

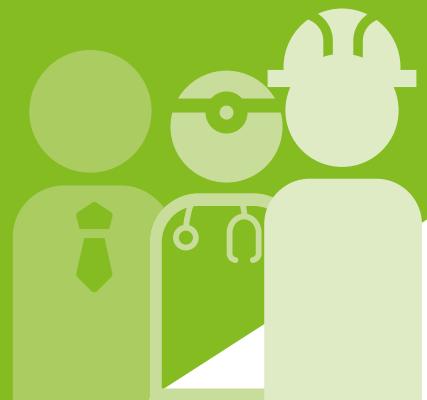
Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 41

BARMER

Gesundheitsreport 2023

Risikofaktoren für psychische Erkrankungen

Thomas G. Grobe,
Anna Braun,
Paula Starke



Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 41

BARMER

Gesundheitsreport 2023

Risikofaktoren für psychische Erkrankungen

Thomas G. Grobe,
Anna Braun,
Paula Starke

Impressum

Herausgeber:

BARMER
Postfach 110704
10837 Berlin

Autoren:

Thomas G. Grobe, Anna Braun
und Paula Starke
aQua – Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH,
Maschmühlenweg 8–10,
37073 Göttingen

Design und Realisation:

zweiband.media GmbH, Berlin
ISBN (PDF): 978-3-946199-86-1

Konzeption, Redaktion und fachliche Prüfung:

Nora Hoffmann, Nadine Markschat,
Ursula Marschall, Nicole Osterkamp,
Christina Wittkop
BARMER, Berlin und Wuppertal

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die in diesem Buch verwendeten und nicht besonders kenntlich gemachten, durch Dritte geschützten Marken- und Warenzeichen unterliegen den Bestimmungen des jeweils gültigen Kennzeichenrechts und den Besitzrechten der jeweiligen eingetragenen Eigentümer. Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	6
Zusammenfassung	8
1 Arbeitsunfähigkeiten	22
1.1 Grundlegende Kennzahlen und Entwicklungen 2022	22
1.1.1 Regionale Variationen	24
1.1.2 Arbeitsunfähigkeiten nach Falldauer	25
1.1.3 Arbeitsunfähigkeiten an Wochentagen	27
1.1.4 Krankenstände in Kalendermonaten	29
1.1.5 Arbeitsunfähigkeiten nach Geschlecht und Alter	31
1.2 Branchen- und tätigkeitsbezogene Ergebnisse	32
1.2.1 Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen in unterschiedlichen Branchen	33
1.2.2 Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten nach Schulabschluss, Ausbildung und Beruf	35
2 Diagnosen der Arbeitsunfähigkeit	44
2.1 Krankheitsarten – Diagnosekapitel der ICD-10	44
2.1.1 Altersabhängige Fehlzeiten nach Krankheitsarten	52
2.1.2 Regionale Variationen von Fehlzeiten nach Krankheitsarten	54
2.2 Ergebnisse zu ausgewählten Einzeldiagnosen	55

3	Risikofaktoren für psychische Erkrankungen	60
3.1	Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Erwerbspersonen	65
3.2	Veränderungen von Erkrankungshäufigkeiten von 2014 bis 2021	71
3.3	Verteilung von Fehlzeiten auf Erwerbspersonen und Betroffene	75
3.4	Ergebnisse zu Risikofaktoren für psychische Erkrankungen	79
4	Datengrundlage und Methoden	108
4.1	Erfassung von Arbeitsunfähigkeiten und Kennzahlen	108
4.2	Erwerbspersonen in der BARMER	115
4.3	Klassifikationssysteme, Diagnoseschlüssel, Methoden	118
4.3.1	Diagnoseschlüssel – ICD-10	119
4.3.2	Berufe – Schulbildung – Ausbildung	121
4.3.3	Branchen	125
4.3.4	Geschlechts- und Altersstandardisierung	125
Anhang	132	
Tabellenanhang	132	
Verzeichnisse	168	
Abkürzungsverzeichnis – Glossar	168	
Abbildungsverzeichnis	170	
Tabellenverzeichnis	172	
Literaturverzeichnis	174	
Autorenverzeichnis	176	

Vorwort

Immer mehr erwerbstätige Menschen leiden an psychischen Erkrankungen. Allein im Jahr 2021 waren etwa 35 Prozent unter ihnen betroffen. Vor diesem Hintergrund hat die BARMER das Thema psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz im aktuellen Gesundheitsreport näher beleuchtet. Der Report ermittelt auf Basis von Routinedaten Risikofaktoren für psychische Erkrankungen. Dabei zeigt sich, dass soziodemografische Faktoren sowie Belastungen am Arbeitsplatz und Arbeitsbedingungen das Risiko für psychische Erkrankungen maßgeblich beeinflussen. Solche Erkenntnisse sind für Unternehmen von großer Bedeutung. Über betriebliches Gesundheitsmanagement und die Gestaltung der Arbeitsbedingungen vor Ort können sie Risiken für psychische Erkrankungen reduzieren und langfristig die Leistungsfähigkeit ihrer Beschäftigten erhalten. Für Betroffene kommt es zudem auf eine passgenaue Hilfe vor Ort an, damit sich die Erkrankung zumindest nicht manifestiert.

Im Gesundheitsreport haben die Autorinnen und Autoren neben den Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auch Diagnoseangaben aus der ambulanten, aber auch stationären Versorgung der Jahre 2014 bis 2021 berücksichtigt. Wie häufig psychische Erkrankungen auftreten, hängt von zahlreichen Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen ab. Dazu gehören etwa genetische Faktoren, körperliche Veränderungen und traumatische Erlebnisse. Am Arbeitsplatz steigert vor allem die Mischung aus hohen Arbeitsanforderungen und einem geringen Tätigkeitspielraum das Risiko für psychische Leiden.

Den Reportergebnissen zufolge ist bei Frauen das Risiko für psychische Erkrankungen deutlich höher als bei Männern. Mit zunehmendem Alter steigt bei beiden Geschlechtern die Wahrscheinlichkeit, längerfristig am Arbeitsplatz auszufallen. Doch seit dem Jahr

2022 neigen auch jüngere Erwerbspersonen verstärkt zu psychischen Erkrankungen. Dieser besorgniserregende Befund sollte weiter beobachtet werden. Auch soziodemografische Merkmale wie Schul- und Ausbildungsabschlüsse sind maßgebliche Faktoren. Bei Hochschulabsolventinnen und -absolventen liegt das Risiko für eine psychische Erkrankung um gut 20 Prozent unter den erwarteten Betroffenzahlen, bei abgeschlossener Promotion ist es sogar nur weniger als halb so hoch. Auch der ausgeübte Beruf wirkt sich mehr oder minder stark auf die Psyche aus. So sind vor allem Menschen in pflegerischen und sozialen Berufen einem höheren Risiko ausgesetzt.

Entscheidend ist, dass erwerbstätige Menschen direkt dort die richtige Hilfe bekommen, wo sie einen Großteil ihres Lebens verbringen. Arbeitgeber haben eine besondere Verantwortung, hier mit den richtigen Konzepten anzusetzen. Dazu zählen Maßnahmen zur Stärkung der psychischen Gesundheit wie Stressmanagement ebenso, wie ein gesundes Miteinander im Team zu fördern. Die BARMER bietet Unternehmen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements entsprechende passgenaue Hilfen an.

Mein Dank gilt auch in diesem Jahr in besonderer Weise Dr. Thomas Grobe und seinem Team vom aQua-Institut in Göttingen, das den BARMER-Gesundheitsreport seit Jahren federführend betreut. Den Leserinnen und Lesern des Reports wünsche ich eine anregende und aufschlussreiche Lektüre.

Prof. Dr. med. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der BARMER
Berlin, im August 2023

Zusammenfassung

Der jährlich erscheinende Gesundheitsreport der BARMER befasst sich regelmäßig mit der Gesundheit von Erwerbspersonen. Betrachtet werden hierzu ärztlich bescheinigte und bei der Krankenkasse erfasste Arbeitsunfähigkeiten. Im Gesundheitsreport 2023 werden dabei vorrangig aktuelle Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten aus dem Jahr 2022 dargestellt und mit Vorjahresergebnissen verglichen. Neben den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zählen zu den im Report betrachteten Erwerbspersonen auch Arbeitslosengeld(ALG)-I-Empfängerinnen und -Empfänger, die im Falle längerfristiger Arbeitsunfähigkeiten gleichermaßen einen Anspruch auf Krankengeldzahlungen haben und dementsprechend auch gleichermaßen gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeiten bei ihrer Krankenkasse melden müssen. Die Auswertungen im Routineteil des Reports beziehen sich damit genau auf die Mitglieder der Krankenkasse, zu denen im Falle einer gesundheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit auch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei der Krankenkasse vorliegen sollte. Statistiken zu Arbeitsunfähigkeiten hängen von vielen Faktoren ab, die bei der Interpretation bedacht werden sollten. Vor diesem Hintergrund finden sich in Kapitel 4 des Reports Erläuterungen zu den Berechnungen und Abhängigkeiten der dargestellten Kennzahlen. Das Schwerpunktkapitel des diesjährigen Gesundheitsreports befasst sich mit Risikofaktoren für psychische Erkrankungen.

Seit dem Gesundheitsreport 2022 wird eine Vielzahl an Ergebnissen in Form interaktiver Grafiken auf der Website des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg) bereitgestellt. Hiermit bestehen Möglichkeiten, Ergebnisse bei Bedarf auch differenziert im Hinblick auf bestimmte Subgruppen zu betrachten (beispielsweise zu Bundesländern oder innerhalb von ausgewählten Altersgruppen). Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten stehen dabei im Internet ab dem Jahr 2014 zur Verfügung. Im Hinblick auf viele relevante Kennzahlen sind damit Trenddarstellungen über einen Zeitraum von neun Jahren bis 2022 möglich. Vor diesem Hintergrund konnten die Darstellungen im Report gestrafft werden, wobei grundlegende Ergebnisse und Methoden jedoch auch weiterhin im Report dargestellt und erläutert werden, was die Interpretation der Ergebnisse im Internet erleichtern soll. Auch zum Schwerpunkt werden ergänzend Ergebnisse in Form interaktiver Grafiken bereitgestellt.

Ergebnisse Routineauswertungen

Basis der aktuellen Auswertungen zum Jahr 2022 bilden bundesweit erfasste und anonymisierte Daten zu jahresdurchschnittlich 3,7 Millionen Erwerbspersonen mit einer Versicherung bei der BARMER. Bei den Berechnungen konnten damit Daten zu bundesweit gut zehn Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland berücksichtigt werden. Im Gegensatz zu den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zur Vorlage beim Arbeitgeber umfassen die Meldungen an Krankenkassen auch Angaben zu Diagnosen. Damit sind auch erkrankungsbezogene Auswertungen möglich, die die wesentlichen Inhalte des vorliegenden Reports bilden.

Im Vergleich zum Vorjahr sind die erkrankungsbedingten Fehlzeiten 2022 bundesweit nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen drastisch und in einem zuvor noch nie beobachteten Ausmaß, nämlich um 29,6 Prozent gestiegen. Der Krankenstand lag damit 2022 bei 6,22 Prozent (Vorjahr: 4,79 Prozent; vgl. Tabelle 1.1). Dabei wurden 2022 71 Prozent mehr Arbeitsunfähigkeitsfälle als im Vorjahr registriert, die im Mittel mit durchschnittlich 12,3 Tagen je Krankschreibungsfall jedoch deutlich kürzer als im Vorjahr dauerten (–24 Prozent). Auch im Hinblick auf die Betroffenheitsquote ließ sich eine erhebliche Steigerung beobachten. Während in zurückliegenden Jahren typischerweise etwa die Hälfte aller Erwerbspersonen wenigstens kurzzeitig krankgeschrieben war, lag dieser auch als Betroffenheitsquote bezeichnete Anteil im Jahr 2022 bei gut 71 Prozent.

Für die vergleichsweise niedrigen Fehlzeiten im Vorjahr 2021 ließen sich ausgesprochen niedrige Fehlzeiten in den drei Monaten von Januar bis März 2021 verantwortlich machen (vgl. Abbildung 1.4), in denen jahreszeitlich aufgrund von Grippe- und Erkältungswellen ansonsten typischerweise mit hohen Krankenständen zu rechnen ist. 2022 wurden in diesen drei Monaten demgegenüber Krankenstände im Sinne einer ausgeprägten Grippe- und Erkältungswelle erfasst. Anders als in vorausgehenden Jahren sanken die Krankenstände dann in den Folgemonaten jedoch nicht auf ein für Sommermonate typisches

Niveau. Stattdessen war bereits im Juli 2022 ein erneuter Peak der Krankenstände zu verzeichnen. Der höchste Krankenstand ließ sich im Dezember 2022 mit 7,48 Prozent verzeichnen.

Auswertungen auf der Ebene von Krankheitsarten beziehungsweise Diagnosekapiteln zeigen, dass sich die Zahl der erfassten AU-Fälle mit Krankheiten des Atmungssystems von 2021 auf 2022 nahezu verdreifacht hat. Die Fehltage mit entsprechenden Diagnosen haben um 173 Prozent zugenommen. Etwas mehr als eine Verdopplung der Fehltage lässt sich von 2021 auf 2022 zudem auch bei Fehlzeiten aus dem Kapitel I „Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten“ feststellen. Mit Krankheiten des Atmungssystems war eine Erwerbsperson 2022 im Durchschnitt gut drei Tage länger als 2021 arbeitsunfähig gemeldet, mit infektiösen Krankheiten im Sinne des Kapitels I knapp 0,6 Tage (vgl. Abbildung 2.5). Ein merklicher Zuwachs um knapp 0,9 Tage ist zudem im Hinblick auf Fehlzeiten mit Diagnosen aus dem Kapitel XXII „Schlüsselnummern für besondere Zwecke“ zu verzeichnen, dem alle Diagnosen im Zusammenhang mit SARS-CoV-2-Infektionen zugeordnet sind. Bei Fehlzeiten mit Diagnosen psychischer Störungen aus dem Kapitel V ließen sich von 2021 auf 2022 im Vergleich dazu eher moderate Zunahmen um 0,2 AU-Tage je Versicherungsjahr beziehungsweise um 5,2 Prozent feststellen.

Auf weitere und bislang nicht erwähnte Auswertungen des Routineteils sei an dieser Stelle nur kurz verwiesen. So werden auch im vorliegenden Report Auswertungen zur anteiligen Bedeutung von Arbeitsunfähigkeiten abhängig von ihrer fallbezogenen Dauer, zur Verteilung der Arbeitsunfähigkeiten auf Wochentage, zur Abhängigkeit der Arbeitsunfähigkeiten vom Geschlecht und Alter der Erwerbspersonen sowie von Schul- und Berufsabschlüssen, der Tätigkeit und der Branchenzugehörigkeit dargestellt. Ausführliche Ergebnisse zur Gesundheit in ausgewählten Berufsgruppen stehen zudem in Form interaktiver Grafiken im Internet zur Verfügung. Für die deutlich ausgeprägten berufsabhängigen Unterschiede hinsichtlich gemeldeter Fehlzeiten ist eine Reihe von Faktoren verantwortlich zu machen. Wesentliche Einflussfaktoren werden im Methodenteil des Gesundheitsreports in Kapitel 4 diskutiert.

Resümee Routineauswertungen

Während im Jahr 2021 vergleichsweise niedrige Krankenstände und das Ausbleiben einer sonst typischen Grippe- und Erkältungswelle im Frühjahr beobachtet werden konnten, wozu diverse Coronaschutzmaßnahmen und maßgeblich auch die mit der Pandemie zusammenhängenden Veränderungen der Lebensumstände und Verhaltensweisen beigetragen haben dürften, lässt sich für 2022 ein Anstieg von Krankmeldungen und Fehlzeiten verzeichnen, der alle in vorausgehenden Zeiträumen von Jahr zu Jahr beobachteten Veränderungen deutlich übersteigt. Besonders gravierende Veränderungen lassen sich dabei im Hinblick auf Infektionskrankheiten und insbesondere bei Atemwegsinfekten beobachten. Eine wesentliche Ursache dürften hierbei deutlich gehäuft auftretende Infekte im Zuge der sich wieder normalisierenden Kontakte und der damit zwangsläufig auch verstärkten Keimexposition nach einer längeren Phase mit nur geringer Keimexposition in der Bevölkerung sein.

Als artifizielle Faktoren könnten auch die telefonische Krankschreibung sowie die im Jahr 2022 fortschreitend implementierte elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) zu einer höheren Zahl an gemeldeten Arbeitsunfähigkeiten beigetragen haben. Gegen übermäßige Einflüsse der Möglichkeit zur telefonischen Krankschreibung auf die beobachteten Krankenstände spricht in erster Linie, dass diese bereits zu Beginn der Coronapandemie eingeführt wurde und damit gleichermaßen auch im Jahr 2021, bei seinerzeit ausgesprochen niedrigen Krankenständen, möglich war. Es ließe sich dement sprechend nur schwer begründen, warum die Option zur telefonischen Krankschreibung erst 2022 zu erheblich mehr Krankmeldungen geführt haben sollte.

Mit Einführung der eAU wurden Krankmeldungen innerhalb des Jahres 2022 zunehmend auf elektronischem Weg von Ärztinnen und Ärzten weitgehend direkt an die zuständigen Krankenkassen übermittelt – seit Anfang 2023 ist dieser Weg obligat vorgeschrieben. Vor Einführung der eAU waren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Regel selbst dafür verantwortlich, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an den Arbeitgeber und auch an die Krankenkasse zu übermitteln. Hier lässt sich vermuten, dass eine Übermittlung an die Krankenkassen im Falle kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeiten nur unvollständig erfolgte, da seitens der Arbeitnehmenden erst bei längerfristigen Krankschreibungen mit dann potenziell anstehenden Krankengeldzahlungen erhebliche negative Konsequenzen

bei lückenhaften Meldungen an Krankenkassen zu befürchten waren. Unvollständige Übermittlungen bescheinigter Arbeitsunfähigkeiten mit kurzer Dauer sollten bei vollständiger Implementierung der eAU der Vergangenheit angehören. Für eine vermehrte Übermittlung von kurz dauernden Arbeitsunfähigkeiten spricht die im Jahr 2022 deutlich gesunkene fallbezogene AU-Dauer, die zum Teil allerdings auch Folge eines veränderten Diagnosespektrums sein kann. Gegen erhebliche Effekte der eAU spricht allerdings, dass nur Fehlzeiten mit bestimmten Diagnosen drastisch gestiegen sind. So nahmen Fehlzeiten mit Krankheiten des Verdauungssystems nur um vier Prozent zu, obwohl Arbeitsunfähigkeiten mit diesen Diagnosen durchschnittlich ähnlich lang wie typische Fälle von Krankheiten des Atmungssystems dauern, womit in beiden Gruppen auch ähnliche Effekte einer vollständigeren Erfassung der kurzzeitigen Arbeitsunfähigkeiten durch die eAU zu erwarten wären. Quantitative Abschätzungen zu möglichen Effekten der eAU, gegebenenfalls auch in Kombination mit telefonischen Krankschreibungen, waren mit den verfügbaren Daten nicht möglich.

Schwerpunkt Risikofaktoren für psychische Erkrankungen

Wie einleitend erwähnt, befasst sich der Schwerpunkt des diesjährigen Gesundheitsreports mit Risikofaktoren für psychische Erkrankungen. Häufigkeiten psychischer Erkrankungen hängen allgemein von einer Vielzahl an Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen ab. Eine Rolle können genetische Faktoren, körperlich-somatische Veränderungen und Erkrankungen, soziale und gesellschaftliche Umstände sowie Umwelteinflüsse, traumatische Erlebnisse und besondere Belastungen spielen. Im beruflichen Umfeld werden als Risikofaktoren insbesondere Kombinationen aus hohen Arbeitsanforderungen und einem geringen Tätigkeitsspielraum (Job-Strain), aus hoher Verausgabung bei geringer Belohnung (Gratifikationskrisen, Effort-Reward-Imbalance), zudem fehlende soziale Unterstützung, Mobbing, ein negatives Arbeitsklima, Konflikte am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzunsicherheit, organisationale Ungerechtigkeit, ein geringer Ermessensspieldraum, lange Arbeitszeiten, Schicht- und Nachtarbeit sowie Gewalterfahrungen und sexuelle Belästigungen diskutiert. Im Rahmen wissenschaftlicher Studien werden derartige Belastungen typischerweise durch Befragungen erhoben. Entsprechende Informationen sind in Routinedaten regulär nicht enthalten, weshalb Analysen von Routinedaten zu diesem Thema andere Herangehensweisen erfordern.

Im Sinne der allgemeinen Ziele des Gesundheitsreports wurden auch zum Schwerpunkt ausschließlich Erwerbspersonen betrachtet, also Berufstätige und ergänzend Personen mit ALG-I-Bezug. Ermittelt wurden Risiken beziehungsweise Wahrscheinlichkeiten für psychische Erkrankungen stets innerhalb von Kalenderjahren. Betrachtet wurden Personen, die zumindest am 1. Januar des jeweiligen Jahres als Erwerbsperson versichert waren. Bei durchschnittlich mehr als 350 dokumentierten Tagen mit Erwerbspersonenstatus und einer noch höheren Zahl an Versicherungstagen konnte bei diesen Personen von einer weitgehend vollständigen Erfassung nachfolgender Ereignisse innerhalb des betrachteten Jahreszeitraums ausgegangen werden. Als potenzielle Risikofaktoren wurden Statusmerkmale am 1. Januar oder Informationen aus vorausgehenden Jahren betrachtet.

Ein erstes Teilkapitel befasst sich mit Häufigkeiten von psychischen Erkrankungen beziehungsweise Risiken für psychische Erkrankungen. Hierbei wurden – neben den AU-Diagnosen – auch Diagnoseangaben aus der ambulanten und stationären Versorgung berücksichtigt. Beantwortet werden sollte die Frage, wie häufig psychische Störungen insgesamt und bei einer Differenzierung einzelner Diagnosen in unterschiedlichen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung bei Erwerbspersonen dokumentiert sind. Alle Kennzahlen wurden gleichzeitig für die Jahre von 2014 bis 2021 ermittelt und stehen mit diversen Differenzierungsmöglichkeiten in Form interaktiver Grafiken im Internet zur Verfügung (ambulante Daten zu 2022 hätten aufgrund der regelmäßig späten Bereitstellung erst einige Monate nach Fertigstellung des vorliegenden Reports ausgewertet werden können).

Von (mindestens) einer Diagnose einer psychischen Erkrankung im Sinne des entsprechenden ICD-10-Kapitels V waren im Jahr 2021 insgesamt 34,6 Prozent, also mehr als ein Drittel aller Erwerbspersonen, betroffen. Nur ein deutlich kleinerer Teil, nämlich 7,1 Prozent, wurde innerhalb dieses Jahres auch mit einer entsprechenden Diagnose arbeitsunfähig gemeldet, lediglich 0,9 Prozent wurden aufgrund einer psychischen Erkrankung vollstationär im Krankenhaus behandelt (vgl. Tabelle 3.1). Während damit Betroffenenraten insgesamt sowie bezogen auf AUs im Vergleich zu 2014 um 8,9 und 11,9 Prozent gestiegen sind, lagen sie bezogen auf Krankenhausbehandlungen um 4,1 Prozent niedriger. Im Vergleich zu 2019 lässt sich bei Krankenhausbehandlungen bis

2021 sogar ein Rückgang um 8,1 Prozent verzeichnen, der eine Folge der problematischen stationären Versorgungssituation im Zuge der Coronapandemie gewesen sein dürfte. Demgegenüber nahmen die Betroffenenanteile insgesamt sowie bezogen auf AUs im Zuge der Coronapandemie von 2019 bis 2021 geringfügig um 1,4 und 0,6 Prozent zu. Die im Vergleich zu Betroffenenraten etwas deutlicheren Anstiege der Fehlzeiten mit Diagnosen psychischer Störungen resultieren daraus, dass einzelne Betroffene länger arbeitsunfähig gemeldet waren. Bezogen auf die Gesamtgruppe der Erwerbspersonen ist es im Zuge der Coronapandemie bis 2021 demnach nur zu moderaten Veränderungen von übergreifenden Kennzahlen für psychische Störungen gekommen.

Psychische Störungen lassen sich in der ICD-10-Diagnoseklassifikation elf Diagnosegruppen mit insgesamt 79 Diagnosen auf der dreistelligen Ebene von ICD-10-Kodes zuordnen. Bezogen auf die dokumentierten Fehlzeiten spielen nur zwei der elf Diagnosegruppen eine maßgebliche Rolle und waren dabei 2021 für mehr als 90 Prozent der Fehlzeiten mit Diagnosen psychischer Störungen verantwortlich zu machen. Der größte Anteil der Fehlzeiten entfiel 2021 dabei auf die Gruppe der affektiven Störungen mit den ICD-10-Kodes von F00 bis F39, der 46 Prozent aller Fehltage mit psychischen Störungen zuzuordnen waren. Gemessen an den Fehlzeiten lässt sich die Diagnosegruppe weitgehend mit Diagnosen von Depressionen gleichsetzen, denen mehr als 97 Prozent aller Fehltage mit Diagnosen aus dieser Gruppe zugeordnet werden konnten. Im Zuge der Coronapandemie hat sich die Dokumentation entsprechender Diagnosen nur geringfügig verändert (vgl. Tabelle 3.2). Hervorhebenswert erscheint, dass Betroffene mit Diagnosen affektiver Störungen im Durchschnitt extrem lang arbeitsunfähig gemeldet waren. Seit 2019 werden nach den vorliegenden Ergebnissen bei Betroffenen mehr als 80 Fehltage innerhalb eines Jahres dokumentiert, was auf oftmals schwerwiegende Erkrankungen hindeutet.

Der Diagnosegruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (ICD-10: F40-F48) waren mit einem Anteil von knapp 45 Prozent 2021 unter den psychischen Störungen die zweitmeisten Fehltage zuzuordnen. Die Gruppe vereint deutlich heterogene Diagnosen als die Gruppe der affektiven Störungen. Zugleich waren Betroffene mit Diagnosen aus dieser Gruppe nur weniger als halb so lang wie Betroffene mit Diagnosen

affektiver Störungen arbeitsunfähig gemeldet. Bemerkenswert erscheint hier allerdings, dass entsprechende Diagnosen in den vergangenen Jahren merklich an Bedeutung gewonnen haben (vgl. Tabelle 3.2).

Auch vor dem Hintergrund der 2022 im Vergleich zum Vorjahr drastisch gestiegenen Krankenstände und diagnoseübergreifend ermittelten Betroffenheitsquoten stellt ein ergänzender Abschnitt zum Schwerpunkt Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten mit Diagnosen für ausgewählte Gruppen psychischer Erkrankungen mit ausführlichen Ergebnissen auch zur Dauer von entsprechenden Fehlzeiten aus den Jahren 2021 und 2022 gegenüber (vgl. Tabelle 3.3). Ein Großteil der Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen entfällt auf Betroffene, die innerhalb des Jahres mehr als sechs Wochen mit entsprechenden Diagnosen arbeitsunfähig meldeten waren. Dies gilt insbesondere auch bei Diagnosen von Depressionen. Sowohl 2021 als auch 2022 wurden mehr als 88 Prozent aller Fehltage mit Depressionen bei Personen dokumentiert, die der Gruppe von Personen mit diagnosebezogen mehr als 42 AU-Tagen zuzuordnen waren. Bei Abschätzungen von Risiken erscheinen vor diesem Hintergrund insbesondere Abschätzungen zu den Risiken für länger dauernde Erkrankungen relevant.

Im Zuge der Analysen zu Risikofaktoren wurde eine Vielzahl unterschiedlich abgegrenzter Risiken in unterschiedlichen Beobachtungsjahren jeweils in Kombination mit einer größeren Zahl an Merkmalen im Sinne potenzieller Risikofaktoren betrachtet. Eine vollständige Darstellung der Ergebnisse wäre weder möglich noch sinnvoll gewesen. Regelmäßig dargestellt und diskutiert werden daher nur Einflüsse einzelner Merkmale auf das Risiko für gemeldete Arbeitsunfähigkeiten mit einer beliebigen Diagnose aus dem ICD-10-Kapitel der psychischen Störungen (ICD-10-Kodes F00 bis F99) sowie auf das Risiko für Arbeitsunfähigkeiten mit einer Diagnose von Depressionen im Sinne der beiden ICD-10-Kodes F32 und F33. Mit Betrachtungen von Risiken psychischer Störungen ohne eine weitere Differenzierung von Diagnosen innerhalb des Kapitels V wird der dementsprechend allgemeinen Themenwahl des Schwerpunkts Rechnung getragen. Mit den Betrachtungen zu Abhängigkeiten des Risikos für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Depressionen wird eine für gemeldete Fehlzeiten ausgesprochen relevante Diagnose fokussiert. Ermittelt wurden dabei regelmäßig sowohl Abhängigkeiten von Arbeits-

unfähigkeiten beliebiger Dauer als auch von Arbeitsunfähigkeiten über mehr als sechs Wochen. Den vorrangig betrachteten Ergebnissen zu 2021 sind im Anhang durchgängig zudem Ergebnisse zu 2022 gegenübergestellt, die sich in der Regel jedoch nur graduell unterscheiden.

Geschlechtsabhängig zeigen sich erwartungsgemäß bei Frauen deutlich höhere Risiken für psychische Erkrankungen als bei Männern. Mit steigendem Alter nehmen bei beiden Geschlechtern insbesondere die Risiken für längere Arbeitsunfähigkeiten zu. Von 2021 auf 2022 hat sich dieser altersabhängige Anstieg des Risikos jedoch abgeschwächt. Insbesondere jüngere Erwerbspersonen waren 2022 häufiger als 2021 von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen betroffen, wohingegen die Risiken bei Älteren 2022 eher niedriger als 2021 lagen (vgl. Abbildung 3.1 und 3.2).

Bezogen auf die Einflüsse weiterer Merkmale wurden vorrangig die um Geschlechts- und Altersabhängigkeiten bereinigten Einflüsse betrachtet. Hierfür wurden – im Sinne einer indirekten Standardisierung – beobachtete Betroffenzahlen den jeweils in Subgruppen aufgrund ihrer Geschlechts- und Altersstruktur erwarteten Betroffenzahlen gegenübergestellt.

Zu den oftmals in empirischen Untersuchungen berücksichtigten soziodemografischen Merkmalen gehören Schul- und Ausbildungsabschlüsse. In Abhängigkeit von Informationen zum höchsten Ausbildungsabschluss zeigten sich bei den hier betrachteten Erwerbspersonen in Routinedaten deutlich unterschiedliche Risiken für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen. Bei Personen mit Studienabschluss lagen die Risiken um mehr als ein Viertel niedriger als bei Personen mit beruflicher Ausbildung, bei Promotion sogar nur weniger als halb so hoch (vgl. Abbildung 3.4). Im Hinblick auf Schulabschlüsse ließen sich nur weniger stark ausgeprägte Unterschiede nachweisen (vgl. Abbildung 3.3).

Zu Einflüssen des aktuell ausgeübten Berufs auf das Risiko für psychische Erkrankungen wurden zwei unterschiedliche Analysen durchgeführt. Für eine erste Analyse wurden alle Berufstätigen gemäß ihrer aktuellen Tätigkeit zu Beginn des Beobachtungsjahres einem

von insgesamt 20 Berufsfeldern zugeordnet, womit auf einer übergeordneten Gruppierungsebene Hinweise zu beruflichen Risiken für psychische Erkrankungen mit einer Differenzierung von Berufen aus allen Bereichen identifiziert werden können. Bei Agrarberufen, handwerklichen, technisch-naturwissenschaftlichen sowie Verwaltungs- und Büroberufen und insbesondere in der „Gruppe der Medien-, geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufe“ lagen beobachtete Betroffenenzahlen unter den Erwartungswerten. Insbesondere auch im Hinblick auf längerfristige Arbeitsunfähigkeiten moderat über den Erwartungswerten lagen demgegenüber die Risiken in den drei Berufsfeldern „Verkehrs- und Lagerberufe“, „Ordnungs- und Sicherheitsberufe“ sowie bei „Gesundheitsberufen“. Merklich erhöht waren Risiken in der Gruppe „Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger“ (vgl. Abbildung 3.9b und c).

Bei einer zweiten Analyse zu berufsabhängigen Risiken wurden Beschäftigte in 26 ausgewählten und näher spezifizierten Berufen betrachtet, die bereits im Gesundheitsreport 2021 fokussiert worden waren, womit Ergebnisse zu einer Auswahl an sehr viel genauer und anschaulicher abgegrenzten Berufen präsentiert werden können. Hierbei zeigten sich in einzelnen Berufsgruppen sehr unterschiedliche Risiken. So waren Human- und Zahnmedizinerinnen und -mediziner nur etwa halb so häufig von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen betroffen, wie gemäß ihrer Geschlechts- und Altersstruktur hätte erwartet werden können (vgl. Abbildung 3.10b). Am stärksten unterschritten wurden erwartete Betroffenenzahlen bei Mitarbeitenden in der Hochschullehre und Forschung. Demgegenüber lagen die Betroffenenraten bei Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege deutlich über den erwarteten Werten. Auch bei Beschäftigten in der Kinderbetreuung sowie der Heilerziehungspflege und Sonderpädagogik ließen sich deutlich erhöhte Raten ermitteln. Das höchste Risiko zeigte sich bei Beschäftigten im Dialogmarketing, wozu vorrangig Mitarbeitende von Callcentern zählen.

Ergebnissen aus beiden berufsbezogenen Analysen zeigen übereinstimmend erhöhte Risiken bei Beschäftigten in pflegerischen und sozialen Berufen, was auf besondere psychische Belastungen bei Berufen hindeutet, die mit gesundheitlich oder sozial betreuungsbedürftigen Menschen befasst sind. Im Kontrast dazu stehen Ergebnisse bei Ärztinnen und Ärzten. In welchem Umfang in dieser Gruppe eine höhere Anerkennung im

Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen oder andere Faktoren zu weniger Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Krankheiten führen, lässt sich schwer abschätzen. Moderate erhöhte Risiken in Verkehrs- und Lager- sowie Ordnungs- und Sicherheitsberufen könnten unter anderem durch ungünstige Arbeitszeiten mit Schicht- und Nachtarbeit mitbedingt sein. Bei handwerklichen Berufen, die im Gegensatz zu einigen an sich vergleichbaren industriellen Berufen weniger von Schichtarbeit betroffen sein dürften, könnte sinnbildlich die primäre Ausrichtung der Arbeit auf sehr „handfeste“ Probleme und Aufgaben psychischen Erkrankungen entgegenwirken.

Zwei besondere Abschnitte des Schwerpunkts versuchen, Einflüsse von Arbeitsplatz- sowie Wohnortwechseln auf Risiken für psychische Erkrankungen quantitativ abzuschätzen. Sowohl Arbeitsplatzwechsel als auch Wohnortwechsel konnten mit den verfügbaren Daten nur approximativ und eher im Sinne von Indikatoren abgebildet werden. Dennoch ergaben Analysen zu den Einflüssen dieser beiden Merkmale erstaunlich konsistente Ergebnisse. So waren Hinweise auf sechs oder mehr Arbeitsplätze und – bezogen auf Arbeitsfehlzeiten über mehr als 42 Tage – auch Hinweise auf vier oder mehr Wohnorte innerhalb von fünf Jahren bei betroffenen Erwerbspersonen mit etwa der Verdopplung des Risikos für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen assoziiert. Bei beiden Merkmalen zeigte sich mit zunehmender Zahl an Orten ein stetig steigendes Risiko – ganz im Sinne einer lehrbuchmäßigen Dosis-Wirkungs-Beziehung (vgl. Abbildung 3.6 und Abbildung 3.8). Beschäftigte mit längerfristiger Tätigkeit an einem Arbeitsplatz und mit längerfristigem Aufenthalt an einem Wohnort weisen die geringsten Risiken für psychische Erkrankungen auf. Auch wenn bei diesen Zusammenhängen sicherlich unterschiedliche denkbare Ursache-Wirkungs-Richtungen diskutiert werden müssen (zum Beispiel Arbeitsplatzwechsel als Folge von Mobbing), können sie auch als Hinweis auf den Wert einer vertrauten Umgebung sowohl im privaten als auch im beruflichen Umfeld gelesen werden.

Kapitel 1

Arbeitsunfähigkeiten

1 Arbeitsunfähigkeiten

Der vorliegende Report konzentriert sich bei Routineauswertungen auf grundlegende Darstellungen, umfangreiche Ergebnisse, auch zu Subgruppen, sind auf www.bifg.de verfügbar.

geringfügige Abweichungen von interaktiven Grafiken zu publizierten Ergebnissen bis zum Jahr 2020 möglich

Wie bereits im Vorjahr wird auch zum diesjährigen Gesundheitsreport 2023 ein überwiegender Teil der Ergebnisse in Form von interaktiven Grafiken im Internet bereitgestellt. Neben einer Replikation von traditionell im Gesundheitsreport berichteten Ergebnissen ist damit auch eine individuell gestaltete Ergebniszusammenstellung möglich. Vor diesem Hintergrund bleiben die nachfolgenden Darstellungen auf grundlegende Ergebnisse sowie einige eher spezielle Ergebnisse beschränkt, die sich weniger für eine interaktive Darstellung eignen. In den einzelnen Abschnitten wird gegebenenfalls auf die Fundstellen der differenzierten Ergebnisse im Internet verwiesen.

Bei Auswertungen im Gesundheitsreport werden grundsätzlich ausschließlich Versicherte berücksichtigt, die bei längerfristigen Arbeitsunfähigkeiten (AU) auch Anspruch auf Krankengeldzahlungen haben und insofern auch zur Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen verpflichtet sind (vgl. Kapitel 4). Bereits für Auswertungen zum Beobachtungsjahr 2021 war im Zuge des vorausgehenden Reports ein Abgleich der berücksichtigten Versichertengruppen vorgenommen worden, um den Personenkreis in aktuelleren Daten möglichst exakt abgrenzen zu können. Hieraus resultierten kleinere Korrekturen. Da in interaktiven Grafiken Ergebnisse zu allen Jahren auf korrigierten Abgrenzungen von Versichertengruppen beruhen, können sich Ergebnisse aus interaktiven Grafiken zu den Beobachtungsjahren bis 2020 geringfügig von den zuvor publizierten Ergebnissen unterscheiden, die noch auf einer über viele Jahre zuvor genutzten Zuordnung beruhen. Inhaltlich relevante Änderungen von Aussagen ergeben sich durch die Korrekturen jedoch nicht.

1.1 Grundlegende Kennzahlen und Entwicklungen 2022

Nachfolgend werden zunächst grundlegende Kennzahlen zur Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit in den Jahren 2021 und 2022 dargestellt. Ausführliche methodische und inhaltliche Erläuterungen zu diesen Kennzahlen finden sich in Kapitel 4 „Datengrundlage und Methoden“ des vorliegenden Reports.

Tabelle 1.1 zeigt Ergebnisse zum bundesweiten Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen in den Jahren 2021 und 2022. Angaben zu relativen Veränderungen bundesweiter Zahlen von 2021 auf 2022 sind Tabelle 1.2 zu entnehmen.

Tabelle 1.1: Grundlegende Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit

Kennzahl	2021			2022		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
Betroffenheitsquote in Prozent	46,3	51,8	48,8	69,0	74,0	71,3
AU-Fälle je 100 VJ	102	116	108	175	196	185
AU-Tage je Fall	16,2	16,2	16,2	12,2	12,4	12,3
AU-Tage je 100 VJ	1.645	1.873	1.750	2.127	2.435	2.269
Krankenstand in Prozent	4,51	5,13	4,79	5,83	6,67	6,22

Quelle: BARMER-Daten 2021 und 2022, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert ET2010

Nach den Ergebnissen geschlechts- und altersstandardisierter Auswertungen von bundesweiten Daten der BARMER waren im Jahr 2022 geschlechtsübergreifend 71,3 Prozent der Erwerbspersonen und damit 22,5 Prozentpunkte mehr als 2021 mindestens einmal erkrankungsbedingt arbeitsunfähig gemeldet. Nachdem 2021 innerhalb des Jahres nur weniger als die Hälfte der Erwerbspersonen erkrankungsbedingt arbeitsunfähig meldet waren, erreichte die Betroffenheitsquote 2022 eine in keinem Jahr zuvor beobachtete Höhe.

2022 mit 71 % anteilig erheblich mehr Beschäftigte als in allen Vorjahren krankgeschrieben

Je 100 durchgängig Beschäftigte wurden im Jahr 2022 185 Arbeitsunfähigkeitsmeldungen und insgesamt 2.269 Fehltage erfasst. Für einzelne Beschäftigte wurden damit innerhalb des Jahres durchschnittlich gut 1,8 Arbeitsunfähigkeitsfälle sowie insgesamt mehr als drei Erkrankungswochen beziehungsweise 22,7 Fehltage gemeldet, was einem Krankenstand von 6,22 Prozent entspricht. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten 2022 nach bundesweit ermittelten Ergebnissen damit sehr deutlich, nämlich um 29,6 Prozent gestiegen.

Krankenstand 2022 um fast ein Drittel gestiegen

gemeldete AU-Fallzahlen bei reduzierter durchschnittlicher Krankheitsdauer 2022 um mehr als zwei Drittel gestiegen

Eine einzelne gemeldete Arbeitsunfähigkeit dauerte 2022 im Durchschnitt 12,3 Tage und war damit rund 24 Prozent kürzer als 2021. Zugleich nahm 2022 die Zahl an AU-Fällen um gut 70 Prozent zu, woraus dann die deutlich gestiegenen Fehlzeiten im Vergleich zu 2021 resultierten.

Tabelle 1.2: Relative Veränderungen von Kennzahlen 2022 im Vergleich zum Vorjahr

Kennzahl	bundesweit (Angaben in Prozent)		
	Männer	Frauen	gesamt
Betroffenheitsquote	49,1	42,8	46,0
AU-Fälle je 100 VJ	72,1	69,1	70,6
AU-Tage je Fall	-24,9	-23,1	-24,0
AU-Tage je 100 VJ	29,3	30,0	29,6
Krankenstand	29,3	30,0	29,6

Quelle: BARMER-Daten 2022 vs. 2021, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert ET2010



www.bifg.de/Y925XN

1.1.1 Regionale Variationen

Ergebnisse sowohl zu AU-Fällen als auch zu AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre in den 16 Bundesländern lassen sich den interaktiven Grafiken im Internet entnehmen.

Die AU-Fallzahlen variierten 2022 zwischen 164 Fällen je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und 213 Fällen je 100 Versicherungsjahre in Sachsen-Anhalt, womit die bundesweiten Ergebnisse um 11,3 Prozent unterschritten beziehungsweise um 15,5 Prozent überschritten werden.

Die Fehlzeiten variierten zwischen 1.949 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre in Baden-Württemberg (relative Abweichung zum Bundesdurchschnitt: -14,1 Prozent) und 2.787 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre in Mecklenburg-Vorpommern (relative Abweichung zum Bundesdurchschnitt +22,8 Prozent). Nach Baden-Württemberg weisen, wie im Vorjahr, Erwerbspersonen aus Hamburg und Bayern die geringsten Fehlzeiten auf.

Die Häufigkeit von Krankschreibungen hat mit relativen Steigerungen zwischen 52 und 91 Prozent von 2021 auf 2022 in allen Bundesländern sehr stark zugenommen. Auch hinsichtlich der Fehlzeiten sind in allen Bundesländern Zunahmen zu verzeichnen, wobei sich die relativen Anstiege im Vergleich zum Vorjahr in einem Bereich von 22 bis knapp 36 Prozent bewegen.

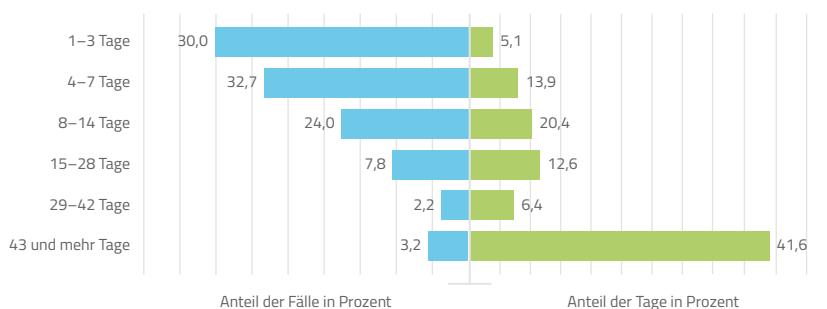
2022 deutliche Anstiege
der AU-Fallzahlen
und Fehlzeiten in allen
Bundesländern

1.1.2 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 (und mit Ergebnissen, die nicht in Form interaktiver Grafiken verfügbar sind).

