

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 13)  
Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher (Herausgeber)

## **Gesundheitsreport 2016**



Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 13)

## **Gesundheitsreport 2016**

Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten.

Schwerpunkt: Gender und Gesundheit.

### **Herausgeber:**

Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstands der DAK-Gesundheit

DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27-31, D-20097 Hamburg

### **Autoren:**

Jörg Marschall, Susanne Hildebrandt, Hanna Sydow, Hans-Dieter Nolting,

unter Mitarbeit von

Elena Burgart, Julia Krieger, Mariell Quade, Tobias Woköck

IGES Institut GmbH

Friedrichstr. 180, D-10117 Berlin,

### **Redaktion:**

Martin Kordt

DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27-31, D-20097 Hamburg

E-Mail: [martin.kordt@dak.de](mailto:martin.kordt@dak.de)

Hamburg

März 2016

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

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

© 2016 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg  
[www.medhochzwei-verlag.de](http://www.medhochzwei-verlag.de)



ISBN 978-3-86216-285-7

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Druck: M.P. Media-Print Informationstechnologie GmbH, Paderborn

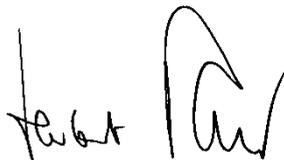
Printed in Germany

## Vorwort

In den DAK-Gesundheitsreporten der vergangenen 17 Jahre wurde bislang bei Frauen immer ein höherer Krankenstand als bei Männern ermittelt. Auch das Diagnosespektrum unterscheidet sich deutlich zwischen Frauen und Männern. Doch was sind die Ursachen? Liegen die Unterschiede tatsächlich im Geschlecht oder sind sie eher auf die Arbeitsbedingungen verschiedener Branchen oder den Berufsstatus zurückzuführen? Welche Rolle spielt das Verhalten, also der individuelle Umgang mit einer Krankschreibung? Eine befriedigende Erklärung für die Geschlechterunterschiede beim Krankenstand konnte auf den ersten Blick bisher noch nicht gegeben werden. Grund genug, den aktuellen DAK-Gesundheitsreport genau diesen Fragen zu widmen.

Die DAK-Gesundheit geht im vorliegenden Band verschiedenen Thesen zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeit und Geschlecht nach. Dazu wurden neben den Daten zur Arbeitsunfähigkeit auch die ambulanten Behandlungs-, sowie die Arzneiverordnungsdaten aller berufstätigen Versicherten analysiert. Eine umfangreiche Befragung der Beschäftigten zu aktuellen Einstellungen und Praktiken bei der Krankmeldung sowie eine Expertenbefragung ergänzen diese Untersuchung.

Das Gesetz zur Stärkung der Prävention fordert, geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Die Ergebnisse sollen daher nicht nur die Forschung in der Gendermedizin ergänzen. Sie helfen darüber hinaus geschlechtergerechte Präventionsmaßnahmen für Betriebe zu entwickeln. Insbesondere kleinere Betriebe haben nach wie vor einen erheblichen Beratungs- und Unterstützungsbedarf. Dieser Report setzt dafür Impulse und schafft eine empirisch gestützte Grundlage.



Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Vorsitzender des Vorstandes

Hamburg, März 2016



## Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	V
Zusammenfassung der Ergebnisse .....	XI
Zur Einführung in den DAK-Gesundheitsreport.....	XIII
1. Erwerbstätige Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2015.....	1
2. Arbeitsunfähigkeiten im Überblick .....	3
2.1 Der Krankenstand .....	3
2.2 Betroffenenquote .....	8
2.3 Häufigkeiten von Arbeitsunfähigkeiten.....	9
2.4 Durchschnittliche Falldauer .....	11
2.5 Krankenstand nach Alter und Geschlecht.....	14
3. Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten.....	18
3.1 Die wichtigsten Krankheitsarten .....	18
3.2 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht.....	25
3.3 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen .....	27
3.4 Die wichtigsten Einzeldiagnosen.....	29
3.5 Die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen .....	32
4. Schwerpunktthema 2016: Gender und Gesundheit. Männer und Frauen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen.....	34
4.1 Einleitung.....	34
4.1.1 Aufbau des Schwerpunktthemas .....	36
4.1.2 Thesen zum geschlechterdifferenten Arbeitsunfähigkeitsgeschehen .....	38
4.2 Geschlechterunterschiede im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen .....	39
4.2.1 Geschlechterunterschiede im Zeitverlauf .....	40
4.2.2 Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von Männern und Frauen nach Alter .....	42
4.3 Ursachen für Arbeitsunfähigkeit bei Männern und Frauen .....	45
4.3.1 Übersicht über das Diagnosespektrum .....	45
4.3.2 Arbeitsunfähigkeitsursache Schwangerschaftskomplikationen.....	50

4.3.3	Koronare Herzerkrankung als Ursache von Arbeitsunfähigkeit.....	55
4.3.4	Neubildungen .....	56
4.3.5	Verletzungen .....	59
4.3.6	Psychische Erkrankungen .....	61
4.3.7	Risikofaktoren, Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum .....	64
4.4	Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von Männern und Frauen nach Branchen und Tätigkeitsmerkmalen.....	66
4.4.1	Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Branchen .....	66
4.4.2	Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von Männern und Frauen nach Tätigkeitsmerkmalen .....	69
4.4.3	Prüfung des Geschlechterunterschieds mittels multivariater Regression .....	74
4.5	Behandlungsquoten und Arzneimittelverordnungen von Männern und Frauen .....	79
4.5.1	Behandlungsquoten .....	79
4.5.2	Verordnete Arzneimittel.....	85
4.6	Geschlechterunterschiede bei Arbeitsunfähigkeit und Präsentismus: Auswertung der Beschäftigtenbefragung.....	90
4.6.1	Soziodemografische Angaben der Befragten .....	90
4.6.2	Das AU-Geschehen im Spiegel selbst berichteter AU-Fälle und AU-Tage.....	93
4.6.3	Gesundheitszustand und Arbeitsunfähigkeit .....	96
4.6.4	Weitere mögliche Einflussfaktoren auf den Krankenstandsunterschied zwischen Männern und Frauen.....	102
4.7	Betriebliche Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund der Geschlechterdifferenz im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen.....	112
4.7.1	Geschlechtersensible betriebliche Gesundheitsförderung aus Expertensicht.....	115
4.7.2	Geschlechtersensible betriebliche Gesundheitsförderung im Spiegel der Beschäftigtenbefragung .....	117
4.8	Zusammenfassung: Thesen zum Geschlechterunterschied im AU-Geschehen .....	120

