67	213	90	448	159
50 – 54 Jahre	195	460	87	231	100	572	196
55 – 59 Jahre	220	526	119	264	117	708	249
60 – 64 Jahre	224	558	174	245	113	788	251

BARMER GEK 2014, 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 2014

Männer	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	32	90	3	260	68	117	242
20 – 24 Jahre	14	208	6	165	63	115	246
25 – 29 Jahre	15	195	14	144	49	135	199
30 – 34 Jahre	17	226	11	134	52	173	162
35 – 39 Jahre	12	310	30	154	56	259	137
40 – 44 Jahre	37	321	26	183	85	308	189
45 – 49 Jahre	42	352	56	162	74	370	181
50 – 54 Jahre	89	338	158	182	112	573	218
55 – 59 Jahre	156	441	253	219	150	569	297
60 – 64 Jahre	198	454	294	198	135	782	208
Frauen	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	0	351	45	219	128	229	120
20 – 24 Jahre	13	287	13	216	90	135	84
25 – 29 Jahre	37	320	14	185	55	134	98
30 – 34 Jahre	19	385	14	199	57	121	71
35 – 39 Jahre	53	543	12	208	49	158	70
40 – 44 Jahre	90	567	38	210	58	318	111
45 – 49 Jahre	134	605	58	204	60	376	120
50 – 54 Jahre	197	660	80	210	94	565	160
55 – 59 Jahre	206	668	99	255	98	588	253
60 – 64 Jahre	243	546	144	244	91	613	219

BARMER GEK 2014, 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 2014	11
Abbildung 2	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2014	13
Abbildung 3	Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen 2014 bundesweit	16
Abbildung 4	Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2014	17
Abbildung 5	AU-Fälle und AU-Tage nach Falldauer Hamburg 2014	20
Abbildung 6	Verteilung der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auf Wochentage 2014	23
Abbildung 7	Verteilung der Fehlzeiten auf Wochentage 2014	24
Abbildung 8	AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2014	26
Abbildung 9	AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter 2014	28
Abbildung 10	AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2014	28
Abbildung 11	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen bundesweit 2014	30
Abbildung 12	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Schulabschluss bundesweit 2014	32
Abbildung 13	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Ausbildungsabschluss bundesweit 2014	33
Abbildung 14	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Berufsfeldern bundesweit 2014	34
Abbildung 15	Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten 2014	40
Abbildung 16	AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2014	43
Abbildung 17	AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2014	44

Abbildung 18	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2014	45
Abbildung 19	AU-Tage je 100 VJ – Veränderungen in Tagen 2014 gegenüber 2013	46
Abbildung 20	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Männer bundesweit 2014	49
Abbildung 21	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Frauen bundesweit 2014	50
Abbildung 22	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2014, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	53
Abbildung 23	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2014, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	54
Abbildung 24	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2014, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen	55
Abbildung 25	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2014, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen	56
Abbildung 26	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2014, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems	57
Abbildung 27	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2014, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems	58
Abbildung 28	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2014, Kapitel XIX – Verletzungen	59
Abbildung 29	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2014, Kapitel XIX – Verletzungen	60
Abbildung 30	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2014, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	62
Abbildung 31	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2014, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen	63
Abbildung 32	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2014, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems	64

Abbildung 33	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2014, Kapitel XIX – Verletzungen	65
Abbildung 34	AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosegruppen regional und bundesweit 2014	69
Abbildung 35	AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosen regional und bundesweit 2014	74
Abbildung 36	Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland am 31.12.2012	79
Abbildung 37	Altersabhängige Sterbewahrscheinlichkeiten in Deutschland 2010/12 sowie 2008/14 nach BARMER GEK-Daten.....	82
Abbildung 38	Bevölkerungsvorausberechnung 2015, 2020, 2030 und 2040 (G1-L1-W1)	87
Abbildung 39	Erwerbsbeteiligung nach Alter und Geschlecht 2013 sowie 2005.....	95
Abbildung 40	Erwerbstätigenquote im Alter ab 50 Jahre 2013 sowie 2005	97
Abbildung 41	Anteil der abhängig Erwerbstätigen in Teilzeitbeschäftigung 2013 ...	98
Abbildung 42	Bevölkerung und Erwerbspersonen 2015 bis 2060 – Variante 1 G1-L1-W1	102
Abbildung 43	Bevölkerung und Erwerbspersonen 2015 bis 2060 – Mod.-Rech. G1-L1-W0.....	103
Abbildung 44	Bevölkerung und Erwerbspersonen 2015 bis 2060 – Mod.-Rech. G1-L1-W3.....	104
Abbildung 45	Bevölkerung und Erwerbspersonen 2015 bis 2060 – Mod.-Rech. G2,1-L1-W1	105
Abbildung 46	Gesundheitliche Kennwerte 2015 bis 2060 – Bevölk. gem. Variante 1 G1-L1-W1	125
Abbildung 47	Gesundheitliche Kennwerte 2015 bis 2060 – „Rente mit 69“, Bevölkerung und Erwerbspersonen im Jahr 2050	151