Größtenteils resultieren die Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 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 1.1: AU-Fälle und AU-Tage nach Falldauer 2022



Quelle: BARMER-Daten 2022

Relativ wenige AU-Fälle resultieren bei Personen im Erwerbsalter aus schwerwiegenden Erkrankungen. Da entsprechende Arbeitsunfähigkeiten im Einzelfall jedoch extrem lang andauern können, entfällt auf diese eher seltenen Fälle dennoch ein wesentlicher Anteil der insgesamt in den Daten der BARMER erfassten Fehlzeiten. Diesen Sachverhalt verdeutlicht Abbildung 1.1.

Nach den Auswertungen bundesweit erhobener Daten der BARMER dauerten auch 2022 gut 60 Prozent der erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle maximal eine Woche. 30,0 Prozent der Fälle erstreckten sich dabei über ein bis drei Tage, 32,7 Prozent dauerten zwischen vier und sieben Tage (vgl. Tabelle 1.3). Auf diese große Zahl eher kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeiten entfiel jedoch mit einem Anteil von 19,0 Prozent lediglich knapp ein Fünftel aller erfassten Arbeitsunfähigkeitstage.

Tabelle 1.3: Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage nach Falldauer 2021 und 2022

fallbezogene Dauer in Tagen	2021 (Anteile in Prozent)		2022 (Anteile in Prozent)	
	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage
1–3	34,8	4,3	30,0	5,1
4–7	28,1	8,8	32,7	13,9
8–14	17,5	11,3	24,0	20,4
15–28	10,4	12,8	7,8	12,6
29–42	3,7	8,0	2,2	6,4
43 und mehr	5,5	54,7	3,2	41,6

Quelle: BARMER-Daten 2021 und 2022, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert ET2010

Gut 2/5 aller Fehltage waren 2022 AU-Fällen mit mehr als 6 Wochen Dauer zuzuordnen.

Lediglich 3,2 Prozent der bundesweit erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle, und damit etwa jede 32. Krankschreibung, dauerte länger als sechs Wochen. Dieser verhältnismäßig kleinen Anzahl von AU-Fällen mit mehr als sechs Wochen Dauer waren jedoch auch 2022 mit 41,6 Prozent mehr als zwei Fünftel aller Arbeitsunfähigkeitstage zuzuordnen.

Beim Vergleich mit den Vorjahresergebnissen zeigt sich, dass insbesondere Krankschreibungen über Zeiträume von 8 bis 14 Tagen anteilig und absolut an Bedeutung gewonnen

haben, die aufgrund ihrer Länge bereits eher auf ernsthaftere gesundheitliche Beschwerden jenseits der noch häufigeren kurzzeitigen Arbeitsunfähigkeiten hindeuten. Die anteilige Bedeutung von Krankschreibungen über sehr lange Zeiträume von mehr als sechs Wochen ist 2022 deutlich gesunken. Dabei lässt sich allerdings festhalten, dass aufgrund der insgesamt deutlich gestiegenen Zahl an AU-Fällen die absolute Zahl entsprechend langer Erkrankungsfälle 2021 und 2022 nahezu identisch war.

2022 erhebliche
Zunahme insbesondere
bei AU-Fällen mit 8 bis
14 Tagen Dauer

1.1.3 Arbeitsunfähigkeiten an Wochentagen

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

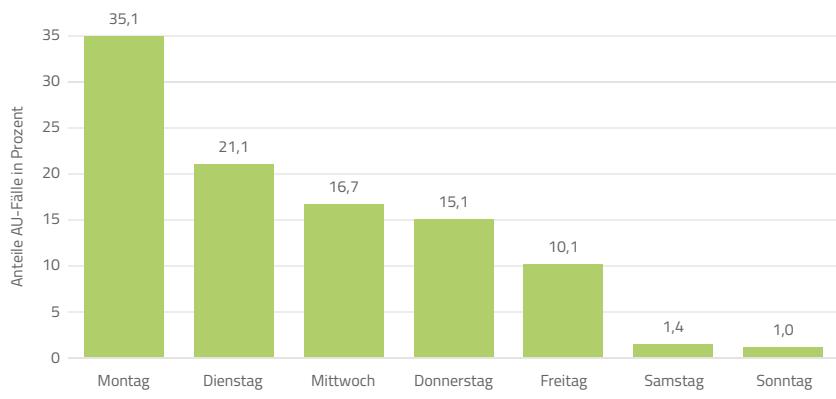
Krankmeldungen an einzelnen Wochentagen

Abbildung 1.2 zeigt die Verteilung der AU-Meldungen auf Wochentage. Auf den ersten Blick auffällig erscheint, dass regelmäßig etwa ein Drittel aller Arbeitsunfähigkeiten an einem Montag beginnt, was von manchen Betrachtern entsprechender Statistiken als arbeitnehmerseitige Tendenz fehlinterpretiert wurde, sich durch eine Krankschreibung am Montag das Wochenende zu verlängern. Eine inhaltlich korrektere Begründung für die ungleiche Verteilung des AU-Beginns auf einzelne Wochentage ergibt sich aus typischen Arbeitszeiten von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie aus den Öffnungszeiten von Arztpraxen.

Rund 1/3 der AU-Fälle
beginnt montags.

Bei Erkrankungen an Wochenenden besteht bei üblichen Arbeitsverhältnissen mit zumeist arbeitsfreien Wochenenden zum einen häufig kein Anlass, sich sofort krankschreiben zu lassen. Zum anderen stehen im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung an Wochenenden nur Notdienste zur Versorgung dringlicher Fälle zur Verfügung. Dementsprechend beginnen an Wochenenden lediglich etwa drei Prozent aller Krankschreibungen. Geht man davon aus, dass sich Erkrankungsereignisse primär annähernd gleichmäßig auf Wochentage verteilen und bei Beginn am Wochenende gegebenenfalls 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 1.2: Verteilung der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auf Wochentage 2022



Quelle: BARMER-Daten 2022

Verteilung der Fehlzeiten auf Wochentage

Inhaltlich aufschlussreicher als Auswertungen zum Beginn von Arbeitsunfähigkeiten sind Auswertungen zur Verteilung der gemeldeten Fehltage auf die Wochentage. Abbildung 1.3 zeigt Ergebnisse zur anteiligen Verteilung der gemeldeten Fehlzeiten auf die einzelnen Wochentage innerhalb des Kalenderjahres 2022.

Abbildung 1.3: Verteilung der Fehlzeiten auf Wochentage 2022



Quelle: BARMER-Daten 2022

Ganz offensichtlich entfallen, bezogen auf die Wochentage von Montag bis Freitag, welche typischerweise reguläre Arbeitstage sind, auf die Montage die mit Abstand wenigsten gemeldeten Fehltage. 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, wobei an Freitagen regelmäßig die höchsten Krankenstände zu verzeichnen waren und sind.

Fehlzeiten freitags
am höchsten

Anteilig die geringsten gemeldeten Fehlzeiten entfallen auf Samstage und insbesondere Sonntage. Dass Arbeitnehmerinnen und 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.

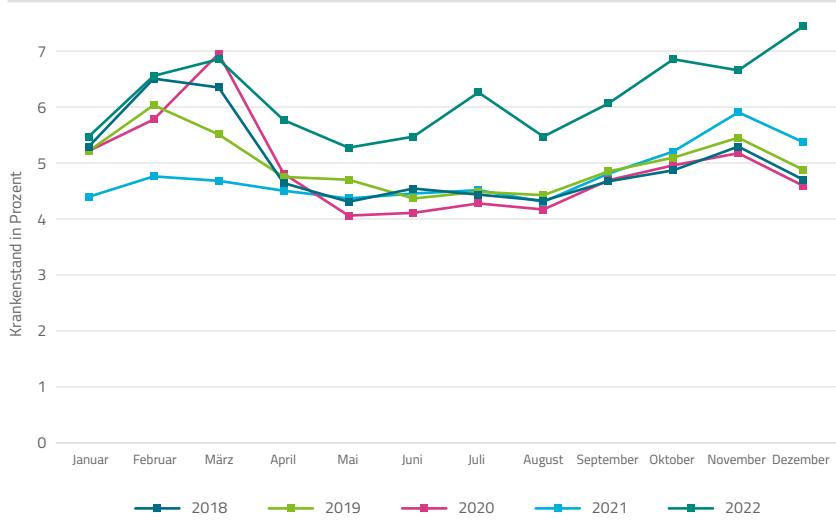
1.1.4 Krankenstände in Kalendermonaten

Neben den wochenzyklischen Schwankungen lassen sich bei Arbeitsunfähigkeiten regelmäßig auch Schwankungen im Jahresverlauf beobachten. Typischerweise sind Erwerbspersonen in den kälteren Jahreszeiten, und dabei insbesondere innerhalb des ersten Quartals eines Jahres, häufiger als in den wärmeren Jahreszeiten arbeitsunfähig gemeldet. Im Monat Dezember zeigen sich, abweichend von dieser Regel und trotz der eher kalten Temperaturen, regelmäßig niedrige Krankenstände, die sich auf die Weihnachtstage und häufige Betriebsschließungen über die Feiertage und den Jahreswechsel erklären lassen. Abbildung 1.4 zeigt Ergebnisse zu Krankenständen, also den Anteilen der Kalendertage, an denen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer innerhalb der Monate arbeitsunfähig meldet waren, für die fünf Jahre 2018, 2019, 2020, 2021 und 2022. Entsprechende Ergebnisse – auch zu Bundesländern und für Jahre ab 2014 – sind in Form interaktiver Grafiken im Internet verfügbar.



www.bifg.de/Y925Pz

Abbildung 1.4: Krankenstände in Kalendermonaten 2018, 2019, 2020, 2021 und 2022



Quelle: BARMER-Daten 2018, 2019, 2020, 2021 und 2022

In den Jahren 2018 bis 2020 ließen sich die höchsten Krankenstände – im Einklang zu üblichen Beobachtungen – jeweils im ersten Quartal beobachten. Anfang 2018 war es zu einer ausgesprochen stark ausgeprägten Grippe- und Erkältungswelle gekommen, welche die hohen Krankenstände im Februar und März des Jahres 2018 begründen. 2019 zeigen sich die jahresbezogenen höchsten Krankenstände gleichfalls im Februar und März, liegen aber bei einer 2019 nur schwach ausgeprägten Grippe- und Erkältungswelle deutlich niedriger als 2018. Demgegenüber wurde im Jahr 2020 der höchste Krankenstand erst im Monat März erfasst. Er lag dabei deutlich über den gemessenen Monatshöchständen der zurückliegenden Jahre. Dies dürfte vorrangig die (indirekte) Folge der steigenden Zahl an COVID-19-Erkrankungen und der damit verbundenen Maßnahmen und Verhaltensänderungen im Zuge der ersten Welle der Coronapandemie im Jahr 2020 gewesen sein. So dürfte ein erheblicher Anteil der Betroffenen im März 2020 beispielsweise schon bei leichten Erkältungssymptomen vorsorglich krankgeschrieben worden sein. Ferner könnte die Krankschreibung per Telefon bei leichten Erkrankungen der oberen Atemwege, welche vom 9. März 2020 an Gültigkeit besaß, zu dem beobachteten Anstieg beigetragen

haben. Bei Versicherten mit jüngeren Kindern könnten darüber hinaus die Kita- und Schulschließungen ab Mitte März 2020 zu Krankmeldungen aufgrund von mangelnden Kinderbetreuungsmöglichkeiten geführt haben.

Für das Jahr 2021 zeigte sich zu Jahresbeginn eine Auffälligkeit in eine andere Richtung. Der sonst im ersten Quartal beobachtete Anstieg des Krankenstands ist in diesem Jahr im Zuge eines scheinbar völligen Ausbleibens einer Grippe- und Erkältungswelle nahezu gänzlich ausgefallen – die Krankenstände bewegen sich eher auf einem Niveau, das sonst in den Sommermonaten typisch ist. Demgegenüber bewegen sich die Krankenstände Ende 2021 – gemessen an den Ergebnissen aus drei Vorjahren – auf einem hohen Niveau.

Dementsprechend finden sich auch im ersten Quartal 2022 ausgesprochen hohe Krankenstände, wobei in allen drei Monaten des Quartals die entsprechenden Werte des Jahres 2018 mit der seinerzeit ausgeprägten Grippe- und Erkältungswelle noch überschritten werden. Noch wesentlich ungewöhnlicher als die hohen Werte im ersten Quartal erscheint 2022 allerdings das anhaltend hohe Niveau des Krankenstands im weiteren Jahresverlauf mit mehreren Peaks im Juli, Oktober und Dezember. Die Ergebnisse könnten auf gehäufte Infektionen im Zuge rückläufiger Coronaschutzmaßnahmen und vermehrter Kontakte hindeuten.

nach Ausbleiben einer
Grippe- und Erkältungs-
welle im Vorjahr 2022
ungewöhnlich hohe
Krankenstände zu
Jahresbeginn, aber ins-
besondere im weiteren
Jahresverlauf

1.1.5 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 einander gegenübergestellt, womit etwaige Unterschiede zwischen Vergleichsgruppen hinsichtlich ihrer Geschlechts- und Altersstruktur rechnerisch ausgeglichen werden (vgl. Abschnitt zur direkten Standardisierung in Kapitel 4.3.4). Der vorliegende Abschnitt thematisiert demgegenüber explizit den Einfluss von Geschlecht und Alter auf die Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten. Kennzahlen zu AU-Fällen und AU-Tagen in den einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen werden in Form interaktiver Grafiken im Internet zur Verfügung gestellt und daher an dieser Stelle nur noch in sehr grundsätzlicher Form erörtert.



www.bifg.de/Y925XN

Jüngere fehlen
häufiger – aber
zumeist nur kurz.

Mit Abstand am häufigsten werden Arbeitsunfähigkeiten erfahrungsgemäß bei Erwerbspersonen aus den jüngsten Altersgruppen erfasst. Während Erwerbspersonen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren 2022 durchschnittlich mehr als dreimal pro Jahr krankgeschrieben wurden (was 300 AU-Fällen je 100 VJ entspricht), 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.

Die fallbezogene Krankschreibungsdauer, also die Dauer, über die ein Beschäftigter im Rahmen einer einzelnen Krankschreibung arbeitsunfähig gemeldet ist (AU-Tage je Fall), steigt mit zunehmendem Alter stetig. Während einzelne AU-Fälle in der jüngsten Altersgruppe durchschnittlich weniger als sechs Tage dauerten, waren 60- bis 64-jährige Erwerbspersonen im Falle einer Krankschreibung durchschnittlich rund 22 Tage und damit gut drei Wochen im Rahmen einer einzelnen Krankmeldung arbeitsunfähig gemeldet.

Ältere fehlen seltener,
aber länger.

Aus der Anzahl der AU-Fälle und den AU-Tagen je Fall resultiert die Gesamtzahl der erkrankungsbedingten Fehltage, die im Report zumeist gleichfalls bezogen auf je 100 Versicherungsjahre (VJ) als das wichtigste Maß für die beobachteten Fehlzeiten dargestellt werden. Derselbe Sachverhalt lässt sich dann schließlich auch mit dem Krankenstand beschreiben (vgl. Methoden-Kapitel 4). Die wenigsten Tage waren 2022 Personen im Alter von 25 bis 34 Jahren krankgemeldet. Mit weiter zunehmendem Alter steigt nach Vollendung des 35. Lebensjahres der Krankenstand. In der höchsten hier berücksichtigten Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen werden schließlich etwa doppelt so hohe Fehlzeiten wie bei jungen Erwerbspersonen erfasst. Bei Betrieben ist mit zunehmendem Alter der Beschäftigten demnach ein ansteigender Krankenstand zu erwarten.

1.2 Branchen- und tätigkeitsbezogene Ergebnisse

Der nachfolgende Abschnitt liefert Ergebnisse zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen 2022 in einzelnen Branchen sowie in Abhängigkeit von Schulabschluss, Ausbildung und Beruf. Auswertungen differenziert nach den drei erstgenannten Merkmalen finden sich ausschließlich im vorliegenden Reportdokument. Auswertungen zu Berufsgruppen wer-

den im vorliegenden Report in knapper Form dargestellt. Sehr viel umfangreichere Ergebnisse zu ausgewählten Berufsgruppen, die ein Update der Schwerpunktauswertungen zum Gesundheitsreport 2021 darstellen, stehen in Form interaktiver Grafiken im Internet zur Verfügung.



www.bifg.de/Y925GR

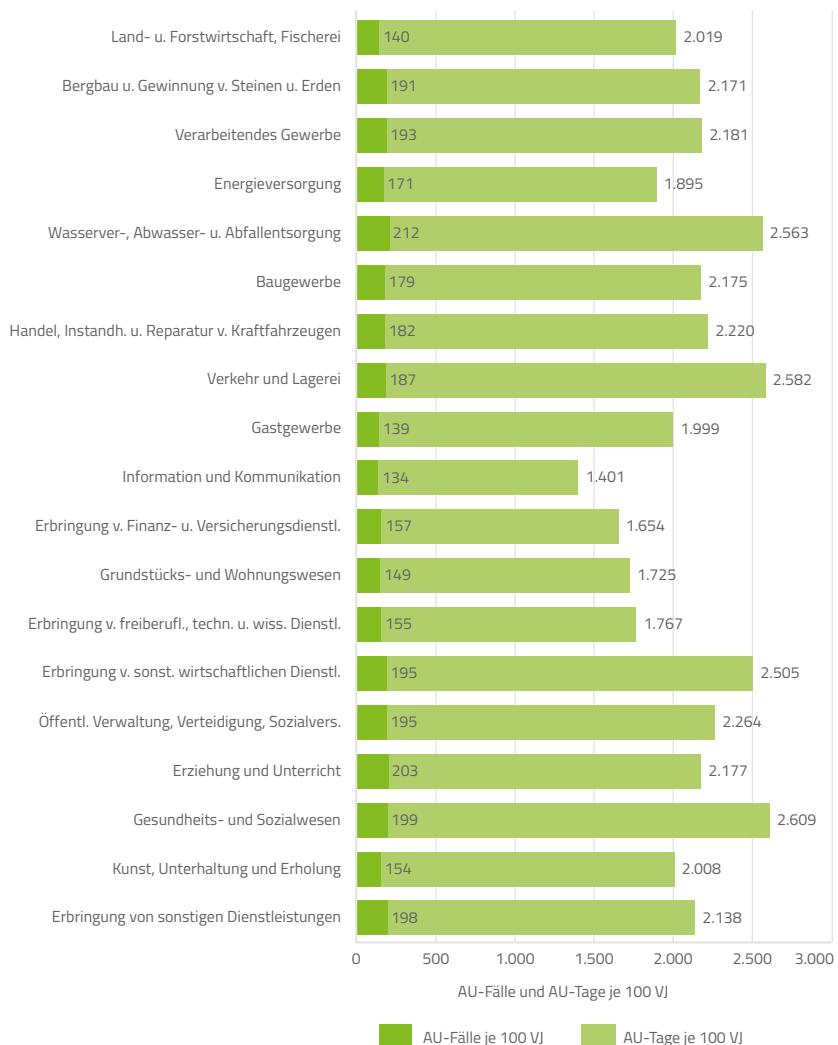
1.2.1 Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen in unterschiedlichen Branchen

In Deutschland erhält, abgesehen von wenigen Ausnahmen, jede Arbeitgeberin oder jeder Arbeitgeber mit sozialversicherungspflichtig Beschäftigten von der Bundesagentur für Arbeit (BA) eine Betriebsnummer, bei Betriebsstandorten in unterschiedlichen Gemeinden sind es gegebenenfalls auch mehrere. Unter anderem für entsprechende Aufschlüsselungen in kommunalen und bundesweiten Wirtschaftsstatistiken werden Niederlassungen eines Unternehmens dabei jeweils einem Wirtschaftszweig zugeordnet. Diese Informationen zu Wirtschaftszweigen beziehungsweise zur Branchenzuordnung der Arbeitsstellen ihrer Versicherten werden auch 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 in Kapitel 4.3.3).

Abbildung 1.5 zeigt geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse zur Häufigkeit von AU-Fällen sowie zu Fehlzeiten im Jahr 2022 je 100 Versicherungsjahre 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 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“. Beschäftigte aus dieser Branche fehlten 2022 nach kassenseitig vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsmeldungen innerhalb des Jahres durchschnittlich lediglich etwa 14,0 Tage erkrankungsbedingt am Arbeitsplatz, also knapp acht Tage weniger als eine durchschnittliche Erwerbsperson nach branchenübergreifenden Ergebnissen mit 22,7 Tagen.

Abbildung 1.5: AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen 2022



Quelle: BARMER-Daten 2022 (Branchen, ohne private Haushalte und exterritoriale Organisationen)

Verhältnismäßig hohe Fehlzeiten finden sich demgegenüber unter anderem für die Branchen „Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen“, „Verkehr und Lagerei“, „Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen“ sowie „Gesundheits- und Sozialwesen“. In entsprechenden Branchen kann von überdurchschnittlichen körperlichen Belastungen und Anforderungen der Beschäftigten ausgegangen werden, wobei 2022 mit 2.609 AU-Tagen je 100 VJ erstmals in der Branche „Gesundheits- und Sozialwesen“ die höchsten Fehlzeiten erfasst wurden. Vergleichsweise hohe Werte der Branche „Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen“ lassen sich damit erklären, dass zu dieser Gruppe auch Leiharbeitsfirmen zählen, deren Beschäftigte häufig an Arbeitsplätzen mit einer überdurchschnittlichen Belastung eingesetzt werden.

branchenbezogen im „Gesundheits- und Sozialwesen“ 2022 erstmals die höchsten Fehlzeiten

Eine erheblich differenziertere branchenbezogene Übersicht zu den Arbeitsunfähigkeiten auf der Ebene von 88 „Abteilungen“ der WZ2008 liefert Tabelle A 1 im Anhang. Tabelle A 2 beinhaltet entsprechend differenzierte Angaben zu Krankenständen, die hier ergänzend 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 sind in den Tabellen vor diesem Hintergrund gekennzeichnet.

1.2.2 Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten nach Schulabschluss, Ausbildung und Beruf

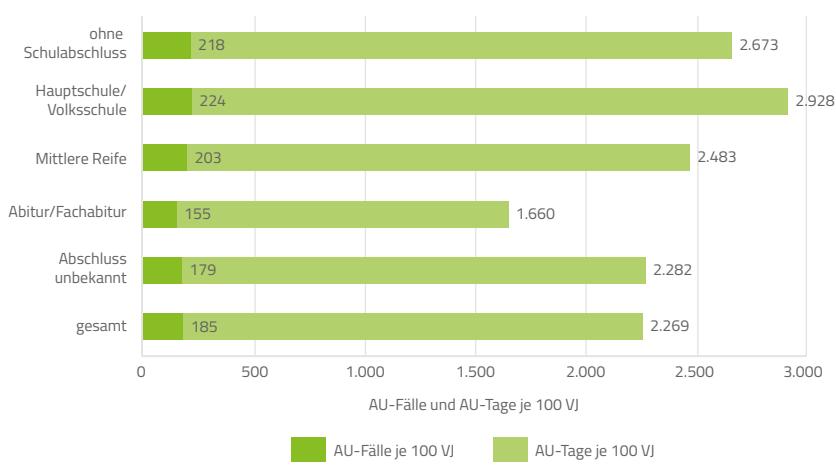
Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sind verpflichtet, auch Angaben zur Tätigkeit, zur beruflichen Stellung sowie zur Ausbildung von sozialversicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern an die zuständigen Sozialversicherungen zu melden. Seit Dezember 2011 wird hierfür das „Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit – Ausgabe 2010“ genutzt. Dieser neunstellige Schlüssel enthält sowohl Angaben zur ausgeübten Tätigkeit, die sogenannte „Klassifikation der Berufe 2010“ (KldB 2010), als auch separat erfassste Informationen zu Schulbildung und Bildungsabschlüssen sowie zu Arbeitnehmerüberlassungen und zur Vertragsform (vgl. auch Erläuterungen in Kapitel 4.3.2).

geringere Fehlzeiten
bei höheren Schul-
abschlüssen

Schulabschluss

Abbildung 1.6 zeigt geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im Jahr 2022 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 2022 durchschnittlich mehr als 29 Tage pro Jahr krankgeschrieben. Die niedrigsten Werte, mit fast nur etwa halb so vielen Fehltagen, sind bei Berufstätigen mit Abitur oder Fachabitur zu finden.

Abbildung 1.6: AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Schulabschluss 2022



Quelle: BARMER-Daten 2022

Ausbildung

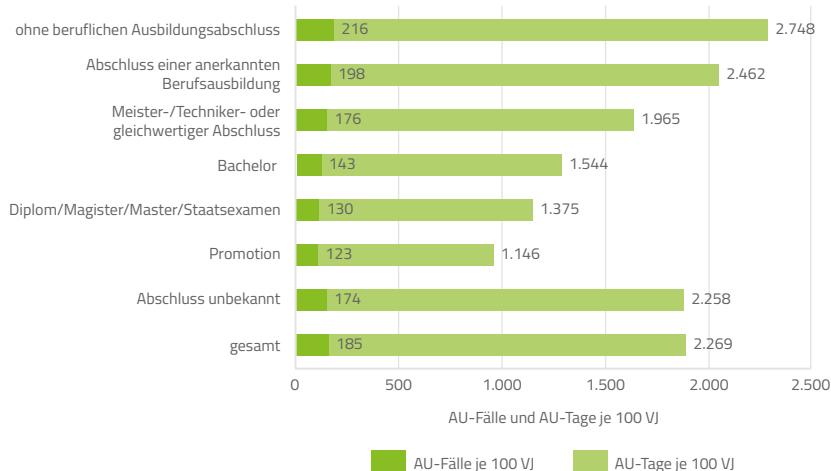
Ergebnisse zur Arbeitsunfähigkeit in Abhängigkeit vom Ausbildungsabschluss der Erwerbstätigen sind in Abbildung 1.7 dargestellt. Die Ausbildungabschlüsse können dabei gemäß einer Einteilung in sechs Kategorien von „ohne beruflichen Abschluss“ bis hin zu „Promotion“ gemeldet werden. Auch bei diesem Schlüssel existiert eine Kategorie „unbe-

kannt". Gemeldet werden sollen dabei explizit die individuell höchsten bislang erreichten Ausbildungsabschlüsse, völlig unabhängig von ihrer Bedeutung für die jeweils aktuell ausgeübte Tätigkeit und gegebenenfalls 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 einer Promotion zu verzeichnen.

mit Promotion fast
nur ein Drittel so viele
Fehltage wie ohne
Ausbildungsabschluss

Abbildung 1.7: AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Ausbildungsabschluss 2022



Quelle: BARMER-Daten 2022

Auch die hier beobachteten Unterschiede dürften maßgeblich in Zusammenhang mit spezifischen körperlichen Belastungen stehen, denen Berufstätige mittelbar in Abhängigkeit vom Schul- beziehungsweise 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 Krankschreibun-

gen und höheren Fehlzeiten assoziiert sind, eher von Berufstätigen mit geringerer Qualifikation ausgeübt werden. Weitere potenzielle Determinanten von Arbeitsunfähigkeiten werden in Kapitel 4.1 erläutert.

Berufsfelder

Zahl der Fehltage hängt
stark vom ausgeübten
Beruf ab

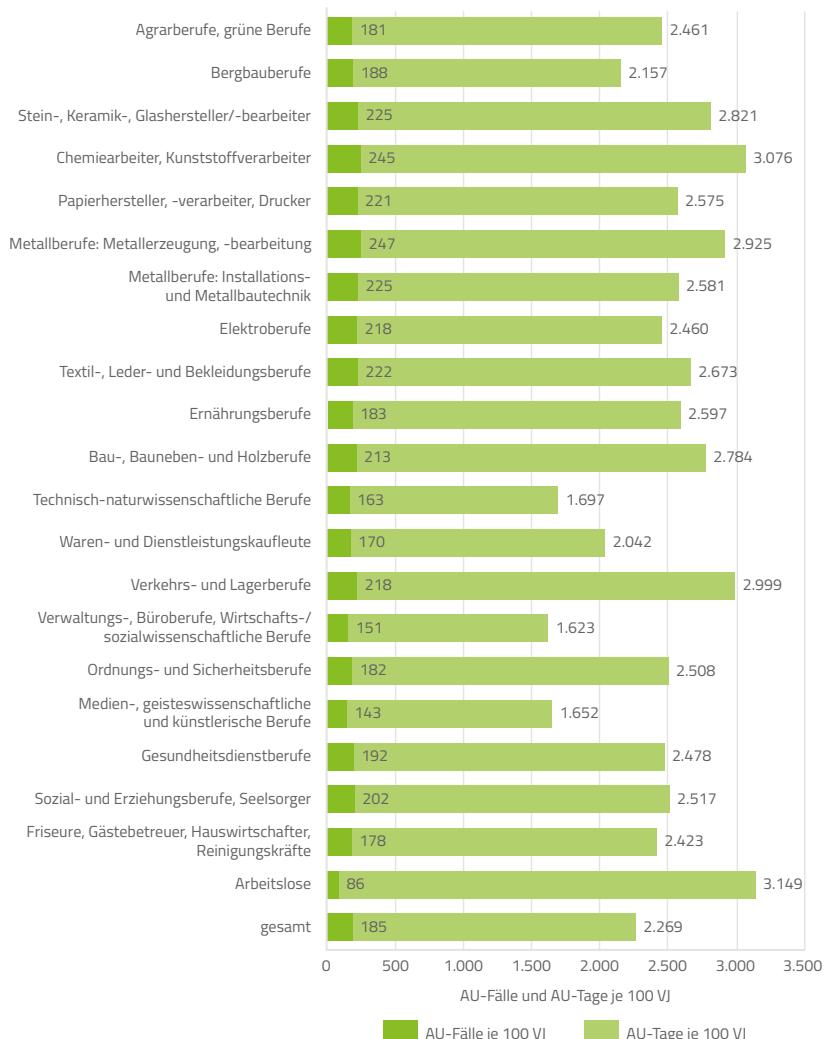
Abbildung 1.8 zeigt AU-Fallzahlen und Fehlzeiten 2022 in Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf in 20 sogenannten Berufsfeldern mit vergleichbaren Charakteristika (vgl. Erläuterungen zu den traditionell im Report verwendeten Berufsfeldern in Kapitel 4.3.2). Im Gegensatz zur Branchenzuordnung, die in der Regel bei allen Beschäftigten eines Betriebs identisch ist, sollte die Berufszuordnung individuell und in Abhängigkeit von der jeweils aktuell ausgeübten Tätigkeit erfolgen und insofern die berufliche Situation eines einzelnen Beschäftigten genauer beschreiben. Die geringsten Fehlzeiten ließen sich nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen für das Jahr 2022 mit durchschnittlich weniger als 17 Fehltagen je Person für Beschäftigte mit technisch-naturwissenschaftlichen Berufen, mit Verwaltungs-/wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Berufen sowie mit Medien-, geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufen ermitteln.

Durchschnittlich mehr als 29 Fehltage je Person pro Jahr wurden demgegenüber bei Chemie- und Kunststoffverarbeiterinnen und -verarbeitern, bei Beschäftigten mit Berufen der Metallerzeugung und -bearbeitung sowie bei Verkehrs- und Lagerberufen erfasst.

hohe Fehlzeiten in kör-
perlich belastenden
Berufen und bei ALG I

Auch nach dieser Auswertung zeigt sich, dass insbesondere Beschäftigengruppen mit körperlich belastenden Tätigkeiten beziehungsweise mit Tätigkeiten, die in ihrer Ausübung eine höhere körperliche Belastbarkeit voraussetzen, häufiger von höheren erkankungsbedingten Arbeitsunfähigkeitszeiten betroffen sind (vgl. auch Textabschnitt zu Determinanten der Arbeitsunfähigkeit in Kapitel 4.1). Trotz geringer AU-Fallzahlen noch höhere erkrankungsbedingte Arbeitsunfähigkeitszeiten als in allen zuvor differenzierten Berufsfeldern finden sich üblicherweise bei arbeitslos gemeldeten Berufstätigen beziehungsweise ALG-I-Beziehenden. 2022 waren es 31,5 AU-Tage je VJ.

Abbildung 1.8: AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Berufsfeldern 2022



Quelle: BARMER-Daten 2022

Ergebnisse zu
100 häufigen Berufen
im Anhang

Klassifikation der Berufe 2010

Die Ende 2011 zur Meldung der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bei Sozialversicherungsträgern neu eingeführte Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) ist hierarchisch aufgebaut und umfasst zur Kodierung von Berufen fünf Ziffern, die eine Unterscheidung von insgesamt mehr als 1.200 beruflichen Tätigkeiten erlauben (vgl. Kapitel 4.3.2). Die ersten zwei Stellen der KldB 2010 differenzieren sogenannte Berufshauptgruppen. Diese ermöglichen eine Unterscheidung von 37 Gruppen in Abhängigkeit von der ausgeübten Tätigkeit. Tabelle A 3 im Anhang zeigt Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten mit einer Differenzierung von Tätigkeiten nach vierstelligen Tätigkeitschlüsseln der KldB 2010, die eine Einteilung in 700 Gruppen ermöglichen (vgl. Kapitel 4.3.2). Dargestellt sind Ergebnisse zu den 100 am häufigsten erfassten Berufsgruppen im Jahr 2022 bei Versicherten der BARMER. Auswertungen zu den aufgeführten Berufen beruhen auf Angaben zu jeweils mehr als 7.700 Personen. Da die Ausübung einiger Berufe nicht in allen Altersgruppen möglich ist, wurde bei dieser tätigkeitsbezogenen Auswertung auf eine Geschlechts- und Altersstandardisierung verzichtet. Dies gilt auch für die in diesen Tabellen ausgewiesenen berufsübergreifenden Werte, weshalb diese hier von den üblicherweise im Report berichteten (standardisierten) Werten abweichen.

Durchschnittlich mehr als 35 Tage innerhalb des Jahres 2022 waren nach den vorliegenden Ergebnissen Beschäftigte aus folgenden Berufsgruppen arbeitsunfähig gemeldet (gemäß Reihenfolge ihrer Nennung in der Tabelle): „Berufe für Post- und Zustelldienste“ (Tätigkeitschlüssel 5132), „Bus- und Straßenbahnfahrer/innen“ (5213), „Berufe in der Fachkrankenpflege“ (8131), „Berufe in der Altenpflege“ (ohne Spezialisierung) (8210), „Berufe in der Haus- und Familienpflege“ (8314).

Durchschnittlich weniger als elf Arbeitsunfähigkeitstage innerhalb eines Jahres fanden sich bei den Auswertungen 2022 demgegenüber lediglich in den Berufsgruppen „Berufe in der Softwareentwicklung“ (4341), „Geschäftsführer/innen und Vorstände“ (7110), „Berufe in der Unternehmensberatung“ (7132) sowie „Berufe in der Hochschullehre und -forschung“ (8430).

Tabelle A 4 im Anhang liefert Ergebnisse zum Krankenstand von Beschäftigten in den 100 bei Mitgliedern der BARMER 2022 am häufigsten vertretenen Berufsgruppen nach Differenzierung auf der Basis von vierstelligen Schlüsseln der KldB 2010. Bei den in dieser Tabelle ergänzend auch geschlechtsspezifisch ausgewiesenen Ergebnissen beruhen Angaben vereinzelt auf Daten zu weniger als 1.000 Versicherten (zum Beispiel bei Frauen mit Berufen in der Werkzeugtechnik oder bei Männern unter den zahnmedizinischen Fachangestellten). Diese Angaben sollten zurückhaltend interpretiert werden und sind entsprechend gekennzeichnet. Die Reihenfolge der Berufsnennung entspricht der in Tabelle A 3. Da sich die in Tabelle A 4 genannten geschlechtsübergreifenden Krankenstände einfach und direkt aus den Angaben zu den Arbeitsunfähigkeitstagen je Versicherungsjahr der Tabelle A 3 berechnen lassen, führen die Ergebnisse aus beiden Tabellen auch inhaltlich zu übereinstimmenden Aussagen.

Krankenstände variieren
in stärker vertretenen
Berufsgruppen 2022
von 1,45 % bis 11,26 %.

Für einen weit überwiegenden Teil der betrachteten Berufe gilt, dass weibliche Beschäftigte auch bei übereinstimmender Berufszuordnung durchschnittlich höhere Krankenstände als ihre männlichen Kollegen aufweisen. Eine Vielzahl an weiteren gesundheitsrelevanten Informationen findet sich für eine Auswahl an Berufsgruppierungen in einem Internetangebot zum Report mit interaktiven Grafiken.



www.bifg.de/Y925GR

Kapitel 2

Diagnosen der Arbeitsunfähigkeit

2 Diagnosen der Arbeitsunfähigkeit



www.bifg.de/Y925XN

Im Gegensatz zu Arbeitsunfähigkeitsmeldungen, die die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber erhalten, umfassen Arbeitsunfähigkeitsmeldungen bei den Krankenkassen auch Angaben zu Erkrankungsdiagnosen, die Rückschlüsse auf spezifische gesundheitliche Belastungen erlauben. Dabei lassen sich Diagnosen auf unterschiedlichen Differenzierungsebenen betrachten. Sämtliche diagnosebezogenen Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten werden seit dem Erscheinen des Gesundheitsreports 2022 in Form interaktiver Grafiken im Internet bereitgestellt. Die Darstellungen in den nachfolgenden Abschnitten beschränken sich vor diesem Hintergrund auf grundlegende Ergebnisse und Erläuterungen.

2.1 Krankheitsarten – Diagnosekapitel der ICD-10

In Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden Diagnosen von Ärzten ausschließlich in Form von Diagnoseschlüsseln angegeben. Verwendet wird hierbei in Deutschland gemäß gesetzlichen Vorgaben seit dem Jahr 2000 die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ in der 10. Revision, kurz auch als ICD-10 bezeichnet (vgl. auch Kapitel 4.3). In der ICD-10 werden Krankheiten hierarchisch gegliedert. Die übergeordnete, höchste Gliederungsebene der ICD-10 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.

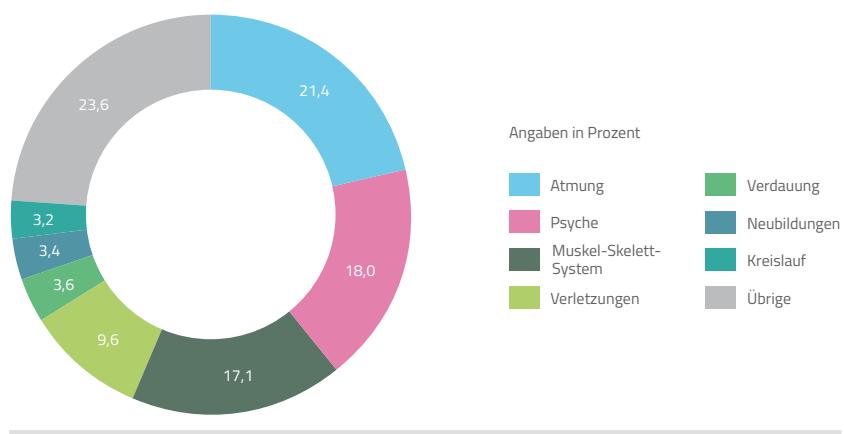
Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten

Abbildung 2.1 zeigt einleitend zunächst die Verteilung der Fehlzeiten auf die anteilig relevantesten Krankheitsarten im Jahr 2022. Die Bezeichnungen wurden aus Darstellungsgründen verkürzt. Offensichtlich wird die relativ große Bedeutung der vier für die Fehlzeiten relevantesten Krankheitsarten: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, psychische Störungen, Krankheiten des Atmungssystems sowie Verletzungen.

Krankheiten des Atmungssystems, die bei Arbeitsunfähigkeiten maßgeblich durch Erkältungskrankheiten verursacht werden, waren im Jahr 2021 für deutlich weniger Fehltage als 2020 verantwortlich, womit ihre anteilige Bedeutung von 13,2 auf 10,2 Prozent gesunken war. Demgegenüber ist es im Jahr 2022 zu einer sehr starken Zunahme der Fehlzeiten mit Krankheiten des Atmungssystems gekommen, womit diesem Kapitel 21,4 Prozent der gesamten Fehlzeiten und damit mehr Fehltage als allen anderen Kapiteln zugeordnet werden konnten.

Die vorrangig in höheren Altersgruppen bedeutsamen Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems spielen bei Krankschreibungen von Personen im typischen Erwerbsalter insgesamt noch eine eher untergeordnete Rolle.

Abbildung 2.1: Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten 2022



Quelle: BARMER-Daten 2022

Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Krankheitsarten

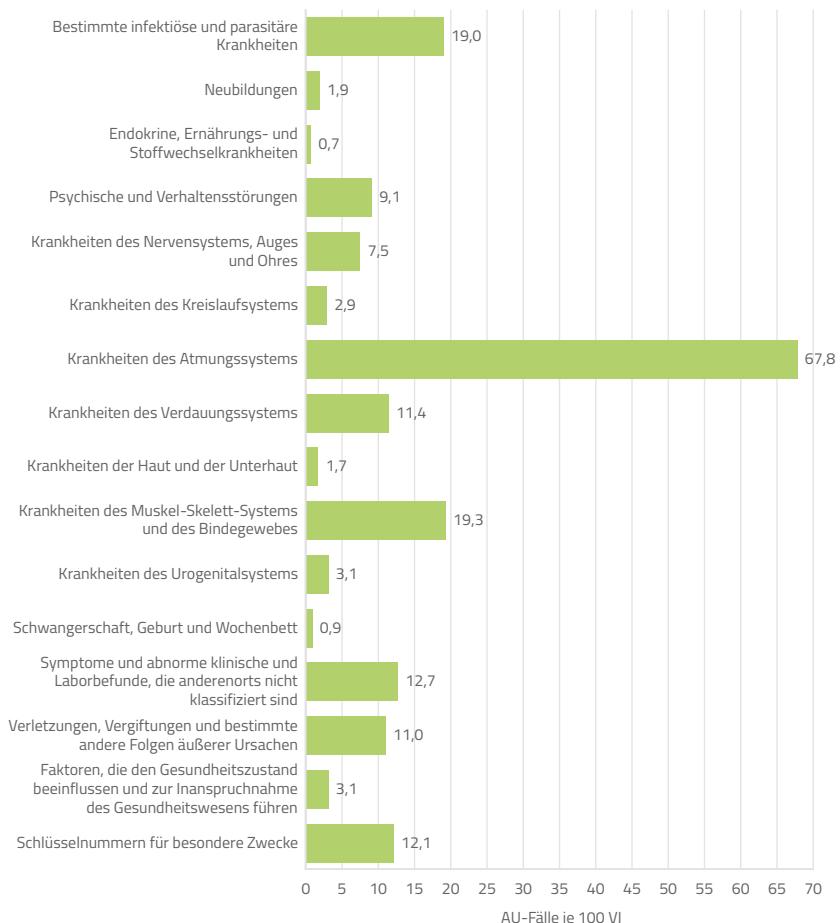
Ein typischerweise erster Schritt diagnosebezogener Auswertungen befasst sich mit der Anzahl der Erkrankungsfälle. Abbildung 2.2 zeigt Ergebnisse zur Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versicherungsjahre mit Zuordnungen zu einzelnen Krankheits-



www.bifg.de/Y925Pa

arten. Ausschließlich in Form interaktiver Grafiken werden auch Ergebnisse zu weniger bedeutsamen Kapiteln der ICD-10 sowie separate Ergebnisse für Männer und Frauen zur Verfügung gestellt.

Abbildung 2.2: AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten 2022



Quelle: BARMER-Daten 2022

Die meisten Arbeitsunfähigkeitsfälle werden traditionell unter der Diagnose von „Krankheiten des Atmungssystems“ erfasst. Bundesweit wurden 2021 23,4 AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre erfasst. Im Jahr 2022 wurden demgegenüber 67,8 AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre und damit nahezu dreimal mehr Fälle dokumentiert. Zu Krankheiten des Atmungssystems zählen, wie bereits erwähnt, insbesondere auch typische Erkältungs-krankheiten (vgl. auch nachfolgende Abschnitte).