---

5. Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen.....	123
6. Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern.....	128
7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen .....	138
Anhang I: Hinweise und Erläuterungen .....	140
Anhang II: Tabellen.....	144
Anhang III: Fragebogen für Expertinnen und Experten.....	160
Abbildungsverzeichnis.....	167
Literaturverzeichnis.....	172



## Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Jahr 2015 ist der Krankenstand nach einem Rückgang im Vorjahr um 0,2 Prozentpunkte gestiegen. Der Krankenstand im Jahr 2015 lag damit bei 4,1 Prozent (2014: 3,9 Prozent).

**Gesamtkrankenstand leicht gestiegen**

Die Betroffenenquote lag 2015 bei 50,4 Prozent. Dies bedeutet, dass für etwas mehr als jeden Zweiten eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Im Jahr 2015 ist die Betroffenenquote somit leicht gestiegen (2014: 48,2 Prozent).

**Betroffenenquote**

Die Erkrankungshäufigkeit ist mit 124,4 Fällen pro 100 Versichertenjahre gegenüber dem Vorjahr ebenfalls gestiegen (2014: 116,0 Arbeitsunfähigkeitsfälle). Die durchschnittliche Falldauer ist dagegen gesunken. Sie beträgt im Jahr 2015 12,1 Tage (2014: 12,3 Tage).

**Fallhäufigkeit und -dauer**

Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Erkrankungen des Atmungssystems sowie psychische Erkrankungen entfielen 2015 mehr als die Hälfte (54,5 Prozent) aller Krankheitstage:

**Wichtigste Krankheitsarten**

- Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems lagen mit 325,9 Arbeitsunfähigkeitstagen pro 100 Versichertenjahre wieder an der Spitze aller Krankheitsarten. Im Vorjahr entfielen mit rund 324,8 Tagen etwas weniger Erkrankungstage auf diese Diagnose.
- Atemwegserkrankungen verursachten 16,6 Prozent des Krankenstandes. 2015 gab es aufgrund von Atemwegserkrankungen 38,3 Erkrankungsfälle und 248,9 Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre. Das ist deutlich mehr als noch im Vorjahr (2014: 195,7 AU-Tage).
- Psychische Erkrankungen lagen mit einem Anteil von rund 16,2 Prozent hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand an dritter Stelle. Im Vergleich zum Vorjahr gab es hier einen leichten Anstieg und zwar sowohl was die Fallhäufigkeit (von 6,8 auf 6,9 Fälle pro 100 Versichertenjahre) als auch die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage betraf (von 237,3 auf 243,7 Tage pro 100 Versichertenjahre).

**Muskel-Skelett-Erkrankungen**

**Atemwegserkrankungen**

**Psychische Erkrankungen**

Die Branchen „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ und „Gesundheitswesen“ lagen mit einem Krankenstandswert von 4,7 Prozent an der Spitze und somit eindeutig über dem Durchschnitt aller Branchen. Am niedrigsten unter den Branchen mit hohem Anteil DAK-Versicherter war der Krankenstand in der Branche Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen mit 3,3 Prozent (2014: 3,1 Prozent).

**Zwei Branchen gleich auf an der Spitze beim Krankenstand**

**Unterschiede zwischen den Bundesländern**

Die Unterschiede zwischen den Bundesländern stellen sich folgendermaßen dar: In den westlichen Bundesländern (mit Berlin) betrug der Krankenstand durchschnittlich 4,0 Prozent, in den östlichen Bundesländern 5,0 Prozent. In den westlichen Bundesländern streute der Krankenstand zwischen dem niedrigsten Wert in Höhe von 3,5 Prozent in Baden-Württemberg und dem höchsten im Saarland mit 4,7 Prozent. Brandenburg stand 2015 mit einem Wert von 5,2 Prozent an der Spitze des Krankenstandsgeschehens der Bundesländer.

## Zur Einführung in den DAK-Gesundheitsreport

### Was Sie auf den folgenden Seiten erwartet

Das erste Kapitel erläutert die Datengrundlage dieses Gesundheitsreports: Die erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit und ihre Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht.

Kapitel 2 stellt die wichtigsten Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens der Jahre 2010 bis 2015 im Überblick dar. Diesen Kennziffern ist zu entnehmen, wie hoch der Krankenstand war, wie viele Erkrankungsfälle beobachtet wurden und zu welchem Anteil die Mitglieder der DAK-Gesundheit überhaupt von Arbeitsunfähigkeiten (AU) betroffen waren.

Im dritten Kapitel geht es um die Ursachen von Arbeitsunfähigkeit. Zu diesem Zweck werden die Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten aufgeschlüsselt. Die Auswertung beruht auf den medizinischen Diagnosen, die die Ärzte mit den AU-Bescheinigungen den Krankenkassen übermitteln. Darüber hinaus wird analysiert, in welchem Maße Arbeitsunfälle für Fehlzeiten verantwortlich waren.