Tabellen

Tabelle 1	Grundlegende Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit.....	8
Tabelle 2	Relative Veränderungen von Kennzahlen 2014 im Vergleich zum Vorjahr	9
Tabelle 3	AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2013 und 2014.....	10
Tabelle 4	AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2013 und 2014.....	12
Tabelle 5	Relative Veränderungen 2014 im Vergleich zum Vorjahr in Bundesländern	14
Tabelle 6	Relative Abweichungen der AU-Fallzahlen und Fehlzeiten in Kreisen 2013, 2014	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 2014.....	35
Tabelle 10	Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen nach Krankheitsarten 2014	66
Tabelle 11	Fallzahlrelevante Diagnosegruppen regional und bundesweit 2014	70
Tabelle 12	Fehlzeitenrelevante Diagnosegruppen regional und bundesweit 2014	71
Tabelle 13	Fallzahlrelevante Diagnosen regional und bundesweit 2014.....	75
Tabelle 14	Fehlzeitenrelevante Diagnosen regional und bundesweit 2014.....	76
Tabelle 15	Durchschnittliche fernere Lebenserwartung in den Bundesländern 2010/12	85
Tabelle 16	Bevölkerungsvorausberechnung für Bundesländer – 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung.....	90
Tabelle 17	Erwerbs- sowie Erwerbstätigenquote nach Bundesländern 2013 (15 bis 64 Jahre).....	93

Tabelle 18	Bevölkerung und Erwerbspersonen 2015 bis 2060 – Variante 1 G1-L1-W1	106
Tabelle 19	Bevölkerung und Erwerbspersonen 2015 bis 2060 – Mod.-Rech. G1-L1-W0	108
Tabelle 20	Bevölkerung und Erwerbspersonen 2015 bis 2060 – Mod.-Rech. G1-L1-W3	109
Tabelle 21	Bevölkerung und Erwerbspersonen 2015 bis 2060 – Mod.-Rech. G2,1-L1-W1	110
Tabelle 22	Beschäftigte, Anteil im Alter ab 55 Jahre nach Abteilungen der WZ2008 6/2014	112
Tabelle 23	Beschäftigte, Anteil im Alter ab 55 Jahre nach zweistelliger KIdB 2010 6/2014	116
Tabelle 24	Berufsgruppen mit hohem sowie geringen Anteil von Beschäftigten ab 55 Jahre	118
Tabelle 25	Gesundheitliche Kennwerte 2015 bis 2060 – Bevölkerung gem. Variante 1 G1-L1-W1	124
Tabelle 26	Gesundheitliche Kennwerte 2015 bis 2060 – Bevölkerung gem. Mod.-Rech. G1-L1-W0	126
Tabelle 27	Gesundheitliche Kennwerte 2015 bis 2060 – Bevölkerung gem. Mod.-Rech. G1-L1-W3	127
Tabelle 28	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten 2015 bis 2060.....	129
Tabelle 29	Anteil Erwerbspersonen mit gesicherten ambulanten Diagnosen nach Krankheitsarten 2015 bis 2060.....	130
Tabelle 30	Anteil Erwerbspersonen mit gesicherten ambulanten Diagnosen aus ausgewählten Diagnosegruppen 2015 bis 2060	131
Tabelle 31	Anteil Erwerbspersonen mit Verordnungen von Arzneimitteln und Tagesdosen nach anatomischen Gruppen der ATC-Klassifikation 2015 bis 2060	133
Tabelle 32	Verordnete Tagesdosen bei Erwerbspersonen – Arzneimitteln mit hohem Verordnungsvolumen nach dreistelligen ATC-Schlüsseln 2015 bis 2060	135