Zahl der AU-Fälle mit
Atemwegskrankheiten
von 2021 auf 2022
nahezu verdreifacht

Den zweiten Rang bezogen auf die Fallhäufigkeiten 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 waren 2022 des Weiteren auch „Bestimmte infektiöse Krankheiten“, deren Zahl sich von 2021 auf 2022 mehr als verdoppelt hat.

Dauer der Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten je Fall

Abbildung 2.3 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.

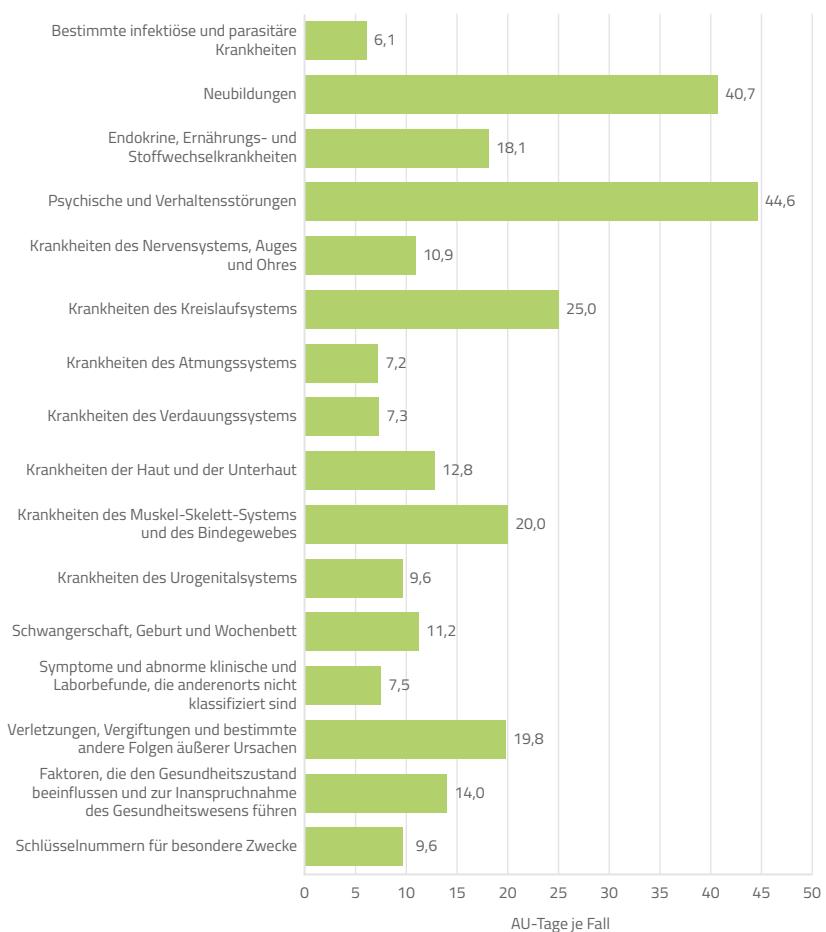
Mit Abstand am längsten dauern Arbeitsunfähigkeitsfälle mit einer Diagnose aus dem Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ sowie aus dem Kapitel „Neubildungen“. Im Mittel werden bei einzelnen Krankschreibungsfällen unter entsprechenden Diagnosen jeweils etwa 45 beziehungsweise 41 AU-Tage erfasst. Einzelne Erkrankungsfälle erstrecken sich demnach auch häufiger über mehr als sechs Wochen. Während als psychische Störung bei Arbeitsunfähigkeiten oftmals Depressionen diagnostiziert werden, werden aus dem Kapitel Neubildungen oft bösartige Neubildungen als Ursache von Arbeitsunfähigkeiten dokumentiert, was die verhältnismäßig langen Erkrankungszeiträume verständlich erscheinen lässt.

AUs mit psychischen
Störungen dauern
mit durchschnittlich
45 Tagen am längsten.

Demgegenüber ausgesprochen kurz, nämlich durchschnittlich nur etwa sieben bis acht Tage, dauern unter anderem Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Diagnosen aus den Kapiteln „Infektiöse und parasitäre Krankheiten“, „Krankheiten des Atmungssystems“ sowie „Krank-

heiten des Verdauungssystems". Offensichtlich bilden aus diesen Kapiteln für den überwiegenden Teil der Arbeitsunfähigkeitsfälle leichtere Erkrankungen mit nur kurzzeitigen Erkrankungsintervallen die Ursache.

Abbildung 2.3: AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten 2022



Quelle: BARMER-Daten 2022

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 2.1). In nachfolgender Abbildung 2.4 werden die den einzelnen Krankheitsarten zuzuordnenden AU-Tage je 100 Versicherungsjahre für das Jahr 2022 dargestellt. Die Abbildung gibt Auskunft darüber, wie viele Fehltage mit bestimmten Diagnosen in einer Gruppe von 100 Beschäftigten im Jahr 2022 durchschnittlich beobachtet werden konnten. Zahlenangaben, auch zu Vorjahren, sind den interaktiven Grafiken zu entnehmen.



www.bifg.de/Y925Pa

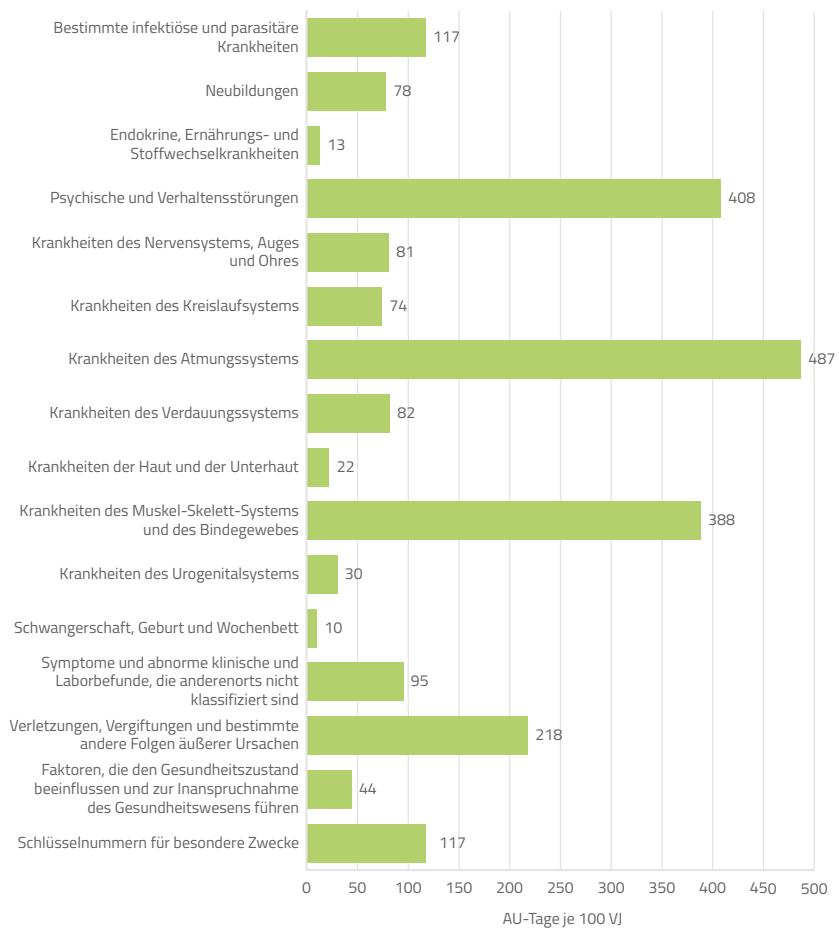
Nach Auswertungen der bundesweit erhobenen Daten ließen sich 2022 „Krankheiten des Atmungssystems“ mit 487 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre auf der Ebene von Krankheitsarten die meisten Fehltage zuordnen. Eine einzelne durchgängig versicherte Erwerbsperson war also 2022 statistisch gesehen durchschnittlich knapp fünf Tage mit Krankheiten des Atmungssystems krankgeschrieben. Die Werte zu Krankheiten des Atmungssystems hängen typischerweise maßgeblich von Ausprägungen der Grippe- und Erkältungswellen ab, welche üblicherweise zu Jahresbeginn zu beobachten sind. Dabei war eine Grippe- und Erkältungswelle im Jahr 2021 weitgehend ausgeblieben.

Krankheiten des
Atmungssystems 2022
für die meisten AU-Tage
verantwortlich

Bis 2021 hatten „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“ mit 391 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre den ersten Rang belegt, die 2022 für noch 388 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre verantwortlich waren und damit den dritten Rang belegten. Den zweiten Rang belegten 2022, nach einer leichten Zunahme im Vergleich zum Vorjahr, „Psychische und Verhaltensstörungen“ mit 408 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre.

218 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre waren nach bundesweiten Auswertungen im Jahr 2022 „Verletzungen“ zuzuordnen. Typische Erkrankungen höherer Altersgruppen wie „Neubildungen“ und „Herz-Kreislauf-Krankheiten“ spielen demgegenüber als Ursachen von Arbeitsunfähigkeiten noch eine vergleichsweise geringe Rolle.

Abbildung 2.4: AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten 2022



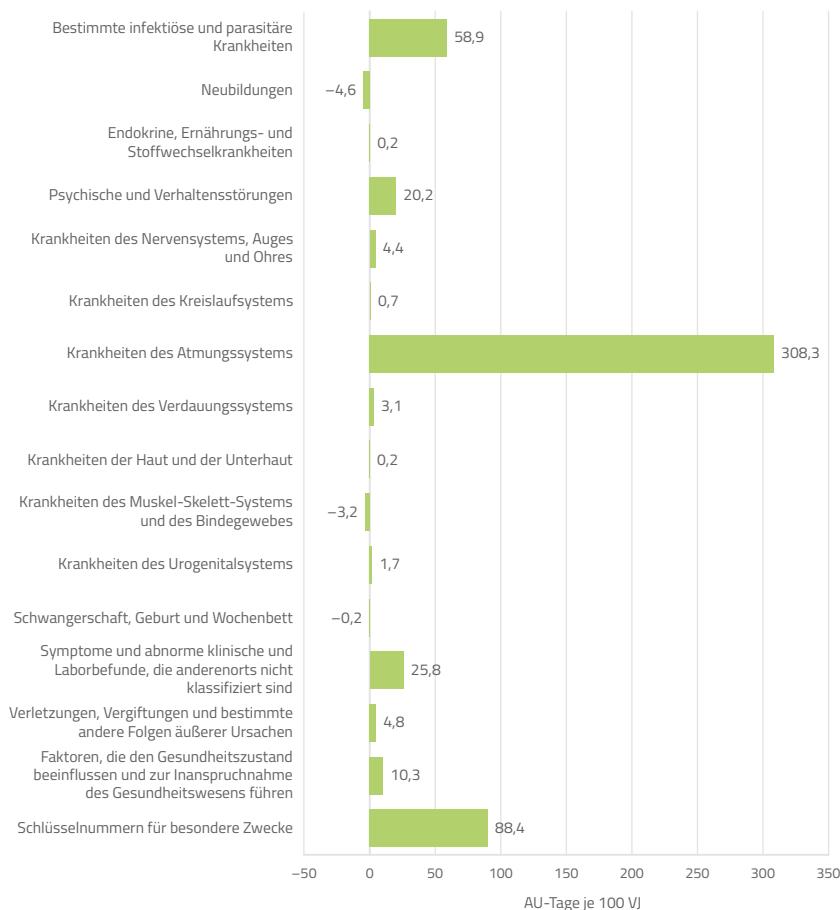
Quelle: BARMER-Daten 2022

Veränderungen diagnosebezogener Fehlzeiten im Vergleich zum Vorjahr

Abbildung 2.5 zeigt die Veränderungen der Fehlzeiten von 2021 auf 2022 bezogen auf einzelne Krankheitsarten, aus denen bundesweit die ungewöhnlich deutliche Zunahme der Fehlzeiten um 29,6 Prozent beziehungsweise um 519 Fehltage je 100 Versiche-

rungsjahre resultiert. Anders formuliert geht es hier um die Frage, welche Krankheiten dafür verantwortlich waren, dass jede Erwerbsperson im Jahr 2022 rechnerisch gut fünf Tage länger als 2021 arbeitsunfähig gemeldet war.

Abbildung 2.5: AU-Tage je 100 VJ – Veränderungen in Tagen 2022 gegenüber 2021



Quelle: BARMER-Daten 2021 und 2022

Bei wenigen der in Abbildung 2.5 dargestellten Krankheitsarten konnte 2022 ein Rückgang der Fehlzeiten im Vergleich zum Jahr 2021 verzeichnet werden. Nennenswerte Rückgänge um 4,6 beziehungsweise 3,2 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre zeigten sich bei Neubildungen sowie bei Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. Mit weitem Abstand die stärkste Zunahme, nämlich um 308,3 AU-Tage je 100 Versicherungstage, war bei Krankheiten des Atmungssystems auszumachen. Jede Erwerbsperson war 2022 demnach rechnerisch im Durchschnitt gut drei Tage länger mit entsprechenden Diagnosen als 2021 arbeitsunfähig gemeldet. Relevante Zunahme der Fehlzeiten zeigten sich mit Anstiegen um 58,9 und 88,4 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre auch im Hinblick auf gemeldete Arbeitsunfähigkeitszeiten unter Diagnosen infektiöser Erkrankungen und bei Arbeitsunfähigkeiten mit Angaben von „Schlüsselnummern für besondere Zwecke“, denen bislang insbesondere auch alle Diagnosen mit direktem oder indirektem COVID-19-Bezug zugeordnet sind. Bei Fehlzeiten mit Diagnosen psychischer Störungen ließen sich von 2021 auf 2022 im Vergleich dazu eher moderate Zunahmen um 20,2 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre beziehungsweise um 5,2 Prozent feststellen.

2.1.1 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, lässt sich mit Rückgriff auf die interaktiven Grafiken im Internet darstellen. Hervorgehoben werden sollen an dieser Stelle eher grundsätzliche Muster.

- Sowohl bei Darstellungen zu Ergebnissen bei Männern als auch bei Frauen wird auf den ersten Blick deutlich, dass Fehlzeiten unter Diagnosen aus dem Kapitel XIII „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“ mit ansteigendem Alter in zunehmendem Umfang erfasst werden. Während der Anstieg vor Vollendung des 35. Lebensjahres insbesondere bei Frauen noch moderat erscheint, steigen die Fehlzeiten mit zunehmendem Alter ab 35 Jahren steil an. In der Altersgruppe der 60- bis 64-jährigen Erwerbspersonen wurden im Jahr 2022 bei Männern im Durchschnitt rund zehn und bei Frauen rund neun 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 2022 die Fehlzeiten altersabhängig – von der jüngsten bis zur höchsten Altersgruppe – von 122 auf 545 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre stiegen, ließ sich bei Frauen ein altersabhängiger Anstieg auf deutlich höherem Niveau von 282 auf 806 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre feststellen. Weibliche Erwerbspersonen im Alter zwischen 60 und 64 Jahren waren durchschnittlich also rund acht Tage mit entsprechenden Diagnosen arbeitsunfähig gemeldet.
- „Krankheiten des Atmungssystems“ (Kapitel X) führen, im Gegensatz zu den beiden zuvor abgehandelten Krankheitsarten, insbesondere unter sehr jungen Erwerbspersonen zu verhältnismäßig hohen Fehlzeiten. Frauen waren insgesamt etwas stärker als Männer betroffen. Die Fehlzeiten bewegten sich bei Krankheiten des Atmungssystems 2022 in allen Altersgruppen auf einem erheblich höheren Niveau als 2021.
- „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. Ältere Männer sind vergleichsweise häufig betroffen. Höhere Fehlzeiten in den unteren sowie in den oberen Altersgruppen könnten dabei Folge recht unterschiedlicher Erkrankungen sein.

Verletzungen am
häufigsten bei jungen
Männern

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 Ansteige kurz vor Erreichen des regulären bisherigen Renteneintrittsalters von 65 Jahren insbesondere unter Männern recht steil verlaufen. Dementsprechend ließe sich vermuten, dass eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit zu einem merklichen Anstieg der Bedeutung der Erkrankungen im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten bei Männern führen dürfte.

Neubildungen und Herz-
Kreislauf-Krankheiten
vorrangig in höherem
Alter bedeutsam

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.

2.1.2 Regionale Variationen von Fehlzeiten nach Krankheitsarten

Traditionell wurden im Gesundheitsreport auch regionale Ergebnisse für die vier relevantesten Krankheitsarten dargestellt. In Form interaktiver Grafiken stehen, beginnend mit der Veröffentlichung des vorliegenden Reports, weitgehend alle der zum Report routinemäßig bundesweit ermittelten Ergebnisse zu Diagnosen auch für einzelne Bundesländer zur Verfügung. Der vorliegende Abschnitt beschränkt sich vor diesem Hintergrund auf die Kommentierung einiger grundlegender Beobachtungen.

- Kapitel XIII „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“ führen insbesondere in den östlichen Bundesländern sowie im Saarland zu überdurchschnittlichen Fehlzeiten. In den Stadtstaaten sowie in Baden-Württemberg liegen die Fehlzeiten unter dem bundesweit ermittelten Wert.
- Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ betreffen demgegenüber tendenziell eher Menschen in städtischen Regionen als in ländlichen Gebieten. Hohe Fehlzeiten unter entsprechenden Diagnosen waren auch für das Saarland nachweisbar. Unterdurchschnittliche Fehlzeiten zeigten sich für Baden-Württemberg und Bayern.
- Kapitel X „Krankheiten des Atmungssystems“ führten auch 2022 insbesondere in den neuen Bundesländern zu überdurchschnittlichen Fehlzeiten. Unterdurchschnittliche Fehlzeiten zeigten sich demgegenüber im Nordwesten und Süden Deutschlands.
- Kapitel XIX „Verletzungen“ betreffen nach Auswertungen auf Bundeslandebene gleichfalls insbesondere Erwerbspersonen in den neuen Bundesländern sowie im Saarland in überdurchschnittlichem Umfang.

2.2 Ergebnisse zu ausgewählten Einzeldiagnosen

Einzelne Erkrankungen im üblichen Sprachsinn werden typischerweise vorrangig auf der Ebene dreistelliger ICD-10-Schlüssel differenziert. Da auf dieser Differenzierungsebene in der ICD-10 mehr als 1.600 unterschiedliche Schlüssel existieren, mussten Darstellungen im gedruckten Report in der Regel auf einen vergleichsweise kleinen Ausschnitt relevanter Diagnosen beschränkt bleiben. Mit den interaktiven Grafiken besteht im Internet jetzt routinemäßig die Möglichkeit, auf Informationen zu Arbeitsunfähigkeiten mit den 100 bundesweit fehlzeitenrelevantesten dreistelligen ICD-10-Diagnosen zuzugreifen. Diese 100 Diagnosen waren 2022 bundesweit für 79 Prozent aller dokumentierten Fehltage verantwortlich.



www.bifg.de/Y925P1

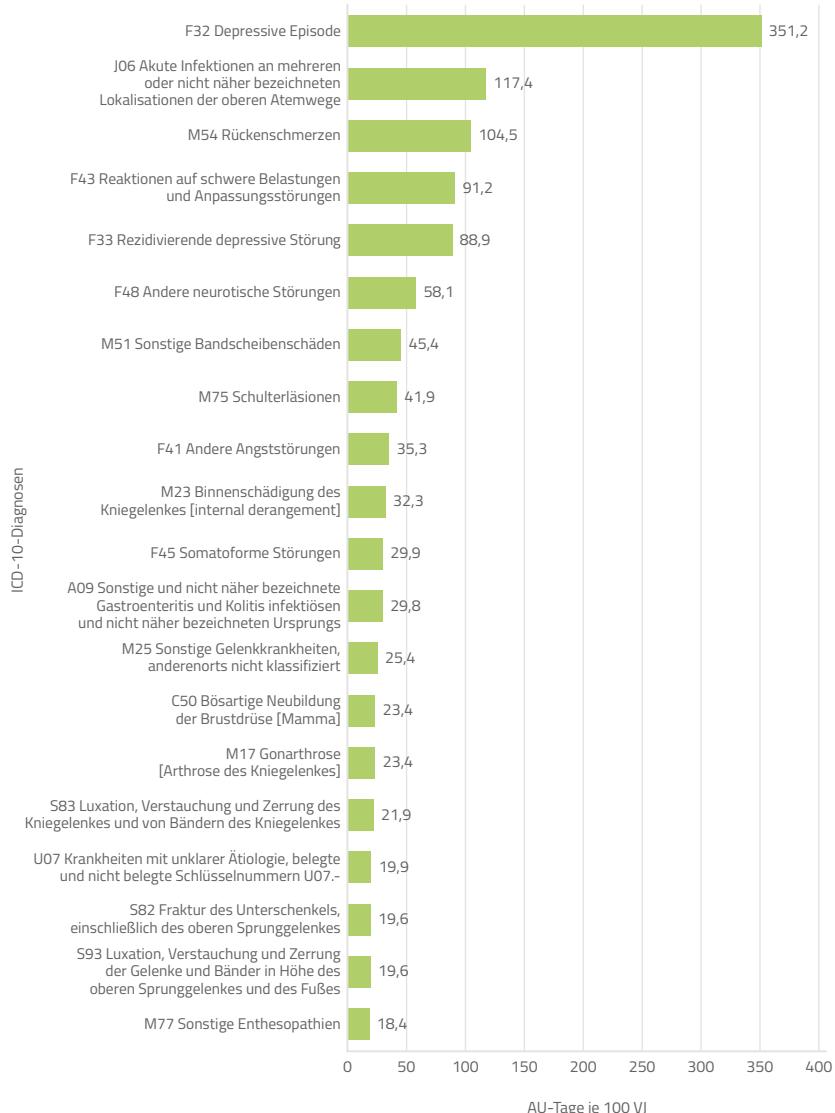
Mit einem Anteil von 26,9 Prozent waren die mit Abstand meisten gemeldeten AU-Fälle auch 2022 der Diagnose J06 „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ zuzuordnen, mit der typischerweise Erkältungserkrankungen dokumentiert werden. 2021 waren dieser Diagnose lediglich 14,1 Prozent der AU-Fälle zugeordnet worden. Bereits auf Rang zwei folgten auf der dreistelligen Ebene „Krankheiten mit unklarer Ätiologie, belegte und nicht belegte Schlüsselnummern“ mit dem Kode U07, dem 2022 weitgehend ausschließlich die beiden vierstelligen Schlüssel U07.1 „COVID-19, Virus nachgewiesen“ sowie U07.1 „COVID-19, Virus nicht nachgewiesen“ zugeordnet waren. Diagnosen akuter COVID-19-Erkrankungen waren damit 2022 für 5,1 Prozent der AU-Fälle verantwortlich. Die Ränge drei und vier im Hinblick auf die AU-Fallzahlen belegten nach geschlechts- und altersübergreifenden Auswertungen die beiden Diagnosen A09 „Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs“ und M54 „Rückenschmerzen“ mit Anteilen von 4,4 und 4,3 Prozent.

Die Rangfolge der dreistelligen Diagnosen im Hinblick auf zugeordnete Fehlzeiten wird maßgeblich auch durch die diagnosespezifisch unterschiedliche fallbezogene AU-Dauer bestimmt und unterscheidet sich zum Teil merklich von einer Rangfolge nach AU-Fallzahlen.

- Der Diagnose „Akute Infektionen der oberen Atemwege“ (ICD-10: J06) waren 2022 mit einem Anteil von 15,5 Prozent nicht nur die meisten AU-Fälle, sondern auch mit Abstand die meisten Fehltage zuzuordnen. Demgegenüber hatte der Anteil dieser Diagnose an den Fehlzeiten 2021 nur bei 6,1 Prozent gelegen.
- Auf die Diagnose „Depressive Episode“ (ICD-10: F32) entfielen 2022 nach geschlechtsübergreifenden Auswertungen 5,2 Prozent aller Fehltage und damit die zweitmeisten Fehltage. Gemeinsam mit der Diagnose „Rezidivierende depressive Störungen“ (ICD-10: F33), der 2,6 Prozent der Fehlzeiten zuzuordnen waren, erfasst sie das Erkrankungsbild von Depressionen. Depressionen lassen sich damit insgesamt 7,7 Prozent aller gemeldeten Fehlzeiten zuordnen.
- „Rückenschmerzen“ (ICD-10: M54) belegten hinsichtlich der zugeordneten Fehlzeiten bei einem Anteil von 4,6 Prozent nach bundesweiten Auswertungen im Jahr 2022 den dritten Rang. 2014 hatten sie noch den ersten Rang belegt.
- Eine verhältnismäßig hohe Relevanz für die Fehlzeiten besitzen aus dem Diagnosekapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ neben den beiden bereits genannten Depressionsdiagnosen noch die dreistelligen Diagnosen „Reaktionen auf schwere Belastungen“ (ICD-10: F43; Anteil 4,0 Prozent), „Andere neurotische Störungen“ (ICD-10: F48; Anteil 1,8 Prozent), „Andere Angststörungen“ (ICD-10: F41; Anteil 1,3 Prozent) sowie „Somatoforme Störungen“ (ICD-10: F45; Anteil 1,0 Prozent).
- Auf akute COVID-19-Diagnosen im Sinne des Kodes U07 entfielen 3,9 Prozent aller Fehltage, womit der Kode unter den dreistelligen ICD-10-Diagnosen 2022 Rang fünf hinsichtlich der zugeordneten Fehlzeiten belegte.
- 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]“ (ICD-10: C50) auch 2022 zu den 20 Diagnoseschlüsseln mit den (geschlechtsübergreifend) meisten Fehlzeiten.

Abbildung 2.6 zeigt Ergebnisse zu den 20 fehlzeitenrelevantesten dreistelligen ICD-10-Diagnosen im Jahr 2022 mit Angaben zu den je 100 VJ erfassten Fehltagen.

Abbildung 2.6: Fehlzeitenrelevante Diagnosen 2022 – Top 20



Quelle: BARMER-Daten 2022

Kapitel 3

Risikofaktoren für psychische Erkrankungen

3 Risikofaktoren für psychische Erkrankungen

Anstieg von Fehlzeiten mit psychischen Erkrankungen in den vergangenen Jahren – 2022 Ø gut 4 Fehltage je Erwerbsperson

Psychische Erkrankungen waren in zurückliegenden Jahren tendenziell – und dabei bereits vor der Coronapandemie – für ansteigende Fehlzeiten unter Erwerbspersonen verantwortlich zu machen. So stieg nach Ergebnissen von routinemäßigen Auswertungen zum Report die Zahl der je 100 Versicherungsjahre (VJ) gemeldeten AU-Tage mit Diagnosen aus dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-Klassifikation nach Auswertungen zum Gesundheitsreport in den Jahren 2014 bis 2019 von 338 auf 388 AU-Tage je 100 VJ um 15 Prozent. Für 2020 wurden 394 AU-Tage je 100 VJ gemeldet. Im Jahr 2022 war eine Erwerbsperson mit 408 AU-Tagen je 100 VJ durchschnittlich gut vier Tage mit der expliziten Angabe einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig gemeldet. Im Vergleich zu 2019 entspricht dies einem Zuwachs von fünf Prozent. Das Schwerpunktkapitel zum diesjährigen Gesundheitsreport befasst sich – nicht zuletzt auch vor diesem Hintergrund – mit Risikofaktoren für psychische Erkrankungen bei Berufstätigen.

Das weiter gefasste Thema „Psychische Gesundheit im Erwerbsleben“ wurde im Gesundheitsreport der BARMER zuletzt 2014, und seinerzeit basierend auf Daten bis 2012, ausführlich thematisiert, auf den an dieser Stelle ergänzend ausdrücklich verwiesen sei. 2012 waren durchschnittlich erst gut drei AU-Tage je Erwerbsperson mit Diagnosen psychischer Störungen gemeldet worden.

Allgemein diskutierte Risikofaktoren

Häufigkeiten und Verläufe von bestimmten psychischen Erkrankungen sowie deren Wahrnehmung beziehungsweise Diagnosen und Auswirkungen hängen ganz allgemein von einer Vielzahl an Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen ab. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit lassen sich in diesem Kontext Faktoren wie familiäre Häufungen oder genetische Dispositionen, körperlich-somatische Veränderungen und Erkrankungen, soziale und gesellschaftliche Umstände sowie Umwelteinflüsse, traumatische Erlebnisse und besondere Belastungen aufführen.

Risikofaktoren im beruflichen Umfeld

Auch Belastungen im beruflichen Umfeld können das Risiko für psychische Erkrankungen erhöhen. Diese erscheinen im Kontext des betrieblichen Gesundheitsmanagements von besonderem Interesse, da hier am ehesten Einflussmöglichkeiten auch seitens eines Betriebs gesehen werden können. Dabei werden als Risikofaktoren für psychische Erkrankungen im beruflichen Umfeld wissenschaftlich naheliegenderweise insbesondere psychosoziale Belastungen diskutiert. Hierzu zählen Kombinationen aus hohen Arbeitsanforderungen und einem geringen Tätigkeitsspielraum (Job-Strain), aus hoher Verausgabung bei geringer Belohnung (Gratifikationskrisen, Effort-Reward-Imbalance), zudem fehlende soziale Unterstützung, Mobbing, negatives Arbeitsklima, Konflikte am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzunsicherheit, organisationale Ungerechtigkeit, ein geringer Ermessensspieldraum, lange Arbeitszeiten, Schicht- und Nachtarbeit, Gewalterfahrungen und sexuelle Belästigungen (Seidler et al., 2022).

Im Rahmen ihres kürzlich veröffentlichten systematischen Reviews mit Metaanalyse fanden Seidler et al. bei einer gepoolten Analyse von Studienergebnissen eine Verdopplung des Risikos für Depressionen bei hohem Job-Strain. Auch für andere Belastungen waren Einflüsse auf das Depressionsrisiko nachweisbar. Hohe berufliche Anforderungen waren – als eine der beiden Dimensionen des Job-Strain – nach den Ergebnissen der Metaanalysen auch mit erhöhten Risiken für Angststörungen assoziiert. Im Hinblick auf Burnout, somatoforme Störungen und Suizidgedanken sowie Suizide zeigten sich nach den Rechercheergebnissen in einzelnen Studien teils deutlich erhöhte Risiken für psychische Erkrankungen, wobei jedoch gepoolte Analysen aufgrund einer unzureichenden Studienlage nicht durchgeführt werden konnten. Die Autorinnen und Autoren ziehen aus ihrem systematischen Review folgende Schlüsse:

nach Ergebnissen von
Metaanalysen Verdopplung des Risikos für
Depressionen durch
hohe Arbeitsanforderungen mit geringem
Tätigkeitsspielraum

- „Die Arbeitsanamnese soll auch die psychosozialen Arbeitsbedingungen (unter anderem zeitliche und emotionale Arbeitsanforderungen, Tätigkeitsspielräume, Anerkennung, Arbeitsplatzsicherheit) umfassen.“

- Die Vermeidung überhöhter Arbeitsanforderungen und die Gewährleistung von Tätigkeitspielräumen kann zur Prävention psychischer Erkrankungen beitragen.
- Bestehen Hinweise auf eine drohende Depression beziehungsweise Angststörung bei hohen beruflichen Belastungen, empfiehlt sich (mit Einverständnis der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters) eine Kontaktaufnahme mit der betreuenden Betriebsärztin / dem betreuenden Betriebsarzt“ (Seidler et al., 2022).

In diesem Kontext sei auch auf die den Unternehmen vom Gesetzgeber (Arbeitsschutzgesetz § 5) auferlegte Gefährdungsbeurteilung „psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz“ und deren regelmäßiger Review hingewiesen.

Operationalisierung von Risikofaktoren mit Routinedaten bei Krankenkassen

psychosoziale berufliche Belastungen als Risikofaktoren für psychische Erkrankungen mit Routinedaten nur eingeschränkt abbildbar

Wie bei anderen Kapiteln wurden auch Analysen zum Schwerpunkt des Gesundheitsreports auf der Basis der routinemäßig an die BARMER übermittelten Daten zu Arbeitsunfähigkeiten sowie zu Diagnosen und Inanspruchnahmen der gesundheitlichen Versorgung durchgeführt. Während diese Daten umfangreiche Informationen zu psychischen Erkrankungen sowie deren Behandlungen beinhalten, lässt sich der weit überwiegende Teil der zuvor erwähnten psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz nur eingeschränkt aus den routinemäßig verfügbaren Daten ableiten. Psychosoziale berufliche Belastungen resultieren sowohl aus dem beruflichen Umfeld als auch aus dem Agieren und den Wahrnehmungen der Berufstätigen in dieser Umgebung, die in erster Linie durch Befragungen erfasst werden können. Entsprechende Befragungen können in einzelnen Betrieben im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements und dabei auch mit Unterstützung durch Krankenkassen durchgeführt werden. Ergebnisse von Befragungen sind jedoch kein Bestandteil der routinemäßig bei Krankenkassen vorhandenen Daten.

Direkte Hinweise auf gesundheitliche Zustände liefern in den Routinedaten bei Krankenkassen weitgehend ausschließlich Diagnosekodes gemäß der ICD-10-Klassifikation. In der primär zur Kodierung von Erkrankungen geschaffenen ICD-10-Klassifikation können

nur ausnahmsweise auch explizit beruflich bedingte Belastungen dokumentiert werden. Eine Dokumentation von psychosozialen Belastungen mit explizitem Verweis auf einen beruflichen Hintergrund ist ausschließlich mit dem Kode **Z56 „Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben“** möglich. Mit dem Kode Z56 können dann potenziell allerdings sehr unterschiedliche Gegebenheiten erfasst werden. Gelistet werden in den Erläuterungen zum Kode Situationen wie Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzwechsel, belastende Einteilung der Arbeitszeit, drohender Arbeitsplatzverlust, nicht zusagende Arbeit, Schichtarbeit, schwierige Arbeitsbedingungen sowie Unstimmigkeiten mit Vorgesetzten oder Arbeitskolleginnen und -kollegen. Welche dieser Situationen im Einzelfall ausschlaggebend war, kann bei der Dokumentation des Kodes nicht differenziert werden. Im Jahr 2021 wurde der ICD-10-Kode nach Ergebnissen sektorenübergreifender Auswertungen bei 0,79 Prozent der Erwerbspersonen dokumentiert (vgl. Tabelle 3.1).

Neben dem Kode Z56 existieren in der ICD-10-Klassifikation zwei weitere Kodes, mit denen psychosoziale Belastungen dokumentiert werden können, nämlich die Kodes **Z60 „Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung“** und **Z73 „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“**. Mit diesen Kodes wird jedoch kein expliziter Zusammenhang zwischen der Belastung und der beruflichen Situation hergestellt. Insofern bleibt bei einer Dokumentation dieser Kodes stets unklar, ob die Belastungen primär im beruflichen oder im privaten Umfeld aufgetreten sind. Von den beiden Kodes wird insbesondere der Kode Z73 „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ vergleichsweise häufig dokumentiert, mit dem unter anderem auch ein Burnout dokumentiert werden kann, womit der Kode dann gemäß der Betrachtungsweise im zitierten Review eher eine Erkrankungssituation als einen Risikofaktor für eine Erkrankung anzeigen würde. Ein spezifischer und eindeutiger Kode für einen Burnout ist innerhalb der in Deutschland verwendeten ICD-10-Klassifikation nicht enthalten, womit genauere Analysen zu dieser Diagnose grundsätzlich nicht möglich sind. Im Jahr 2021 war der Kode Z73 sektorenübergreifend bei 1,97 Prozent der Erwerbspersonen dokumentiert (vgl. Tabelle 3.1).

Identifikation von Risiko-
faktoren für psychische
Erkrankungen in
Routinedaten erfordert
andere Herangehens-
weisen als bei
Befragungsstudien.

Eine Identifikation von Risikofaktoren für psychische Erkrankungen basierend auf den Routinedaten bei Krankenkassen bedarf vor dem geschilderten Hintergrund zweifellos einer abweichenden Herangehensweise als bei Studien mit Befragungsergebnissen. Da Merkmalsumfänge von Routinedaten allenfalls mittelfristig modifiziert werden können, müssen sich denkbare Vorgehensweise an den aktuell in Routinedaten verfügbaren Informationen orientieren.

Neben Merkmalen im Sinne von Risikofaktoren müssen für Analysen von Routinedaten, wie auch bei anderen Studien, die konkret betrachteten Risiken festgelegt und operationalisiert werden. Bei einer Betrachtung von Risiken kann entweder eine bestimmte psychische Störung, wie beispielsweise die Depression, fokussiert werden, was dem Vorgehen der von Seidler et al. betrachteten Studien nahekommen würde. Alternativ könnten Analysen aber auch psychische Erkrankungen (weitgehend) insgesamt in den Blick nehmen. Dabei muss zudem entschieden werden, ob Hinweise auf psychische Erkrankungen generell oder beispielsweise ausschließlich im Falle von Arbeitsunfähigkeiten betrachtet werden sollen. Abhängig von diesen Entscheidungen müssen schließlich Eingrenzungen der Untersuchungspopulationen und Beobachtungszeiträume erfolgen.

nachfolgende Kapitel
mit Fokus auf Risiko-
faktoren für AUs
aufgrund psychischer
Störungen

Bereits an dieser Stelle sei vorweggenommen, dass sich nachfolgende Kapitel zu Risiken psychischer Erkrankungen weitgehend ausschließlich mit Risiken für Erkrankungen mit gemeldeter Arbeitsunfähigkeit befassen werden – anders formuliert also mit Risiken für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen. Dies lässt sich zum einen damit begründen, dass im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements derartige Erkrankungsfälle von besonderem Interesse sind. Zum anderen zeigen Arbeitsunfähigkeiten auch – unabhängig von der Diagnose – einen gewissen Grad der jeweils bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen an, wobei die Dauer bescheinigter Arbeitsunfähigkeiten zusätzliche Hinweise auf die Erkrankungsschwere liefern kann.

3.1 Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Erwerbspersonen

Das folgende Kapitel befasst sich zunächst mit den Häufigkeiten psychischer Erkrankungen in der Gesamtgruppe der Erwerbspersonen auf unterschiedlichen Ebenen der ICD-10-Klassifikation. Beantwortet werden soll die Frage, wie häufig psychische Störungen insgesamt und bei einer Differenzierung einzelner Diagnosen in unterschiedlichen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung bei Erwerbspersonen dokumentiert sind.

Diagnosen

Direkte Hinweise auf bestimmte gesundheitliche Beschwerden und Erkrankungen von Versicherten werden an die Krankenkassen ganz allgemein und, wie bereits erwähnt, weitgehend ausschließlich in Form von Diagnoseschlüsseln übermittelt. Krankenkassen erhalten von Ärztinnen und Ärzten in der Regel also ausschließlich Diagnosekodes, die dann bestimmte Erkrankungen bezeichnen. Zur Kodierung von Diagnosen wird seit dem Jahr 2000 im deutschen Gesundheitssystem durchgängig die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision“ (ICD-10) verwendet. Innerhalb der ICD-10-Klassifikation werden psychische Erkrankungen in einem engeren Sinne im Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ zusammengefasst. Das Kapitel V ist in elf Diagnosegruppen unterteilt und umfasst insgesamt 79 unterschiedliche ICD-10-Diagnoseschlüssel auf der dreistelligen Differenzierungs Ebene, die ihrerseits typischerweise noch mindestens auf einer Ebene vierstelliger Schlüssel weiter differenziert werden können.

Studienpopulationen – Methoden

Zur Beschreibung der Häufigkeit von Erkrankungen bieten sich bei Auswertungen der Routinedaten bei Krankenkassen in erster Linie Ein-Jahres-Diagnoseprävalenzen an, die auch zur Beschreibung von Veränderungen zwischen Beobachtungsjahren genutzt werden können. Zur Ermittlung von Diagnoseprävalenzen wurden nachfolgend, neben den AU-Diagnosen, sektorenübergreifend auch Diagnoseangaben aus der ambulanten und stationären Versorgung berücksichtigt. Prävalenzen werden in der Epidemiologie übli-

cherweise bezogen auf Personen (und nicht bezogen auf Versicherungsjahre) berichtet. Die nachfolgenden Ergebnisse beruhen vor diesem Hintergrund (abweichend zum Routineteil des Reports) auf Erwerbspersonen, die gemäß Studienfestlegungen jeweils am 1. Januar eines Beobachtungsjahres als Erwerbsperson bei der BARMER versichert gewesen sein mussten. Altersbegrenzungen (15 bis 64 Jahre) und die Standardisierung entsprechen, sofern nicht anders erwähnt, dem Vorgehen im Routineteil. Durchschnittlich waren die Erwerbspersonen in dem hier zunächst vorrangig betrachteten Beobachtungsjahr 2021 durchschnittlich 357,5 Tage nachweislich – und damit überwiegend ganzjährig – bei der BARMER versichert, davon 350,5 Tage als Erwerbspersonen, also gegebenenfalls mit einer Verpflichtung zur Abgabe einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung.

Häufigkeiten von Diagnosen psychischer Störungen insgesamt

Tabelle 3.1 bietet einen ersten umfassenden Überblick zur Häufigkeit von psychischen Erkrankungen bei Erwerbspersonen im Jahr 2021 – dem Zeitraum, für den die Auswertungen bereits auch auf Daten aus der ambulanten Versorgung zugreifen konnten. Die ersten vier Ergebnisspalten enthalten von links nach rechts Angaben zu Anteilen von Erwerbspersonen, die von einer gelisteten Diagnose oder Diagnosen aus einer genannten Gruppe

1. nach Auswertungen zu Daten aus allen berücksichtigten Sektoren der Versorgung,
2. nach Rückgriff ausschließlich auf Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung,
3. speziell (auch) im Rahmen einer bescheinigten Arbeitsunfähigkeit sowie
4. speziell im Rahmen einer Krankenhausbehandlung mit einem entsprechenden Hauptbehandlungsanlass

betroffen waren.

Die zwei abgesetzten rechten Spalten 5 und 6 der Tabelle zeigen Ergebnisse zur durchschnittlichen Anzahl der AU-Tage sowie deren Anteil an der Gesamtzahl aller AU-Tage aufgrund psychischer Störungen, die mit den genannten Diagnosen gemeldet wurden.

Aufgeführt werden in den Tabellenzeilen Ergebnisse zu allen elf Diagnosegruppen des Kapitels V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-Klassifikation sowie Ergebnisse zu ausgewählten dreistelligen Diagnosen. In jedem Fall gelistet sind dreistellige Diagnosen, sofern die Diagnosen 2021 mindestens ein Prozent der Erwerbspersonen betrafen und/oder für mindestens ein Prozent der Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen verantwortlich waren. Entsprechende Ergebnisse, auch differenziert nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesländern, stehen als Ergänzung zum vorliegenden Report in Form interaktiver Grafiken für die Jahre von 2014 bis 2021 im Internet zur Verfügung.



www.bifg.de/Y925KC

Bei gut einem Drittel aller berücksichtigten Erwerbspersonen (34,6 Prozent) wurde 2021 mindestens eine Diagnose aus dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ dokumentiert (vgl. abschließende Ergebniszeile in Tabelle 3.1). Mit 34,2 Prozent lag der Anteil Betroffener nach Auswertungen ausschließlich von Diagnosen aus der ambulanten (kassen)ärztlichen Versorgung kaum niedriger. Bei einem weit überwiegenden Teil aller Betroffenen waren entsprechende Diagnosen demnach (auch) in den Abrechnungsdaten der niedergelassenen Ärzte dokumentiert. Lediglich 7,1 Prozent der Erwerbspersonen, also rund ein Fünftel der insgesamt Betroffenen, waren im Jahr 2021 auch mit expliziter Nennung der Diagnose einer psychischen Störung arbeitsunfähig gemeldet. Knapp ein Prozent der Erwerbspersonen wurde 2021 mit Nennung einer entsprechenden Diagnose als Hauptbehandlungsanlass im Krankenhaus behandelt.

Diagnosen psychischer Störungen 2021 bei 35 % der Erwerbspersonen, 7 % mit AUs aufgrund entsprechender Diagnosen, knapp 1 % mit Krankenhausbehandlung

Je 100 Erwerbspersonen wurden 2021 nach den hier dargestellten Auswertungen 396 Arbeitsunfähigkeitstage mit Diagnose einer psychischen Störung erfasst, was durchschnittlich knapp vier Fehltagen pro Jahr und Person entspricht. Dieses Ergebnis entspricht damit, trotz abweichender methodischer Vorgehensweise und einer Verwendung aktualisierter Daten, weitgehend der im Rahmen der Routineauswertungen zum Gesundheitsreport für 2022 ermittelten Zahl. Abweichungen der hier berichteten Ergebnisse gegenüber den bereits im Vorjahr gemeldeten Werten resultieren in erster Linie daraus, dass in Daten zum Jahr 2022 auch einige AU-Fälle zu 2021 nachgemeldet wurden.