In Kapitel 4 wird das diesjährige Schwerpunktthema behandelt: Frauen haben einen um rund 14 Prozent höheren Krankenstand als Männer. Sie sind häufiger krank, jedoch nicht länger. Was verbirgt sich dahinter? Frauen leiden häufiger als Männer unter psychischen Erkrankungen, haben mehr Fehltagel wegen Neubildungen, die auf das vergleichsweise frühe Auftreten von Brustkrebs zurückzuführen sind und können von Schwangerschaftskomplikationen betroffen sein. Die Analysen zeigen aber auch einen geschlechterdifferenten Umgang mit Arbeitsunfähigkeit. So gehen Frauen häufiger krank zur Arbeit als Männer. Gleichzeitig geben sie häufiger als Männer an, dass sie ihre Tätigkeit mit Krankheitssymptomen nicht ausüben können, weil sie mit Kunden, Klienten oder Patienten zu tun haben.

Keine Rolle für den Geschlechterunterschied im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen spielt dagegen der Umstand, dass DAK-versicherte Frauen häufiger als Männer in Branchen mit hohem Krankenstand arbeiten. Auch nach statistischer Kontrolle solcher Merkmale von Branche und Tätigkeit weisen Frauen den höheren Krankenstand auf.

In Kapitel 5 erfolgen tiefer gehende Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen. Diese konzentrieren sich auf die Bereiche, in denen der größte Teil der Mitglieder der DAK-Gesundheit tätig ist.

**Kapitel 1: Datenbasis**

**Kapitel 2: Arbeitsunfähigkeiten im Überblick**

**Kapitel 3: Ursachen von Arbeitsunfähigkeiten**

**„Kapitel 4: Schwerpunktthema: Männer und Frauen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen“**

**Kapitel 5: Analyse nach Wirtschaftsgruppen**

**Kapitel 6: Regionale Analysen**

Im Kapitel 6 werden schließlich regionale Unterschiede im AU-Geschehen untersucht, und zwar auf der Ebene der 16 Bundesländer.

**Kapitel 7: Schlussfolgerungen**

Der DAK-Gesundheitsreports 2016 schließt mit einer übergreifenden Zusammenfassung und wesentlichen Schlussfolgerungen der DAK-Gesundheit zum Schwerpunktthema.

**Weitere Informationen, Erläuterungen und Tabellen****Anhang I: Erläuterungen**

Erläuterungen zu immer wieder auftauchenden Begriffen sowie zur Berechnung der wichtigsten verwendeten Kennzahlen sind im Anhang I zu finden. Außerdem wird dort das allgemeine methodische Vorgehen erklärt.

**Anhang II: Tabellen**

Detaillierte Zahlenmaterialien zu den Arbeitsunfähigkeiten nach Regionen, Krankheitsarten und Wirtschaftsgruppen finden interessierte Leserinnen und Leser in einem Tabellenteil (Anhang II). Eine Übersicht über die aufgeführten Tabellen findet sich auf Seite 2.

**Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen**

Arbeitsunfähigkeitsanalysen, wie sie in diesem Gesundheitsreport dargestellt sind, dienen dazu, sich ein umfassenderes Bild von der Krankenstandsentwicklung in der Bundesrepublik zu machen. Dies wird bislang durch unterschiedliche methodische Vorgehensweisen der Krankenkassen bei der Erstellung ihrer Gesundheitsberichte erschwert.

**Gesundheitsberichte der Ersatzkassen beruhen auf gemeinsamen Standard**

Zumindest auf der Ebene der Ersatzkassen sind aber einheitliche Standards für die Gesundheitsberichterstattung festgelegt worden: Die direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht.

**Umstellung im Berechnungsverfahren**

Hier hat es ab dem Berichtsjahr 2012 eine Aktualisierung des Berechnungsverfahrens gegeben. Einzelheiten dazu können dem Anhang entnommen werden.<sup>1</sup> Die im vorliegenden Bericht analysierten Arbeitsunfähigkeitsdaten können daher mit den Zahlen in Berichten anderer Ersatzkassen nur dann verglichen werden, wenn diese den aktuellen Vorgaben ebenfalls zeitnah gefolgt sind. Auch Vergleichbarkeit des aktuellen sowie aller zukünftigen DAK-Gesundheitsreports mit Zurückliegenden (d.h. einschließlich des DAK-Gesundheitsreports 2012) sind von daher nur eingeschränkt möglich. An Stellen wo im vorliegenden Bericht Bezüge zu historischen Werten

<sup>1</sup> Voraussetzung für Vergleiche zwischen Mitgliederkollektiven mehrerer Krankenversicherungen ist die Bereinigung der Zahlen um den Einfluss unterschiedlicher Alters- und Geschlechtsstrukturen. Dies wird durch eine Standardisierung der Ergebnisse anhand einer einheitlichen Bezugsbevölkerung, den Erwerbstätigen in der Bundesrepublik im Jahr 2010, erreicht. Die DAK-Gesundheit verwendet dabei – ebenso wie die anderen Ersatzkassen – das Verfahren der direkten Standardisierung (vgl. Anhang I).

(Zeitreihen, Vorjahresvergleiche) hergestellt werden, sind die historischen Kennzahlen neu berechnet worden und zum Vergleich mit angegeben.

Andere Krankenkassen (z. B. AOK, BKK) verwenden abweichende Standardisierungsverfahren, weshalb Vergleiche mit deren Berichten nur eingeschränkt möglich sind.