Tabelle 33	Anteil Erwerbspersonen mit Krankenhausbehandlung sowie Behandlungstage nach Krankheitsart der Hauptentlassungsdiagnose 2015 bis 2060	136
Tabelle 34	Anteil der Bevölkerung mit gesicherten ambulanten Diagnosen nach Krankheitsarten 2015 bis 2060	138
Tabelle 35	Anteil der Bevölkerung mit gesicherten ambulanten Diagnosen aus ausgewählten Diagnosegruppen 2015 bis 2060	139
Tabelle 36	Anteil der Bevölkerung mit Verordnungen von Arzneimitteln und Tagesdosen nach anatomischen Gruppen der ATC-Klassifikation 2015 bis 2060	141
Tabelle 37	Verordnete Tagesdosen in der Gesamtbevölkerung – Arzneimitteln mit hohem Verordnungsvolumen nach dreistelligen ATC-Schlüsseln 2015 bis 2060	142
Tabelle 38	Anteil der Bevölkerung mit Krankenhausbehandlung sowie Behandlungstage nach Krankheitsart der Hauptentlassungsdiagnose 2015 bis 2060	144
Tabelle 39	Erwerbspersonen in der BARMER GEK nach Bundesländern 2014	195
Tabelle 40	AU-Fälle und -Tage bei Erwerbspersonen in der BARMER GEK 2014	196
Tabelle 41	Diagnosekapitel der ICD10	198
Tabelle 42	Standardpopulation Erwerbstätige Deutschland 2010	205

Tabellen im Anhang

Tabelle A1	AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2014	207
Tabelle A2	AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2014	208
Tabelle A3	AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2014	208
Tabelle A4	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen 2014 – Abteilungen der WZ2008	209
Tabelle A5	Krankenstand nach Geschlecht und Branchen 2014 – Abteilungen der WZ2008	212
Tabelle A6	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach KIdB 2010 – Top 100 Berufe	215
Tabelle A7	Krankenstand nach Geschlecht und KIdB 2010 für das Jahr 2014 – Top 100 Berufe	219
Tabelle A8	AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2014.....	224
Tabelle A9	AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten und Geschlecht 2014.....	225
Tabelle A10	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2014	226
Tabelle A11	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2013 (Vorjahr)	227
Tabelle A12	AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten bundesweit 2014	228
Tabelle A13	AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten Hamburg 2014	229

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 198)
Krankenstand	Prozentualer Anteil der AU-Tage an allen Versicherungstagen von Erwerbspersonen (vgl. Seite 192 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 205)
VJ	Versicherungsjahr a 365 Tage – Bezugsgröße für die Berechnungen nahezu aller Kennzahlen (vgl. Seite 192 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



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

www.barmer-gek.de/501306

Ihre Notizen

[illegible]

Ihre Notizen

[illegible]



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

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. Kein Wunder also, dass das Thema Betriebliche Gesundheitsförderung sowie die Analyse von Risikofaktoren nach wie vor stark im Fokus von Politik, Wirtschaft und Akteuren des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes ist.

Die BARMER GEK liefert mit ihrem Gesundheitsreport eine systematische Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens und greift jeweils ein aktuelles Schwerpunktthema zu Arbeit und Gesundheit auf. Der Bericht beschäftigt sich in diesem Jahr mit dem Thema »Demografischer Wandel – Perspektiven und Chancen«.

Durch den erwarteten demografischen Wandel in Deutschland wird sich auch die Zusammensetzung und Zahl der Beschäftigten merklich ändern. Für Unternehmen wird es somit immer wichtiger, sich mit diesem Thema zu beschäftigen. Zentrale Frage hierbei ist, wie sich der demografische Wandel auf die Zahl und die Gesundheit der Erwerbspersonen auswirken wird. Doch wie können Unternehmen auf diese Veränderungen reagieren?

Eine Möglichkeit bietet das Modell »Haus der Arbeitsfähigkeit«, das Dr. Jürgen Tempel im vorliegenden Gesundheitsreport beschreibt und dabei die Leser auf einen Rundgang durch die einzelnen Stockwerke mitnimmt. Darüber hinaus stellt der Gesundheitsreport weitere Maßnahmen vor, die die BARMER GEK im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements anbietet, um Unternehmen in Bezug auf den demografischen Wandel zu unterstützen.

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