Tabelle 3.1: Betroffene und Fehlzeiten mit Diagnosen psychischer Störungen 2021

ICD-10-Kodes, Diagnosegruppen sowie ausgewählte 3-stellige Diagnosen	Anteil Erwerbspersonen mit Diagnose in Prozent				AU-Tage je 100 Erwerbspersonen	
	gesamt*	ambulant*	AU	KH**	Anzahl	Anteil in Prozent
F00–F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0,501	0,451	0,022	0,009	1,1	0,3
F10–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	7,963	7,675	0,254	0,226	15,6	4,0
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,297	1,158	0,172	0,164	10,5	2,7
F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	6,609	6,436	0,007	0,000	0,2	0,1
F20–F29 Schizophrenie, schizotypale und wahnhafte Störungen	0,575	0,550	0,100	0,055	7,7	2,0
F20 Schizophrenie	0,308	0,294	0,055	0,031	4,1	1,0
F30–F39 Affektive Störungen	13,329	13,142	2,160	0,415	182,1	46,0
F31 Bipolare affektive Störung	0,261	0,251	0,040	0,017	3,6	0,9
F32 Depressive Episode	10,907	10,715	1,553	0,163	120,3	30,4
F33 Rezidivierende depressive Störung	4,369	4,189	0,577	0,247	55,5	14,0
F34 Anhaltende affektive Störungen	1,140	1,130	0,042	0,001	2,3	0,6
F40–F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	22,938	22,627	4,710	0,181	177,1	44,8
F40 Phobische Störungen	1,247	1,218	0,027	0,008	2,2	0,6
F41 Andere Angststörungen	5,918	5,842	0,450	0,031	31,0	7,8
F42 Zwangsstörung	0,550	0,538	0,026	0,009	2,0	0,5
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	10,222	10,006	2,589	0,064	82,0	20,7
F45 Somatoforme Störungen	9,606	9,514	0,594	0,061	22,5	5,7
F48 Andere neurotische Störungen	4,428	4,285	1,224	0,001	36,7	9,3
F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	3,467	3,425	0,091	0,014	3,6	0,9
F50 Essstörungen	0,600	0,589	0,017	0,010	1,3	0,3
F51 Nichtorganische Schlafstörungen	1,056	1,042	0,056	0,003	1,7	0,4
F52 Sexuelle Funktionsstörungen	1,431	1,428	0,003	0,000	0,0	0,0
F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1,811	1,765	0,076	0,045	5,8	1,5
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	1,083	1,052	0,046	0,031	4,2	1,1

ICD-10-Kodes, Diagnosegruppen sowie ausgewählte 3-stellige Diagnosen	Anteil Erwerbspersonen mit Diagnose in Prozent				AU-Tage je 100 Erwerbspersonen	
	gesamt*	ambulant*	AU	KH**	Anzahl	Anteil in Prozent
F70–F79 Intelligenzstörung	0,542	0,534	0,010	0,005	0,2	0,1
F80–F89 Entwicklungsstörungen	0,658	0,653	0,008	0,001	0,3	0,1
F90–F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1,357	1,342	0,025	0,005	1,2	0,3
F90 Hyperkinetische Störungen	0,817	0,809	0,012	0,002	0,7	0,2
F99–F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0,305	0,300	0,022	0,000	0,6	0,2
Z56, Z60, Z73 Ausgewählte Diagnosen aus Kapitel XXI	2,901	2,777	0,384	0,000	10,1	-
Z56 Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben	0,788	0,770	0,101	0,000	2,9	-
Z60 Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung	0,319	0,254	0,038	0,000	1,2	-
Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	1,973	1,924	0,247	0,000	6,0	-
F00–F99 Insgesamt	34,639	34,226	7,061	0,896	395,5	100

* Aus der ambulanten ärztlichen Versorgung wurden ausschließlich als gesichert gekennzeichnete Diagnosen berücksichtigt, Gesamtwerte unter Berücksichtigung auch von Nebendiagnosen zu Krankenhausaufenthalten.

** KH: ausschließlich Hauptentlassungsdiagnosen, die bei Krankenausaufenthalten den Hauptbehandlungsanlass kennzeichnen.

Quelle: BARMER-Daten 2021, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2021, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n = 3.843.071), standardisiert ET2010

Diagnosespektrum psychischer Erkrankungen bei Erwerbspersonen

Im Hinblick auf gemeldete Arbeitsfehlzeiten bilden innerhalb des Kapitels V auf der Ebene der elf Diagnosegruppen „Affektive Störungen“ (ICD-10-Kodes F30 bis F39) die bedeutsamste Erkrankungsgruppe (vgl. rechte Spalte in Tabelle 3.1). Im Jahr 2021 ließen sich den zugehörigen Diagnosen 46,0 Prozent aller Fehltage aufgrund von psychischen Störungen zuordnen. Der weit überwiegende Teil dieser Fehltage entfiel dabei mit 30,4 und 14,0 Prozent auf die beiden Diagnosen „Depressive Episode“ (F32) sowie „Rezidivierende depressive Störungen“ (F33) und damit auf Diagnosen von Depressionen im engeren Sinne. In einer Reihe von Studien wird zudem auch der vierstellige ICD-10-Kode F34.1 „Dysthymia“, auf den 0,6 Prozent der Fehltage entfielen, gleichfalls den Depressionen

Fehltage mit Diagnosen aus der ICD-10-Gruppe „Affektive Störungen“ sind 2021 zu mehr als 97 % Depressionen zuzuordnen.

zugeordnet. Insgesamt lassen sich damit 97,7 Prozent aller Fehltage aus der Diagnosegruppe der „Affektiven Störungen“ Depressionsdiagnosen zuschreiben. Die Diagnosegruppe umfasst hinsichtlich der Fehlzeiten also fast ausschließlich Fehltage, die Depressionen zugeordnet werden können. Eine nennenswerte Ausnahme bilden lediglich „Bipolare affektive Störungen“ (F31), die für 0,9 Prozent aller Fehltage aufgrund psychischer Störungen verantwortlich waren und bei Patientinnen und Patienten diagnostiziert werden, bei denen Erkrankungsphasen zwischen Depressionen und Manien wechseln.

Ein ähnlich relevanter Anteil der Fehltage wie bei „Affektiven Störungen“ resultierte 2021 mit 44,8 Prozent aus Arbeitsunfähigkeiten mit Diagnosekodes aus der ICD-10-Gruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (ICD-10-Kodes F40 bis F48). Die meisten Fehltage innerhalb dieser Gruppe lassen sich mit 20,7 Prozent „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) zuordnen. Relevante Anteile sind des Weiteren den dreistelligen Diagnosen „Andere Angststörungen“ (F41; 7,8 Prozent), „Somatoforme Störungen“ (F45; 5,7 Prozent) sowie „Andere neurotische Störungen“ (F48; 9,3 Prozent) zugeordnet. Das Spektrum der Diagnosen aus dieser Gruppe erscheint dabei auf den ersten Blick deutlich heterogener als bei „Affektiven Störungen“. Die beiden Kodes F40 und F42 lassen sich dabei zu Angststörungen zusammenfassen, zum Kode F43 zählen neben akuten Belastungsreaktionen auch posttraumatische Belastungsstörungen. Mit dem gleichfalls bedeutsamen Kode F45 werden somatoforme Störungen mit deutlich abweichender Symptomatik erfasst.

Mehr als 90 % aller Fehltage aufgrund psychischer Störungen wurden 2021 mit Kodes aus nur 2 der 11 möglichen ICD-10-Diagnosegruppen gemeldet.

Nachdem den beiden zuvor genannten Diagnosegruppen mit den ICD-10-Kodes von F30 bis F48 bereits 90,8 Prozent aller Fehltage aufgrund psychischer Störungen zugeordnet werden können, kommt den übrigen neun Diagnosegruppen im Hinblick auf die Fehlzeiten nur eine vergleichsweise geringe Bedeutung zu. Eine gewisse Bedeutung mit einem Anteil von 4,0 Prozent besitzen insbesondere noch Diagnosen aus der Gruppe „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (ICD-10-Kodes F10-F19), die den Missbrauch unterschiedlicher Substanzen und deren direkte Folgen beschreiben. Dabei spielt hinsichtlich der Fehlzeiten der Alkoholmissbrauch (ICD-10-Kode F10) die

größte Rolle, dem sich das Schwerpunktkapitel des Gesundheitsreports der BARMER GEK aus dem Jahr 2012 ausführlicher widmete. Eine Diagnose F10 wurde 2021 bei 1,3 Prozent aller Erwerbspersonen dokumentiert. Von der Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ (F17) waren mit 6,6 Prozent noch erheblich mehr Erwerbspersonen betroffen – Fehlzeiten oder Krankenhausbehandlungen mit dieser Diagnose werden jedoch erwartungsgemäß kaum erfasst. Die Interpretation der sektorenübergreifend ermittelten Häufigkeit der Diagnose F17 ist schwierig. Der Anteil der Raucher wird mit dieser Angabe zweifellos unterschätzt. Ob und wann eine entsprechende Diagnose erfasst wird, dürfte maßgeblich auch von der Dokumentation des medizinischen Fachpersonals sowie mit der Relevanz der Diagnosedokumentation im Zusammenhang mit anderen Krankheiten variieren.

3.2 Veränderungen von Erkrankungshäufigkeiten von 2014 bis 2021

Umfassende Darstellungen zu Veränderungen der Häufigkeit von Kennzahlen zu psychischen Erkrankungen gemäß Tabelle 3.1 innerhalb der Jahre 2014 bis 2021 sind ergänzenden interaktiven Grafiken zum Schwerpunkt des Gesundheitsreports im Internet zu entnehmen. An dieser Stelle soll daher nur auf grundlegende Entwicklungen hingewiesen werden. Tabelle 3.2 enthält ausgewählte Ergebnisse zu den Jahren 2014 sowie 2019, 2020 und 2021. In den letzten drei Spalten finden sich zudem Angaben zu relativen Veränderungen der jeweiligen Kennzahlen von 2014 auf 2019, von 2019 auf 2021 sowie über den Gesamtzeitraum von 2014 bis 2021. Dargestellt wird der nach sektorenübergreifenden Auswertungen insgesamt von bestimmten Diagnosen betroffene Anteil der Erwerbspersonen, der Anteil der Erwerbspersonen mit einer Arbeitsunfähigkeit unter Nennung einer entsprechenden Diagnose, die Zahl der je 100 Erwerbspersonen erfassten AU-Tage mit entsprechenden Diagnosen, die Zahl der bei Betroffenen innerhalb des Jahres durchschnittlich dokumentierten AU-Tage und schließlich der Anteil der Erwerbspersonen, der innerhalb des Jahres mit einer entsprechenden Diagnose als Hauptbehandlungsanlass vollstationär im Krankenhaus behandelt wurde.



www.bifg.de/Y925KC

Tabelle 3.2: Betroffene und Fehlzeiten mit Diagnosen psychischer Störungen
2014 bis 2021

Kennzahl	Anteil betroffene Erwerbspersonen in Prozent, AU-Tage je 100 Personen sowie AU-Tage je betroffene Person				Veränderungen in Prozent		
	2014	2019	2020	2021	2019 versus 2014	2021 versus 2019	2021 versus 2014
Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10: F00–F99)							
Anteil Betroffene gesamt*	31,811	34,154	33,694	34,693	+7,4	+1,4	+8,9
Anteil Personen mit AU	6,309	7,019	6,691	7,061	+11,3	+0,6	+11,9
AU-Tage je 100 Personen	330,7	379,9	389,3	395,5	+14,9	+4,1	+19,6
AU-Tage je Betroffenen	52,4	54,1	58,2	56,0	+3,3	+3,5	+6,9
Anteil mit Krankenhausbehandlung**	0,934	0,975	0,852	0,896	+4,3	-8,1	-4,1
Diagnosegruppe Affektive Störungen (ICD-10: F30–F39)							
Anteil Betroffene gesamt*	12,257	13,148	12,997	13,329	+8,4	+1,1	+9,6
Anteil Personen mit AU	2,131	2,225	2,087	2,160	+4,4	-2,9	+1,4
AU-Tage je 100 Personen	161,7	179,9	183,0	182,1	+11,2	+1,2	+12,6
AU-Tage je Betroffenen	75,9	80,8	87,7	84,3	+6,5	+4,3	+11,1
Anteil mit Krankenhausbehandlung**	0,409	0,443	0,388	0,415	+8,3	-6,3	+1,5
Diagnosegruppe Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10: F40–F48)							
Anteil Betroffene gesamt*	21,064	22,496	22,231	22,938	+6,8	+2,0	+8,9
Anteil Personen mit AU	3,981	4,606	4,386	4,710	+15,7	+2,3	+18,3
AU-Tage je 100 Personen	137,3	163,1	169,0	177,1	+18,7	+8,6	+29,0
AU-Tage je Betroffenen	34,5	35,4	38,5	37,6	+2,6	+6,2	+9,0
Anteil mit Krankenhausbehandlung**	0,209	0,195	0,163	0,181	-6,8	-7,4	-13,6

* Aus der ambulanten ärztlichen Versorgung wurden ausschließlich als gesichert gekennzeichnete Diagnosen berücksichtigt; Gesamtwerte unter Berücksichtigung auch von Nebendiagnosen zu Krankenhausaufenthalten.

** Ausschließlich Personen mit entsprechenden Hauptentlassungsdiagnosen bei Krankenausaufenthalten.

Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2021, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar des jeweiligen Jahres, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n = 3.619.308 bis 4.032.707), standardisiert ET2010

Ausgehend von einem ohnehin bereits hohen Niveau hat sich der Anteil der Erwerbspersonen, der von (mindestens) einer Diagnose aus dem Kapitel V „Psychische Störungen“ in einem der Versorgungsbereiche betroffen war, in den Jahren von 2014 bis 2021 nur moderat verändert. Von 2014 bis 2021 stieg er um 8,9 Prozent. Von 2019, dem letzten Jahr vor der Coronapandemie, bis 2021 lässt sich lediglich ein Zuwachs um 1,4 Prozent verzeichnen. Der Anteil der mit entsprechenden Hauptbehandlungsanlässen stationär im Krankenhaus versorgten Erwerbspersonen ist von 2019 auf 2021 sogar merklich, nämlich um 8,1 Prozent, zurückgegangen. Ausschlaggebend dürfte dabei die schwierige Situation im Zuge von Corona-Schutzmaßnahmen in stationären Einrichtungen gewesen sein.

im Zuge der Corona-pandemie nur leichter Anstieg des Anteils der Erwerbspersonen mit diagnostizierten psychischen Störungen insgesamt, weniger stationäre Behandlungen als 2019

Nach einer merklichen Zunahme von 2014 bis 2019 ist der Anteil der Erwerbspersonen mit gemeldeten Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen von 2019 auf 2021 nur geringfügig um 0,6 Prozent gestiegen. Da in dieser Zeit jedoch auch die durchschnittlich bei Betroffenen erfassten Fehlzeiten stiegen, lässt sich im Hinblick auf die AU-Tage je 100 Erwerbspersonen ein stärkerer Zuwachs um 4,1 Prozent verzeichnen. Im Vergleich zu 2014 sind die Fehlzeiten mit Diagnosen psychischer Störungen damit insgesamt um knapp 20 Prozent gestiegen. Nach einem Blick auf die Veränderungen vor 2020 hätte ein entsprechender Zuwachs allerdings auch ohne die Coronapandemie im Bereich erwartbarer Veränderungen gelegen.

Im Hinblick auf den Anteil der sektorenübergreifend betroffenen Erwerbspersonen zeigt sich bei Diagnosen affektiver Störungen in den Jahren von 2014 bis 2021 ein ähnlicher Trend wie bei Diagnosen aus dem Kapitel V insgesamt. Der Anteil der Personen, bei denen Arbeitsunfähigkeiten mit entsprechenden Diagnosen (überwiegend im Sinne von Depressionen) gemeldet wurden, lag in den ersten beiden Jahren der Coronapandemie allerdings niedriger als 2019. Da auch hier die AU-Tage, die durchschnittlich innerhalb des Jahres bei einzelnen Betroffenen erfasst wurden, 2020 und 2021 noch höher als 2019 lagen, ist es in den ersten beiden Jahren der Pandemie jedoch auch bei affektiven Störungen nicht zu einem Rückgang der gemeldeten Fehlzeiten gekommen. Seit dem Jahr 2019 wurden

Betroffene mit AUs aufgrund affektiver Störungen in Jahren ab 2019 durchschnittlich >80 Tage mit entsprechenden Diagnosen krankgeschrieben

nach den vorliegenden Ergebnissen im Falle von Fehlzeiten aufgrund affektiver Störungen bei den Betroffenen im jeweils betrachteten Jahr durchschnittlich mehr als 80 AU-Tage erfasst. Krankschreibungen mit entsprechenden Diagnosen führen demnach häufig zu sehr langwierigen Arbeitsausfällen.

Ergebnisse zur Diagnosegruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (ICD-10: F40-F48) mit ihrem heterogenen Spektrum weichen insgesamt merklich von denen zu affektiven Störungen ab. So waren Betroffene bei Krankmeldungen mit Diagnosen aus dieser Gruppe in allen betrachteten Jahren durchschnittlich weniger als 40 Tage unter entsprechenden Diagnosen arbeitsunfähig gemeldet und damit weniger als halb so viele Tage wie Betroffene mit affektiven Störungen. Diagnosen aus dieser Gruppe sind demnach bei Betroffenen in der Regel mit weniger gravierenden Arbeitsausfällen wie affektive Störungen assoziiert. Allerdings ist die Bedeutung der Diagnosen mit den Kodes von F40 bis F48 im Hinblick auf gemeldete Arbeitsunfähigkeiten in den Jahren von 2014 bis 2021 deutlich gestiegen. Der Anteil der Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten unter entsprechenden Diagnosen stieg im genannten Zeitraum um 18,3 Prozent, die Zahl der dabei erfassten Fehltage sogar um 29,0 Prozent.

Hinweise auf Entwicklungen bei weiteren Diagnosegruppen und Diagnosen



www.bifg.de/Y925KC

Ergebnisse zu weiteren Diagnosegruppen sowie zu häufigen dreistelligen Diagnosen (vgl. Tabelle 3.1) sind der interaktiven Grafik zum Schwerpunkt des Gesundheitsreports auf der Website des bifg zu entnehmen. Hingewiesen werden soll an dieser Stelle – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – lediglich auf einige bemerkenswert erscheinende Ergebnisse.

- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol wurden in den beiden ersten Jahren der Coronapandemie 2020 und 2021 bei anteilig weniger Erwerbspersonen als 2019 dokumentiert.
- Während sich die Dokumentationshäufigkeit der Diagnose F32 „Depressive Episode“ in den Jahren von 2014 bis 2021 nur wenig verändert hat, ist die Dokumentationshäufigkeit der Diagnose F33 „Rezidivierende depressive Störung“ merklich gestiegen, wobei

dieser Trend durch die Coronapandemie bei Erwerbspersonen insgesamt kaum beeinflusst erscheint.

- Die Diagnose F41 „Andere Angststörungen“ wurde in den Jahren 2020 und 2021 merklich häufiger als in den Vorjahren dokumentiert. Bei Zwangsstörungen (F42) zeigt sich demgegenüber ein deutlicher und kontinuierlicher Anstieg über alle Beobachtungsjahre. Auch bei Reaktionen auf schwere Belastungen (F43) lässt sich eine Zunahme über die Jahre, hier allerdings unterbrochen durch einen leichten Rückgang 2020, verzeichnen.
- Essstörungen (F50) wurden insbesondere 2021 vergleichsweise häufig dokumentiert. Dies gilt auch für „Nichtorganische Schlafstörungen“ (F51), deren Dokumentationshäufigkeit allerdings auch schon in den Vorjahren merklich zugenommen hat.
- Diagnosen aus der Gruppe der Entwicklungsstörungen (F80-F89), die traditionell vorrangig im Kindes- und Jugendalter dokumentiert werden, wurden in den Jahren von 2014 bis 2021 zunehmend häufiger auch bei Erwerbspersonen dokumentiert.
- Entsprechendes gilt auch für die Diagnose „Hyperkinetische Störungen“ (F90), mit der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) erfasst werden. Hier hat sich der Anteil an Erwerbspersonen mit einer entsprechenden Diagnose von 2014 bis 2021 verdoppelt. 2021 betraf die Diagnose damit geschlechts- und altersübergreifend bereits 0,82 Prozent der Erwerbspersonen. Zu diesem Anstieg dürfte maßgeblich die in Deutschland erst seit Juli 2011 bei Erwachsenen mögliche Verordnung von Psychostimulanzen wie Methylphenidat beigetragen haben. Die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegenden Verordnungen entsprechender Substanzen sind nur bei Vorliegen einer ADHS-Diagnose möglich.
- Bei den drei in Tabelle 3.1 ergänzend aufgeführten Z-Diagnosen ist es im Zuge der Coronapandemie nicht zu Anstiegen der Dokumentationshäufigkeit gekommen.

3.3 Verteilung von Fehlzeiten auf Erwerbspersonen und Betroffene

Erkrankungsbedingte Fehlzeiten resultieren in der Summe allgemein sehr maßgeblich aus relativ wenigen Arbeitsunfähigkeitsfällen mit langer Dauer (vgl. Abbildung 1.1 sowie Tabelle 1.3 im Routineteil des Reports). Im Jahr 2021 waren diejenigen 5,5 Prozent der gemeldeten AU-Fälle mit mehr als sechs Wochen Dauer für mehr als die Hälfte der insge-

samt erfassten Fehlzeiten verantwortlich. Dabei dauern Krankschreibungsfälle mit Diagnosen psychischer Störungen erheblich länger als Krankschreibungen mit fast allen anderen Diagnosen (vgl. Abbildung 2.3 im Routineteil). Bereits vor diesem Hintergrund erscheinen bei nachfolgenden Auswertungen insbesondere diejenigen Risikofaktoren relevant, die sich auf Risiken für längerfristige Krankschreibungen mit entsprechenden Diagnosen auswirken.

Im Gegensatz zu den zuvor zitierten fallbezogenen Ergebnisdarstellungen enthält Tabelle 3.3 Ergebnisse zur Verteilung der Fehlzeiten auf Personen. Dargestellt werden in den fünf Ergebnisabschnitten neben Ergebnissen zum Jahr 2021 ergänzend auch Ergebnisse zum Jahr 2022, auf die erst später eingegangen werden soll.

Unterschieden werden in der Tabelle Personen, bei denen innerhalb eines Jahres 1 bis 14, 15 bis 42 oder mehr als 42 AU-Tage insgesamt oder mit den jeweils genannten Diagnosen erfasst wurden. Innerhalb des Jahres 2021 wurden diagnoseübergreifend bei 24,7 Prozent der Erwerbspersonen 1 bis 14 AU-Tage dokumentiert, bei 14,2 Prozent der Erwerbspersonen waren es 15 bis 42 Tage. 10,1 Prozent der Erwerbspersonen waren innerhalb des Jahres 2021 mehr als 42 Tage, also insgesamt mehr als sechs Wochen, arbeitsunfähig gemeldet. Wenigsten ein AU-Tag war damit bei insgesamt 49,0 Prozent aller Erwerbspersonen dokumentiert – dementsprechend fand sich bei 51,0 Prozent der Erwerbspersonen kein Hinweis auf eine AU (vgl. Abschnitt 1 von Tabelle 3.3).

Wie bereits in Tabelle 3.2 gezeigt, wurde 2021 bei 7,06 Prozent der Erwerbspersonen mindestens ein AU-Tag aufgrund psychischer Störungen dokumentiert. Von AUs mit Diagnosen affektiver Störungen waren gemäß Angaben in Tabelle 3.3 lediglich 2,16 Prozent aller Erwerbspersonen betroffen, darunter 1,02 Prozent mit mehr als 42 AU-Tagen unter entsprechenden Diagnosen. Von allen Personen mit AUs unter Diagnosen affektiver Störungen waren innerhalb des Jahres 2021 damit 47,3 Prozent länger als sechs Wochen mit diesen Diagnosen arbeitsunfähig gemeldet (vgl. Abschnitt 2). Dieser Gruppe konnten 2021 dabei 88,8 Prozent aller mit Diagnosen affektiver Störungen erfassten Fehlzeiten zugeordnet werden, wohingegen den verbleibenden 52,7 Prozent der Betroffenen nur 2,2 plus 9,0, also insgesamt 11,2 Prozent der Fehlzeiten zuzuordnen waren (vgl. Abschnitt 5).

Von den rechnerisch diagnoseübergreifend insgesamt erfassten 1.698 AU-Tagen je 100 Erwerbspersonen 2021 waren mit 182 AU-Tagen mehr als zehn Prozent aller AU-Tage den unter Diagnosen affektiver Störungen gemeldeten Fehlzeiten zuzuordnen, wobei mit knapp 162 Tagen ein Großteil dieser Fehlzeiten auf die langfristig über mehr als sechs Wochen betroffenen Personen entfiel (vgl. Abschnitt 3). Durchschnittlich waren diese langfristig Betroffenen innerhalb des Jahres 2021 dann 158,5 Tage mit Diagnosen affektiver Störungen arbeitsunfähig gemeldet (vgl. Abschnitt 4). Beschränkt man die Auswertungen zu affektiven Störungen mit den ICD-10-Kodes F30 bis F39 weiter auf die dominierende Subgruppe der Depressionsdiagnosen mit den Kodes F32 und F33, ergeben sich nur geringfügig abweichende Ergebnisse.

Ein Großteil der Fehlzeiten mit psychischen Erkrankungen entfällt auf langfristig Betroffene. Vorrangig erscheint daher die Identifikation von Risikofaktoren für länger dauernde Erkrankungen.

Tabelle 3.3: Fehlzeiten mit ausgewählten AU-Diagnosen in Personengruppen nach Zahl der Fehltage 2021 sowie 2022

AU-Diagnosen (ICD-10-Kode)	Fehlzeiten im Jahr 2021			Fehlzeiten im Jahr 2022		
	1 bis 14 AU-Tage	15 bis 42 AU-Tage	>42 AU-Tage	1 bis 14 AU-Tage	15 bis 42 AU-Tage	>42 AU-Tage
Abschnitt 1	Anteil der Erwerbspersonen in Prozent (in Klammern: Werte inklusive Kategorien mit mehr AU-Tagen)					
beliebige Diagnose (A00–Z99)	24,73 (48,98)	14,18 (24,26)	10,08	35,17 (71,29)	23,79 (36,12)	12,33
Kapitel V (F00–F99)	2,68 (7,06)	2,22 (4,38)	2,16	3,26 (7,79)	2,37 (4,53)	2,16
Affektive Störungen (F30–F39)	0,52 (2,16)	0,62 (1,64)	1,02	0,64 (2,27)	0,64 (1,63)	0,99
Depressionen (F32, F33)	0,50 (2,08)	0,59 (1,58)	0,98	0,62 (2,19)	0,61 (1,57)	0,96
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48)	2,21 (4,71)	1,60 (2,50)	0,90	2,69 (5,33)	1,71 (2,64)	0,93
Abschnitt 2	Anteil an den Betroffenen mit genannten Diagnosen in Prozent					
beliebige Diagnose (A00–Z99)	50,5	28,9	20,6	49,3	33,4	17,3
Kapitel V (F00–F99)	38,0	31,4	30,6	41,8	30,4	27,8
Affektive Störungen (F30–F39)	24,2	28,5	47,3	28,3	28,0	43,7
Depressionen (F32, F33)	24,0	28,6	47,4	28,1	28,0	43,9
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48)	47,0	33,9	19,1	50,5	32,1	17,4

AU-Diagnosen (ICD-10-Kode)	Fehlzeiten im Jahr 2021			Fehlzeiten im Jahr 2022		
	1 bis 14 AU-Tage	15 bis 42 AU-Tage	>42 AU-Tage	1 bis 14 AU-Tage	15 bis 42 AU-Tage	>42 AU-Tage
Abschnitt 3	AU-Tage je 100 Erwerbspersonen (in Klammern: Werte inklusive Kategorien mit mehr AU-Tagen)					
beliebige Diagnose (A00–Z99)	158,2 (1.698,1)	357,1 (1.539,9)	1.182,8	268,2 (2.219,5)	585,9 (1.951,4)	1.365,5
Kapitel V (F00–F99)	19,3 (395,5)	56,5 (376,3)	319,7	22,7 (402,8)	59,9 (380,0)	320,1
Affektive Störungen (F30–F39)	3,9 (182,1)	16,4 (178,2)	161,8	4,7 (179,4)	16,8 (174,8)	158,0
Depressionen (F32, F33)	3,7 (175,8)	15,8 (172,0)	156,2	4,5 (173,6)	16,1 (169,1)	153,0
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48)	15,9 (177,1)	39,7 (161,2)	121,5	18,7 (186,9)	42,2 (168,2)	126,0
Abschnitt 4	AU-Tage je Betroffenen (in Klammern: Werte inklusive Kategorien mit mehr AU-Tagen)					
beliebige Diagnose (A00–Z99)	6,4 (34,7)	25,2 (63,5)	117,4	7,6 (31,1)	24,6 (54,0)	110,8
Kapitel V (F00–F99)	7,2 (56,0)	25,5 (86,0)	148,2	7,0 (51,7)	25,3 (83,9)	148,0
Affektive Störungen (F30–F39)	7,5 (84,3)	26,6 (108,9)	158,5	7,3 (78,9)	26,3 (107,1)	158,9
Depressionen (F32, F33)	7,5 (84,6)	26,7 (109,0)	158,6	7,3 (79,3)	26,3 (107,4)	159,2
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48)	7,2 (37,6)	24,9 (64,5)	134,8	7,0 (35,1)	24,7 (63,8)	135,8
Abschnitt 5	Anteil der AU-Tage an allen AU-Tagen mit genannten Diagnosen in Prozent					
beliebige Diagnose (A00–Z99)	9,3	21,0	69,7	12,1	26,4	61,5
Kapitel V (F00–F99)	4,9	14,3	80,8	5,6	14,9	79,5
Affektive Störungen (F30–F39)	2,2	9,0	88,8	2,6	9,3	88,1
Depressionen (F32, F33)	2,1	9,0	88,9	2,6	9,3	88,1
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48)	9,0	22,4	68,6	10,0	22,6	67,4

Quelle: BARMER-Daten 2021 und 2022, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar des jeweiligen Jahres, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n = 3.843.071 sowie n = 3.712.301), standardisiert ET2010

Neben den Ergebnissen zum Jahr 2021 enthält Tabelle 3.3 ergänzend auch gleichzeitig für das Jahr 2022 ermittelte Ergebnisse. Während für 2021 – das zweite Jahr der Corona-pandemie – vergleichsweise niedrige Krankenstände ermittelt wurden, waren im Jahr

2022 – wie bereits im Routineteil des Gesundheitsreports dargelegt – Rekordkrankstände zu verzeichnen. Auffällig war 2022 zudem, dass mit 71,3 Prozent ein ausgesprochen hoher und in Vorjahren nie in diesem Ausmaß beobachteter Anteil der Erwerbspersonen von (mindestens kurzzeitigen) AU-Meldungen betroffen war (vgl. Angaben zur Betroffenheitsquote in Tabelle 1.1 des Routinetells). Im Kontext des Schwerpunktthemas führen diese Beobachtungen zu der Frage, in welchen Ausmaß dabei auch Arbeitsunfähigkeiten mit Diagnosen von psychischen Störungen von entsprechenden Veränderungen betroffen sind. Nach den Ergebnissen der Routineauswertungen sind die Fehlzeiten mit psychischen Störungen insgesamt von 2021 auf 2022 nur moderat um 5,2 Prozent angestiegen (vgl. Kapitel 2.1), wobei ähnliche Steigerungen zum Teil auch in vorausgehenden Jahren beobachtet werden konnten.

Auch Ergebnisse in Tabelle 3.3 zeigen im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten mit Diagnosen psychischer Störungen im Jahr 2022 überwiegend moderat erscheinende Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr 2021. Insbesondere die bezogen auf langfristig erkrankte Personen mit mehr als 42 AU-Tagen ermittelten Kennzahlen haben sich nur geringfügig verändert (vgl. Abschnitte 1, 3 und 4 in Tabelle 3.3). Gewisse Zuwächse waren vorrangig bei der Zahl der Erkrankten mit weniger als 15 Fehltagen zu verzeichnen. Während die Zahl der AU-Tage mit Diagnosen affektiver Störungen (trotz eines Anstiegs der Betroffenenanteile) von 2021 auf 2022 leicht von 182,1 auf 179,4 AU-Tage je 100 Erwerbspersonen zurückgegangen ist, ist sie im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten aus der Gruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ bei deutlichen Zunahmen der Betroffenzahlen merklich von 177,1 auf 186,9 AU-Tage je 100 Erwerbspersonen gestiegen (vgl. Abschnitt 3). Gemessen an den diagnoseübergreifend sichtbaren Veränderungen erscheinen die Veränderungen jedoch auch hier eher moderat.

vergleichsweise moderate Veränderungen von 2021 auf 2022 insbesondere bei den längerfristig von AUs mit Diagnosen psychischer Störungen betroffenen Personen

3.4 Ergebnisse zu Risikofaktoren für psychische Erkrankungen

Die folgenden Abschnitte widmen sich dem erklärten Thema des vorliegenden Schwerpunkts im engeren Sinne. Im vorliegenden Kapitel soll dargestellt werden, welche der in den hier betrachteten Routinedaten bei Krankenkassen verfügbaren Merkmale mit erhöhten oder auch reduzierten Risiken (beziehungsweise Wahrscheinlichkeiten) für Arbeitsunfähigkeiten mit Diagnosen psychischer Störungen assoziiert sind.

Im Zuge der Analysen wurde eine Vielzahl unterschiedlich abgegrenzter Risiken in unterschiedlichen Beobachtungsjahren jeweils in Kombination mit einer größeren Zahl an Merkmalen im Sinne potenzieller Risikofaktoren betrachtet. Eine vollständige Darstellung der Ergebnisse ist an dieser Stelle nicht möglich und wäre auch nur bedingt sinnvoll, zumal sich bei vielen Merkmalen ähnliche Zusammenhänge zu unterschiedlich definierten Risiken zeigten. Regelmäßig diskutiert werden vor diesem Hintergrund nachfolgend ausschließlich Einflüsse einzelner Merkmale auf

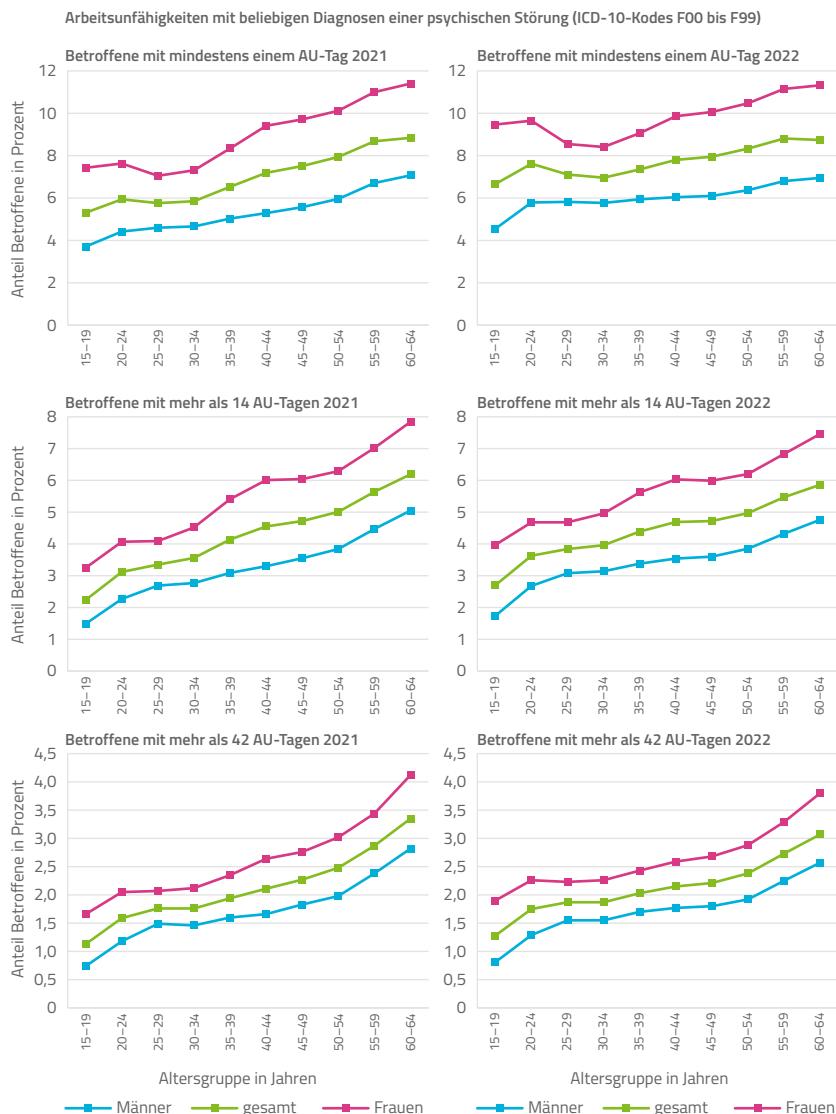
- das Risiko für gemeldete Arbeitsunfähigkeiten mit einer beliebigen Diagnose aus dem ICD-10-Kapitel der psychischen Störungen (ICD-10-Kodes F00 bis F99) sowie auf
- das Risiko für gemeldete Arbeitsunfähigkeiten mit einer Diagnose von Depressionen im Sinne der beiden ICD-10 Kodes F32 und F33.

Mit Betrachtungen von Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit Diagnosen psychischer Störungen ohne eine weitere Differenzierung von Diagnosen wird der dementsprechend allgemeinen Themenwahl des Schwerpunkts Rechnung getragen. Mit den Betrachtungen zu Abhängigkeiten des Risikos für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Depressionen wird eine für gemeldete Fehlzeiten ausgesprochen relevante Diagnose fokussiert.

Geschlecht und Alter

Bei weitgehend jeder Analyse von Daten zu gesundheitsbezogenen Themen werden obligat die beiden Merkmale Geschlecht und Alter berücksichtigt, da sie oftmals einen maßgeblichen Einfluss auf den Gesundheitszustand haben. Dies gilt auch für das Themenfeld psychischer Störungen. In Abbildung 3.1 werden geschlechts- und altersabhängige Risiken für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen sowohl für das Jahr 2021 als auch für das Jahr 2022 dargestellt. Für beide Jahre wurden sowohl Ergebnisse zu Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit beliebiger Dauer als auch für Arbeitsunfähigkeiten über mehr als 14 und über mehr als 42 Tage ermittelt und dargestellt.

Abbildung 3.1: Anteil der Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen nach Geschlecht und Alter 2021 sowie 2022



Quelle: BARMER-Daten 2021 und 2022, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar des jeweiligen Jahres ($n = 3.843.071$ sowie $n = 3.712.301$), standardisiert ET2010

von 2021 auf 2022

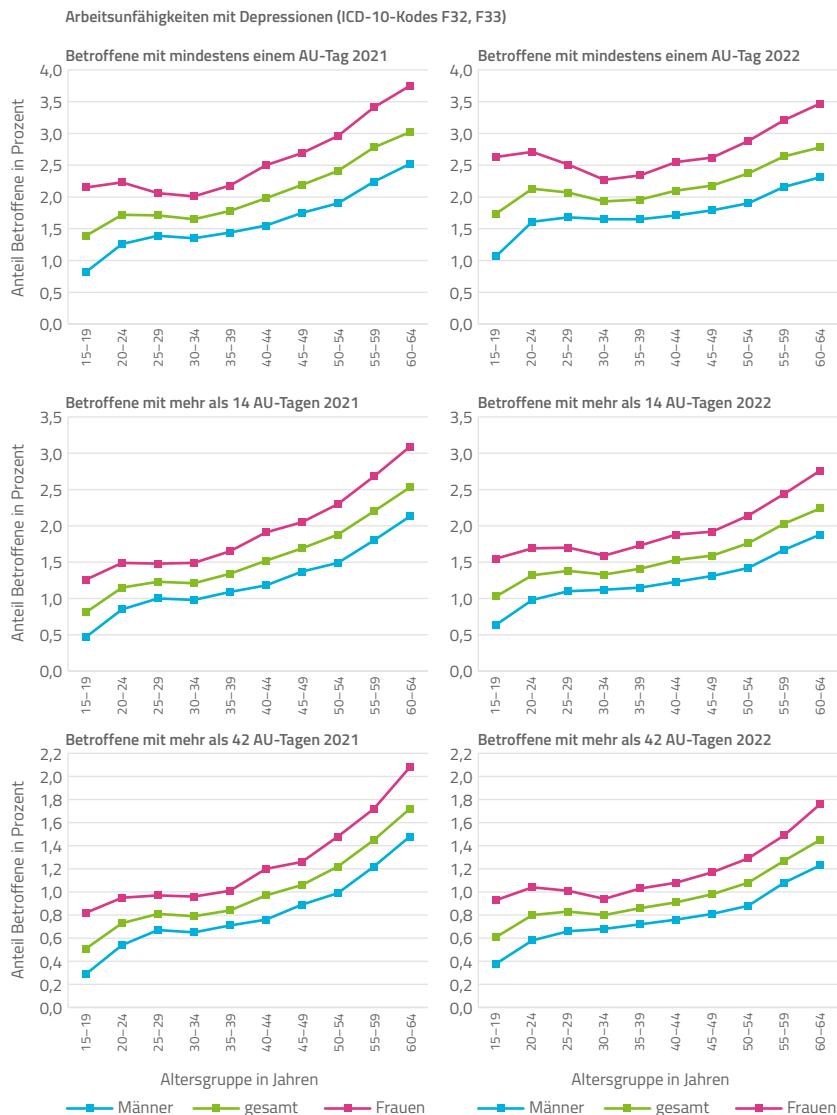
Zunahme von Risiken für
Arbeitsunfähigkeiten mit
Diagnosen psychischer
Störungen in jüngeren
Altersgruppen

Erwartungsgemäß und offensichtlich waren Frauen in allen Altersgruppen häufiger von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen als Männer betroffen. Besonders im Hinblick auf längere Arbeitsunfähigkeiten steigt das Risiko mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern deutlich. Von 2021 auf 2022 hat sich der altersabhängige Anstieg des Risikos allerdings merklich abgeschwächt. Während die Risiken in den höchsten Altersgruppen von 2021 auf 2022 tendenziell rückläufig waren, sind sie in den jüngsten Altersgruppen gestiegen, was insbesondere für die Risiken unter Einbeziehung auch kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeiten gilt, wobei jüngere Frauen jedoch 2022 auch von längeren Arbeitsunfähigkeiten häufiger als 2021 betroffen waren.

In den Grundzügen lassen sich die in Abbildung 3.2 dargestellten Ergebnisse zu Risiken für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Depressionen ähnlich wie die in Abbildung 3.1 dargestellten Ergebnisse zu beliebigen Diagnosen psychischer Störungen beschreiben. Auch im Hinblick auf Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit Depressionen ist es von 2021 auf 2022 in jüngeren Altersgruppen zu einem Anstieg und in den oberen Altersgruppen zu einem Rückgang gekommen, womit die altersabhängig beobachteten Unterschiede rückläufig waren. Inhaltlich zeigt sich also in beiden Abbildungen, und demnach bei beiden Darstellungsansätzen, eine Zunahme von Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit Diagnosen psychischer Störungen bei Erwerbspersonen in jüngeren Altersgruppen.

Methodisch lässt sich festhalten, dass auch nach den Ergebnissen zum Jahr 2022 erhebliche geschlechts- und altersabhängige Unterschiede hinsichtlich der betrachteten Risiken für psychische Erkrankungen bestehen. Auch bei vielen der noch nachfolgend im Sinne potenzieller Risikofaktoren betrachteten Merkmale lassen sich Zusammenhänge mit dem Geschlecht und dem Alter nachweisen. Statistisch können allein daraus potenziell auch nachweisbare Zusammenhänge mit Risiken für psychische Erkrankungen resultieren, obwohl innerhalb einzelner Geschlechts- und Altersgruppen keine Unterschiede feststellbar sind und damit – statistisch formuliert „unabhängig vom Geschlecht und Alter“ – keine relevanten Unterschiede bestehen. In diesen Fällen sollte ein Merkmal inhaltlich nicht als eigenständiger Risikofaktor gelten, obwohl sich in Abhängigkeit von den Merkmalsausprägungen zunächst deutlich unterschiedliche Risiken nachweisen lassen.