## 1. Erwerbstätige Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2015

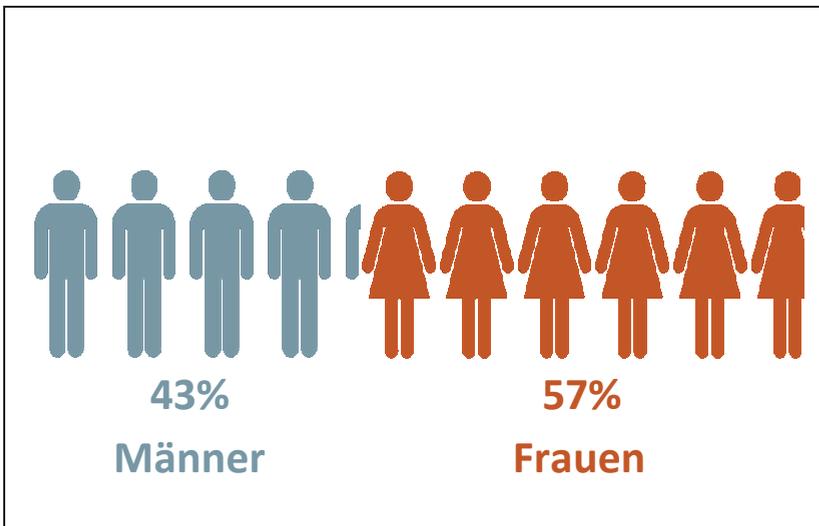
Der DAK-Gesundheitsreport 2016 berücksichtigt alle Personen, die im Jahr 2015 aktiv erwerbstätig und wenigstens einen Tag lang Mitglied der DAK-Gesundheit waren sowie im Rahmen ihrer Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeldleistungen der DAK-Gesundheit hatten.

Für diesen Personenkreis erhält die DAK-Gesundheit die ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, falls eine Krankheit auftritt. Fehlzeiten im Zusammenhang mit Schwangerschaften (außer bei Komplikationen) und Kuren werden nicht einbezogen.

Die gesamte Datenbasis für das Berichtsjahr 2015 umfasst 2,7 Mio. Mitglieder der DAK-Gesundheit, die sich zu 57 Prozent aus Frauen und zu 43 Prozent aus Männern zusammensetzen. Der Anteil der Männer ist in den letzten Jahren stetig gestiegen.

**Datenbasis 2015:**  
**2,7 Mio. Mitglieder der DAK-Gesundheit**

Abbildung 1: Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2015 nach Geschlecht



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

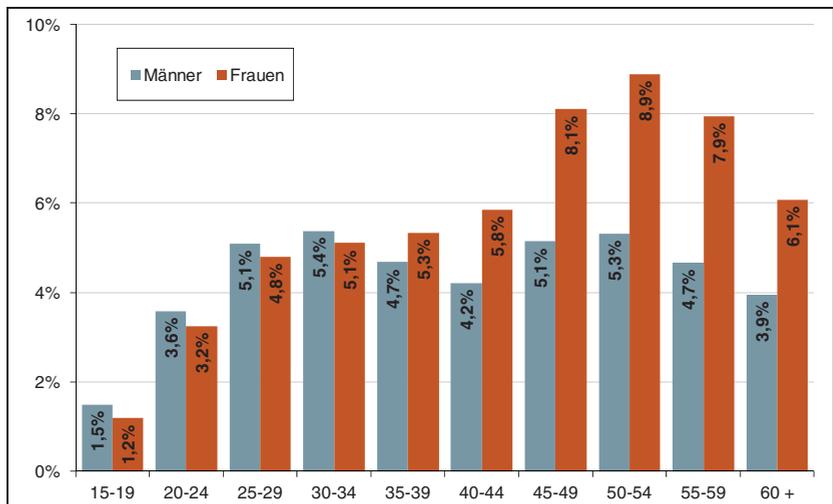
Die DAK-Gesundheit versichert aufgrund ihrer historischen Entwicklung als Angestelltenkrankenkasse insbesondere Beschäftigte in typischen Frauenberufen (z. B. im Gesundheitswesen, Handel, in Büroberufen und Verwaltungen). Seit 1996 können auch andere Berufsgruppen Mitglied bei der DAK-Gesundheit werden.

**2,7 Mio. Mitglieder entsprechen in etwa 2,4 Mio. Versichertenjahre**

Hinsichtlich der Datenbasis ist zu beachten, dass nicht alle erwerbstätigen Mitglieder über das ganze Jahr bei der DAK-Gesundheit versichert waren. Daher werden die knapp 2,7 Mio. Mitglieder auf „ganzjährig versicherte Mitglieder“ umgerechnet. Für das Jahr 2015 umfasst die Datenbasis rund 2,4 Mio. Versichertenjahre.

Alle in diesem Gesundheitsreport dargestellten Auswertungen von Arbeitsunfähigkeitsdaten schließen nur diejenigen Erkrankungsfälle ein, für die der DAK-Gesundheit im Jahr 2015 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlagen.

Abbildung 2: Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2015



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

In den Altersgruppen ab der Gruppe der 35- bis 39-Jährigen ist der Anteil der Frauen höher als der der Männer, zunächst nur geringfügig, ab der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen dann deutlich. In den unteren Altersgruppen stellen Männer einen geringfügig größeren Anteil der erwerbstätigen Mitglieder dar.

Wird die Alters- und Geschlechtsstruktur der DAK-Mitglieder verglichen mit der Standardpopulation, den Erwerbstätigen in der Bundesrepublik im Jahr 2010, zeigen sich einige Unterschiede. Einflüsse auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, die aus diesen Abweichungen folgen können, werden durch die Standardisierung (vgl. Anhang I) aus den beobachteten Zahlen herausgerechnet.

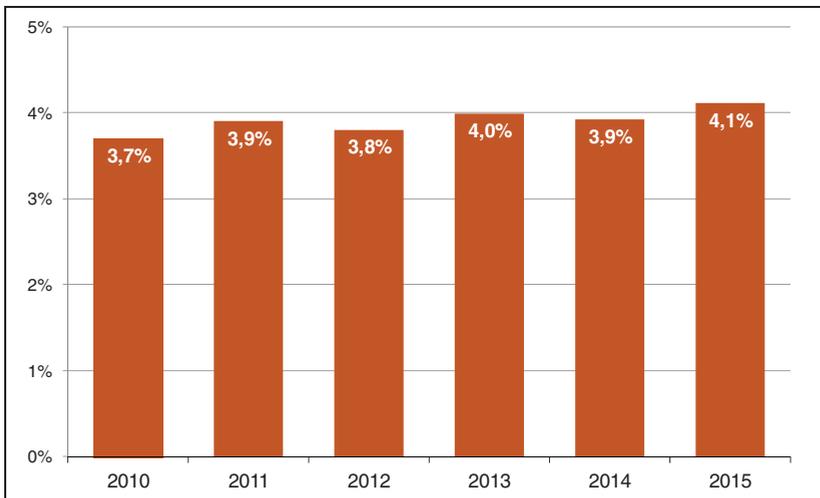
Zugleich sichert diese Vorgehensweise die Vergleichbarkeit der Krankenstandswerte mit den Zahlen anderer Ersatzkassen.

## 2. Arbeitsunfähigkeiten im Überblick

### 2.1 Der Krankenstand

In welchem Maße eine Volkswirtschaft, eine Wirtschaftsgruppe oder ein Betrieb von Krankheit betroffen ist, wird anhand der Kenngröße „Krankenstand“ ausgedrückt. Der Krankenstand gibt an, wie viel Prozent der Erwerbstätigen an einem Kalendertag durchschnittlich arbeitsunfähig erkrankt waren.

Abbildung 3: Krankenstand der Mitglieder der DAK-Gesundheit im Vergleich zu den Vorjahren



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010-2015

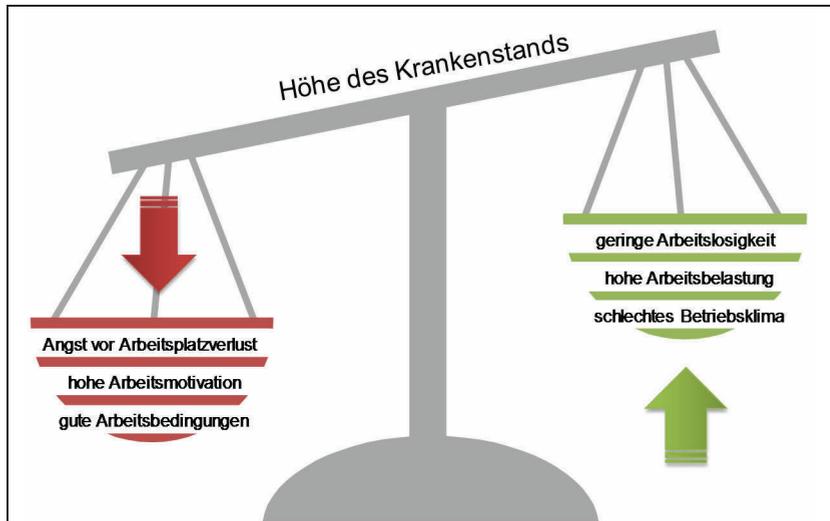
Der Krankenstand bewegt sich in den letzten Jahren insgesamt auf einem relativ niedrigen Niveau. Nach einem leichten Rückgang im vergangenen Jahr ist der Wert des Krankenstands im Jahr 2015 um 0,2 Prozentpunkte auf ein Niveau von 4,1 Prozent gestiegen.

**Krankenstand  
2015 leicht ge-  
stiegen**

### Einflussfaktoren auf den Krankenstand

Welche Faktoren verursachen einen Krankenstand auf einem besonders hohen oder niedrigen Niveau? Der Krankenstand wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, die auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen und zum Teil auch gegenläufige oder sich aufhebende Wirkungen haben. Es lässt sich also nicht nur ein Mechanismus identifizieren, der z. B. eine radikale Senkung des Krankenstandes bewirken könnte.

Abbildung 4: Einflussfaktoren auf den Krankenstand



Quelle: DAK-Gesundheit 2015

Wirkmechanismen auf den Krankenstand setzen an unterschiedlichen Stellen an und können in unterschiedlichen Richtungen Einfluss nehmen:

### Faktoren auf der volkswirtschaftlichen Ebene:

#### Konjunktur und Situation am Arbeitsmarkt

Auf der volkswirtschaftlichen Ebene wird allgemein der Konjunktur und der damit verbundenen Lage am Arbeitsmarkt Einfluss auf das Krankenstandsniveau zugesprochen:

- Ist die Wirtschaftslage und damit die Beschäftigungslage gut, steigt der Krankenstand tendenziell an. Schwächt sich die Konjunktur ab und steigt die Arbeitslosigkeit, so sinkt in der Tendenz auch das Krankenstandsniveau.<sup>2</sup>

Die vergleichende Betrachtung der Krankmeldungen der letzten zehn Jahre zeigt, dass Konjunkturveränderungen allein nicht mehr automatisch zu deutlichen weiteren Absenkungen oder Erhöhungen des Krankenstandes führen. Der Krankenstand entwickelt sich weitgehend unabhängig von konjunkturellen Verläufen.