Abbildung 3.2: Anteil der Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Depressionen nach Geschlecht und Alter 2021 sowie 2022



Quelle: BARMER-Daten 2021 und 2022, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar des jeweiligen Jahres ($n = 3.843.071$ sowie $n = 3.712.301$), standardisiert ET2010

Fiktives Beispiel: In einem Beruf A arbeiten nur Männer im Alter von 15 bis 19 Jahren, in einem Beruf B nur Frauen im Alter von 60 bis 64 Jahren. Allein aufgrund der Geschlechts- und Altersunterschiede wäre zu erwarten, dass das Risiko für Arbeitsunfähigkeiten mit Depressionsdiagnosen in Beruf B um ein Vielfaches über dem in Beruf A liegt, auch wenn die Berufe selbst nicht zu erhöhten oder reduzierten Depressionsrisiken beitragen.

Abweichungen beobachteter von erwarteten Betroffenzahlen zeigen relative Risiken bereinigt um mögliche Effekte von Geschlechts- und Altersunterschieden.

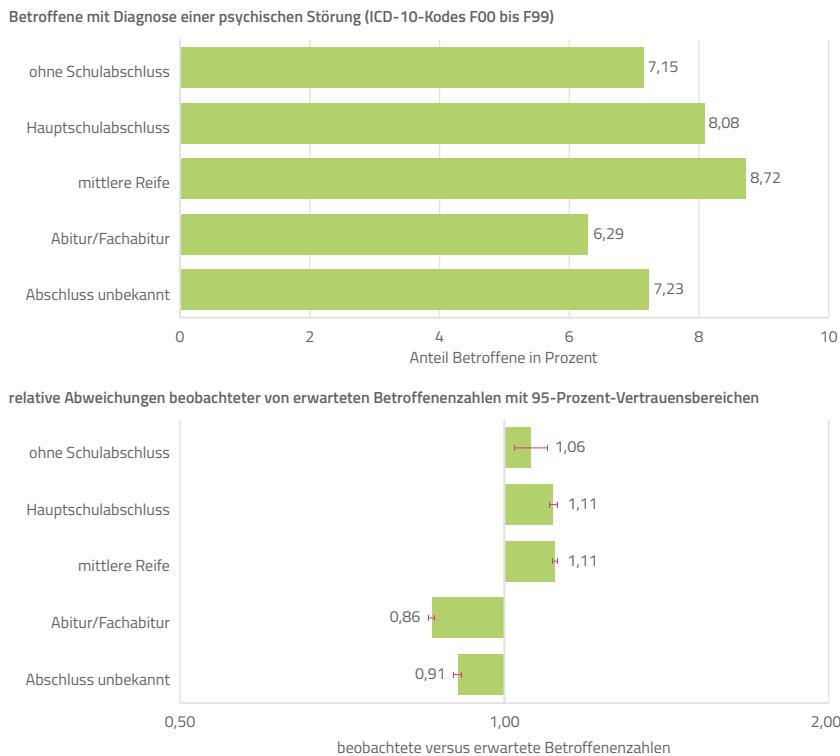
Vor diesem Hintergrund werden bei den nachfolgenden Darstellungen – neben den direkt und unadjustiert berechneten „rohen“ Betroffenenraten – auch indirekt standardisierte Werte zu Subgruppen dargestellt (vgl. auch Erläuterungen unter der Überschrift Indirekte Standardisierung in Methodenkapitel 4). Die indirekt standardisierten Werte zeigen dabei an, um welchen Faktor die in einer Gruppe beobachteten Betroffenzahlen von den in der Gruppe aufgrund ihrer Geschlechts- und Altersstruktur erwartbaren Betroffenzahlen (nach Ergebnissen zur jeweils betrachteten Gesamtpopulation) abweichen. Ein Faktor beziehungsweise Quotient von 1,0 würde dabei eine Übereinstimmung beobachteter und erwarteter Betroffenzahlen und damit unauffällige Ergebnisse anzeigen, ein Faktor 2,0 doppelt und ein Faktor 0,5 nur halb so hohe Risiken wie erwartet. Um erwartbare statistische Unsicherheiten der Ergebnisse bei den beobachteten Zusammenhängen zu verdeutlichen, werden nachfolgend regelmäßig auch 95-Prozent-Vertrauensbereiche (Konfidenzintervalle) berichtet (Daly, 1992). Erwartungswerte wurden bei allen nachfolgend präsentierten Auswertungen basierend auf Ergebnissen zur jeweils betrachteten Gesamtpopulation differenziert nach Geschlecht und Ein-Jahres-Altersgruppen berechnet, womit potenzielle Einflüsse des Geschlechts und des Alters auf die Zusammenhänge bestmöglich kontrolliert wurden.

Schulabschluss

Angaben zum Schulabschluss gehören bei empirischen Erhebungen weitgehend zum Standard. Bei der Übermittlung von Tätigkeitsangaben zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten müssen von Arbeitgebern regelhaft Angaben zum höchsten Schulabschluss der Beschäftigten gemacht werden, die dann auch in Routinedaten bei Krankenkassen verfügbar sind. Ist der Schulabschluss dem Arbeitgeber nicht bekannt, kann alternativ auch dies durch Angabe eines entsprechenden Schlüssels mitgeteilt werden (vgl. Kapitel 4). Für andere Versichertengruppen liegen Informationen zum Schulabschluss bei Krankenkassen in der Regel nicht vor, was insbesondere auch für die Bezieherinnen

und Bezieher von Arbeitslosengeld gilt. Sofern möglich, wurden für die hier dargestellten Auswertungen Angaben zum höchsten Schulabschluss mit Gültigkeit am 1. Januar des Beobachtungsjahrs verwendet. Alternativ wurde auf die jeweils aktuellste verfügbare Angabe aus zurückliegenden Jahren zurückgegriffen. Dennoch ließen sich in den Daten zum Jahr 2021 bei 16,4 Prozent der Personen nur Hinweise auf unbekannte Abschlüsse und seltener auch keinerlei Angaben identifizieren, was bei den Auswertungen nicht weiter differenziert wurde.

Abbildung 3.3: Anteil der Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen nach Schulabschluss 2021



Quelle: BARMER-Daten 2021, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar des Jahres (n = 3.843.071)

bei höherem Schulabschluss moderat reduzierte Risiken für psychische Erkrankungen

Schulabschlüsse sind nach den vorliegenden Ergebnissen mit moderat unterschiedlichen Risiken für psychische Erkrankungen assoziiert. Bei Personen mit (Fach-)Abitur liegen die Betroffenzahlen nach indirekt standardisierten Ergebnissen – und damit unabhängig von geschlechts- und altersabhängigen Einflüssen – um 14 Prozent unter den erwarteten Zahlen, während bei anderen Schulabschlüssen Erwartungswerte um elf Prozent überschritten werden. Nur graduell abweichende Resultate zeigen sich bei indirekt standardisierten Ergebnissen zum Risiko für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Depressionen und bei Auswertungen zu Risiken für länger andauernde Arbeitsunfähigkeiten (vgl. Tabelle A 5 im Anhang).

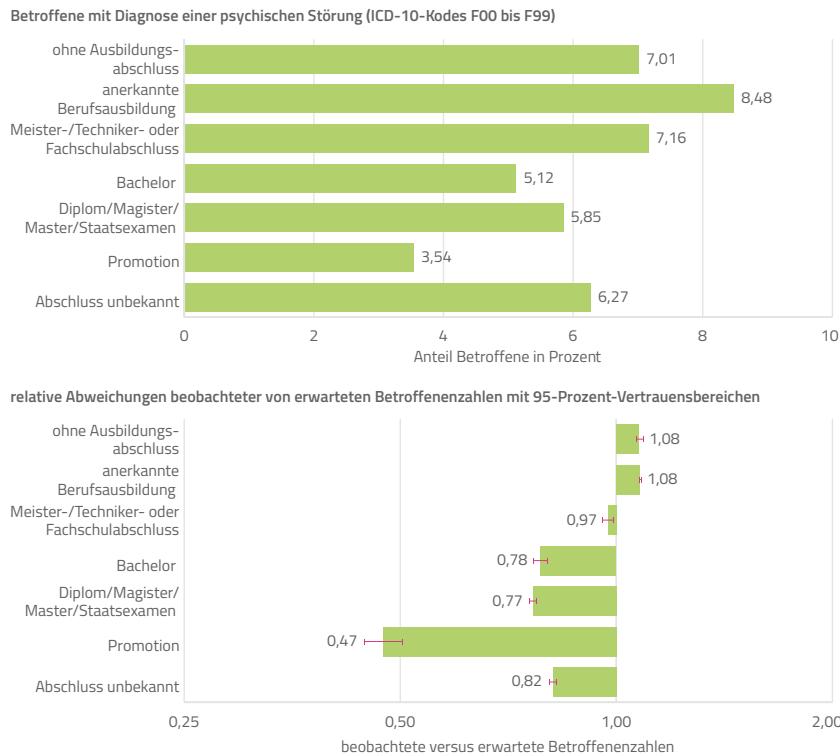
Ausbildungsabschluss

Wie Informationen zum Schulabschluss werden von den Arbeitgebern auch Angaben zum Ausbildungsabschluss mit den Angaben zur Tätigkeit an die Krankenkasse übermittelt. Intendiert ist nach Vorgaben der Bundesagentur für Arbeit die Nennung des individuell höchsten Abschlusses, völlig unabhängig von seiner Bedeutung für die aktuell ausgeübte Tätigkeit. Auch bei Ausbildungsabschlüssen wurden primär Angaben mit Gültigkeit am 1. Januar des Beobachtungsjahres berücksichtigt und gegebenenfalls durch Angaben aus Vorjahren ergänzt. Der auch offiziell wählbaren Kategorie „Abschluss unbekannt“ mussten nach entsprechenden Ergänzungen im Beobachtungsjahr 2021 noch 10,8 Prozent der betrachteten Erwerbspersonen zugeordnet werden.

Risiken für psychische Erkrankungen bei Personen mit Studienabschluss und insbesondere bei Promotion merklich reduziert

Offensichtlich unterscheiden sich die Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit Diagnosen psychischer Erkrankungen in Abhängigkeit vom Ausbildungsabschluss recht deutlich. Bei Personen mit Studienabschluss liegen die Betroffenzahlen um gut 20 Prozent unter den geschlechts- und altersabhängig erwarteten Werten, bei Personen mit Promotion – also mit einem Doktortitel – sogar nur weniger als halb so hoch wie erwartet. Auch bei Analysen zu Ausbildungsabschlüssen zeigen sich bei Auswertungen zu Depressionsdiagnosen sowie bei Auswertungen zu Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit unterschiedlicher Mindestdauer bezogen auf die indirekt standardisierten Werte nur graduell abweichende Ergebnisse (vgl. Tabelle A 6 im Anhang).

Abbildung 3.4: Anteil der Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen nach Ausbildungsabschluss 2021



Quelle: BARMER-Daten 2021, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar des Jahres (n = 3.843.071)

Betriebsnummernwechsel – Arbeitsplatzwechsel

Jeder Arbeitgeber mit einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten erhält in Deutschland von der Bundesagentur für Arbeit eine Betriebsnummer. Diese muss dann unter anderem auch bei Meldungen der Arbeitgeber zu ihren Beschäftigten an die Krankenkassen angegeben werden. Verfügt ein Unternehmen über Standorte in unterschied-

lichen Gemeinden oder über mehrere Standorte innerhalb einer Gemeinde mit unterschiedlichen Branchenzuordnungen, dann werden für diese Standorte auch unterschiedliche Betriebsnummern vergeben. Grundsätzlich wird mit einer Betriebsnummer damit typischerweise ein bestimmter Arbeitsort innerhalb eines Unternehmens benannt (wobei einzelne Abteilungen innerhalb eines Standorts allerdings nicht differenziert werden können).

Der Wechsel einer Betriebsnummer in den Angaben zu einem Beschäftigten sollte damit in der Regel auch den Wechsel des Arbeitsorts und oftmals auch den Wechsel des Arbeitgebers anzeigen. In bestimmten Fällen, beispielsweise bei Betriebsübernahmen, können Betriebsnummern jedoch auch wechseln, ohne dass sich die Arbeitsumgebung eines Beschäftigten unmittelbar ändert. Aus Datenschutzgründen liegen die Betriebsnummern in den wissenschaftlich nutzbaren Daten der BARMER ausschließlich in pseudonymisierte Form und ohne weitere Angaben zu den Betrieben vor, weshalb Abschätzungen zur empirischen Bedeutung derartiger Effekte nicht möglich sind. Nichtsdestotrotz sollten Betriebsnummernwechsel als Indikatoren für einen Arbeitsplatzwechsel gelten können. Gewisse Unschärfen im Hinblick auf die Erfassung realer Arbeitsplatzwechsel sollten aus statistischer Sicht gegebenenfalls vorrangig dazu führen, dass die Effekte eines realen Arbeitsplatzwechsels mit den hier präsentierten Ergebnissen zu Betriebsnummernwechseln unterschätzt werden.

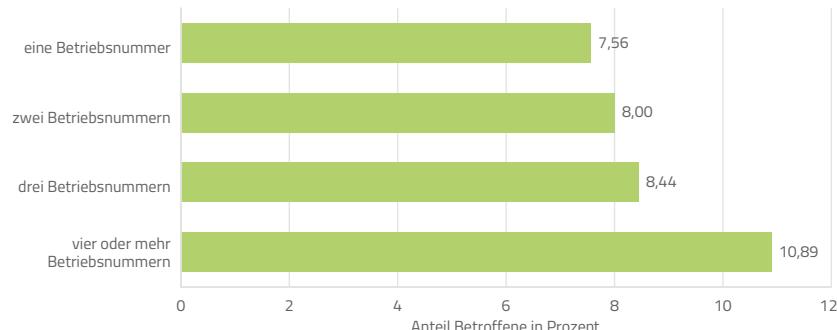
Um Häufigkeiten von Betriebsnummernwechseln sinnvoll abilden zu können, wurde ein Zeitraum von drei Jahren betrachtet (bei Auswertungen zum Jahr 2021 der Zeitraum vom 1. Januar 2018 bis zum 1. Januar 2021). Um Verzerrungen zu vermeiden, wurden ausschließlich Erwerbspersonen betrachtet, die innerhalb dieses Zeitraums mindestens 800 Tage als solche versichert waren. Phasen einer Arbeitslosigkeit oder andere Zeiträume ohne Betriebsnummernangabe wurden nicht als Wechsel gezählt. Bei Personen ohne Dokumentation einer Betriebsnummer im Gesamtzeitraum wurde der Zählpunkt auf 1 gesetzt. Dies betraf nur weniger als ein Prozent der Population.

Abbildung 3.5 zeigt Ergebnisse zu Zusammenhängen der Risiken für psychische Erkrankungen mit einer derart geschätzten Anzahl an unterschiedlichen Arbeitsplätzen. Offensichtlich weisen Personen mit stets unveränderter Betriebsnummernangabe in drei Jah-

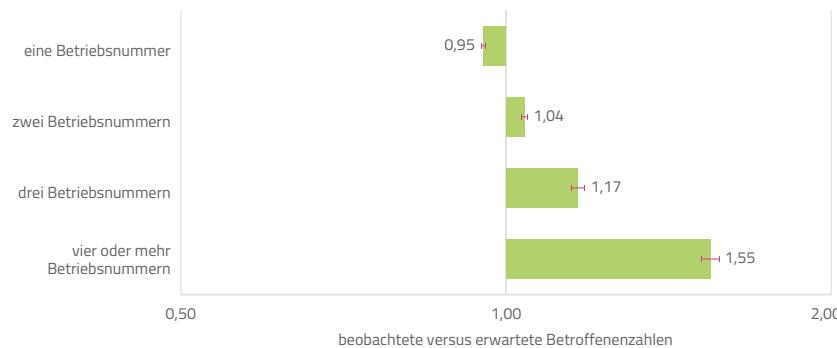
ren auch nach einer Berücksichtigung von Effekten von Geschlecht und Alter das geringste Risiko für Arbeitsunfähigkeiten mit Diagnosen psychischer Störungen auf. Demgegenüber liegen die beobachteten Betroffenenzahlen bei Personen mit vier oder mehr unterschiedlichen Betriebsnummern innerhalb von drei Jahren um mehr als 50 Prozent über den erwarteten Zahlen.

Abbildung 3.5: Anteil der Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen im Jahr 2021 nach Zahl unterschiedbarer Betriebsnummern in drei Jahren ab 2018

Betroffene mit Diagnose einer psychischen Störung (ICD-10-Kodes F00 bis F99)



relative Abweichungen beobachteter von erwarteten Betroffenenzahlen mit 95-Prozent-Vertrauensbereichen

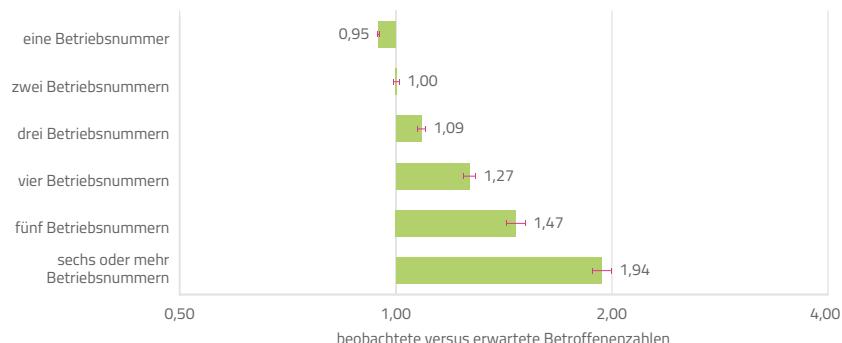


Quelle: BARMER-Daten 2021, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar des Jahres 2021 und mindestens 800 Tagen dokumentierter Versicherungszeit als Erwerbsperson ab 2018 bis 2020 (n = 3.390.245)

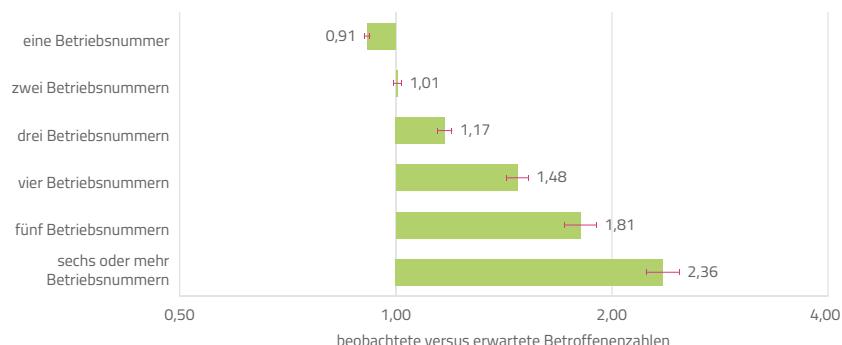
Beachtenswert erscheint hinsichtlich der Ergebnisse zu den Einflüssen von Arbeitsplatzwechseln, dass Risiken für Depressionen, und allgemein insbesondere auch Risiken für längerfristige Arbeitsunfähigkeiten, gemessen an indirekt standardisierten Ergebnissen noch merklich deutlicher durch Arbeitsplatzwechsel beeinflusst werden (vgl. Tabelle A 7 im Anhang).

Abbildung 3.6: Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen im Jahr 2021 nach Zahl unterschiedbarer Betriebsnummern in fünf Jahren ab 2016

Betroffene mit Diagnose einer psychischen Störung (ICD-10-Kodes F00 bis F99) und mindestens einem AU-Tag; Anzahl unterschiedlicher Betriebsnummern innerhalb von fünf Vorjahren von 2016 bis zum 1. Januar 2021; relative Abweichungen beobachteter von erwarteten Betroffenenzahlen mit 95-Prozent-Vertrauensbereichen



Betroffene mit Diagnose einer psychischen Störung (ICD-10-Kodes F00 bis F99) und mehr als 42 AU-Tagen; Anzahl unterschiedlicher Betriebsnummern innerhalb von fünf Vorjahren von 2016 bis zum 1. Januar 2021; relative Abweichungen beobachteter von erwarteten Betroffenenzahlen mit 95-Prozent-Vertrauensbereichen



Quelle: BARMER-Daten 2021, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar des Jahres 2021 und mindestens 1.600 Tagen dokumentierter Versicherungszeit als Erwerbsperson ab 2016 bis 2020 (n = 2.628.699)

Vor dem Hintergrund der überraschend konsistenten Zusammenhänge wurden ergänzend auch Ergebnisse mit Ermittlung der Anzahl unterschiedbarer Betriebsnummern über einen fünfjährigen Vorbeobachtungszeitraum ab 2016 berechnet, die in Abbildung 3.6 dargestellt sind. Mit der hierbei vorausgesetzten Mindestvorversicherungsdauer von 1.600 Tagen reduzierte sich die Zahl der berücksichtigten Erwerbspersonen merklich auf dann nur noch $n = 2.628.699$ Personen. Dennoch ergeben auch diese Auswertungen sehr konsistente Ergebnisse. Während die beobachtete Zahl der Betroffenen mit mindestens kurzzeitiger AU aufgrund psychischer Störungen 2021 bei Personen ohne Hinweis auf einen Arbeitsplatzwechsel um 5,3 Prozent unter den Erwartungswerten lag, wurden bei Beschäftigungen mit Dokumentation von sechs oder mehr unterschiedlichen Betriebsnummern Erwartungswerte um 93,6 Prozent überschritten. Hinsichtlich der Risiken für entsprechende Arbeitsunfähigkeiten über mehr als 42 Tage zeigen sich in den beiden genannten Gruppen Unterschreitungen um 8,8 Prozent beziehungsweise Überschreitungen um 136 Prozent.

Häufige Arbeitsplatzwechsel sind mit deutlich erhöhten Risiken für psychische Erkrankungen assoziiert.

Wohnortwechsel

Wohnortwechsel können mit dem Verlust einer gewohnten Umgebung und von Bezugspersonen verbunden sein und insofern einen Einfluss auf Risiken für psychische Erkrankungen haben. Aus Datenschutzgründen sind Angaben zu Wohnorten der Versicherten in den wissenschaftlich nutzbaren Daten der BARMER nur in vergrößerter Form verfügbar. Den höchsten regionalen Differenzierungsgrad erlauben dabei Angaben zu Postleitzahlen, die auf die ersten drei Stellen begrenzt sind. Bundesweit lassen sich damit knapp 700 Wohnregionen unterscheiden.

Im Sinne eines einfachen Indikators für die Anzahl von Wohnortwechseln wurde – ähnlich wie bei Betriebsnummern – für alle betrachteten Erwerbspersonen für die nachfolgenden Analysen zunächst ermittelt, wie viele unterscheidbare dreistellige Postleitzahlen innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren ab Anfang 2018 und bis zum 1. Januar 2021 in Daten zu Wohnhistorien zu den einzelnen Erwerbspersonen abgelegt waren. Ganz offensichtlich können mit diesem einfachen Indikator Wohnortwechsel nur sehr unscharf erfasst werden. So bleiben möglicherweise relevante Wohnortwechsel innerhalb von Regionen mit derselben dreistelligen Postleitzahl grundsätzlich unberücksichtigt. Bei Veränderungen der Postleitzahlen wird zudem nicht ermittelt, mit welchen Distanzen die

Wohnortwechsel hier nur im Sinne eines Indikators über Wechsel 3-stelliger Postleitzahlen erfasst

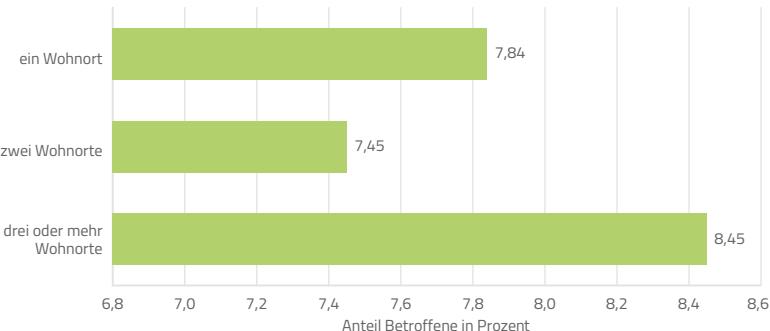
Wechsel verbunden sind (was zumindest approximativ auch mit Rückgriff auf nur dreistellig erfasste Postleitzahlen möglich wäre). Dementsprechend wurde nicht unterschieden, ob ein Wechsel in einem Extrem nur in eine direkt benachbarte Postleitzahlregion oder im anderen Extrem von einem zum anderen Ende der Republik erfolgte.

Abbildung 3.7 zeigt Ergebnisse zum Risiko von Arbeitsunfähigkeiten mit Diagnosen psychischer Störungen bei Personen mit identischen Angaben zur dreistelligen Postleitzahl über einen Zeitraum von drei Jahren vor dem primären Beobachtungsjahr 2021, bei Personen mit zwei unterschiedlichen Angaben sowie bei Personen mit drei und mehr unterschiedlichen Angaben. Auffällig erscheinen bei der Betrachtung „roher“ Betroffenenraten zunächst die vergleichsweise niedrigen Risiken bei Personen mit Hinweisen auf zwei unterschiedliche Wohnregionen. Demgegenüber zeigt sich nach einer Adjustierung für geschlechts- und altersabhängige Effekte bei indirekt standardisierten Ergebnissen ein mit zunehmender Zahl an Wohnregionen kontinuierlich steigendes Risiko. Geringe „rohe“ Risiken bei einer moderaten Zahl an Wohnortwechseln dürften daraus resultieren, dass Wohnortwechsel bei jüngeren Menschen häufiger sind und diese folglich in der Gruppe mit Hinweisen auf zwei Wohnortwechsel überrepräsentiert sein dürften, was aufgrund ihres altersabhängig eher geringen Risikos dann zu den insgesamt vergleichsweise geringen Risiken in der Gruppe mit zwei Wechseln führt.

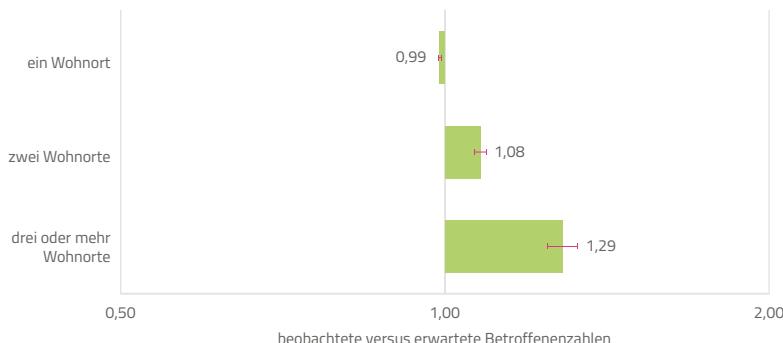
Das in Abbildung 3.7 dargestellte adjustierte Risiko liegt in der Gruppe mit drei oder mehr Wechseln rund 30 Prozent höher als bei Personen ohne Hinweis auf einen Wohnortwechsel. Mit knapp 60 Prozent fallen entsprechende relative Unterschiede zwischen der ersten und dritten Gruppe bei Auswertungen zum Risiko für Arbeitsunfähigkeiten mit Depressionen noch merklich deutlicher aus. Bei beiden Formen der Diagnoseabgrenzung zeigen sich nach einer Beschränkung der Betrachtung auf Betroffene mit einer höheren Zahl an Fehltagen zudem noch deutlichere relative Unterschiede (vgl. Tabelle A 8 im Anhang).

Abbildung 3.7: Anteil der Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen im Jahr 2021 nach Zahl unterschiedbarer Wohnorte in drei Jahren ab 2018

Betroffene mit Diagnose einer psychischen Störung (ICD-10-Kodes F00 bis F99); Anzahl unterschiedbarer Wohnorte innerhalb von drei Vorjahren von 2018 bis zum 1. Januar 2021



relative Abweichungen beobachteter von erwarteten Betroffenenzahlen mit 95-Prozent-Vertrauensbereichen



Quelle: BARMER-Daten 2021, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar des Jahres 2021 und mindestens 800 Tagen dokumentierter Versicherungszeit als Erwerbsperson ab 2018 bis 2020 ($n = 3.390.245$)

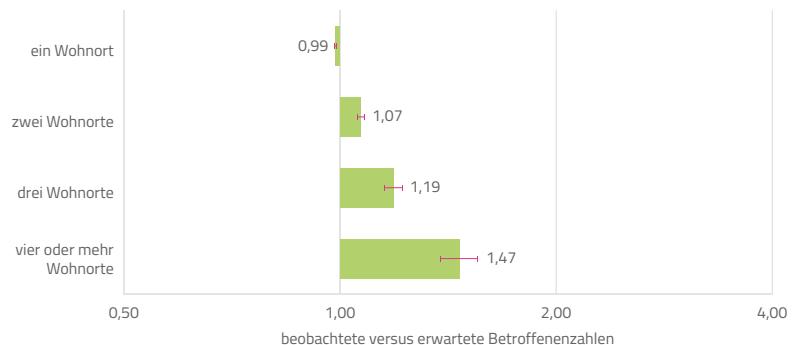
Auch für den hier betrachteten Indikator für Wohnortwechsel wurden ergänzend Auswertungen mit einer Berücksichtigung von Wohnortwechseln über einen Zeitraum von fünf Jahren im Vorfeld des primären Beobachtungsjahrs 2021 durchgeführt. Entsprechende Ergebnisse zu Risiken in geschlechts- und altersadjustierter Form sind in Abbildung 3.8 dargestellt. Risiken im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten mit Diagnosen psychischer Störungen beliebiger Dauer differierten zwischen Personen ohne Hinweise auf

Auch bei Hinweisen auf häufige Wohnortwechsel sind deutlich erhöhte Risiken für psychische Erkrankungen nachweisbar.

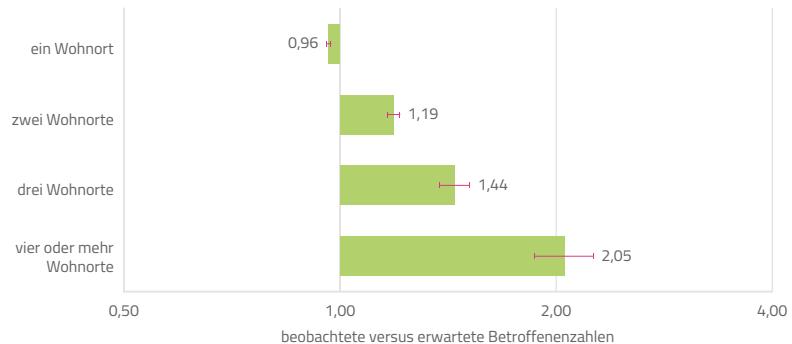
Wohnortwechsel und Personen mit vier oder mehr Wechseln um knapp 50 Prozent. Im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten über mehr als 42 Tage wurden bei Hinweisen auf vier oder mehr Wechsel innerhalb von fünf Jahren mehr als doppelt so hohe Risiken wie geschlechts- und altersabhängig erwartet ermittelt. Häufige Wohnortwechsel sind demnach statistisch sehr deutlich mit erhöhten Risiken für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen assoziiert.

Abbildung 3.8: Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen im Jahr 2021 nach Zahl unterscheidbarer Wohnorte in fünf Jahren ab 2016

Betroffene mit Diagnose einer psychischen Störung (ICD-10-Kodes F00 bis F99) und mindestens einem AU-Tag; Anzahl unterscheidbarer Wohnorte innerhalb von fünf Vorjahren von 2016 bis zum 1. Januar 2021; relative Abweichungen beobachteter von erwarteten Betroffenenzahlen mit 95-Prozent-Vertrauensbereichen



Betroffene mit Diagnose einer psychischen Störung (ICD-10-Kodes F00 bis F99) und mehr als 42 AU-Tagen; Anzahl unterscheidbarer Wohnorte innerhalb von fünf Vorjahren von 2016 bis zum 1. Januar 2021; relative Abweichungen beobachteter von erwarteten Betroffenenzahlen mit 95-Prozent-Vertrauensbereichen



Quelle: BARMER-Daten 2021, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar des Jahres 2021 und mindestens 1.600 Tagen dokumentierter Versicherungszeit als Erwerbsperson ab 2016 bis 2020 (n = 2.628.699)

Aktuelle Tätigkeit – Berufsfelder

Einzelne Berufstätigkeiten sind typischerweise mit unterschiedlichen gesundheitlichen Belastungen verknüpft. Auch wenn berufsabhängige Belastungen bei einzelnen Beschäftigten individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können, lassen sich bei Gegenüberstellungen von Indikatoren der Gesundheit in einzelnen Berufsgruppen regelmäßig Unterschiede nachweisen, was auch im Hinblick auf psychische Erkrankungen gilt.

Wie bereits zuvor erwähnt, müssen von Arbeitgebern regelmäßig Angaben zur aktuell ausgeübten Tätigkeit ihrer sozialversicherungspflichtig Beschäftigten auch an die Krankenkassen übermittelt werden. Hierfür wird seit Ende 2011 das „Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung – Ausgabe 2010“ genutzt, mit dem mehr als 1.000 unterschiedliche Tätigkeiten differenziert werden können (vgl. entsprechend benannten Abschnitt im Methodenkapitel 4).

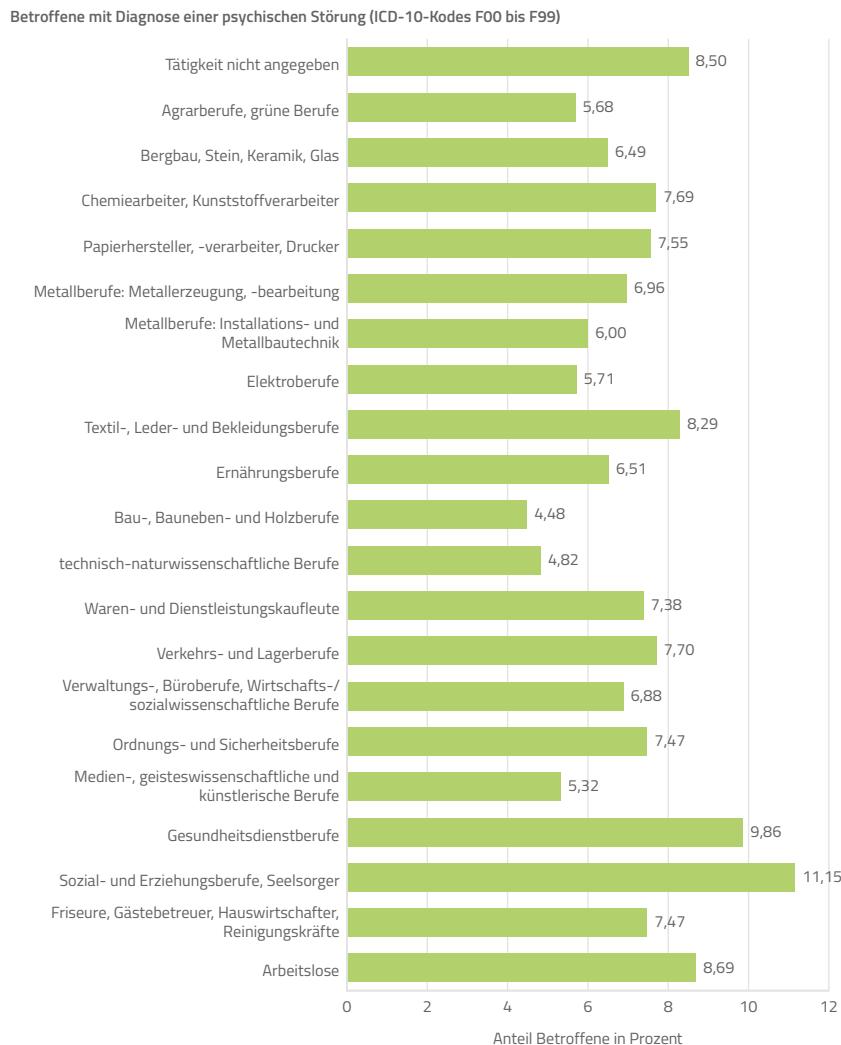
Für die nachfolgenden Darstellungen zu Risiken für psychische Erkrankungen innerhalb des Jahres 2021 wurde auf Angaben zur Tätigkeit am 1. Januar desselben Jahres zurückgegriffen. Da zu den Arbeitslosengeld-I-Bezieherinnen und -Beziehern keine Tätigkeits-schlüssel übermittelt werden, bilden diese eine separate Gruppe. Eine übersichtliche Darstellung zu berufsabhängigen Risiken erlauben sogenannte Berufsfelder, die mit einer Aufteilung der Berufstätigen auf 20 Gruppen auch im Routineteil des Gesundheitsreports regelmäßig für erste Darstellungen berufsabhängiger Kennzahlen genutzt werden (vgl. Abbildung 1.8 sowie Erläuterungen zu Berufsfeldern im Methodenkapitel 4).

Aufgrund geringer Beschäftigtenzahlen wurden für die hier präsentierten Ergebnisse die beiden Berufsfelder „Bergbauberufe“ und „Stein-, Keramik-, Glashersteller/-bearbeiter“ zu einer verkürzt mit „Bergbau, Stein, Keramik, Glas“ bezeichneten Gruppe zusammengefasst. Zudem wurden Versicherte ohne Tätigkeitsangabe mit einer Versicherung als Künstler und Publizisten dem Berufsfeld „Medien-, geisteswissenschaftliche und künstlerische Berufe“ zugeordnet. Nach diesem Vorgehen verblieben lediglich 0,4 Prozent der Erwerbspersonen, die der Gruppe „Tätigkeit nicht angegeben“ zugeordnet werden mussten, wobei es sich zu einem wesentlichen Teil um Personen handelt, die gemäß Angaben zur Versichertengruppe als Menschen mit einer Behinderung versichert waren.

Abbildung 3.9a zeigt unadjustierte „rohe“ Ergebnisse zu den 2021 von Arbeitsunfähigen aufgrund psychischer Erkrankungen betroffenen Anteilen der Erwerbspersonen mit einer Differenzierung der Tätigkeiten nach Berufsfeldern. Abbildung 3.9b zeigt Ergebnisse zu den relativen Abweichungen der beobachteten Betroffenenzahlen von geschlechts- und altersabhängig in einzelnen Berufsfeldern erwarteten Zahlen und damit um Geschlechts- und Alterseffekte bereinigte Ergebnisse. Abbildung 3.9c enthält gleichartig berechnete Ergebnisse ausschließlich zu Risiken für psychische Erkrankungen mit mehr als 42 dokumentierten Arbeitsfehltagen innerhalb des Jahres 2021 (vgl. auch Tabelle A 9 im Anhang).

Je nach Betrachtungsweise ergeben sich für Beschäftigte in Berufsfeldern graduell unterschiedliche Ergebnisse. Bei Agrarberufen, (nichtindustriellen) handwerklichen, technisch-naturwissenschaftlichen sowie Verwaltungs- und Büroberufen liegen beobachtete Betroffenenzahlen unter den Erwartungswerten. Noch deutlichere Unterschreitungen von Erwartungswerten und damit noch geringere Risiken für psychische Erkrankungen zeigen sich in der Gruppe der „Medien-, geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufe“. Auch im Hinblick auf längerfristige Arbeitsunfähigkeiten moderat über den Erwartungswerten liegen demgegenüber die Risiken in den drei Berufsfeldern „Verkehrs- und Lagerberufe“, „Ordnungs- und Sicherheitsberufe“ sowie bei „Gesundheitsberufen“. Merklich erhöht sind sie in der Gruppe „Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger“. Noch höhere Risiken ausschließlich im Hinblick auf längerfristige Arbeitsunfähigkeiten zeigen sich bei den zu Beginn des Jahres arbeitslos gemeldeten Erwerbspersonen.