<sup>2</sup> vgl. Kohler, Hans: „Krankenstand – ein beachtlicher Kostenfaktor mit fallender Tendenz“ in: IAB Werkstattberichte Nr. 1/2003

**Weitere volkswirtschaftliche Faktoren sind:**

- In Zeiten schlechterer Wirtschaftslage verändert sich überdies die Struktur der Arbeitnehmer: Werden Entlassungen vorgenommen, trifft dies eher diejenigen Arbeitskräfte, die aufgrund häufiger oder langwieriger Arbeitsunfähigkeiten weniger leistungsfähig sind. Für das Krankenstandsniveau bedeutet dies einen krankenstandssenkenden Effekt.
- Weiterhin lassen sich gesamtwirtschaftlich Verlagerungen von Arbeitsplätzen vom industriellen in den Dienstleistungssektor beobachten. Das veränderte Arbeitsplatzprofil bringt in der Tendenz auch den Abbau gefährlicher oder körperlich schwerer Arbeit mit sich. Entsprechend führt dieser Wandel zu Veränderungen des Krankheitsspektrums sowie tendenziell zur Senkung des Krankenstandsniveaus. Wie die Statistiken zeigen, ist der Krankenstand in Angestelltenberufen in der Regel deutlich niedriger als im gewerblichen Bereich.

**Wandel der Beschäftigtenstruktur**

**Verlagerung von Arbeitsplätzen vom gewerblichen in den Dienstleistungssektor**

**Betriebliche Einflussfaktoren auf den Krankenstand:**

- Viele Dienstleistungsunternehmen einschließlich der öffentlichen Verwaltungen stehen verstärkt unter Wettbewerbsdruck bei fortschreitender Verknappung der Ressourcen. In der Folge kommt es zu Arbeitsverdichtungen und „Rationalisierungen“ und vielfach auch zu Personalabbau. Daraus können belastende und krankmachende Arbeitsbelastungen (z. B. Stressbelastungen) entstehen, die zu einem Anstieg des Krankenstandes führen.
- Auf der anderen Seite sind von betriebsbedingten Entlassungen vor allem ältere oder gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte betroffen. Da in den AU-Analysen nur die „aktiv Erwerbstätigen“ berücksichtigt werden, tritt hierdurch der sogenannte „healthy-worker-effect“ auf. Die Belegschaft scheint also allein durch dieses Selektionsprinzip „gesünder“ geworden zu sein.
- Im Zuge umfassender Organisations- und Personalentwicklung haben sich in den letzten Jahren viele Unternehmen verstärkt des Themas „betrieblicher Krankenstand“ angenommen. Insbesondere dem Zusammenhang von Arbeitsmotivation und Betriebsklima in Bezug auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen wird im Rahmen von betrieblichen Mitarbeiterzirkeln, -befragungen, Führungsstilanalysen etc. Rechnung getragen.

**Steigende Stressbelastung durch Arbeitsverdichtung**

**„Healthy-worker-effect“ durch das Ausscheiden gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer**

**Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung**

Die systematische Umsetzung von Gesundheitsfördermaßnahmen trägt damit zur Senkung des Krankenstandes in Unternehmen bei.

Wie die Diskussion um die Einflussfaktoren zeigt, wird der Krankenstand von einer Vielzahl einzelner Faktoren beeinflusst, die auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen. Und schließlich verbergen sich hinter den Krankenstandswerten unterschiedliche Krankheiten und

Gesundheitsrisiken. Auch eine Veränderung des Gesundheitsbewusstseins und -verhaltens kann eine Änderung des Krankenstands-niveaus begründen.

Alles in allem lässt sich nicht der eine Mechanismus identifizieren, der eine starke Absenkung des Krankenstandes bewirken könnte. Es ist daher schwierig, eine zuverlässige Prognose für die zukünftige Entwicklung des Krankenstandes abzugeben.

Grundsätzlich ist die DAK-Gesundheit im Interesse der Unternehmen sowie Beschäftigten um eine positive Entwicklung zu weiterhin niedrigen Krankenständen bemüht und möchte die Verantwortlichen dazu ermutigen, in ihrem Bemühen um die Verbesserung von Arbeitsbedingungen und den Abbau von Arbeitsbelastungen nicht nachzulassen.

### Strukturmerkmale des Krankenstandes

#### Vertiefte Analyse des Krankenstands

Der Krankenstand ist eine komplexe Kennziffer, die von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Eine Betrachtung der einzelnen Faktoren ermöglicht ein weitergehendes Verständnis von Krankenstandsunterschieden zwischen Personengruppen sowie der Entwicklungen im Zeitverlauf. Bevor die entsprechenden Ergebnisse für das Jahr 2015 dargestellt werden, werden diese Faktoren für eine vertiefte Analyse des Krankenstandes kurz erläutert:

#### „AU-Tage pro 100 ganzjährig versicherte Mitglieder“

Eine mögliche Darstellungsweise des Krankenstandes ist die Kennziffer „Arbeitsunfähigkeitstage pro Versichertenjahr“. Diese Zahl gibt an, wie viele Kalendertage im jeweiligen Berichtsjahr ein Mitglied der DAK-Gesundheit durchschnittlich arbeitsunfähig war. Um diese Kennziffer ausweisen zu können, ohne mit mehreren Stellen hinter dem Komma arbeiten zu müssen, berechnet man sie zumeist als „AU-Tage pro 100 Versichertenjahre“ bzw. „AU-Tage pro 100 ganzjährig Versicherter“. Aus Gründen der einfachen Lesbarkeit wird nachfolgend im Allgemeinen nur von „100 Versicherten“ bzw. „100 Mitgliedern“ gesprochen.

#### „Krankenstand in Prozent“

Der Krankenstand (KS) lässt sich berechnen, indem man die AU-Tage je 100 Versichertenjahre (Vj) durch die Kalendertage des Jahres teilt:<sup>3</sup>

$$KS \text{ in } \% = \frac{\text{Anzahl der AU-Tage je 100 Vj}}{365 \text{ Tage}}$$

<sup>3</sup> Für Schaltjahre steht im Nenner die Zahl 366.

Die Höhe des Krankenstandes wird u. a. davon beeinflusst, wie viele Mitglieder überhaupt – wenigstens einmal – arbeitsunfähig erkrankt waren. Der Prozentsatz derjenigen, die wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit im Bezugsjahr hatten, wird als „Betroffenenquote“ bezeichnet.

- Der Krankenstand in einer bestimmten Höhe bzw. die Anzahl der AU-Tage (pro 100 Versicherte) können durch wenige Erkrankungsfälle mit langer Dauer oder durch viele Erkrankungsfälle mit kurzer Dauer bedingt sein.

Es ist daher bei der Betrachtung des Krankenstandes wichtig zu wissen, wie viele AU-Fälle (je 100 Versicherte) den Krankenstand verursachen und wie hoch die durchschnittliche Erkrankungsdauer ist.

Der Krankenstand (KS) in Prozent kann demnach auch wie folgt berechnet werden:

$$KS \text{ in } \% = \frac{\text{Anzahl der AU-Fälle je 100 Vj} \times \text{Dauer einer Erkrankung}}{365 \text{ Tage}}$$

Im Hinblick auf die ökonomische Bedeutung von Erkrankungsfällen ist es ferner interessant, die Falldauer näher zu untersuchen. Hierbei wird zwischen Arbeitsunfähigkeiten unterschieden,

- die in den Zeitraum der Lohnfortzahlung fallen (AU-Fälle bis zu sechs Wochen Dauer) und solchen,
- die darüber hinaus gehen und bei denen ab der siebten Woche Krankengeldleistungen durch die DAK-Gesundheit erfolgen (AU-Fälle über sechs Wochen Dauer).

In der öffentlichen Diskussion über den Krankenstand genießen häufig die besonders kurzen Arbeitsunfähigkeiten größere Aufmerksamkeit. Solche Kurzfälle können in einem Unternehmen die Arbeitsabläufe erheblich stören – für die Krankenstandshöhe haben sie jedoch nur geringe Bedeutung.

Jedes dieser Strukturmerkmale beeinflusst die Krankenstandshöhe. Ihre Betrachtung ist daher sinnvoll, wenn man die Krankenstände im Zeitverlauf oder zwischen unterschiedlichen Betrieben, Branchen oder soziodemographischen Gruppen miteinander vergleichen will. In den folgenden Abschnitten werden die genannten Strukturmerkmale des Krankenstandes vertiefend analysiert.

**„AU-Fälle pro 100 Versicherten-jahre“ bzw. ganzjährig Versicherte und „durchschnittliche Falldauer“**

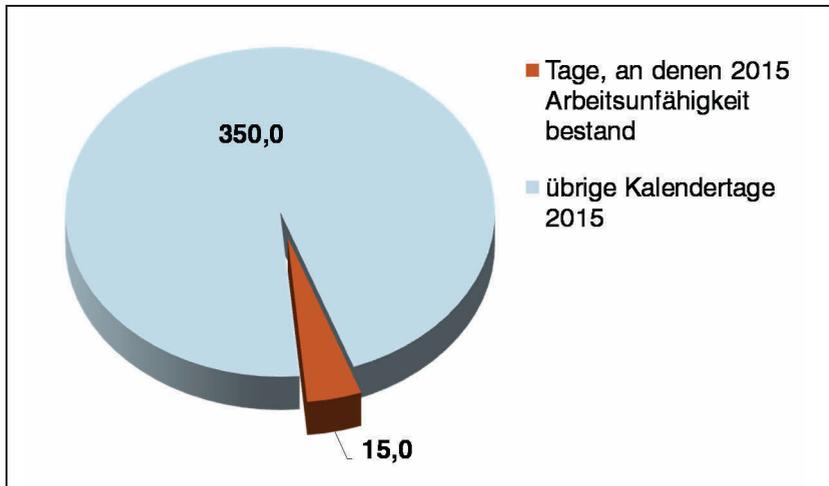
**„AU-Fälle bis zu 6 Wochen“ und**

**... „über 6 Wochen Dauer“**

### Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenstandsniveau

Bei 100 ganzjährig versicherten Mitgliedern der DAK-Gesundheit wurden 2015 im Durchschnitt 1.500 Fehltagstage wegen Arbeitsunfähigkeit (AU) registriert. Der Krankenstand von 4,1 Prozent in 2015 wird aus der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage errechnet: Verteilt man die im Jahr 2015 je 100 Versicherte angefallenen 1.500 Arbeitsunfähigkeitstage auf die 365 Kalendertage des Jahres 2015, so waren an jedem Tag 4,1 Prozent der bei der DAK-Gesundheit versicherten Beschäftigten arbeitsunfähig erkrankt.

Abbildung 5: AU-Tage eines durchschnittlichen Mitglieds der DAK-Gesundheit 2015 (Basis: 365 Kalendertage)