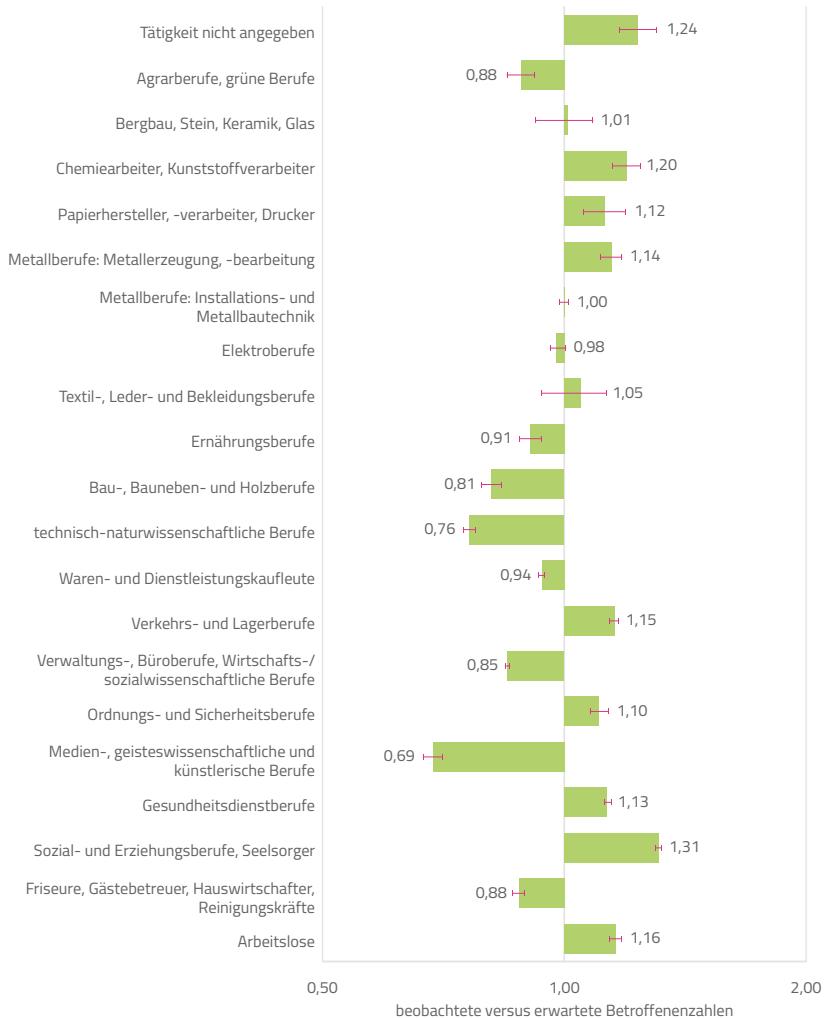
Abbildung 3.9a: Anteil der Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen nach Berufsfeldern im Jahr 2021



Quelle: BARMER-Daten 2021, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar des Jahres (n = 3.843.071)

Abbildung 3.9b: Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen nach Berufsfeldern – Abweichungen beobachteter von erwarteten Betroffenenzahlen 2021

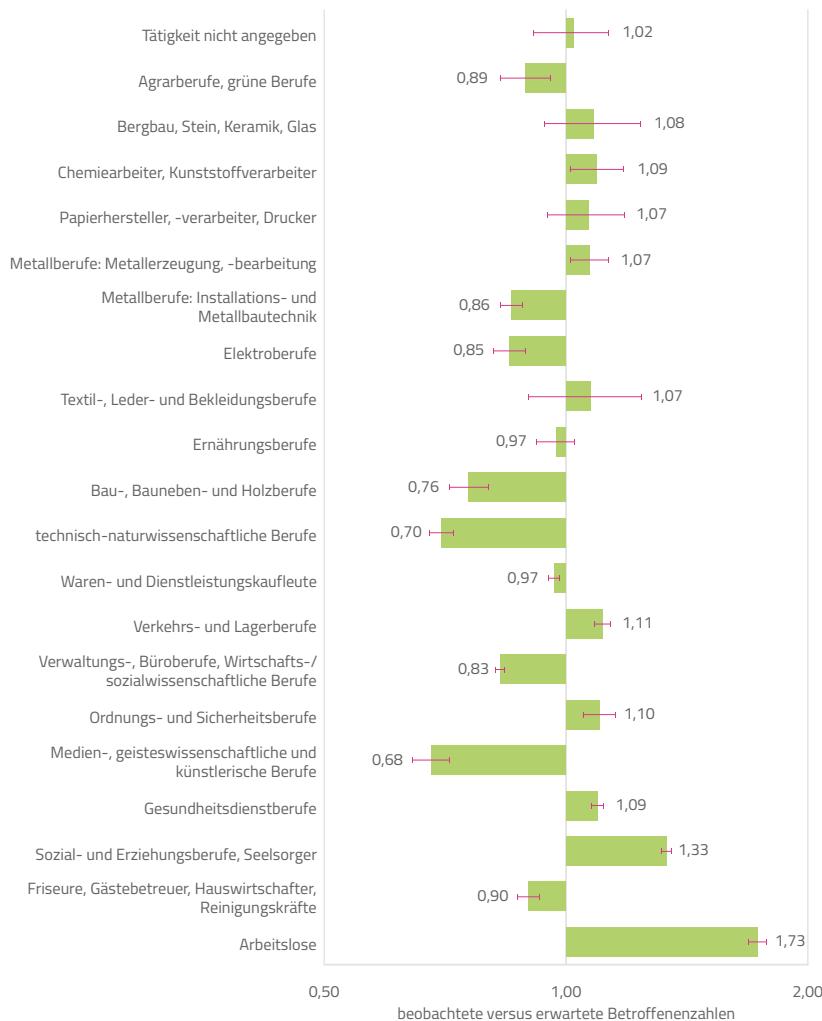
relative Abweichungen beobachteter von erwarteten Betroffenenzahlen mit 95-Prozent-Vertrauensbereichen



Quelle: BARMER-Daten 2021, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar des Jahres (n = 3.843.071)

Abbildung 3.9c: Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen über mehr als 42 Tage nach Berufsfeldern – Abweichungen beobachteter von erwarteten Betroffenenzahlen 2021

relative Abweichungen beobachteter von erwarteten Betroffenenzahlen mit 95-Prozent-Vertrauensbereichen

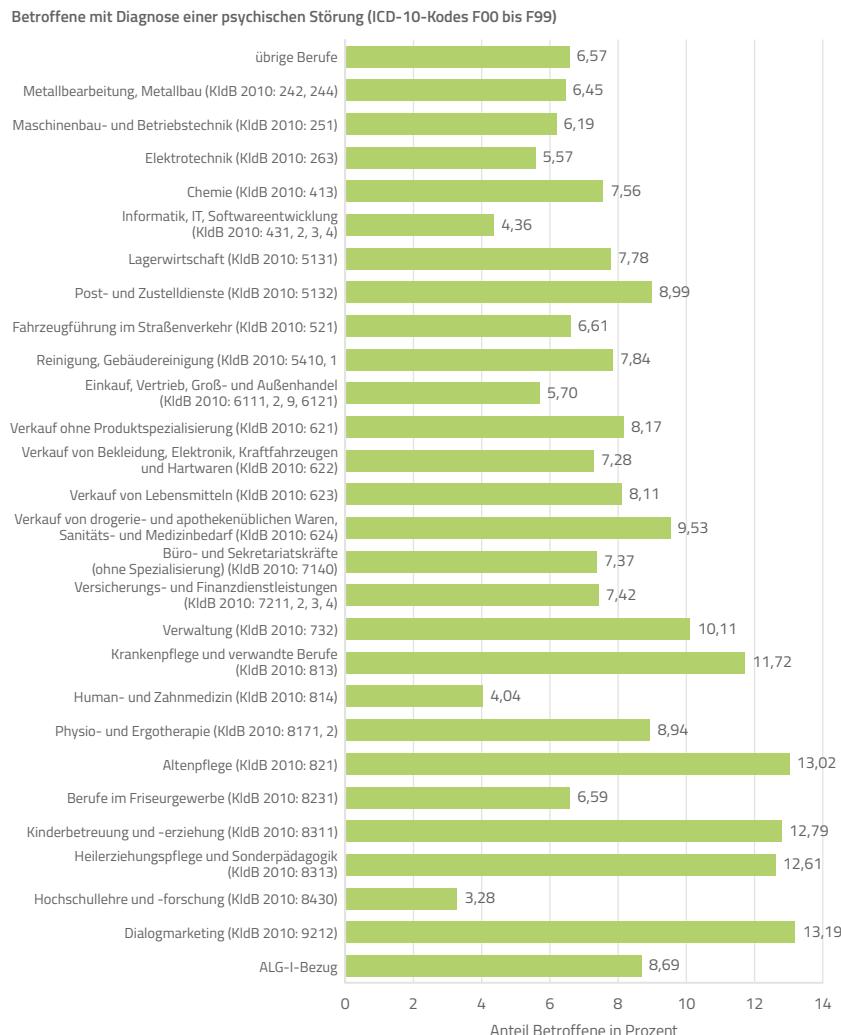


Quelle: BARMER-Daten 2021, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar des Jahres (n = 3.843.071)

Aktuelle Tätigkeit – ausgewählte Berufsgruppen

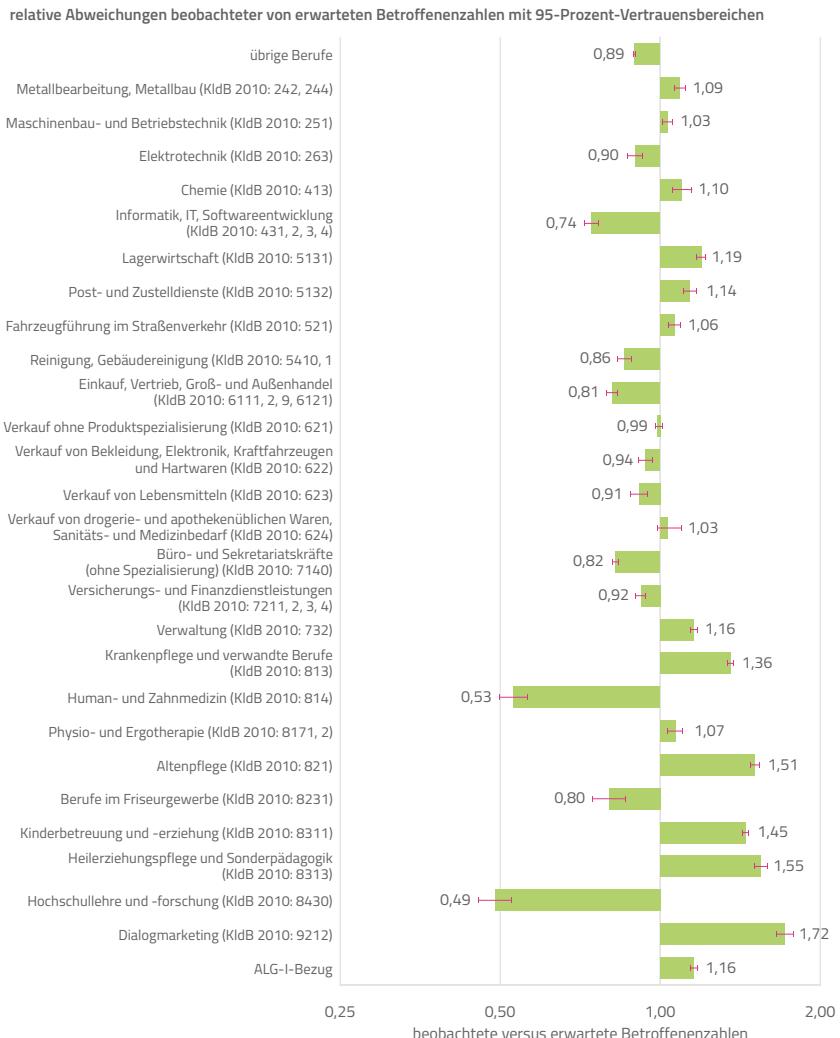
Aufteilungen aller Beschäftigten auf eine nur sehr begrenzte Zahl unterschiedlicher Berufsgruppen – wie bei Berufsfeldern – fassen in einzelnen Gruppen zwangsläufig auch recht unterschiedliche Tätigkeiten zusammen. Personen aus solchen Gruppen können dann potenziell – und unabhängig von stets erwartbaren Variationen auf individueller Ebene – recht unterschiedlichen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sein. Eine alternativ naheliegende Auswertung nach hochdifferenzierten Tätigkeitszuordnungen ist nicht zu allen Tätigkeiten möglich, da vielen speziellen Berufen in den Daten nur vergleichsweise wenige Beschäftigte zugeordnet sind, womit empirisch belastbare Ergebnisse von vornherein ausgeschlossen wären. Einen Kompromiss stellen Auswertungen zu einer Auswahl an inhaltlich hinreichend genau abgegrenzten und dennoch in Daten ausreichend vertretenen Berufsgruppen dar. Die nachfolgend verwendete Auswahl orientiert sich dabei an den ausreichend unter Berufstätigen mit Versicherung bei der BARMER vertretenen 26 Berufsgruppen, zu denen bereits im Gesundheitsreport 2021 unter dem Titel „Berufsatlas“ umfangreiche gesundheitsbezogene Auswertungen präsentiert wurden. Neben Ergebnissen zu den 26 Gruppen werden auch hier Ergebnisse zu Arbeitslosengeld-I-Bezieherinnen und -Beziehern präsentiert. Beschäftigte ohne Zuordnung zu einer der 26 Gruppen wurden in einer Gruppe „übrige Berufe“ zusammengefasst, womit dieselbe Zahl an Erwerbspersonen wie bei vorausgehend dargestellten Auswertungen berücksichtigt werden konnte.

Abbildung 3.10a: Anteil der Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen in ausgewählten Berufsgruppen 2021



Quelle: BARMER-Daten 2021, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar des Jahres (n = 3.843.071)

Abbildung 3.10b: Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen in ausgewählten Berufsgruppen – Abweichungen beobachteter von erwarteten Betroffenenzahlen 2021



Quelle: BARMER-Daten 2021, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar des Jahres (n = 3.843.071)

Auch nach einer Adjustierung für geschlechts- und altersabhängige Effekte zeigen sich bei einer Reihe der hier betrachteten Berufsgruppen relativ große Abweichungen von beobachteten und erwarteten Betroffenenzahlen. So waren von Human- und Zahnmedizinern nur etwa halb so viele von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen betroffen, wie gemäß ihrer Geschlechts- und Altersstruktur hätte erwartet werden können (vgl. Abbildung 3.10b). Demgegenüber lagen die Betroffenenraten bei Beschäftigten in der Krankenpflege um 36 Prozent über den erwarteten Werten, in der Altenpflege sogar um 51 Prozent. Auch bei Beschäftigten in der Kinderbetreuung sowie der Heilerziehungspflege und Sonderpädagogik ließen sich deutlich erhöhte Raten ermitteln. Das höchste Risiko zeigte sich bei Beschäftigten im Dialogmarketing, wozu insbesondere Mitarbeitende von Callcentern zählen. Am stärksten unterschritten wurden erwartete Betroffenzahlen bei Mitarbeitenden in der Hochschullehre und Forschung. Eine Beschränkung der Betrachtung ausschließlich auf Risiken für längerfristige Arbeitsunfähigkeiten führte tendenziell auch hier zu eher noch deutlicheren relativen Unterschieden zwischen den Berufsgruppen. Auswertungen zu Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit Depressionsdiagnosen ergaben bei einigen Berufsgruppen auch abweichende Ergebnisse (vgl. Tabelle A 10 im Anhang).

erhöhte Risiken für psychische Erkrankungen bei Beschäftigten in Callcentern sowie in pflegerischen und sozialen Berufen

Einflüsse weiterer Merkmale

Im Rahmen der Auswertungen wurde eine Reihe weiterer Merkmale betrachtet, wobei Ergebnisse hier jedoch nur kurz erwähnt werden sollen. Zahlenangaben – hier ausschließlich im Hinblick auf Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit Diagnosen psychischer Erkrankungen beliebiger Dauer – sind Tabelle A 11 im Anhang zu entnehmen. Bei Arbeitnehmenden mit Beschäftigung in Arbeitnehmerüberlassung zeigten sich im Vergleich zu regulär Beschäftigten leicht bis moderat erhöhte Risiken für psychische Erkrankungen. Teilzeitbeschäftigte wiesen im Vergleich zu Vollzeitbeschäftigten geringfügig höhere Risiken auf. Leicht erhöhte Risiken waren bei befristet Beschäftigten im Vergleich zu unbefristet Beschäftigten nachweisbar. Bei Auswertungen zu Branchen, die als Merkmal primär den Arbeitgeber und nicht unbedingt die konkrete Tätigkeit des Arbeitnehmenden kennzeichnen, waren auf der Ebene von sogenannten Abschnitten der Branchenklassifikation moderate Abweichungen von Risiken nachweisbar. Die höchsten Risiken wiesen –

bezogen auf anteilig relevante Branchen – Beschäftigte in der Branche „Gesundheits- und Sozialwesen“ auf. Gleichfalls moderate Unterschiede ließen sich auf regionaler Ebene der Bundesländer nachweisen, wobei sich – abhängig von der Operationalisierung der betrachteten Risiken – unterschiedliche Abweichungen zeigten (Ergebnisse nicht dargestellt). Durchgängig unter den Erwartungen lagen Risiken in den beiden Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg mit traditionell niedrigen Krankenständen.

Kapitel 4

Datengrundlage und Methoden

4 Datengrundlage und Methoden

4.1 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 einer Arbeitnehmerin oder eines Arbeitnehmers zur Meldung einer Arbeitsunfähigkeit nicht nur bei seiner Arbeitgeberin oder 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 Lebensunterhalts 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 ALG-I-Beziehende, nicht jedoch ALG-II-Beziehende oder beispielsweise berufstätige Altersrentnerinnen und -rentner. 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 sie 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 kurz dauernden 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, dürfte durch das Fehlen von Angaben zu einem Teil kurz dauernder Fälle nur in geringem Maße beeinflusst werden.

Methodische Unterschiede zu anderen Statistiken

Zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen erscheint 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 Arbeitgeberinnen und 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.

AU-Tage bezogen auf
alle Versicherungstage

- 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 einer Arbeitnehmerin oder eines Arbeitnehmers bezogen.
- Arbeitgeberinnen und 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 Krankenstände ausweisen als Statistiken zu einer vergleichbaren Population auf der Basis von Daten einer Krankenkasse.
- Die kassenübergreifenden Statistiken des 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.

AU-Meldungen von
vielen Faktoren abhängig

Arbeitsunfähigkeit als Folge gesundheitlicher Einschränkungen

Diese Sichtweise entspricht der primären und direkten Interpretation einer gemeldeten Arbeitsunfähigkeit als Hinweis auf den gesundheitlichen Zustand der betroffenen Personen. Ob dabei die gesundheitlichen Einschränkungen ihrerseits Folgen der Berufstätigkeit sind oder anderweitige Gründe haben, muss in der Regel zunächst offenbleiben. 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. Eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer kann beispielsweise durchaus schon lange unter leichteren Kopfschmerzen gelitten haben, ehe sie oder er sich wegen zunehmender Beschwerden krankschreiben lässt. Geht ein Arbeitnehmer trotz einer Erkrankung und erheblicher Beschwerden weiterhin regelmäßig zur Arbeit, spricht man von Präsentismus. Auch diese Erkrankungsfälle werden in Daten zu Arbeitsunfähigkeiten nicht abgebildet.

Arbeitsunfähigkeiten in Abhängigkeit von tätigkeitsspezifischen Anforderungen

Unterschiedliche Tätigkeiten sind mit unterschiedlichen mentalen und körperlichen Anforderungen verbunden. 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 tätigkeitsspezifischer Anforderungen

Für sehr belastende oder herausgehobene und verantwortungsvolle Tätigkeiten werden oftmals überdurchschnittlich gesunde Personen ausgewählt, deren vergleichsweise gute Gesundheit und gegebenenfalls geringe Arbeitsunfähigkeit dann keinesfalls Rückschlüsse auf besonders günstige Arbeitsbedingungen erlauben. Die gute Gesundheit ist in entsprechenden Fällen eher eine Voraussetzung für die Berufswahl beziehungsweise die Tätigkeitsaufnahme denn die Folge der Berufstätigkeit. Entsprechende Selektionseffekte, die zu scheinbar paradoxen Ergebnissen führen können, werden in der Epidemiologie englischsprachig als „Healthy-Worker-Effekt“ bezeichnet.

Weitere primär erkrankungsunabhängige Einflüsse

Eine Reihe weiterer Faktoren kann Auswirkungen auf Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten 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. Wertet man Angst um den Erhalt des Arbeitsplatzes als einen Aspekt des Betriebsklimas, kann ein negatives Betriebsklima jedoch auch zur Vermeidung von berechtigten Fehlzeiten (im Sinne von Präsentismus) führen.

Höhere Eigenverantwortung am Arbeitsplatz ist mit eher geringeren Fehlzeiten assoziiert. Die geringen Fehlzeiten können die positive Folge einer höheren Selbstbestimmtheit und 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 zu eher höheren Fehlzeiten geführt haben. Durch die Einführung von ALG II im Jahr 2005 wurden 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 nach Einführung des von ALG II führte.

Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens

Zur Beschreibung des Arbeitsunfähigkeitsmeldegesehens existiert 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 Kalenderjahrs – mindestens einen Tag von einer Arbeitsunfähigkeit betroffen war. Der verbleibende (beziehungsweise komplementäre) Anteil der Personen war innerhalb des Jahres dementsprechend von keiner Arbeitsunfähigkeitsmeldung betroffen. AU-Quoten beziehen sich bei ihrer Berechnung immer auf Personen (und damit ausnahmsweise nicht auf Versicherungsjahre; dabei wurden im Report ausschließlich Personen berücksichtigt, die bereits am 1. Januar des Jahres bei der BARMER versichert waren). Üblicherweise ist innerhalb eines Jahres etwa gut die Hälfte aller Erwerbspersonen von mindestens einer Arbeitsunfähigkeit betroffen.
- Versicherungsjahre werden aus den in Krankenkassendaten dokumentierten Versicherungstagen berechnet und bilden die Bezugsgröße für die meisten Kennzahlen. Angaben zu Versicherungsjahren entsprechen dabei Angaben zur jahresdurchschnittlichen Personenzahl. Für Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten werden dabei, aus bereits genannten Gründen, nur Versicherungszeiten zu Erwerbspersonen mit Krankengeldanspruch berücksichtigt. Ist jemand 365 Tage innerhalb eines Jahres als Erwerbsperson versichert, resultiert bei der Berechnung genau ein Versicherungsjahr, bei einer Versicherung über 182 Tage lediglich etwa 0,5 Versicherungsjahre. Ein Bezug der Ar-

beitsunfähigkeiten auf Versicherungsjahre berücksichtigt die Tatsache, dass innerhalb kürzerer Versicherungszeiten, zum Beispiel bei Kassenwechsel, regelmäßig auch nur kürzere Arbeitsunfähigkeitsintervalle erfasst werden, was bei Berechnungen „pro Person“ zu fälschlich reduzierten Maßzahlen führen würde.

- Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherungsjahre (AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre) geben die Anzahl der abgrenzbaren Arbeitsunfähigkeitsfälle an, die – sinngemäß je 100 durchgängig versicherte Personen – innerhalb eines Jahres erfasst wurden. Durch einen Bezug auf 100 Versicherungsjahre kann die Lesbarkeit der Zahlenwerte (mit dann weniger Nachkommastellen) erhöht werden, ohne die inhaltliche Bedeutung zu ändern. Ein AU-Fall je Versicherungsjahr entspricht beispielsweise 100 AU-Fällen je 100 Versicherungsjahre. Durchschnittlich ist bei Erwerbspersonen üblicherweise 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 zehn Tagen je Arbeitsunfähigkeitsmeldung. Besonders lang dauernde Arbeitsunfähigkeitsfälle werden typischerweise bei Diagnosen von Neubildungen und psychischen Störungen beobachtet.
- Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre (AU-Tage je 100 Versicherungsjahre) ist ein Maß für die innerhalb eines Jahres erfassten erkrankungsbedingten Fehlzeiten und damit die wohl relevanteste Maßzahl des Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehens. Pro Jahr werden je Beschäftigten aktuell im Durchschnitt typischerweise mehr als 15 AU-Tage erfasst, je 100 durchgängig Beschäftigte sind es entsprechend deutlich mehr als 1.500 gemeldete erkrankungsbedingte Fehltage pro Jahr.
- Der Krankenstand lässt sich auf der Basis von Daten einer Krankenkasse durch Teilen der erfassten AU-Tage durch die Versicherungstage berechnen und gibt dann, zumeist als Prozentwert, den Anteil der erkrankungsbedingten Fehltage an allen Versicherungstagen innerhalb des gewählten Beobachtungszeitraums an.

Der Krankenstand beschreibt inhaltlich damit denselben Sachverhalt wie das zuvor genannte Maß „AU-Tage je 100 VJ“. Eine Umrechnung ist jederzeit möglich:

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

beziehungsweise umgekehrt

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

Üblicherweise fehlen an einzelnen Tagen des Jahres erkrankungsbedingt bundesweit durchschnittlich jeweils mehr als vier Prozent der Beschäftigten eines Betriebs.

4.2 Erwerbspersonen in der BARMER

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

Grundsätzlich beziehen sich alle Auswertungen im Gesundheitsreport ausschließlich auf Personen, die im Auswertungszeitraum – hier vorrangig die dokumentierten Versicherungstage im Kalenderjahr 2021 und 2022 – als Erwerbspersonen bei der BARMER 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 gegebenenfalls 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 sozialversicherungspflichtige Beschäftigte als auch ALG-I-Empfängerinnen und -Empfänger. Demgegenüber konnten ALG-II-Empfängerinnen und Empfänger nicht berücksichtigt werden, da sie nicht mit Krankengeldanspruch versichert und insofern auch nicht zur Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bei der Krankenkasse verpflichtet sind.

Erwerbspersonen hier:
Beschäftigte +
ALG-I-Bezieher mit
KG-Anspruch

Ergebnisse im Gesundheitsreport basieren auf taggenauen Zuordnungen von dokumentierten Arbeitsunfähigkeitsintervallen und Versicherungszeiten, wobei ausschließlich

AU-Tage bei einer gleichzeitig dokumentierten 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 Versicherenzahlen und den berechneten Versicherungsjahren resultieren.

Tabelle 4.1: Erwerbspersonen in der BARMER nach Bundesländern 2022

Bundesland	jahresdurchschnittliche Anzahl Personen			Anteil Beschäftigte an Gesamtzahl in Deutschland in Prozent*
	Männer	Frauen	gesamt	
Baden-Württemberg	163.487	177.552	341.039	6,9
Bayern	249.008	280.977	529.986	8,8
Berlin	83.453	94.407	177.860	10,5
Brandenburg	89.311	106.447	195.759	21,7
Bremen	7.543	7.430	14.972	4,2
Hamburg	38.482	40.944	79.426	7,4
Hessen	152.846	166.391	319.237	11,5
Mecklenburg-Vorpommern	48.757	60.584	109.341	18,2
Niedersachsen	159.646	166.529	326.175	10,2
Nordrhein-Westfalen	424.872	490.326	915.197	12,3
Rheinland-Pfalz	86.571	103.828	190.400	12,6
Saarland	24.862	26.990	51.851	12,9
Sachsen	51.573	58.290	109.863	6,5
Sachsen-Anhalt	44.872	55.622	100.493	12,2
Schleswig-Holstein	72.424	82.277	154.701	14,4
Thüringen	34.016	38.138	72.153	8,7
bundesweit	1.752.415	1.969.922	3.722.338	10,4

* Anteil der berücksichtigten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Alter von 15 bis 64 Jahren mit Wohnort im Inland an deren altersübergreifender Gesamtzahl in Deutschland nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit zu den Monaten Januar bis November 2022.
Quelle: BARMER-Daten 2022, bei Auswertungen berücksichtigte Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre

Daten der BARMER umfassen Angaben zu einem ausgesprochen großen Personenkreis. Für die Auswertungen zum Jahr 2022 konnten im Jahresdurchschnitt Daten zu rund 3,7 Millionen Erwerbspersonen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren berücksichtigt werden (vgl. auch Tabelle 4.1). Bundesweite Zahlen zu Erwerbspersonen im hier verwendeten Sinn lassen sich nur schwer ermitteln. Besser und relativ zeitnah verfügbar sind über die Bundesagentur für Arbeit vorläufige Angaben zur Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland sowie auf regionaler Ebene. Vergleicht man die Anzahl der im Report im Jahresdurchschnitt 2022 effektiv berücksichtigten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Wohnort im Inland mit der Gesamtzahl der Beschäftigten in Deutschland im Mittel über die Monate Januar bis November 2022 nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit, lässt sich festhalten, dass bei Auswertungen zum Report 2022 etwa 10,4 Prozent aller Beschäftigten in Deutschland berücksichtigt werden konnten. Bundeslandbezogen variiert dieser approximativ für 2022 ermittelte Anteil zwischen 4,2 Prozent in Bremen und 21,7 Prozent in Brandenburg.

Daten zu rund 3,7 Mio.
Erwerbspersonen
und dabei 10,4 % aller
sozialversicherungs-
pflichtig Beschäftigten
in Deutschland berück-
sichtigt

Datenbasis Arbeitsunfähigkeitsauswertungen

Tabelle 4.2 listet absolute Angaben zu Arbeitsunfähigkeitsfällen und -tagen aus dem Jahr 2022, die im Rahmen der Auswertungen zum Gesundheitsreport bundesweit sowie in einzelnen Bundesländern berücksichtigt werden konnten. Diese variierten zwischen rund 27.700 AU-Fällen mit 366.400 AU-Tagen in Bremen und rund 1,64 Millionen Fälle mit 22,5 Millionen Tagen in Nordrhein-Westfalen. Selbst im Land Bremen ergibt sich damit noch eine empirisch recht breite Auswertungsbasis. Bei bundesweiten Auswertungen zum Jahr 2022 wurden 6,8 Millionen AU-Fälle und rund 91,1 Millionen AU-Tage berücksichtigt.

Tabelle 4.2: AU-Fälle und -Tage bei Erwerbspersonen in der BARMER 2022

Bundesland	Anzahl AU-Fälle 2022 absolut	Anzahl AU-Tage 2022 absolut
Baden-Württemberg	571.535	7.050.813
Bayern	917.171	11.601.139
Berlin	296.956	4.189.980
Brandenburg	399.546	5.792.360
Bremen	27.708	366.403
Hamburg	126.670	1.632.039
Hessen	603.046	7.580.900
Mecklenburg-Vorpommern	232.303	3.325.406
Niedersachsen	628.167	8.310.782
Nordrhein-Westfalen	1.641.861	22.483.619
Rheinland-Pfalz	348.623	4.702.947
Saarland	94.015	1.470.631
Sachsen	207.295	2.878.471
Sachsen-Anhalt	212.628	3.066.609
Schleswig-Holstein	292.727	3.829.201
Thüringen	149.803	2.221.100
bundesweit	6.790.428	91.093.153

Quelle: BARMER-Daten 2022, AU-Fälle und AU-Tage zu den bei Auswertungen berücksichtigten Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre

4.3 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 beziehungsweise 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).

4.3.1 Diagnoseschlüssel – ICD-10

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 ICD-10, verwendet. Grundsätzlich handelt es sich bei der ICD um ein international gebräuchliches Klassifikationssystem. Die Pflege und die Weiterentwicklung obliegen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In Deutschland ist für die Betreuung und Bereitstellung das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI (am 26. Mai 2020 im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, BfArM, aufgegangen) zuständig. Typischerweise werden vom BfArM jährlich aktualisierte und angepasste Versionen der ICD-10 bereitgestellt, deren Verwendung dann in vielen Bereichen des deutschen Gesundheitssystems obligat vorgeschrieben ist (BfArM, 2023).



Die ICD-10 ist hierarchisch aufgebaut und umfasst auf der obersten Gliederungsebene 22 sogenannte Kapitel, wobei das Kapitel 20 regulär nahezu ausschließlich in der Todesursachenstatistik verwendet wird (vgl. auch Tabelle 4.3). Die nachfolgende Ebene sogenannter (Diagnose-)Gruppen umfasst mehr als 200 unterschiedliche Differenzierungen, mit der jeweils mehrere Einträge auf der Ebene dreistelliger Diagnoseschlüssel zusammengefasst werden. Diese dreistelligen Diagnosen bestehen immer aus einem Buchstaben und zwei Ziffern und differenzieren mehr als 1.600 Krankheiten und Zustände. Nähere Informationen sind auf den Internetseiten des BfArM verfügbar.

Tabelle 4.3: Diagnosekapitel der ICD-10

Kapitel	Bezeichnung und Schlüssel	Anmerkungen und Beispiele
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Infekte insbesondere des Magen-Darm-Traktes, ohne Atemwegsinfekte, ohne Grippe
II	Neubildungen (C00–D48)	bösartige und (seltener) gutartige Neubildungen
III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50–D90)	Bluterkrankungen, auch Blutarmut
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes
V	Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Depressionen, aber auch zum Beispiel Alkoholprobleme
VI	Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Migräne, Epilepsie
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59)	Bindegauztzündungen, Glaukom
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60–H95)	Mittelohrentzündung
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Bluthochdruck, Herzinfarkt
X	Krankheiten des 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-Skelettsystems und des Bindegewebes (M00–M99)	Rückenschmerzen, Wirbelsäulenerkrankungen, Kniegelenkerkrankungen
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Harnwegsinfekte
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	vorzeitige Wehen, Schwangerschaftsprobleme
XVI	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00–P96)	als Diagnose von Arbeitsunfähigkeiten selten

Kapitel	Bezeichnung und Schlüssel	Anmerkungen und Beispiele
XVII	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00–Q99)	Fußfehlstellungen, Herzfehler
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Bauchschmerzen, Fieber, Erbrechen
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98)	Verstauchungen, Frakturen
XX	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01–Y84)	wird vorrangig ergänzend bei der Kodierung von Todesursachen verwendet
XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Früherkennungsuntersuchungen
XXII	Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00–U99)	in Vorjahren selten verwendet, zum Teil vorläufige Schlüssel für neue Erkrankungen, zu denen auch COVID-19 zählt

Quelle: BfArM 2023

4.3.2 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 Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern an die Krankenkasse übermittelt wurden. Obwohl die Aktualität und die Gültigkeit (Validität) entsprechender Angaben gelegentlich angezweifelt wurden, lassen sich bei Beschäftigten aus unterschiedlichen Tätigkeitsgruppen empirisch erheblich unterschiedliche Fehlzeiten und Erkrankungsmuster, insbesondere auch im Hinblick auf Arbeitsunfälle, beobachten (vgl. zum Beispiel 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 Kapitel 1.2.2).

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 genutzten und im Jahr 2003 nur leicht modifizierten Systematik, der sogenannten „Klassifizierung der Berufe“ des „Schlüsselverzeichnisses für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung – Ausgabe 2003“, erfasst. Diese bestand in einer fünfstelligen Angabe mit drei Stellen zur Angabe der Tätigkeit, einer zur „Stellung im Beruf“ sowie einer Stelle zur „Ausbildung“ und wurde in den vergangenen Jahren auch für die Darstellung der Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildung und Beruf im Gesundheitsreport genutzt.

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

Neben einer zeitgemäßen Auswahl von Berufen beinhaltet der neue Schlüssel auch eine Differenzierung zwischen Schulbildung und Ausbildungsabschluss, Teil- und Vollzeit tätigkeiten in befristeten oder unbefristeten Beschäftigungsverhältnissen sowie zwi schen Leiharbeit und normalen Beschäftigungsverhältnissen.



Eine Online- sowie eine PDF-Version des neuen Schlüsselverzeichnisses sind unter nebenstehendem Link auf den Internetseiten der Bundesagentur für Arbeit (BA) erhältlich.

Die insgesamt neun Ziffern einer vollständigen Angabe gemäß Schlüsselverzeichnis 2010 dokumentieren folgende Informationen zu den Beschäftigten, ihrem Arbeitsverhältnis und der aktuell ausgeübten Tätigkeit.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 Stellen 1–5: ausgeübte Tätigkeit (sogenannte „Klassifi cation der Berufe 2010“ – kurz auch „KldB 2010“)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 Stelle 6: höchster allgemeinbildender Schulabschluss

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Stelle 7: höchster beruflicher Ausbildungsabschluss
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Stelle 8: Arbeitnehmerüberlassung beziehungsweise eine individuell bestehende Beschäftigung als Leiharbeiter
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Stelle 9: Vertragsform (es kann sowohl zwischen Voll- sowie Teilzeitbeschäftigteverhältnissen wie auch zwischen befristeten und unbefristeten Beschäftigungsverhältnissen unterschieden werden)

Der fünfstellige Tätigkeitsschlüssel der KldB 2010 zur Angabe der ausgeübten Tätigkeit mit seinen insgesamt 1.286 Ausprägungen lässt sich auf Basis seiner ersten Ziffer in zehn übergeordnete Gruppen, sogenannte Berufsbereiche, gliedern (zum Beispiel mit einer ersten Ziffer „2“ für „Rohstoffgewinnung, Produktion und Fertigung“). Auf Basis der ersten beiden Ziffern lassen sich 37 Gruppen, sogenannte Berufshauptgruppen, unterscheiden (zum Beispiel mit den Ziffern „22“ für „Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung“).

Die ersten drei Ziffern erlauben eine Unterscheidung von 144 Gruppen (zum Beispiel mit den Ziffern „223“ für „Holzbe- und -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- und 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-/Anlerntätigkeiten“, 2 für „fachlich ausgerichtete Tätigkeiten“, 3 für „komplexe Spezialistentätigkeiten“ und 4 für „hoch komplexe Tätigkeiten“ steht.

Um zur Meldung eines ausgeübten Berufs eine möglichst eindeutige und reproduzierbare Identifikation der Kodierungen des neuen Tätigkeitsschlüssels zu ermöglichen beziehungsweise 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 Kodierung beziehungsweise Tätigkeitsgruppe für einen bestimmten Beruf zu identifizieren.

Insbesondere die Stellen 6 bis 9 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 beruflichen 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 beziehungsweise 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“ waren in zurückliegenden Jahren auf den Inter-

netseiten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) zu finden (vgl. Literaturverzeichnis).

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 Tätigkeitschlüsseln gemäß KldB 2010 zu Berufsfeldern existiert nicht. Allerdings ist mit gewissen Einschränkungen eine Rücküberleitung der neuen Tätigkeitschlüssel auf die bis 2011 verwendeten alten Schlüssel und damit über Umwege auch eine Gruppierung der neuen Schlüssel nach Berufsfeldern möglich. Da dieses Vorgehen Ergebnisse hervorbringt, die gut mit Ergebnissen aus vorausgehenden Jahren vergleichbar sind, wird die Aufteilung in Berufsfelder auch weiterhin im Gesundheitsreport genutzt.

4.3.3 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 übergeordnet in 21 „Abschnitte“ gegliedert, die insgesamt in einer weiteren Differenzierung 88 „Abteilungen“ und 272 „Gruppen“, 615 „Klassen“ sowie 839 „Unterklassen“ beinhalten. Während die übergeordneten 21 „Abschnitte“ mit Buchstaben von A bis R bezeichnet werden, werden die einzelnen Wirtschaftszweige mit effektiv maximal fünfstelligen 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 Bundesamts verfügbar (Statistisches Bundesamt, 2007).



4.3.4 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 Stadtteilen mit hohem Kinderanteil und einer vergleichsweise jungen Bevölkerung sinnvoll mit entsprechenden Kennzahlen aus wohlsituierteren Stadtteilen mit einer älteren Bevölkerung im Sinne von Gesundheitsindikatoren vergleichen. Vergleiche nicht standardisierter Kennzahlen könnten selbst für soziale Brennpunkte aufgrund einer dort jungen Bevölkerung geringere Sterbeziffern als für wohlsituerte Stadtteile anzeigen, welche dann jedoch wenig über die gesundheitlichen Lebensbedingungen, sondern mehr über die Altersstruktur der unterschiedlichen Regionen aussagen würden. Vergleichbare Probleme können grundsätzlich auch bei Gegenüberstellungen von unterschiedlichen Versichertengruppen von Krankenkassen eine Rolle spielen.

Direkte Standardisierung

direkte Standardisierung:
Annahme einer fiktiven
einheitlichen Struktur
für alle Gruppen

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 (zum Beispiel 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 entsprechend den Anteilen in der ausgewählten Standardpopulation, wieder als standardisierte Werte zusammengefasst werden. Bezogen auf die beispielhaft genannten Bundesländer wird damit sinngemäß also so getan, als hätten Versichertengruppen aus allen Bundesländern eine identische (fiktive) Geschlechts- und Altersstruktur, nämlich genau die der anfangs ausgewählten Standardpopulation.

Die im Gesundheitsreport dokumentierten Unterschiede zwischen den Bundesländern lassen sich damit nicht mehr (oder, strenggenommen, allenfalls in geringem Umfang) mit einer unterschiedlichen Geschlechts- und Altersstruktur von Versicherten in einzel-

nen 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 Erwerbstägigen in Deutschland im Mai 1992 verwendet (Statistisches Jahrbuch, 1994). 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 Erwerbstägigen in Deutschland 2010 verwendet werden (vgl. Tabelle 4.4). Diese Empfehlungen wurden erstmals im Rahmen des Gesundheitsreports 2013 vollständig, das heißt 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.

Tabelle 4.4: Standardpopulation Erwerbstätige Deutschland 2010

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

Quelle: Statistisches Bundesamt 2011

Indirekte Standardisierung

Die zuvor beschriebene direkte Standardisierung setzt voraus, dass alle relevanten Subgruppen der Standardpopulation, also typischerweise einzelne Geschlechts- und Altersgruppen, auch in jeder betrachteten (Sub-)Population ausreichend repräsentiert sind. Die Einhaltung dieser Bedingung kann allerdings bei Analysen zu kleineren Subgruppen von Versicherten, beispielsweise bei regionalen Auswertungen auf Kreisebene, nicht immer gewährleistet werden. In entsprechenden Fällen kann auf das Verfahren der indirekten Standardisierung zurückgegriffen werden, welches auch für Vergleiche von Populationen geeignet ist, in denen nicht alle Geschlechts- und Altersgruppen ausreichend vertreten sind oder überhaupt vorkommen.

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



Anhang

Anhang

Tabellenanhang

Tabelle A 1: AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen 2022 –
Abteilungen der WZ2008

Nummer	Bezeichnung	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
01	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten	137	1.991	14,5
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	152	2.031	13,3
03	Fischerei und Aquakultur*	146	2.849	19,5
05	Kohlenbergbau*	180	2.140	11,9
06	Gewinnung von Erdöl und Erdgas*	161	1.547	9,6
07	Erzbergbau*	230	1.883	8,2
08	Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau	193	2.231	11,5
09	Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden*	188	2.084	11,1
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln	189	2.560	13,6
11	Getränkeherstellung	183	2.080	11,3
12	Tabakverarbeitung*	207	2.465	11,9
13	Herstellung von Textilien	194	2.180	11,2
14	Herstellung von Bekleidung	164	1.645	10,1
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen	186	2.517	13,5
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)	196	2.223	11,3
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	203	2.319	11,4
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern	188	2.114	11,2
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung	162	1.821	11,2
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	184	2.065	11,2
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	194	2.218	11,4
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	204	2.317	11,4

Nummer	Bezeichnung	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden	195	2.298	11,8
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	199	2.259	11,4
25	Herstellung von Metallerzeugnissen	198	2.199	11,1
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen	186	1.869	10,0
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen	195	2.119	10,8
28	Maschinenbau	190	2.013	10,6
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	191	2.220	11,6
30	Sonstiger Fahrzeugbau	196	2.096	10,7
31	Herstellung von Möbeln	194	2.222	11,5
32	Herstellung von sonstigen Waren	190	1.985	10,5
33	Reparatur und Installation von Maschinen und Ausrüstungen	188	2.113	11,2
35	Energieversorgung	171	1.895	11,1
36	Wasserversorgung	206	2.304	11,2
37	Abwasserentsorgung	210	2.414	11,5
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung	213	2.647	12,4
39	Beseitigung von Umweltverschmutzungen und sonstige Entsorgung*	178	2.203	12,4
41	Hochbau	167	2.084	12,5
42	Tiefbau	179	2.207	12,3
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe	181	2.189	12,1
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	187	2.105	11,3
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	176	1.923	10,9
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	182	2.363	13,0

Nummer	Bezeichnung	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	176	2.580	14,7
50	Schifffahrt	129	1.735	13,5
51	Luftfahrt	187	2.415	12,9
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr	199	2.437	12,2
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	182	2.843	15,6
55	Beherbergung	149	2.044	13,7
56	Gastronomie	133	1.981	14,9
58	Verlagswesen	133	1.346	10,1
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen; Kinos; Tonstudios und Verlegen von Musik	114	1.306	11,5
60	Rundfunkveranstalter	126	1.314	10,4
61	Telekommunikation	157	1.728	11,0
62	Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie	132	1.373	10,4
63	Informationsdienstleistungen	135	1.458	10,8
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen	161	1.685	10,5
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)	152	1.612	10,6
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten	145	1.554	10,8
68	Grundstücks- und Wohnungswesen	149	1.725	11,6
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	147	1.463	10,0
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben; Unternehmensberatung	154	1.983	12,9
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikalische und chemische Untersuchung	160	1.615	10,1
72	Forschung und Entwicklung	151	1.646	10,9
73	Werbung und Marktforschung	138	1.515	11,0
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	140	1.515	10,9
75	Veterinärwesen	156	1.865	12,0
77	Vermietung von beweglichen Sachen	165	2.074	12,5
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	215	2.702	12,6

Nummer	Bezeichnung	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen	135	1.485	11,0
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detektive	202	3.028	15,0
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	184	2.482	13,5
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.	202	2.423	12,0
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	195	2.264	11,6
85	Erziehung und Unterricht	203	2.177	10,7
86	Gesundheitswesen	190	2.367	12,5
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	209	3.082	14,7
88	Sozialwesen (ohne Heime)	211	2.754	13,1
90	Kreative, künstlerische und unterhaltende Tätigkeiten	143	1.757	12,3
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten	184	2.105	11,5
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	143	2.275	15,9
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	153	1.970	12,9
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)	173	1.897	11,0
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern	244	2.353	9,6
96	Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen	172	2.207	12,8
97	Private Haushalte mit Hauspersonal	116	1.937	16,7
98	Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt*	162	2.470	15,2
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	216	2.819	13,1
gesamt		185	2.269	12,3

* Weniger als 1.000 Beschäftigte.

Quelle: BARMER-Daten 2022, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre; einheitlich standardisiert ET2010

**Tabelle A 2: Krankenstand nach Geschlecht und Branchen 2022 –
Abteilungen der WZ2008**

Nummer	Bezeichnung	in Prozent		
		Männer	Frauen	gesamt
01	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten	5,22	5,73	5,46
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	6,18	4,85	5,57
03	Fischerei und Aquakultur*	7,80	7,81	7,80
05	Kohlenbergbau*	5,91	5,81	5,86
06	Gewinnung von Erdöl und Erdgas*	4,92	3,44	4,24
07	Erzbergbau*	7,61	2,29	5,16
08	Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau	6,91	5,17	6,11
09	Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden*	5,60	5,84	5,71
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln	6,92	7,13	7,01
11	Getränkeherstellung	6,60	4,65	5,70
12	Tabakverarbeitung*	5,60	8,11	6,75
13	Herstellung von Textilien	5,96	5,98	5,97
14	Herstellung von Bekleidung	4,09	4,99	4,51
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen	7,10	6,66	6,89
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)	6,78	5,28	6,09
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	6,73	5,92	6,35
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern	5,96	5,59	5,79
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung	4,99	4,98	4,99
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	6,00	5,26	5,66
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	5,90	6,28	6,08
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	6,48	6,19	6,35
23	Herstellung von Glas und Glasmassen, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden	6,86	5,64	6,30
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	6,93	5,32	6,19

Nummer	Bezeichnung	in Prozent		
		Männer	Frauen	gesamt
25	Herstellung von Metallerzeugnissen	6,38	5,60	6,02
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen	4,63	5,70	5,12
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen	5,62	6,02	5,81
28	Maschinenbau	5,76	5,22	5,51
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	5,93	6,25	6,08
30	Sonstiger Fahrzeugbau	5,83	5,64	5,74
31	Herstellung von Möbeln	6,60	5,49	6,09
32	Herstellung von sonstigen Waren	5,26	5,64	5,44
33	Reparatur und Installation von Maschinen und Ausrüstungen	6,05	5,48	5,79
35	Energieversorgung	5,08	5,32	5,19
36	Wasserversorgung	6,33	6,29	6,31
37	Abwasserentsorgung	7,07	6,08	6,61
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung	8,32	6,00	7,25
39	Beseitigung von Umweltverschmutzungen und sonstige Entsorgung*	7,71	4,08	6,04
41	Hochbau	6,76	4,48	5,71
42	Tiefbau	7,05	4,87	6,05
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe	6,91	4,93	6,00
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	5,95	5,56	5,77
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	5,33	5,19	5,27
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	5,99	7,04	6,47
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	6,90	7,26	7,07
50	Schifffahrt	4,78	4,72	4,75
51	Luftfahrt	5,86	7,50	6,62

Nummer	Bezeichnung	in Prozent		
		Männer	Frauen	gesamt
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr	6,79	6,55	6,68
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	7,25	8,42	7,79
55	Beherbergung	5,32	5,93	5,60
56	Gastronomie	4,79	6,17	5,43
58	Verlagswesen	3,27	4,18	3,69
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen; Kinos; Tonstudios und Verlegen von Musik	3,12	4,11	3,58
60	Rundfunkveranstalter	3,19	4,08	3,60
61	Telekommunikation	4,16	5,41	4,73
62	Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie	3,26	4,35	3,76
63	Informationsdienstleistungen	3,48	4,60	4,00
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen	3,87	5,49	4,62
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)	3,75	5,20	4,42
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten	3,61	5,02	4,26
68	Grundstücks- und Wohnungswesen	4,61	4,86	4,73
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	3,53	4,57	4,01
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben; Unternehmensberatung	4,78	6,20	5,43
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikalische und chemische Untersuchung	4,25	4,63	4,43
72	Forschung und Entwicklung	3,98	5,13	4,51
73	Werbung und Marktforschung	3,96	4,37	4,15
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	3,92	4,42	4,15
75	Veterinärwesen	4,88	5,38	5,11
77	Vermietung von beweglichen Sachen	5,92	5,40	5,68
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	7,31	7,51	7,40
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen	3,75	4,44	4,07

Nummer	Bezeichnung	in Prozent		
		Männer	Frauen	gesamt
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detektive	7,52	9,21	8,30
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	6,57	7,07	6,80
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a.n.g.	5,95	7,44	6,64
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	5,57	6,94	6,20
85	Erziehung und Unterricht	5,00	7,09	5,96
86	Gesundheitswesen	6,06	6,98	6,49
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	7,82	9,18	8,44
88	Sozialwesen (ohne Heime)	6,83	8,37	7,54
90	Kreative, künstlerische und unterhaltende Tätigkeiten	4,79	4,84	4,81
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten	5,16	6,48	5,77
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	5,41	7,19	6,23
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	5,16	5,67	5,40
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)	4,43	6,10	5,20
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern	5,97	7,00	6,45
96	Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen	5,83	6,30	6,05
97	Private Haushalte mit Haushpersonal	4,83	5,86	5,31
98	Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt*	4,86	9,00	6,77
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	7,26	8,27	7,72
gesamt		5,83	6,67	6,22

* Weniger als 1.000 Beschäftigte.

Quelle: BARMER-Daten 2022, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre; einheitlich standardisiert ET2010

Tabelle A 3: AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach KldB 2010 – Top-100-Berufe 2022

Nummer	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
1110	Berufe in der Landwirtschaft (ohne Spezialisierung)	140	1.955	14,0
1210	Berufe im Gartenbau (ohne Spezialisierung)	220	2.874	13,1
2210	Berufe in der Kunststoff- und Kautschukherstellung (ohne Spezialisierung)	244	3.267	13,4
2234	Berufe im Holz-, Möbel- und Innenausbau	230	2.604	11,3
2420	Berufe in der Metallbearbeitung (ohne Spezialisierung)	245	3.091	12,6
2423	Berufe in der spanenden Metallbearbeitung	232	2.905	12,5
2441	Berufe im Metallbau	235	2.958	12,6
2452	Berufe in der Werkzeugtechnik	212	2.588	12,2
2510	Berufe in der Maschinenbau- und Betriebstechnik (ohne Spezialisierung)	219	2.509	11,4
2511	Maschinen- und Gerätezusammensetzer/innen	229	3.041	13,3
2512	Maschinen- und Anlagenführer/innen	244	3.327	13,6
2513	Technische Servicekräfte in Wartung und Instandhaltung	192	2.505	13,0
2521	Berufe in der Kraftfahrzeugtechnik	212	2.162	10,2
2611	Berufe in der Mechatronik	237	2.009	8,5
2621	Berufe in der Bauelektrik	230	2.496	10,9
2625	Berufe in der elektrischen Betriebstechnik	230	2.547	11,1
2630	Berufe in der Elektrotechnik (ohne Spezialisierung)	202	2.342	11,6
2631	Berufe in der Informations- und Telekommunikationstechnik	159	1.824	11,5
2710	Berufe in der technischen Forschung und Entwicklung (ohne Spezialisierung)	122	1.122	9,2
2721	Technische Zeichner/innen	193	1.743	9,0
2722	Berufe in der Konstruktion und im Gerätebau	152	1.556	10,2
2730	Berufe in der technischen Produktionsplanung und -steuerung	153	1.889	12,3
2731	Berufe in der technischen Qualitätssicherung	188	2.373	12,6
2739	Aufsichts- und Führungskräfte – Technische Produktionsplanung und -steuerung	147	1.976	13,4

Nummer	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
2930	Köche/Köchinnen (ohne Spezialisierung)	171	2.661	15,5
3210	Berufe im Hochbau (ohne Spezialisierung)	173	2.656	15,4
3321	Berufe für Maler- und Lackierarbeiten	235	2.909	12,4
3410	Berufe in der Gebäudetechnik (ohne Spezialisierung)	174	2.874	16,5
3421	Berufe in der Sanitär-, Heizungs- und Klimatechnik	245	2.603	10,6
4131	Berufe in der Chemie- und Pharmatechnik	230	2.847	12,4
4310	Berufe in der Informatik (ohne Spezialisierung)	145	1.344	9,3
4322	Berufe in der IT-Anwendungsberatung	119	1.159	9,7
4334	Berufe in der IT-Systemadministration	140	1.525	10,9
4341	Berufe in der Softwareentwicklung	118	1.062	9,0
5131	Berufe in der Lagerwirtschaft	239	3.083	12,9
5132	Berufe für Post- und Zustelldienste	190	3.674	19,4
5162	Speditions- und Logistikkaufleute	163	1.777	10,9
5212	Berufskraftfahrer/innen (Güterverkehr/LKW)	164	3.194	19,4
5213	Bus- und Straßenbahnfahrer/innen	208	4.110	19,8
5218	Fahrzeugführer/innen im Straßenverkehr (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe)	170	2.889	17,0
5311	Berufe im Objekt-, Werte- und Personenschutz	194	3.335	17,2
5410	Berufe in der Reinigung (ohne Spezialisierung)	193	3.105	16,1
6111	Berufe im Einkauf	136	1.544	11,4
6112	Berufe im Vertrieb (außer Informations- und Kommunikationstechnologien)	146	1.776	12,1
6119	Führungskräfte – Einkauf und Vertrieb	114	1.472	13,0
6121	Kaufleute im Groß- und Außenhandel	187	1.678	9,0
6131	Berufe in der Immobilienvermarktung und -verwaltung	151	1.672	11,1
6210	Berufe im Verkauf (ohne Produktspezialisierung)	189	2.841	15,0
6211	Kassierer/innen und Kartenverkäufer/innen	199	3.289	16,5
6219	Aufsichts- und Führungskräfte – Verkauf	135	2.156	16,0
6221	Berufe im Verkauf von Bekleidung, Sportartikeln, Lederwaren und Schuhen	199	2.820	14,2

Nummer	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
6226	Berufe im Verkauf von Garten-, Heimwerker-, Haustier- und Zoobedarf	208	2.764	13,3
6227	Berufe im Verkauf von Kraftfahrzeugen, Zweiräder und Zubehör	186	1.985	10,7
6230	Berufe im Verkauf von Lebensmitteln (ohne Spezialisierung)	181	2.736	15,1
6231	Berufe im Verkauf von Back- und Konditoreiwaren	176	3.175	18,1
6241	Berufe im Verkauf von drogerie- und apothekenüblichen Waren	201	2.688	13,4
6322	Berufe im Hotelservice	180	2.199	12,2
6330	Berufe im Gastronomieservice (ohne Spezialisierung)	152	2.164	14,3
7110	Geschäftsführer/innen und Vorstände	70	1.030	14,8
7130	Berufe in der kaufmännischen und technischen Betriebswirtschaft (ohne Spezialisierung)	158	1.826	11,6
7131	Berufe in der Unternehmensorganisation und -planung	124	1.432	11,5
7132	Berufe in der Unternehmensberatung	91	895	9,9
7139	Aufsichts- und Führungskräfte – Unternehmensorganisation und -strategie	123	1.515	12,3
7140	Büro- und Sekretariatskräfte (ohne Spezialisierung)	159	1.996	12,6
7151	Berufe in der Personalentwicklung und -sachbearbeitung	137	1.688	12,3
7152	Berufe in der Personaldienstleistung	160	2.081	13,0
7211	Bankkaufleute	171	2.064	12,1
7213	Versicherungskaufleute	163	1.890	11,6
7221	Berufe in der Buchhaltung	145	1.808	12,5
7223	Berufe im Controlling	108	1.189	11,0
7230	Berufe in der Steuerberatung	163	1.587	9,7
7311	Assistenzkräfte in Rechtsanwaltskanzlei und Notariat	176	1.878	10,7
7320	Berufe in der öffentlichen Verwaltung (ohne Spezialisierung)	195	2.555	13,1
7322	Verwaltende Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen	192	2.501	13,0

Nummer	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
8110	Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung)	219	2.455	11,2
8111	Zahnmedizinische Fachangestellte	216	2.025	9,4
8121	Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium	195	2.432	12,5
8130	Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (ohne Spezialisierung)	208	3.413	16,4
8131	Berufe in der Fachkrankenpflege	199	3.510	17,7
8134	Berufe im Rettungsdienst	200	2.743	13,7
8140	Ärzte/Ärztinnen (ohne Spezialisierung)	132	1.389	10,6
8171	Berufe in der Physiotherapie	212	2.530	11,9
8172	Berufe in der Ergotherapie	241	2.802	11,6
8182	Berufe in der pharmazeutisch-technischen Assistenz	190	2.099	11,1
8210	Berufe in der Altenpflege (ohne Spezialisierung)	220	3.918	17,8
8231	Berufe im Friseurgewerbe	183	2.077	11,3
8254	Berufe in der Zahntechnik	171	2.133	12,5
8311	Berufe in der Kinderbetreuung und -erziehung	282	3.343	11,9
8312	Berufe in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik	194	2.581	13,3
8313	Berufe in Heilerziehungspflege und Sonderpädagogik	238	3.171	13,3
8314	Berufe in der Haus- und Familienpflege	247	3.511	14,2
8321	Berufe in der Hauswirtschaft	210	3.458	16,5
8412	Lehrkräfte in der Sekundarstufe	169	2.159	12,8
8421	Lehrkräfte für berufsbildende Fächer	161	2.255	14,0
8430	Berufe in der Hochschullehre und -forschung	88	913	10,4
9133	Berufe in der Erziehungswissenschaft	215	2.633	12,2
9211	Berufe in Werbung und Marketing	117	1.161	9,9
9212	Berufe im Dialogmarketing	249	3.231	13,0
9213	Berufe im Kundenmanagement	146	1.790	12,3
9241	Redakteure/Redakteurinnen und Journalisten/Journalistinnen	114	1.263	11,1
gesamt		182	2.447	13,4

Quelle: BARMER-Daten 2022, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, **nicht** geschlechts- und altersstandardisiert, 100 häufig in der BARMER vertretene Berufe, je Tätigkeit wurden mehr als 7.700 Versicherte berücksichtigt.

Tabelle A 4: Krankenstand nach Geschlecht und KldB 2010 – Top-100-Berufe 2022

Nummer	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	Krankenstand in Prozent		
		Männer	Frauen	gesamt
1110	Berufe in der Landwirtschaft (ohne Spezialisierung)	5,16	5,93	5,36
1210	Berufe im Gartenbau (ohne Spezialisierung)	7,81	8,10	7,87
2210	Berufe in der Kunststoff- und Kautschukherstellung (ohne Spezialisierung)	8,32	10,80	8,95
2234	Berufe im Holz-, Möbel- und Innenausbau	7,12	7,33*	7,13
2420	Berufe in der Metallbearbeitung (ohne Spezialisierung)	8,26	9,45	8,47
2423	Berufe in der spanenden Metallbearbeitung	7,95	8,38*	7,96
2441	Berufe im Metallbau	8,10	8,43*	8,11
2452	Berufe in der Werkzeugtechnik	7,10	6,56*	7,09
2510	Berufe in der Maschinenbau- und Betriebstechnik (ohne Spezialisierung)	6,73	7,86	6,87
2511	Maschinen- und Gerätezusammensetzer/innen	7,96	10,02	8,33
2512	Maschinen- und Anlagenführer/innen	8,93	10,69	9,11
2513	Technische Servicekräfte in Wartung und Instandhaltung	6,89	6,32	6,86
2521	Berufe in der Kraftfahrzeugtechnik	5,94	5,62	5,92
2611	Berufe in der Mechatronik	5,39	6,61*	5,50
2621	Berufe in der Bauelektrik	6,81	8,19*	6,84
2625	Berufe in der elektrischen Betriebstechnik	6,81	9,64*	6,98
2630	Berufe in der Elektrotechnik (ohne Spezialisierung)	5,78	8,90	6,42
2631	Berufe in der Informations- und Telekommunikationstechnik	4,93	5,53	5,00
2710	Berufe in der technischen Forschung und Entwicklung (ohne Spezialisierung)	3,00	3,50	3,08
2721	Technische Zeichner/innen	4,44	5,12	4,78
2722	Berufe in der Konstruktion und im Gerätebau	4,19	4,81*	4,26
2730	Berufe in der technischen Produktionsplanung und -steuerung	5,14	5,31	5,17
2731	Berufe in der technischen Qualitätssicherung	6,27	7,05	6,50
2739	Aufsichts- und Führungskräfte – Technische Produktionsplanung und -steuerung	5,32	6,07	5,41
2930	Köche/Köchinnen (ohne Spezialisierung)	5,63	8,89	7,29

Nummer	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	Krankenstand in Prozent		
		Männer	Frauen	gesamt
3210	Berufe im Hochbau (ohne Spezialisierung)	7,36	4,98*	7,28
3321	Berufe für Maler- und Lackiererarbeiten	7,97	8,02*	7,97
3410	Berufe in der Gebäudetechnik (ohne Spezialisierung)	7,87	7,97	7,87
3421	Berufe in der Sanitär-, Heizungs- und Klimatechnik	7,14	6,81*	7,13
4131	Berufe in der Chemie- und Pharmatechnik	7,59	8,31	7,80
4310	Berufe in der Informatik (ohne Spezialisierung)	3,52	4,55	3,68
4322	Berufe in der IT-Anwendungsberatung	3,03	3,67	3,18
4334	Berufe in der IT-Systemadministration	4,07	5,20*	4,18
4341	Berufe in der Softwareentwicklung	2,82	3,56	2,91
5131	Berufe in der Lagerwirtschaft	8,15	9,33	8,45
5132	Berufe für Post- und Zustelldienste	8,75	11,45	10,07
5162	Speditions- und Logistikkaufleute	4,73	5,10	4,87
5212	Berufskraftfahrer/innen (Güterverkehr/LKW)	8,67	11,12	8,75
5213	Bus- und Straßenbahnfahrer/innen	10,78	13,77	11,26
5218	Fahrzeugführer/innen im Straßenverkehr (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe)	7,81	8,46	7,92
5311	Berufe im Objekt-, Werte- und Personenschutz	8,56	10,47	9,14
5410	Berufe in der Reinigung (ohne Spezialisierung)	6,77	8,88	8,51
6111	Berufe im Einkauf	3,83	4,62	4,23
6112	Berufe im Vertrieb (außer Informations- und Kommunikationstechnologien)	4,43	5,52	4,87
6119	Führungskräfte – Einkauf und Vertrieb	3,73	5,07	4,03
6121	Kaufleute im Groß- und Außenhandel	4,41	4,86	4,60
6131	Berufe in der Immobilienvermarktung und -verwaltung	4,02	4,98	4,58
6210	Berufe im Verkauf (ohne Produktspezialisierung)	6,03	8,46	7,78
6211	Kassierer/innen und Kartenverkäufer/innen	5,99	9,47	9,01
6219	Aufsichts- und Führungskräfte – Verkauf	4,96	6,76	5,91
6221	Berufe im Verkauf von Bekleidung, Sportartikeln, Lederwaren und Schuhen	6,08	8,00	7,73
6226	Berufe im Verkauf von Garten-, Heimwerker-, Haustier- und Zoobedarf	7,32	7,93	7,57

Nummer	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	Krankenstand in Prozent		
		Männer	Frauen	gesamt
6227	Berufe im Verkauf von Kraftfahrzeugen, Zweirädern und Zubehör	5,24	6,09	5,44
6230	Berufe im Verkauf von Lebensmitteln (ohne Spezialisierung)	5,71	8,24	7,50
6231	Berufe im Verkauf von Back- und Konditoreiwaren	6,10*	8,89	8,70
6241	Berufe im Verkauf von drogerie- und apotheekenüblichen Waren	5,14*	7,46	7,36
6322	Berufe im Hotelservice	5,27	6,26	6,02
6330	Berufe im Gastronomieservice (ohne Spezialisierung)	4,46	6,70	5,93
7110	Geschäftsführer/innen und Vorstände	2,51	3,61	2,82
7130	Berufe in der kaufmännischen und technischen Betriebswirtschaft (ohne Spezialisierung)	4,31	5,39	5,00
7131	Berufe in der Unternehmensorganisation und -planung	3,45	4,57	3,92
7132	Berufe in der Unternehmensberatung	2,13	3,01	2,45
7139	Aufsichts- und Führungskräfte – Unternehmensorganisation und -strategie	3,79	4,85	4,15
7140	Büro- und Sekretariatskräfte (ohne Spezialisierung)	4,74	5,63	5,47
7151	Berufe in der Personalentwicklung und -sachbearbeitung	3,88	4,79	4,63
7152	Berufe in der Personaldienstleistung	5,03	6,00	5,70
7211	Bankkaufleute	4,38	6,37	5,65
7213	Versicherungskaufleute	4,22	5,79	5,18
7221	Berufe in der Buchhaltung	3,86	5,23	4,95
7223	Berufe im Controlling	2,66	3,88	3,26
7230	Berufe in der Steuerberatung	3,77	4,53	4,35
7311	Assistenzkräfte in Rechtsanwaltskanzlei und Notariat	4,96*	5,16	5,15
7320	Berufe in der öffentlichen Verwaltung (ohne Spezialisierung)	5,89	7,36	7,00
7322	Verwaltende Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen	5,72	6,99	6,85
8110	Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung)	6,11*	6,73	6,73
8111	Zahnmedizinische Fachangestellte	4,05*	5,56	5,55

Nummer	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	Krankenstand in Prozent		
		Männer	Frauen	gesamt
8121	Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium	5,20*	6,86	6,66
8130	Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (ohne Spezialisierung)	7,91	9,63	9,35
8131	Berufe in der Fachkrankenpflege	8,16	9,98	9,62
8134	Berufe im Rettungsdienst	7,48	7,60	7,51
8140	Ärzte/Ärztinnen (ohne Spezialisierung)	3,13	4,19	3,81
8171	Berufe in der Physiotherapie	6,02	7,22	6,93
8172	Berufe in der Ergotherapie	7,70	7,67	7,68
8182	Berufe in der pharmazeutisch-technischen Assistenz	5,25*	5,77	5,75
8210	Berufe in der Altenpflege (ohne Spezialisierung)	8,75	11,18	10,73
8231	Berufe im Friseurgewerbe	4,08	5,89	5,69
8254	Berufe in der Zahntechnik	5,51	6,04	5,84
8311	Berufe in der Kinderbetreuung und -erziehung	7,70	9,35	9,16
8312	Berufe in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik	6,35	7,29	7,07
8313	Berufe in Heilerziehungspflege und Sonderpädagogik	7,85	9,03	8,69
8314	Berufe in der Haus- und Familienpflege	7,58	10,09	9,62
8321	Berufe in der Hauswirtschaft	7,67	9,61	9,47
8412	Lehrkräfte in der Sekundarstufe	4,59	6,48	5,91
8421	Lehrkräfte für berufsbildende Fächer	5,57	6,43	6,18
8430	Berufe in der Hochschullehre und -forschung	1,79	3,29	2,50
9133	Berufe in der Erziehungswissenschaft	6,73	7,37	7,21
9211	Berufe in Werbung und Marketing	2,73	3,48	3,18
9212	Berufe im Dialogmarketing	7,35	9,89	8,85
9213	Berufe im Kundenmanagement	4,22	5,78	4,90
9241	Redakteure/Redakteurinnen und Journalisten/Journalistinnen	3,17	3,71	3,46
gesamt		6,13	7,22	6,70

* Geschlechtsspezifisch weniger als 1.000 Beschäftigte.

Quelle: BARMER-Daten 2022, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, **nicht** geschlechts- und altersstandardisiert, 100 häufig in der BARMER vertretene Berufe, je Tätigkeit wurden mehr als 7.700 Versicherte berücksichtigt.

Tabelle A 5: Risiken für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischen Störungen und Depressionen nach Schulabschluss im Jahr 2021 sowie 2022

höchster Schulabschluss	Personen		Anteil Betroffene in Prozent		beobachtete versus erwartete Betroffene (95-Prozent-Vertrauensbereich)*	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer psychischen Störung (F00–F99) beliebiger Dauer						
ohne Schulabschluss	43.138	44.675	7,15	8,31	1,06 (1,02–1,10)	1,11 (1,07–1,15)
Hauptschulabschluss	608.255	585.981	8,08	8,96	1,11 (1,10–1,12)	1,15 (1,14–1,15)
mittlere Reife	1.369.821	1.324.065	8,72	9,35	1,11 (1,11–1,12)	1,11 (1,10–1,11)
Abitur/Fachabitur	1.189.850	1.172.959	6,29	6,81	0,86 (0,85–0,86)	0,84 (0,84–0,85)
Abschluss unbekannt	632.007	584.621	7,23	7,78	0,91 (0,90–0,91)	0,92 (0,91–0,93)
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer psychischen Störung (F00–F99) über >42 Tage						
ohne Schulabschluss	43.138	44.675	2,30	2,18	1,09 (1,03–1,16)	1,04 (0,97–1,10)
Hauptschulabschluss	608.255	585.981	2,72	2,68	1,16 (1,14–1,18)	1,17 (1,15–1,19)
mittlere Reife	1.369.821	1.324.065	2,68	2,66	1,10 (1,09–1,11)	1,10 (1,09–1,12)
Abitur/Fachabitur	1.189.850	1.172.959	1,90	1,91	0,84 (0,83–0,85)	0,84 (0,83–0,85)
Abschluss unbekannt	632.007	584.621	2,33	2,26	0,92 (0,90–0,93)	0,91 (0,89–0,92)
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer Depression (F32, F33) beliebiger Dauer						
ohne Schulabschluss	43.138	44.675	2,11	2,19	1,05 (0,98–1,12)	1,03 (0,96–1,09)
Hauptschulabschluss	608.255	585.981	2,50	2,59	1,13 (1,11–1,14)	1,14 (1,12–1,16)
mittlere Reife	1.369.821	1.324.065	2,55	2,60	1,09 (1,08–1,10)	1,09 (1,07–1,10)
Abitur/Fachabitur	1.189.850	1.172.959	1,89	1,99	0,87 (0,86–0,89)	0,87 (0,86–0,88)
Abschluss unbekannt	632.007	584.621	2,22	2,22	0,91 (0,90–0,93)	0,91 (0,90–0,93)
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer Depression (F32, F33) über >42 Tage						
ohne Schulabschluss	43.138	44.675	0,90	0,86	0,93 (0,84–1,03)	0,91 (0,82–1,01)
Hauptschulabschluss	608.255	585.981	1,24	1,16	1,13 (1,10–1,15)	1,12 (1,09–1,15)
mittlere Reife	1.369.821	1.324.065	1,24	1,18	1,09 (1,07–1,11)	1,09 (1,07–1,11)
Abitur/Fachabitur	1.189.850	1.172.959	0,90	0,90	0,88 (0,86–0,89)	0,89 (0,87–0,91)
Abschluss unbekannt	632.007	584.621	1,09	1,01	0,91 (0,89–0,93)	0,90 (0,87–0,92)

* Indirekt nach Geschlecht und Ein-Jahres-Altersgruppen standardisierte Ergebnisse.

Quelle: BARMER-Daten 2021 und 2022, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar des jeweiligen Jahres

Tabelle A 6: Risiken für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischen Störungen und Depressionen nach Ausbildungsabschluss im Jahr 2021 sowie 2022

höchster Ausbildungsabschluss	Personen		Anteil Betroffene in Prozent		beobachtete versus erwartete Betroffene (95-Prozent-Vertrauensbereich)*	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer psychischen Störung (F00–F99) beliebiger Dauer						
ohne Ausbildungsabschluss	407.849	404.089	7,01	8,53	1,08 (1,06–1,09)	1,13 (1,12–1,14)
anerkannte Berufsausbildung	2.294.334	2.204.554	8,48	9,03	1,08 (1,07–1,08)	1,07 (1,07–1,08)
Meister-/Techniker- oder Fachschulabschluss	165.634	159.869	7,16	7,32	0,97 (0,96–0,99)	0,94 (0,92–0,95)
Bachelor	126.795	134.272	5,12	5,72	0,78 (0,76–0,80)	0,76 (0,74–0,77)
Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	404.188	390.941	5,85	6,12	0,77 (0,76–0,78)	0,75 (0,74–0,76)
Promotion	28.288	28.229	3,54	3,89	0,47 (0,44–0,50)	0,48 (0,46–0,51)
Abschluss unbekannt	415.983	390.347	6,27	7,00	0,82 (0,81–0,83)	0,85 (0,84–0,86)
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer psychischen Störung (F00–F99) über >42 Tage						
ohne Ausbildungsabschluss	407.849	404.089	2,21	2,29	1,16 (1,14–1,19)	1,16 (1,14–1,19)
anerkannte Berufsausbildung	2.294.334	2.204.554	2,66	2,63	1,07 (1,06–1,08)	1,08 (1,07–1,08)
Meister-/Techniker- oder Fachschulabschluss	165.634	159.869	2,19	2,12	0,91 (0,88–0,94)	0,90 (0,87–0,93)
Bachelor	126.795	134.272	1,52	1,54	0,77 (0,74–0,81)	0,75 (0,71–0,78)
Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	404.188	390.941	1,78	1,73	0,74 (0,72–0,76)	0,73 (0,71–0,75)
Promotion	28.288	28.229	1,08	0,96	0,46 (0,41–0,52)	0,41 (0,36–0,46)
Abschluss unbekannt	415.983	390.347	2,06	2,02	0,85 (0,83–0,87)	0,85 (0,83–0,86)
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer Depression (F32, F33) beliebiger Dauer						
ohne Ausbildungsabschluss	407.849	404.089	2,18	2,52	1,14 (1,12–1,17)	1,19 (1,16–1,21)
anerkannte Berufsausbildung	2.294.334	2.204.554	2,52	2,55	1,07 (1,06–1,08)	1,06 (1,05–1,07)
Meister-/Techniker- oder Fachschulabschluss	165.634	159.869	2,09	2,05	0,92 (0,89–0,95)	0,90 (0,87–0,93)
Bachelor	126.795	134.272	1,52	1,67	0,81 (0,78–0,85)	0,79 (0,76–0,83)
Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	404.188	390.941	1,77	1,77	0,78 (0,76–0,80)	0,76 (0,74–0,78)
Promotion	28.288	28.229	1,09	1,11	0,49 (0,44–0,55)	0,49 (0,44–0,55)
Abschluss unbekannt	415.983	390.347	1,92	2,00	0,83 (0,81–0,85)	0,85 (0,83–0,87)

höchster Ausbildungsabschluss	Personen		Anteil Betroffene in Prozent		beobachtete versus erwartete Betroffene (95-Prozent-Vertrauensbereich)*	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer Depression (F32, F33) über >42 Tage						
ohne Ausbildungabschluss	407.849	404.089	0,99	1,00	1,15 (1,11–1,18)	1,14 (1,10–1,17)
anerkannte Berufsausbildung	2.294.334	2.204.554	1,23	1,17	1,07 (1,05–1,08)	1,07 (1,06–1,09)
Meister-/Techniker- oder Fachschulabschluss	165.634	159.869	1,04	0,95	0,92 (0,88–0,96)	0,90 (0,85–0,95)
Bachelor	126.795	134.272	0,72	0,71	0,82 (0,77–0,88)	0,80 (0,75–0,85)
Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	404.188	390.941	0,87	0,83	0,78 (0,76–0,81)	0,78 (0,76–0,81)
Promotion	28.288	28.229	0,54	0,49	0,51 (0,43–0,59)	0,47 (0,40–0,56)
Abschluss unbekannt	415.983	390.347	0,94	0,87	0,83 (0,80–0,85)	0,81 (0,78–0,84)

* Indirekt nach Geschlecht und Ein-Jahres-Altersgruppen standardisierte Ergebnisse.

Quelle: BARMER-Daten 2021 und 2022, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar des jeweiligen Jahres

Tabelle A 7: Risiken für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischen Störungen und Depressionen nach Zahl unterschiedbarer Betriebsnummern innerhalb von drei Vorjahren im Jahr 2021 sowie 2022

Anzahl unterschiedlicher Betriebsnummern	Personen		Anteil Betroffene in Prozent		beobachtete versus erwartete Betroffene (95-Prozent-Vertrauensbereich)*	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer psychischen Störung (F00–F99) beliebiger Dauer						
eine Betriebsnummer	2.251.258	2.377.025	7,56	8,13	0,95 (0,95–0,96)	0,96 (0,96–0,97)
zwei Betriebsnummern	848.548	649.015	8,00	8,14	1,04 (1,03–1,05)	1,00 (0,99–1,01)
drei Betriebsnummern	206.428	182.970	8,44	9,83	1,17 (1,15–1,18)	1,23 (1,21–1,25)
vier oder mehr Betriebsnummern	84.011	78.160	10,89	12,87	1,55 (1,51–1,58)	1,64 (1,61–1,67)
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer psychischen Störung (F00–F99) über >42 Tage						
eine Betriebsnummer	2.251.258	2.377.025	2,33	2,34	0,93 (0,92–0,94)	0,95 (0,94–0,96)
zwei Betriebsnummern	848.548	649.015	2,54	2,37	1,06 (1,05–1,08)	1,03 (1,02–1,05)
drei Betriebsnummern	206.428	182.970	2,86	2,88	1,30 (1,26–1,33)	1,29 (1,26–1,33)
vier oder mehr Betriebsnummern	84.011	78.160	3,80	3,90	1,78 (1,72–1,84)	1,79 (1,73–1,86)

Anzahl unterschiedlicher Betriebsnummern	Personen		Anteil Betroffene in Prozent		beobachtete versus erwartete Betroffene (95-Prozent-Vertrauensbereich)*	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer Depression (F32, F33) beliebiger Dauer						
eine Betriebsnummer	2.251.258	2.377.025	2,24	2,29	0,94 (0,93–0,95)	0,95 (0,94–0,96)
zwei Betriebsnummern	848.548	649.015	2,41	2,32	1,06 (1,04–1,07)	1,02 (1,00–1,03)
drei Betriebsnummern	206.428	182.970	2,61	2,91	1,24 (1,20–1,27)	1,30 (1,27–1,34)
vier oder mehr Betriebsnummern	84.011	78.160	3,42	3,87	1,67 (1,61–1,73)	1,77 (1,70–1,83)
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer Depression (F32, F33) über >42 Tage						
eine Betriebsnummer	2.251.258	2.377.025	1,08	1,05	0,92 (0,91–0,94)	0,95 (0,93–0,96)
zwei Betriebsnummern	848.548	649.015	1,18	1,07	1,08 (1,05–1,10)	1,05 (1,02–1,07)
drei Betriebsnummern	206.428	182.970	1,33	1,28	1,33 (1,28–1,38)	1,30 (1,25–1,36)
vier oder mehr Betriebsnummern	84.011	78.160	1,69	1,65	1,75 (1,66–1,84)	1,72 (1,63–1,82)

* Indirekt nach Geschlecht und Ein-Jahres-Altersgruppen standardisierte Ergebnisse.

Quelle: BARMER-Daten 2021 und 2022, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar des jeweiligen Jahres und mindestens 800 Tagen dokumentierter Versicherungszeit als Erwerbsperson in den drei vorausgehenden Jahren

Tabelle A 8: Risiken für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischen Störungen und Depressionen nach Zahl unterscheidbarer Wohnorte innerhalb von drei Vorjahren im Jahr 2021 sowie 2022

Anzahl unterscheidbarer Wohnorte auf dreistelliger Postleitzahl-Ebene	Personen		Anteil Betroffene in Prozent		beobachtete versus erwartete Betroffene (95-Prozent-Vertrauensbereich)*	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer psychischen Störung (F00-F99) beliebiger Dauer						
ein Wohnort	3.019.094	2.910.313	7,84	8,31	0,99 (0,99–0,99)	0,99 (0,98–0,99)
zwei Wohnorte	328.828	336.389	7,45	8,46	1,08 (1,07–1,09)	1,09 (1,07–1,10)
drei oder mehr Wohnorte	42.323	40.468	8,45	9,90	1,29 (1,25–1,33)	1,31 (1,27–1,35)
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer psychischen Störung (F00-F99) über >42 Tage						
ein Wohnort	3.019.094	2.910.313	2,42	2,37	0,97 (0,96–0,98)	0,97 (0,96–0,98)
zwei Wohnorte	328.828	336.389	2,58	2,66	1,24 (1,21–1,26)	1,24 (1,21–1,26)
drei oder mehr Wohnorte	42.323	40.468	3,26	3,29	1,65 (1,57–1,74)	1,59 (1,51–1,68)

Anzahl unterscheidbarer Wohnorte auf dreistelliger Postleitzahl-Ebene	Personen		Anteil Betroffene in Prozent		beobachtete versus erwartete Betroffene (95-Prozent-Vertrauensbereich)*	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer Depression (F32, F33) beliebiger Dauer						
ein Wohnort	3.019.094	2.910.313	2,31	2,32	0,97 (0,97–0,98)	0,97 (0,96–0,98)
zwei Wohnorte	328.828	336.389	2,44	2,63	1,22 (1,20–1,25)	1,22 (1,19–1,24)
drei oder mehr Wohnorte	42.323	40.468	2,93	3,29	1,56 (1,47–1,65)	1,56 (1,48–1,65)
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer Depression (F32, F33) über >42 Tage						
ein Wohnort	3.019.094	2.910.313	1,12	1,06	0,97 (0,96–0,98)	0,96 (0,95–0,97)
zwei Wohnorte	328.828	336.389	1,20	1,22	1,28 (1,24–1,32)	1,29 (1,25–1,33)
drei oder mehr Wohnorte	42.323	40.468	1,52	1,54	1,74 (1,61–1,88)	1,70 (1,57–1,84)

* Indirekt nach Geschlecht und Ein-Jahres-Altersgruppen standardisierte Ergebnisse.
Quelle: BARMER-Daten 2021 und 2022, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar des jeweiligen Jahres und mindestens 800 Tagen dokumentierter Versicherungszeit als Erwerbsperson in den drei vorausgehenden Jahren

Tabelle A 9: Risiken für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischen Störungen und Depressionen nach Berufsfeldern im Jahr 2021 sowie 2022

Berufsfeld	Personen		Anteil Betroffene in Prozent		beobachtete versus erwartete Betroffene (95-Prozent-Vertrauensbereich)*	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer psychischen Störung (F00–F99) beliebiger Dauer						
Tätigkeit nicht angegeben	15.562	14.948	8,50	12,22	1,24 (1,17–1,30)	1,59 (1,52–1,67)
Agrarberufe, grüne Berufe	40.661	41.095	5,68	6,31	0,88 (0,85–0,92)	0,87 (0,84–0,91)
Bergbau, Stein, Keramik, Glas	9.024	8.814	6,49	6,97	1,01 (0,93–1,10)	0,99 (0,91–1,07)
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	29.229	29.056	7,69	8,62	1,20 (1,15–1,25)	1,21 (1,16–1,26)
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	14.019	13.478	7,55	8,47	1,12 (1,06–1,19)	1,14 (1,08–1,21)
Metallberufe: Metallerzeugung, -bearbeitung	56.753	55.050	6,96	7,36	1,14 (1,11–1,18)	1,10 (1,07–1,14)
Metallberufe: Installations- und Metallbautechnik	227.674	220.294	6,00	6,68	1,00 (0,98–1,02)	1,00 (0,98–1,02)
Elektroberufe	109.603	106.514	5,71	6,11	0,98 (0,95–1,00)	0,93 (0,91–0,96)
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	5.728	5.618	8,29	9,31	1,05 (0,96–1,15)	1,10 (1,00–1,19)
Ernährungsberufe	57.211	56.153	6,51	7,82	0,91 (0,88–0,94)	1,00 (0,97–1,03)

Berufsfeld	Personen		Anteil Betroffene in Prozent		beobachtete versus erwartete Betroffene (95-Prozent- Vertrauensbereich)*	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	93.435	92.944	4,48	5,15	0,81 (0,79–0,84)	0,82 (0,80–0,84)
technisch-naturwissenschaftliche Berufe	219.733	215.714	4,82	5,16	0,76 (0,75–0,78)	0,74 (0,72–0,75)
Waren- und Dienstleistungskaufleute	541.612	525.222	7,38	8,15	0,94 (0,93–0,95)	0,96 (0,95–0,96)
Verkehrs- und Lagerberufe	264.779	261.467	7,70	8,46	1,15 (1,14–1,17)	1,17 (1,16–1,19)
Verwaltungs-, Büroberufe, Wirtschafts-/sozialwissenschaftliche Berufe	876.401	841.147	6,88	7,20	0,85 (0,84–0,86)	0,83 (0,82–0,84)
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	71.162	70.600	7,47	8,08	1,10 (1,08–1,14)	1,11 (1,08–1,14)
Medien-, geisteswissenschaftliche und künstlerische Berufe	84.091	82.353	5,32	5,91	0,69 (0,67–0,71)	0,71 (0,69–0,73)
Gesundheitsdienstberufe	394.953	389.388	9,86	10,43	1,13 (1,12–1,14)	1,11 (1,10–1,12)
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	439.998	431.113	11,15	11,70	1,31 (1,30–1,32)	1,28 (1,27–1,29)
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter, Reinigungskräfte	159.093	155.746	7,47	8,47	0,88 (0,86–0,89)	0,93 (0,92–0,95)
Arbeitslose	132.350	95.587	8,69	10,69	1,16 (1,14–1,18)	1,31 (1,29–1,34)
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer psychischen Störung (F00–F99) über >42 Tage						
Tätigkeit nicht angegeben	15.562	14.948	2,16	2,71	1,02 (0,91–1,14)	1,27 (1,15–1,40)
Agrarberufe, grüne Berufe	40.661	41.095	1,79	1,83	0,89 (0,83–0,96)	0,91 (0,84–0,98)
Bergbau, Stein, Keramik, Glas	9.024	8.814	2,25	1,85	1,08 (0,94–1,24)	0,90 (0,76–1,04)
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	29.229	29.056	2,25	2,29	1,09 (1,01–1,18)	1,11 (1,03–1,20)
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	14.019	13.478	2,28	2,24	1,07 (0,95–1,19)	1,05 (0,93–1,17)
Metallberufe: Metallerzeugung, -bearbeitung	56.753	55.050	2,16	2,04	1,07 (1,01–1,13)	1,02 (0,96–1,08)
Metallberufe: Installations- und Metallbautechnik	227.674	220.294	1,66	1,71	0,86 (0,83–0,88)	0,88 (0,86–0,91)
Elektroberufe	109.603	106.514	1,61	1,56	0,85 (0,81–0,89)	0,82 (0,78–0,86)
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	5.728	5.618	2,65	2,51	1,07 (0,91–1,26)	1,03 (0,87–1,21)
Ernährungsberufe	57.211	56.153	2,18	2,34	0,97 (0,92–1,03)	1,05 (0,99–1,11)
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	93.435	92.944	1,35	1,39	0,76 (0,72–0,80)	0,77 (0,73–0,82)

Berufsfeld	Personen		Anteil Betroffene in Prozent		beobachtete versus erwartete Betroffene (95-Prozent-Vertrauensbereich)*	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
technisch-naturwissenschaftliche Berufe	219.733	215.714	1,43	1,38	0,70 (0,68–0,72)	0,68 (0,65–0,70)
Waren- und Dienstleistungskaufleute	541.612	525.222	2,36	2,34	0,97 (0,95–0,98)	0,97 (0,95–0,98)
Verkehrs- und Lagerberufe	264.779	261.467	2,42	2,35	1,11 (1,08–1,14)	1,10 (1,07–1,12)
Verwaltungs-, Büroberufe, Wirtschafts-/sozialwissenschaftliche Berufe	876.401	841.147	2,09	2,03	0,83 (0,82–0,84)	0,82 (0,80–0,83)
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	71.162	70.600	2,44	2,41	1,10 (1,05–1,15)	1,11 (1,06–1,16)
Medien-, geisteswissenschaftliche und künstlerische Berufe	84.091	82.353	1,66	1,72	0,68 (0,64–0,72)	0,71 (0,68–0,75)
Gesundheitsdienstberufe	394.953	389.388	2,90	2,87	1,09 (1,07–1,11)	1,09 (1,07–1,11)
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	439.998	431.113	3,50	3,41	1,33 (1,31–1,35)	1,32 (1,30–1,34)
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter, Reinigungskräfte	159.093	155.746	2,35	2,36	0,90 (0,87–0,93)	0,92 (0,89–0,95)
Arbeitslose	132.350	95.587	4,21	5,02	1,73 (1,69–1,78)	2,05 (1,99–2,11)
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer Depression (F32, F33) beliebiger Dauer						
Tätigkeit nicht angegeben	15.562	14.948	1,86	2,79	0,92 (0,81–1,03)	1,29 (1,17–1,42)
Agrarberufe, grüne Berufe	40.661	41.095	1,69	1,79	0,88 (0,82–0,95)	0,87 (0,81–0,94)
Bergbau, Stein, Keramik, Glas	9.024	8.814	1,60	1,60	0,81 (0,68–0,95)	0,78 (0,65–0,92)
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	29.229	29.056	2,35	2,47	1,20 (1,11–1,30)	1,20 (1,11–1,29)
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	14.019	13.478	2,22	2,47	1,09 (0,97–1,22)	1,15 (1,03–1,28)
Metallberufe: Metallerzeugung, -bearbeitung	56.753	55.050	2,12	2,12	1,12 (1,06–1,18)	1,07 (1,01–1,13)
Metallberufe: Installations- und Metallbautechnik	227.674	220.294	1,68	1,81	0,91 (0,88–0,94)	0,93 (0,90–0,96)
Elektroberufe	109.603	106.514	1,64	1,71	0,91 (0,87–0,96)	0,89 (0,85–0,93)
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	5.728	5.618	2,65	2,56	1,12 (0,95–1,31)	1,06 (0,89–1,25)
Ernährungsberufe	57.211	56.153	1,98	2,11	0,92 (0,87–0,98)	0,95 (0,89–1,00)
Bau-, Baunebenen- und Holzberufe	93.435	92.944	1,20	1,25	0,71 (0,67–0,75)	0,68 (0,64–0,72)
technisch-naturwissenschaftliche Berufe	219.733	215.714	1,43	1,49	0,74 (0,72–0,77)	0,74 (0,71–0,76)
Waren- und Dienstleistungskaufleute	541.612	525.222	2,18	2,27	0,93 (0,91–0,95)	0,94 (0,92–0,96)

Berufsfeld	Personen		Anteil Betroffene in Prozent		beobachtete versus erwartete Betroffene (95-Prozent- Vertrauensbereich)*	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Verkehrs- und Lagerberufe	264.779	261.467	2,26	2,39	1,10 (1,07–1,12)	1,13 (1,10–1,16)
Verwaltungs-, Büroberufe, Wirtschafts-/sozialwissenschaftliche Berufe	876.401	841.147	2,11	2,10	0,87 (0,86–0,89)	0,86 (0,84–0,87)
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	71.162	70.600	2,27	2,25	1,09 (1,03–1,14)	1,06 (1,00–1,11)
Medien-, geisteswissenschaftliche und künstlerische Berufe	84.091	82.353	1,65	1,74	0,71 (0,67–0,75)	0,73 (0,70–0,77)
Gesundheitsdienstberufe	394.953	389.388	2,79	2,79	1,09 (1,07–1,11)	1,07 (1,05–1,09)
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	439.998	431.113	3,26	3,29	1,29 (1,27–1,31)	1,28 (1,26–1,30)
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter, Reinigungskräfte	159.093	155.746	2,20	2,33	0,87 (0,85–0,90)	0,91 (0,88–0,94)
Arbeitslose	132.350	95.587	3,72	4,59	1,62 (1,58–1,67)	1,93 (1,87–1,98)
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer Depression (F32, F33) über >42 Tage						
Tätigkeit nicht angegeben	15.562	14.948	0,54	0,66	0,56 (0,45–0,69)	0,69 (0,56–0,84)
Agrarberufe, grüne Berufe	40.661	41.095	0,80	0,82	0,87 (0,78–0,97)	0,91 (0,82–1,02)
Bergbau, Stein, Keramik, Glas	9.024	8.814	0,85	0,67	0,88 (0,70–1,10)	0,72 (0,55–0,93)
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	29.229	29.056	0,99	1,01	1,04 (0,92–1,17)	1,09 (0,97–1,23)
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	14.019	13.478	1,12	1,00	1,13 (0,96–1,32)	1,04 (0,87–1,23)
Metallberufe: Metallerzeugung, -bearbeitung	56.753	55.050	0,98	0,89	1,04 (0,95–1,12)	0,98 (0,89–1,07)
Metallberufe: Installations- und Metallbautechnik	227.674	220.294	0,74	0,72	0,82 (0,78–0,86)	0,83 (0,79–0,87)
Elektroberufe	109.603	106.514	0,71	0,68	0,80 (0,75–0,86)	0,79 (0,73–0,85)
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	5.728	5.618	1,26	1,03	1,09 (0,85–1,38)	0,95 (0,72–1,22)
Ernährungsberufe	57.211	56.153	1,00	0,97	0,97 (0,89–1,05)	0,97 (0,89–1,05)
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	93.435	92.944	0,54	0,55	0,66 (0,60–0,72)	0,68 (0,63–0,75)
technisch-naturwissenschaftliche Berufe	219.733	215.714	0,69	0,66	0,73 (0,69–0,76)	0,72 (0,68–0,76)
Waren- und Dienstleistungskaufleute	541.612	525.222	1,09	1,05	0,97 (0,95–1,00)	0,97 (0,94–0,99)
Verkehrs- und Lagerberufe	264.779	261.467	1,07	1,00	1,04 (1,00–1,08)	1,03 (0,99–1,07)
Verwaltungs-, Büroberufe, Wirtschafts-/sozialwissenschaftliche Berufe	876.401	841.147	1,02	0,95	0,87 (0,85–0,89)	0,85 (0,84–0,87)

Berufsfeld	Personen		Anteil Betroffene in Prozent		beobachtete versus erwartete Betroffene (95-Prozent-Vertrauensbereich)*	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	71.162	70.600	1,09	1,02	1,05 (0,98–1,12)	1,03 (0,96–1,11)
Medien-, geisteswissenschaftliche und künstlerische Berufe	84.091	82.353	0,79	0,78	0,70 (0,64–0,75)	0,72 (0,67–0,78)
Gesundheitsdienstberufe	394.953	389.388	1,33	1,28	1,09 (1,06–1,12)	1,10 (1,07–1,13)
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	439.998	431.113	1,58	1,51	1,31 (1,27–1,34)	1,31 (1,28–1,34)
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschaftler, Reinigungskräfte	159.093	155.746	1,03	0,99	0,85 (0,81–0,89)	0,86 (0,81–0,90)
Arbeitslose	132.350	95.587	2,17	2,57	1,91 (1,84–1,98)	2,32 (2,23–2,41)

* Indirekt nach Geschlecht und Ein-Jahres-Altersgruppen standardisierte Ergebnisse.

Quelle: BARMER-Daten 2021 und 2022, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar des jeweiligen Jahres

Tabelle A 10: Risiken für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischen Störungen und Depressionen in ausgewählten Berufen im Jahr 2021 sowie 2022

Beruf (in Klammern: Tätigkeits-schlüssel gemäß KldB 2010)	Personen		Anteil Betroffene in Prozent		beobachtete versus erwartete Betroffene (95-Prozent-Vertrauensbereich)*	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer psychischen Störung (F00–F99) beliebiger Dauer						
übrige Berufe	1.657.414	1.621.955	6,57	7,17	0,89 (0,89–0,90)	0,90 (0,89–0,90)
Metallbearbeitung, Metallbau (242, 244)	83.934	81.423	6,45	6,92	1,09 (1,06–1,12)	1,06 (1,03–1,09)
Maschinenbau- und Betriebstechnik (251)	116.098	112.220	6,19	6,91	1,03 (1,01–1,06)	1,04 (1,02–1,06)
Elektrotechnik (263)	58.092	56.470	5,57	6,02	0,90 (0,87–0,93)	0,88 (0,85–0,91)
Chemie (413)	26.291	25.808	7,56	7,97	1,10 (1,05–1,15)	1,05 (1,01–1,10)
Informatik, IT, Softwareentwicklung (431, 2, 3, 4)	90.921	92.592	4,36	4,94	0,74 (0,72–0,77)	0,74 (0,72–0,76)
Lagerwirtschaft (5131)	107.630	107.925	7,78	8,59	1,19 (1,17–1,22)	1,20 (1,18–1,23)
Post- und Zustelldienste (5132)	48.542	46.473	8,99	9,58	1,14 (1,10–1,17)	1,15 (1,12–1,18)
Fahrzeugführung im Straßenverkehr (521)	71.770	70.718	6,61	7,41	1,06 (1,03–1,09)	1,11 (1,08–1,14)

Beruf (in Klammern: Tätigkeits-schlüssel gemäß KldB 2010)	Personen		Anteil Betroffene in Prozent		beobachtete versus erwartete Betroffene (95-Prozent-Vertrauensbereich)*	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Reinigung, Gebäudereinigung (5410, 1)	47.064	46.129	7,84	8,36	0,86 (0,83–0,88)	0,88 (0,85–0,90)
Einkauf, Vertrieb, Groß- und Außenhandel (6111, 2, 9, 6121)	109.337	107.361	5,70	6,30	0,81 (0,79–0,83)	0,82 (0,80–0,84)
Verkauf ohne Produktspezialisierung (621)	146.628	142.747	8,17	9,34	0,99 (0,97–1,00)	1,05 (1,03–1,07)
Verkauf von Bekleidung, Elektronik, Kraftfahrzeugen und Hartwaren (622)	48.956	46.680	7,28	8,42	0,94 (0,91–0,97)	1,00 (0,97–1,03)
Verkauf von Lebensmitteln (623)	33.991	33.110	8,11	9,16	0,91 (0,88–0,95)	0,96 (0,93–1,00)
Verkauf von drogerie- und apotheke-nüblichen Waren, Sanitäts- und Medizinbedarf (624)	14.821	14.546	9,53	10,20	1,03 (0,98–1,09)	1,04 (0,98–1,09)
Büro- und Sekretariatskräfte (ohne Spezialisierung) (7140)	266.303	259.410	7,37	7,77	0,82 (0,81–0,83)	0,82 (0,81–0,83)
Versicherungs- und Finanz-dienstleistungen (7211, 2, 3, 4)	93.133	87.972	7,42	7,45	0,92 (0,90–0,94)	0,86 (0,84–0,88)
Verwaltung (732)	138.130	122.392	10,11	10,46	1,16 (1,14–1,18)	1,12 (1,11–1,14)
Krankenpflege und verwandte Berufe (813)	181.117	177.733	11,72	12,29	1,36 (1,34–1,37)	1,32 (1,31–1,34)
Human- und Zahnmedizin (814)	25.502	25.096	4,04	4,31	0,53 (0,50–0,56)	0,52 (0,49–0,55)
Physio- und Ergotherapie (8171, 2)	35.427	34.555	8,94	9,40	1,07 (1,03–1,11)	1,04 (1,00–1,07)
Altenpflege (821)	73.349	71.835	13,02	14,42	1,51 (1,48–1,54)	1,55 (1,52–1,58)
Berufe im Friseurgewerbe (8231)	10.947	10.162	6,59	7,98	0,80 (0,74–0,86)	0,87 (0,81–0,93)
Kinderbetreuung und -erziehung (8311)	148.077	145.430	12,79	12,93	1,45 (1,42–1,47)	1,36 (1,34–1,38)
Heilerziehungspflege und Sonderpädagogik (8313)	34.460	34.800	12,61	13,58	1,55 (1,50–1,59)	1,54 (1,49–1,58)
Hochschullehre und -forschung (8430)	22.212	21.986	3,28	3,61	0,49 (0,45–0,53)	0,48 (0,44–0,51)
Dialogmarketing (9212)	20.575	19.186	13,19	14,94	1,72 (1,65–1,78)	1,78 (1,72–1,85)
ALG-I-Bezug	132.350	95.587	8,69	10,69	1,16 (1,14–1,18)	1,31 (1,29–1,34)

Beruf (in Klammern: Tätigkeits- schlüssel gemäß KldB 2010)	Personen		Anteil Betroffene in Prozent		beobachtete versus erwartete Betroffene (95-Prozent- Vertrauensbereich)*	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer psychischen Störung (F00–F99) über >42 Tage						
Übrige Berufe	1.657.414	1.621.955	1,99	1,99	0,86 (0,85–0,87)	0,87 (0,86–0,88)
Metallbearbeitung, Metallbau (242, 244)	83.934	81.423	1,97	1,89	1,00 (0,95–1,05)	0,97 (0,92–1,02)
Maschinenbau- und Betriebstechnik (251)	116.098	112.220	1,72	1,77	0,87 (0,84–0,91)	0,90 (0,86–0,94)
Elektrotechnik (263)	58.092	56.470	1,59	1,55	0,78 (0,73–0,83)	0,77 (0,72–0,82)
Chemie (413)	26.291	25.808	2,07	2,01	0,96 (0,88–1,04)	0,93 (0,85–1,01)
Informatik, IT, Softwareentwicklung (431, 2, 3, 4)	90.921	92.592	1,48	1,38	0,79 (0,75–0,84)	0,72 (0,68–0,76)
Lagerwirtschaft (5131)	107.630	107.925	2,41	2,35	1,15 (1,10–1,19)	1,13 (1,09–1,18)
Post- und Zustelldienste (5132)	48.542	46.473	2,84	2,76	1,12 (1,06–1,18)	1,12 (1,06–1,18)
Fahrzeugführung im Straßenverkehr (521)	71.770	70.718	2,28	2,15	1,08 (1,03–1,14)	1,04 (0,99–1,10)
Reinigung, Gebäudereinigung (5410, 1)	47.064	46.129	2,38	2,22	0,83 (0,78–0,88)	0,80 (0,75–0,85)
Einkauf, Vertrieb, Groß- und Außenhandel (6111, 2, 9, 6121)	109.337	107.361	1,82	1,80	0,82 (0,78–0,86)	0,81 (0,78–0,85)
Verkauf ohne Produktspezialisierung (621)	146.628	142.747	2,79	2,81	1,10 (1,06–1,13)	1,12 (1,08–1,15)
Verkauf von Bekleidung, Elektronik, Kraftfahrzeugen und Hartwaren (622)	48.956	46.680	2,47	2,47	1,02 (0,96–1,08)	1,03 (0,97–1,09)
Verkauf von Lebensmitteln (623)	33.991	33.110	2,89	2,82	1,07 (1,00–1,13)	1,06 (0,99–1,13)
Verkauf von drogerie- und apothe- kenüblichen Waren, Sanitäts- und Medizinbedarf (624)	14.821	14.546	2,52	2,55	0,90 (0,81–0,99)	0,93 (0,83–1,02)
Büro- und Sekretariatskräfte (ohne Spezialisierung) (7140)	266.303	259.410	2,24	2,19	0,81 (0,79–0,83)	0,81 (0,79–0,83)
Versicherungs- und Finanz- dienstleistungen (7211, 2, 3, 4)	93.133	87.972	2,02	1,96	0,80 (0,77–0,84)	0,79 (0,75–0,83)
Verwaltung (732)	138.130	122.392	3,00	2,93	1,10 (1,07–1,14)	1,10 (1,06–1,14)
Krankenpflege und verwandte Berufe (813)	181.117	177.733	3,55	3,49	1,34 (1,31–1,37)	1,34 (1,31–1,37)
Human- und Zahnmedizin (814)	25.502	25.096	1,22	1,12	0,53 (0,47–0,59)	0,48 (0,42–0,54)

Beruf (in Klammern: Tätigkeits-schlüssel gemäß KldB 2010)	Personen		Anteil Betroffene in Prozent		beobachtete versus erwartete Betroffene (95-Prozent-Vertrauensbereich)*	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Physio- und Ergotherapie (8171, 2)	35.427	34.555	2,43	2,46	0,95 (0,89–1,02)	0,97 (0,90–1,03)
Altenpflege (821)	73.349	71.835	4,44	4,58	1,69 (1,63–1,74)	1,76 (1,70–1,82)
Berufe im Friseurgewerbe (8231)	10.947	10.162	2,08	2,16	0,87 (0,76–0,99)	0,88 (0,76–1,00)
Kinderbetreuung und -erziehung (8311)	148.077	145.430	3,82	3,59	1,42 (1,38–1,46)	1,35 (1,32–1,39)
Heilerziehungspflege und Sonderpädagogik (8313)	34.460	34.800	4,00	3,96	1,60 (1,51–1,68)	1,59 (1,50–1,67)
Hochschullehre und -forschung (8430)	22.212	21.986	0,93	0,97	0,45 (0,39–0,52)	0,46 (0,40–0,53)
Dialogmarketing (9212)	20.575	19.186	4,35	4,35	1,83 (1,71–1,95)	1,83 (1,71–1,96)
ALG-I-Bezug	132.350	95.587	4,21	5,02	1,73 (1,69–1,78)	2,05 (1,99–2,11)
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer Depression (F32, F33) beliebiger Dauer						
übrige Berufe	1.657.414	1.621.955	1,92	1,99	0,87 (0,86–0,88)	0,87 (0,86–0,88)
Metallbearbeitung, Metallbau (242, 244)	83.934	81.423	1,91	1,96	1,03 (0,98–1,08)	1,01 (0,96–1,06)
Maschinenbau- und Betriebstechnik (251)	116.098	112.220	1,69	1,86	0,91 (0,87–0,95)	0,95 (0,91–1,00)
Elektrotechnik (263)	58.092	56.470	1,70	1,71	0,88 (0,83–0,94)	0,85 (0,80–0,91)
Chemie (413)	26.291	25.808	2,40	2,38	1,16 (1,07–1,26)	1,10 (1,01–1,19)
Informatik, IT, Softwareentwicklung (431, 2, 3, 4)	90.921	92.592	1,62	1,73	0,92 (0,87–0,97)	0,90 (0,86–0,95)
Lagerwirtschaft (5131)	107.630	107.925	2,31	2,47	1,17 (1,12–1,21)	1,19 (1,15–1,24)
Post- und Zustelldienste (5132)	48.542	46.473	2,65	2,82	1,09 (1,04–1,16)	1,17 (1,11–1,24)
Fahrzeugführung im Straßenverkehr (521)	71.770	70.718	1,95	2,01	0,99 (0,94–1,04)	1,00 (0,95–1,05)
Reinigung, Gebäudereinigung (5410, 1)	47.064	46.129	2,33	2,33	0,85 (0,80–0,90)	0,86 (0,81–0,92)
Einkauf, Vertrieb, Groß- und Außenhandel (6111, 2, 9, 6121)	109.337	107.361	1,72	1,76	0,81 (0,78–0,85)	0,80 (0,76–0,84)
Verkauf ohne Produktspezialisierung (621)	146.628	142.747	2,42	2,61	0,99 (0,96–1,02)	1,04 (1,01–1,08)
Verkauf von Bekleidung, Elektronik, Kraftfahrzeugen und Hartwaren (622)	48.956	46.680	2,13	2,22	0,92 (0,86–0,97)	0,93 (0,87–0,99)
Verkauf von Lebensmitteln (623)	33.991	33.110	2,41	2,53	0,92 (0,86–0,98)	0,95 (0,89–1,01)

Beruf (in Klammern: Tätigkeits- schlüssel gemäß KldB 2010)	Personen		Anteil Betroffene in Prozent		beobachtete versus erwartete Betroffene (95-Prozent- Vertrauensbereich)*	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Verkauf von drogerie- und apothe- kenüblichen Waren, Sanitäts- und Medizinbedarf (624)	14.821	14.546	2,67	2,65	0,99 (0,89–1,09)	0,96 (0,87–1,07)
Büro- und Sekretariatskräfte (ohne Spezialisierung) (7140)	266.303	259.410	2,23	2,25	0,84 (0,82–0,86)	0,84 (0,82–0,87)
Versicherungs- und Finanz- dienstleistungen (7211, 2, 3, 4)	93.133	87.972	2,09	2,01	0,87 (0,83–0,91)	0,82 (0,78–0,86)
Verwaltung (732)	138.130	122.392	3,07	3,02	1,18 (1,14–1,21)	1,15 (1,11–1,19)
Krankenpflege und verwandte Berufe (813)	181.117	177.733	3,38	3,37	1,32 (1,29–1,35)	1,29 (1,26–1,32)
Human- und Zahnmedizin (814)	25.502	25.096	1,24	1,18	0,56 (0,50–0,63)	0,51 (0,45–0,57)
Physio- und Ergotherapie (8171, 2)	35.427	34.555	2,39	2,46	0,97 (0,91–1,04)	0,97 (0,91–1,04)
Altenpflege (821)	73.349	71.835	3,95	4,18	1,56 (1,50–1,61)	1,61 (1,55–1,67)
Berufe im Friseurgewerbe (8231)	10.947	10.162	1,69	2,02	0,72 (0,62–0,83)	0,80 (0,69–0,91)
Kinderbetreuung und -erziehung (8311)	148.077	145.430	3,54	3,47	1,37 (1,33–1,40)	1,31 (1,27–1,35)
Heilerziehungspflege und Sonderpädagogik (8313)	34.460	34.800	3,82	3,94	1,58 (1,50–1,67)	1,58 (1,50–1,67)
Hochschullehre und -forschung (8430)	22.212	21.986	1,04	1,11	0,54 (0,47–0,61)	0,52 (0,46–0,59)
Dialogmarketing (9212)	20.575	19.186	4,06	4,39	1,79 (1,67–1,91)	1,86 (1,73–1,99)
ALG-I-Bezug	132.350	95.587	3,72	4,59	1,62 (1,58–1,67)	1,93 (1,87–1,98)
Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer Depression (F32, F33) über >42 Tage						
übrige Berufe	1.657.414	1.621.955	0,92	0,88	0,87 (0,85–0,88)	0,86 (0,85–0,88)
Metallbearbeitung, Metallbau (242,244)	83.934	81.423	0,89	0,82	0,96 (0,90–1,03)	0,93 (0,86–1,00)
Maschinenbau- und Betriebstechnik (251)	116.098	112.220	0,74	0,72	0,80 (0,75–0,86)	0,81 (0,75–0,86)
Elektrotechnik (263)	58.092	56.470	0,73	0,70	0,77 (0,69–0,84)	0,76 (0,69–0,84)
Chemie (413)	26.291	25.808	1,02	1,01	1,02 (0,90–1,15)	1,04 (0,92–1,18)
Informatik, IT, Softwareentwicklung (431, 2, 3, 4)	90.921	92.592	0,81	0,74	0,96 (0,89–1,03)	0,87 (0,81–0,94)
Lagerwirtschaft (5131)	107.630	107.925	1,07	1,02	1,10 (1,03–1,16)	1,10 (1,03–1,16)
Post- und Zustelldienste (5132)	48.542	46.473	1,26	1,20	1,06 (0,97–1,14)	1,07 (0,99–1,17)

Beruf (in Klammern: Tätigkeits-schlüssel gemäß KldB 2010)	Personen		Anteil Betroffene in Prozent		beobachtete versus erwartete Betroffene (95-Prozent-Vertrauensbereich)*	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Fahrzeugführung im Straßenverkehr (521)	71.770	70.718	0,98	0,89	0,98 (0,91–1,05)	0,95 (0,87–1,02)
Reinigung, Gebäudereinigung (5410, 1)	47.064	46.129	1,03	1,00	0,77 (0,70–0,84)	0,80 (0,73–0,88)
Einkauf, Vertrieb, Groß- und Außenhandel (6111, 2, 9, 6121)	109.337	107.361	0,89	0,84	0,87 (0,82–0,93)	0,85 (0,79–0,90)
Verkauf ohne Produktspezialisierung (621)	146.628	142.747	1,24	1,20	1,06 (1,01–1,11)	1,07 (1,02–1,12)
Verkauf von Bekleidung, Elektronik, Kraftfahrzeugen und Hartwaren (622)	48.956	46.680	1,11	1,09	0,99 (0,91–1,08)	1,02 (0,93–1,11)
Verkauf von Lebensmitteln (623)	33.991	33.110	1,26	1,21	1,00 (0,91–1,10)	1,02 (0,92–1,12)
Verkauf von drogerie- und apothe-kenüblichen Waren, Sanitäts- und Medizinbedarf (624)	14.821	14.546	1,16	1,13	0,90 (0,77–1,04)	0,92 (0,79–1,08)
Büro- und Sekretariatskräfte (ohne Spezialisierung) (7140)	266.303	259.410	1,05	0,99	0,82 (0,79–0,85)	0,82 (0,79–0,85)
Versicherungs- und Finanz-dienstleistungen (7211, 2, 3, 4)	93.133	87.972	0,99	0,94	0,85 (0,79–0,90)	0,85 (0,79–0,91)
Verwaltung (732)	138.130	122.392	1,44	1,35	1,14 (1,09–1,19)	1,13 (1,08–1,19)
Krankenpflege und verwandte Berufe (813)	181.117	177.733	1,61	1,56	1,32 (1,27–1,36)	1,34 (1,29–1,39)
Human- und Zahnmedizin (814)	25.502	25.096	0,62	0,55	0,59 (0,51–0,69)	0,54 (0,45–0,64)
Physio- und Ergotherapie (8171, 2)	35.427	34.555	1,11	1,13	0,95 (0,86–1,05)	1,00 (0,90–1,10)
Altenpflege (821)	73.349	71.835	1,93	1,96	1,59 (1,51–1,68)	1,69 (1,61–1,78)
Berufe im Friseurgewerbe (8231)	10.947	10.162	0,88	0,83	0,82 (0,66–1,00)	0,76 (0,61–0,95)
Kinderbetreuung und -erziehung (8311)	148.077	145.430	1,69	1,55	1,37 (1,31–1,42)	1,32 (1,26–1,37)
Heilerziehungspflege und Sonderpädagogik (8313)	34.460	34.800	1,87	1,73	1,62 (1,49–1,75)	1,56 (1,44–1,69)
Hochschullehre und -forschung (8430)	22.212	21.986	0,45	0,47	0,49 (0,40–0,60)	0,51 (0,42–0,62)
Dialogmarketing (9212)	20.575	19.186	1,89	1,88	1,73 (1,56–1,91)	1,78 (1,60–1,97)
ALG-I-Bezug	132.350	95.587	2,17	2,57	1,91 (1,84–1,98)	2,32 (2,23–2,41)

* Indirekt nach Geschlecht und Ein-Jahres-Altersgruppen standardisierte Ergebnisse.

Quelle: BARMER-Daten 2021 und 2022, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar des jeweiligen Jahres

Tabelle A 11: Risiken für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischen Störungen in Abhängigkeit von unterschiedlichen Merkmalen im Jahr 2021 sowie 2022

Merkmal, Ausprägung	Personen		Anteil Betroffene in Prozent		beobachtete versus erwartete Betroffene (95-Prozent-Vertrauensbereich)*	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
		Arbeitsunfähigkeit mit Diagnosen einer psychischen Störung (F00–F99) beliebiger Dauer				
Arbeitnehmerüberlassung						
keine Angabe (inklusive Arbeitslose)	164.711	126.204	7,85	9,62	1,04 (1,03–1,06)	1,18 (1,16–1,20)
reguläre Beschäftigung	3.629.510	3.535.672	7,60	8,17	1,00 (0,99–1,00)	0,99 (0,99–0,99)
Arbeitnehmerüberlassung	48.850	50.425	7,39	8,64	1,12 (1,08–1,16)	1,17 (1,14–1,21)
Arbeitszeit						
keine Angabe (inklusive Arbeitslose)	164.711	126.204	7,85	9,62	1,04 (1,03–1,06)	1,18 (1,16–1,20)
Teilzeitbeschäftigung	1.167.212	1.147.170	9,49	9,87	1,05 (1,04–1,05)	1,04 (1,03–1,04)
Vollzeitbeschäftigung	2.511.148	2.438.927	6,71	7,38	0,97 (0,96–0,97)	0,97 (0,96–0,97)
Beschäftigungsverhältnis						
keine Angabe (inklusive Arbeitslose)	164.711	126.204	7,85	9,62	1,04 (1,03–1,06)	1,18 (1,16–1,20)
befristete Beschäftigung	615.630	611.216	7,45	8,68	1,08 (1,07–1,09)	1,10 (1,09–1,11)
unbefristete Beschäftigung	3.062.730	2.974.881	7,62	8,07	0,98 (0,98–0,99)	0,97 (0,97–0,98)
Branche (nach Abschnitten der WZ2008)						
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	17.939	17.914	4,14	4,65	0,61 (0,56–0,65)	0,62 (0,58–0,66)
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	3.893	3.782	6,11	5,66	0,97 (0,85–1,10)	0,82 (0,71–0,93)
verarbeitendes Gewerbe	624.960	601.591	6,01	6,39	0,90 (0,89–0,91)	0,88 (0,87–0,89)
Energieversorgung	24.209	23.978	6,38	6,24	0,95 (0,90–0,99)	0,85 (0,80–0,89)
Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen	24.283	24.247	7,13	7,85	1,08 (1,03–1,13)	1,10 (1,05–1,15)
Baugewerbe	154.728	155.040	4,41	4,99	0,72 (0,70–0,74)	0,73 (0,71–0,74)
Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	517.893	507.300	6,78	7,60	0,90 (0,89–0,91)	0,92 (0,91–0,93)
Verkehr und Lagerei	166.725	164.500	7,08	7,98	1,05 (1,03–1,07)	1,08 (1,06–1,10)
Gastgewerbe	82.904	82.539	5,12	6,53	0,68 (0,66–0,71)	0,80 (0,78–0,82)

Merkmale, Ausprägung	Personen		Anteil Betroffene in Prozent		beobachtete versus erwartete Betroffene (95-Prozent- Vertrauensbereich)*	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Information und Kommunikation	134.744	134.461	5,10	5,62	0,76 (0,74–0,78)	0,76 (0,74–0,77)
Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	122.355	116.363	7,17	7,37	0,89 (0,87–0,91)	0,85 (0,83–0,87)
Grundstücks- und Wohnungswesen	35.135	34.875	5,96	6,33	0,75 (0,72–0,79)	0,75 (0,72–0,78)
Erbringung von freiberuflichen, technischen und wissenschaftlichen Dienstleistungen	301.649	291.355	6,24	6,60	0,81 (0,80–0,82)	0,79 (0,78–0,80)
Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen	177.215	177.543	7,57	8,54	1,05 (1,04–1,07)	1,09 (1,07–1,11)
öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	307.587	286.046	9,75	9,91	1,16 (1,14–1,17)	1,11 (1,10–1,12)
Erziehung und Unterricht	170.726	169.050	9,46	10,00	1,13 (1,11–1,15)	1,11 (1,09–1,13)
Gesundheits- und Sozialwesen	656.571	643.985	10,67	11,24	1,23 (1,22–1,24)	1,21 (1,20–1,22)
Kunst, Unterhaltung und Erholung	34.553	34.432	5,90	7,23	0,79 (0,76–0,83)	0,89 (0,86–0,93)
Erbringung von sonstigen Dienstleistungen	141.957	137.754	8,47	10,10	1,06 (1,04–1,07)	1,17 (1,15–1,19)
private Haushalte	5.211	4.884	6,14	6,86	0,65 (0,58–0,72)	0,70 (0,63–0,78)
exterritoriale Organisationen und Körperschaften	1.830	1.728	10,05	8,91	1,28 (1,10–1,48)	1,09 (0,92–1,27)
keine Angabe (inklusive Arbeitslose)	136.004	98.934	8,61	10,53	1,15 (1,13–1,17)	1,29 (1,26–1,31)
Wohnort nach Bundesland						
Schleswig-Holstein	158.120	154.967	7,77	8,55	1,02 (1,00–1,04)	1,04 (1,02–1,06)
Hamburg	81.503	79.361	7,43	8,29	1,01 (0,99–1,04)	1,03 (1,01–1,06)
Niedersachsen	338.392	327.769	7,56	8,49	1,00 (0,99–1,01)	1,04 (1,03–1,05)
Bremen	15.514	14.908	7,53	8,96	1,02 (0,96–1,08)	1,11 (1,05–1,17)
Nordrhein-Westfalen	940.121	913.633	7,65	8,48	1,00 (0,99–1,01)	1,03 (1,02–1,03)
Hessen	327.812	319.900	7,25	7,92	0,96 (0,95–0,97)	0,97 (0,96–0,98)
Rheinland-Pfalz	196.805	190.767	7,59	8,18	0,99 (0,97–1,01)	0,99 (0,97–1,00)
Baden-Württemberg	355.914	341.878	6,16	6,59	0,82 (0,81–0,83)	0,81 (0,80–0,82)
Bayern	549.728	530.792	6,29	6,62	0,84 (0,83–0,85)	0,81 (0,80–0,82)

Merkmal, Ausprägung	Personen		Anteil Betroffene in Prozent		beobachtete versus erwartete Betroffene (95-Prozent-Vertrauensbereich)*	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Saarland	53.954	52.082	8,64	9,47	1,14 (1,10–1,17)	1,15 (1,12–1,19)
Berlin	183.227	177.474	8,15	8,85	1,08 (1,06–1,10)	1,08 (1,07–1,10)
Brandenburg	201.617	196.621	10,01	10,37	1,29 (1,27–1,30)	1,24 (1,23–1,26)
Mecklenburg-Vorpommern	114.505	109.395	9,50	10,23	1,23 (1,20–1,25)	1,22 (1,20–1,25)
Sachsen	117.141	110.984	8,45	8,94	1,09 (1,07–1,11)	1,08 (1,06–1,10)
Sachsen-Anhalt	107.357	102.141	9,36	10,07	1,19 (1,17–1,21)	1,20 (1,17–1,22)
Thüringen	78.399	74.215	9,36	9,67	1,20 (1,17–1,23)	1,16 (1,13–1,19)
Ausland, unbekannt	22.962	15.414	8,80	4,45	1,12 (1,07–1,17)	0,59 (0,55–0,63)

* Indirekt nach Geschlecht und Ein-Jahres-Altersgruppen standardisierte Ergebnisse.

Quelle: BARMER-Daten 2021 und 2022, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar des jeweiligen Jahres

Verzeichnisse

Verzeichnisse

Abkürzungsverzeichnis – Glossar

ALG I	Arbeitslosengeld I
AU	Arbeitsunfähigkeit – hier durchgängig im Sinne einer ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit über einen bestimmten Zeitraum von Kalendertagen
BA	Bundesagentur für Arbeit
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Diagnosegruppen	Gliederungsebene der ICD-10 mit mehr als 200 Gruppen
Diagnosekapitel	oberste Gliederungsebene der ICD-10 mit 22 Kapiteln, in Gesundheitsreporten oftmals auch als Krankheitsarten bezeichnet
Diagnosen	hier: in der Regel Diagnosen in einer Differenzierung nach dreistelligen ICD-10-Schlüsseln, von denen insgesamt mehr als 1.600 in der ICD-10-Klassifikation existieren
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2020 im BfArM aufgegangen)
eAU	elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
Erwerbspersonen	Hier: sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (inklusive Beschäftigten über der Beitragsbemessungsgrenze) und Arbeitslosengeld-I-Empfängerinnen und -Empfänger
ET2010	Standardisiert nach Geschlecht und Alter von Erwerbstäti gen 2010 (vgl. Kapitel 4)
GKV	gesetzliche Krankenversicherung

IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision; international verwendeteter Schlüssel zur Diagnosecodierung
KG	Krankengeld, das von Krankenkassen als Versicherungsleistung typischerweise im Falle von Arbeitsunfähigkeiten über mehr als sechs Wochen an Arbeitnehmende gezahlt wird und dann den Wegfall der Entgeltfortzahlung durch Arbeitgeber ausgleicht
Konfidenzintervall	Konfidenzintervall, oder auch Vertrauensbereich, in dem sich das gesuchte Ergebnis mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit, bedingt durch Zufallseffekte, bewegen kann. Üblich ist eine Angabe von 95-Prozent-Konfidenzintervallen.
Krankenstand	prozentualer Anteil der AU-Tage an allen Versicherungstagen von Erwerbspersonen (vgl. Kapitel 4.1)
Krankheitsarten	gebräuchliche Bezeichnung für Diagnosekapitel (siehe oben)
KlB 2010	Klassifikation der Berufe 2010
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – gesetzliche Krankenversicherung
Standardisierung	statistisches Verfahren, um sinnvolle Vergleiche strukturell unterschiedlicher Gruppen zu ermöglichen (vgl. Kapitel 4.3.4)
Vertrauensbereich	siehe Konfidenzintervall weiter oben
VJ	Versicherungsjahr mit 365 Tagen – Bezugsgröße für die Berechnungen nahezu aller Kennzahlen (vgl. Kapitel 4.1)
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WZ2008	Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	AU-Fälle und AU-Tage nach Falldauer 2022	25
Abbildung 1.2:	Verteilung der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auf Wochentage 2022	28
Abbildung 1.3:	Verteilung der Fehlzeiten auf Wochentage 2022	28
Abbildung 1.4:	Krankenstände in Kalendermonaten 2018, 2019, 2020, 2021 und 2022	30
Abbildung 1.5:	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen 2022	34
Abbildung 1.6:	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Schulabschluss 2022	36
Abbildung 1.7:	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Ausbildungsabschluss 2022	37
Abbildung 1.8:	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Berufsfeldern 2022	39
Abbildung 2.1:	Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten 2022	45
Abbildung 2.2:	AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten 2022	46
Abbildung 2.3:	AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten 2022	48
Abbildung 2.4:	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten 2022	50
Abbildung 2.5:	AU-Tage je 100 VJ – Veränderungen in Tagen 2022 gegenüber 2021	51
Abbildung 2.6:	Fehlzeitenrelevante Diagnosen 2022 – Top 20	57
Abbildung 3.1:	Anteil der Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen nach Geschlecht und Alter 2021 sowie 2022	81
Abbildung 3.2:	Anteil der Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Depressionen nach Geschlecht und Alter 2021 sowie 2022	83
Abbildung 3.3:	Anteil der Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen nach Schulabschluss 2021	85
Abbildung 3.4:	Anteil der Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen nach Ausbildungsabschluss 2021	87

Abbildung 3.5:	Anteil der Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen im Jahr 2021 nach Zahl unterscheidbarer Betriebsnummern in drei Jahren ab 2018	89
Abbildung 3.6:	Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen im Jahr 2021 nach Zahl unterscheidbarer Betriebsnummern in fünf Jahren ab 2016	90
Abbildung 3.7:	Anteil der Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen im Jahr 2021 nach Zahl unterscheidbarer Wohnorte in drei Jahren ab 2018	93
Abbildung 3.8:	Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen im Jahr 2021 nach Zahl unterscheidbarer Wohnorte in fünf Jahren ab 2016	94
Abbildung 3.9a:	Anteil der Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen nach Berufsfeldern im Jahr 2021	97
Abbildung 3.9b:	Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen nach Berufsfeldern – Abweichungen beobachteter von erwarteten Betroffenzahlen 2021	98
Abbildung 3.9c:	Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen über mehr als 42 Tage nach Berufsfeldern – Abweichungen beobachteter von erwarteten Betroffenzahlen 2021	99
Abbildung 3.10a:	Anteil der Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen in ausgewählten Berufsgruppen 2021 ...	101
Abbildung 3.10b:	Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen in ausgewählten Berufsgruppen – Abweichungen beobachteter von erwarteten Betroffenzahlen 2021	102

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	Grundlegende Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit	23
Tabelle 1.2:	Relative Veränderungen von Kennzahlen 2022 im Vergleich zum Vorjahr	24
Tabelle 1.3:	Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage nach Falldauer 2021 und 2022	26
Tabelle 3.1:	Betroffene und Fehlzeiten mit Diagnosen psychischer Störungen 2021	68
Tabelle 3.2:	Betroffene und Fehlzeiten mit Diagnosen psychischer Störungen 2014 bis 2021	72
Tabelle 3.3:	Fehlzeiten mit ausgewählten AU-Diagnosen in Personengruppen nach Zahl der Fehltage 2021 sowie 2022	77
Tabelle 4.1:	Erwerbspersonen in der BARMER nach Bundesländern 2022	116
Tabelle 4.2:	AU-Fälle und -Tage bei Erwerbspersonen in der BARMER 2022 ..	118
Tabelle 4.3:	Diagnosekapitel der ICD-10	120
Tabelle 4.4:	Standardpopulation Erwerbstätige Deutschland 2010	127
Tabelle A 1:	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen 2022 – Abteilungen der WZ2008	132
Tabelle A 2:	Krankenstand nach Geschlecht und Branchen 2022 – Abteilungen der WZ2008	136
Tabelle A 3:	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach KldB 2010 – Top-100-Berufe 2022	140
Tabelle A 4:	Krankenstand nach Geschlecht und KldB 2010 – Top-100-Berufe 2022	144
Tabelle A 5:	Risiken für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischen Störungen und Depressionen nach Schulabschluss im Jahr 2021 sowie 2022	148
Tabelle A 6:	Risiken für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischen Störungen und Depressionen nach Ausbildungsabschluss im Jahr 2021 sowie 2022	149

Tabelle A 7:	Risiken für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischen Störungen und Depressionen nach Zahl unterschiedbarer Betriebsnummern innerhalb von drei Vorjahren im Jahr 2021 sowie 2022	150
Tabelle A 8:	Risiken für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischen Störungen und Depressionen nach Zahl unterschiedbarer Wohnorte innerhalb von drei Vorjahren im Jahr 2021 sowie 2022	151
Tabelle A 9:	Risiken für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischen Störungen und Depressionen nach Berufsfeldern im Jahr 2021 sowie 2022	152
Tabelle A 10:	Risiken für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischen Störungen und Depressionen in ausgewählten Berufen im Jahr 2021 sowie 2022	156
Tabelle A 11:	Risiken für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischen Störungen in Abhängigkeit von unterschiedlichen Merkmalen im Jahr 2021 sowie 2022	162

Literaturverzeichnis

- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2023). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification (ICD-10-GM). Verfügbar unter: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html [17.07.2023]
- Bundesagentur für Arbeit (2003). Meldeverfahren zur Sozialversicherung. Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung – Ausgabe 1992, Neuauflage 2003.
- Bundesagentur für Arbeit (2011). Klassifikation der Berufe 2010 (KlB 2010). Verfügbar unter: https://www.arbeitsagentur.de/datei/Klassifikation-der-Berufe_ba017989.pdf [17.07.2023]
- Bundesagentur für Arbeit (2021). Meldeverfahren zur Sozialversicherung. Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit – Ausgabe 2010. Stand: Januar 2021. Verfügbar unter: https://www.arbeitsagentur.de/datei/schlusselverzeichnis-fur-die-angaben-zur-tatigkeit_ba146811.pdf [17.07.2023]
- Bundesagentur für Arbeit (2023). Tabellen, Beschäftigte nach ausgewählten Merkmalen (Zeitreihe Quartalszahlen). Nürnberg, März 2023. Verfügbar unter: https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?nn=1523064&topic_f=beschaeftigung-sozbe-svb-kreise-merkmale [17.07.2023]
- Daly, L. (1992). Simple SAS macros for the calculation of exact binomial and Poisson confidence limits. *Comp Biol Med* 22 (5), S. 351–361.
- Grobe, T. G., Dörning, H. & Schwartz, F. W. (2010). BARMER GEK Arztreport 2010. Erkrankungen und zukünftige Ausgaben (Hrsg. BARMER GEK). Verfügbar unter: <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports/artzreporte> [17.07.2023]
- Grobe, T. G. (2011). Standardisierung (Epidemiologie). Verfügbar unter: [de.wikipedia.org/wiki/Standardisierung_\(Epidemiologie\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Standardisierung_(Epidemiologie)) [17.07.2023]
- IAB – Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2006). Berufe im Spiegel der Statistik. Verfügbar unter: <https://infosys.iab.de/beitrab150/hilfe.html#berufsfeld> [bis 2022 im Internet verfügbar]

Seidler A., Schubert M., Freiberg A., Drössler S., Hussenhoeder F. S., Conrad I., Riedel-Heller S. & Romero Starke, K. (2022). Psychosocial occupational exposures and mental illness – a systematic review with meta-analyses. Dtsch Arztebl Int 2022, 119, 709–15. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0295. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/228091/Psychosoziale-berufliche-Belastungen-und-psychische-Erkrankungen> [17.07.2023]

Statistisches Bundesamt (1995). Statistisches Jahrbuch 1994 für die Bundesrepublik Deutschland, 114.

Statistisches Bundesamt (2007). Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008). Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Methoden/Klassifikationen/Gueter-Wirtschaftsklassifikationen/klassifikation-wz-2008.html> [17.07.2023]

Statistisches Bundesamt (2011). Mikrozensus. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Beruf, Ausbildung und Arbeitsbedingungen der Erwerbstätigen in Deutschland 2010. Fachserie 1, Reihe 4.1.2, 10.

Autorenverzeichnis

Thomas G. Grobe, Dr. med., MPH, Leiter der Abteilung Gesundheitsberichterstattung und Biometrie, aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH in Göttingen.

Anna Braun, Dr. phil., wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Gesundheitsberichterstattung und Biometrie, aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH in Göttingen.

Paula Starke, wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Gesundheitsberichterstattung und Biometrie, aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH in Göttingen.

Gesundheitsreport 2023

Der Gesundheitsreport beschreibt die Gesundheit von Erwerbspersonen. Er enthält sowohl aktuelle Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten als auch ein Schwerpunktkapitel mit jährlich wechselndem Thema. Seit dem Report 2022 steht zudem eine Vielzahl der Ergebnisse zum Gesundheitsreport für Beobachtungsjahre ab 2014 in Form interaktiver Grafiken unter dem Link www.bifg.de im Internet zur Verfügung.

Basis der aktuellen Auswertungen bilden Daten zu rund 3,7 Millionen Erwerbspersonen und damit Daten zu gut zehn Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland 2022. Im Vergleich zum Vorjahr sind die gemeldeten Fehlzeiten 2022 in einem zuvor nicht beobachteten Ausmaß, nämlich um 30 Prozent, gestiegen. Für den drastischen Anstieg waren gehäuft ver meldete Infekte insbesondere des Atmungssystems verantwortlich, die, anders als in Vorjahren, auch außerhalb einer typischerweise im ersten Quartal erwarteten Grippe- und Erkältungswelle zu beobachten waren. Einflüsse der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) auf die Ergebnisse sind wahrscheinlich, dürften den Anstieg jedoch nur zu einem kleineren Teil begründen.

Der Schwerpunkt des Gesundheitsreports befasst sich mit Häufigkeiten von und Risikofaktoren für psychische Erkrankungen bei Erwerbspersonen. Sektorenübergreifend wurde 2021 bei mehr als einem Drittel aller Erwerbspersonen eine entsprechende Diagnose dokumentiert, 7,1 Prozent wurden aufgrund einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig gemeldet und 0,9 Prozent vollstationär im Krankenhaus behandelt. Einflüsse auf das Risiko für Arbeitsunfähigkeiten mit psychischen Erkrankungen ließen sich für viele Merkmale aufzeigen. Überraschend deutlich waren zunehmende Risiken bei Hinweisen auf Arbeitsplatz- und Wohnortwechsel nachzuweisen, was auch als Hinweis auf den psychisch stabilisierenden Wert einer vertrauten Umgebung sowohl im privaten als auch im beruflichen Umfeld gelesen werden kann.

Der BARMER Gesundheitsreport wird in Zusammenarbeit mit dem aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen, herausgegeben.