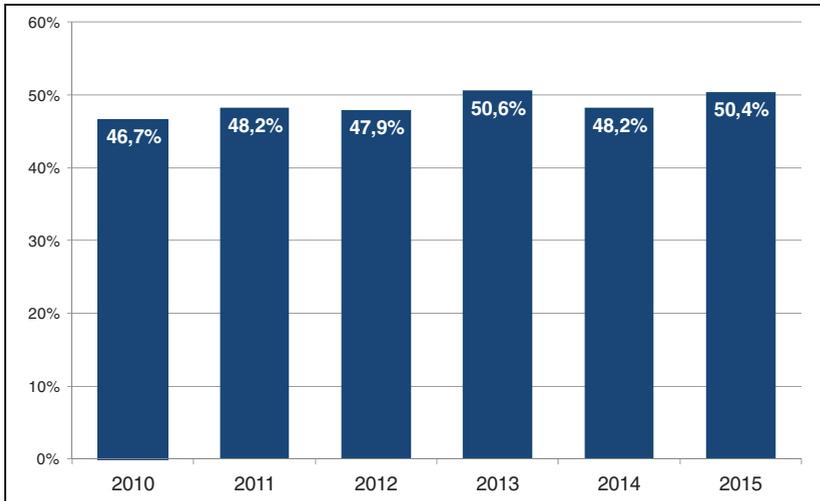


Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

### 2.2 Betroffenenquote

2015 hatten 50,4 Prozent der Mitglieder der DAK-Gesundheit mindestens eine Arbeitsunfähigkeit. Das bedeutet, dass mehr als jeder Zweite eine Arbeitsunfähigkeit in 2015 hatte. Abbildung 6 zeigt die Betroffenenquoten für die Jahre 2010 bis 2015.

Abbildung 6: Betroffenenquote 2015 im Vergleich zu den Vorjahren



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010-2015

Gegenüber dem Vorjahr ist die Betroffenenquote im Jahr 2015 gestiegen und liegt anders als im Vorjahr erneut oberhalb der 50 Prozent-Marke.

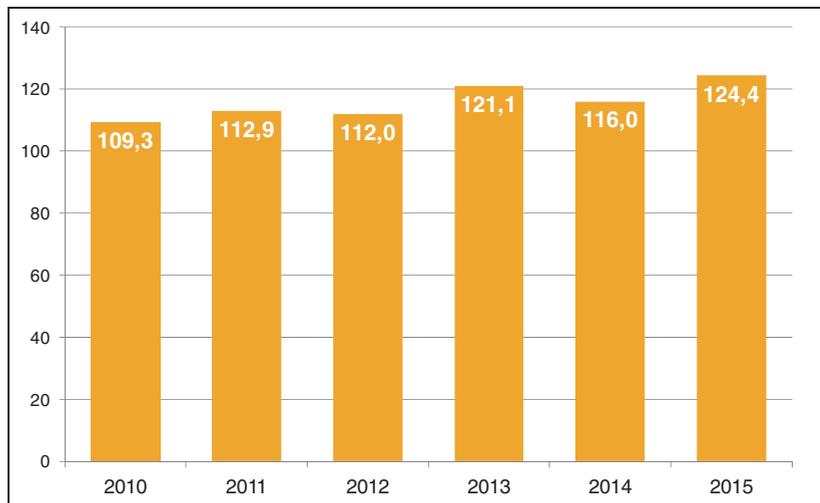
### 2.3 Häufigkeiten von Arbeitsunfähigkeiten

Die Höhe des Krankenstandes ergibt sich aus der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen und der durchschnittlichen Erkrankungsdauer. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeitsfälle ist im Jahr 2015 leicht gesunken, die Häufigkeit jedoch deutlich gestiegen, so dass das Krankenstandsniveau 2015 etwas über dem des Vorjahres liegt.

Die Erkrankungshäufigkeit lag 2015 mit 124,4 Erkrankungsfällen je 100 Versicherte über der im Vorjahr (2014: 116,0 AU-Fälle). Demnach war jedes Mitglied im Jahr 2015 durchschnittlich mit 1,24 Fällen (124,4 dividiert durch 100) mehr als einmal arbeitsunfähig.

**124,4 Erkrankungsfälle pro 100 ganzjährig Versicherte**

Abbildung 7: AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte 2010 bis 2015



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010-2015

In den Jahren 2010 bis 2012 war der Wert für die Erkrankungshäufigkeit nahezu unverändert. Im Jahr 2013 war der Wert gegenüber den Vorjahren deutlich erhöht. Der Wert für 2015 ist gegenüber dem des Vorjahres nun wieder deutlich gestiegen.

### **Berücksichtigung von Krankheitsfällen, die bei der DAK-Gesundheit nicht registriert werden können**

In allen hier vorliegenden Auswertungen können nur diejenigen Erkrankungsfälle einbezogen werden, für die der DAK-Gesundheit Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorliegen. Zu beachten ist dabei jedoch, dass nicht alle Arbeitsunfähigkeitsfälle bei der DAK-Gesundheit gemeldet werden, so dass die DAK-Gesundheit nicht von jeder Erkrankung Kenntnis erhält.

### **Gründe für Unter- erfassung von AU-Fällen bei den Krankenkassen**

Einerseits reichen nicht alle Mitglieder der DAK-Gesundheit die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ihres Arztes bei der DAK-Gesundheit ein. Andererseits ist eine Bescheinigung für den Arbeitgeber in der Regel erst ab dem vierten Kalendertag erforderlich. Kurzzeit-Erkrankungen von ein bis drei Tagen Dauer werden durch die Krankenkassen folglich nur erfasst, soweit eine ärztliche Krankschreibung vorliegt. Als Konsequenz dieser Umstände können sowohl die tatsächliche Betroffenenquote als auch die tatsächliche Fallhäufigkeit und damit verbunden die tatsächlich angefallenen AU-Tage in einem Berichtsjahr über den erfassten Werten liegen.

Um diese „Dunkelziffer“ zu quantifizieren, hat die DAK-Gesundheit im Herbst 2007 eine Untersuchung durchgeführt: Berücksichtigt man z. B. auch die AU-Fälle, die den Krankenkassen nicht bekannt werden – entweder weil die Betroffenen gar nicht beim Arzt waren oder weil die ärztliche Bescheinigung nicht bei der Krankenkasse eingereicht wurde – so ergibt sich eine im Durchschnitt um etwa 19 Prozent höhere Fallhäufigkeit. Übertragen auf die Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2015 bedeutet dieser Befund, dass die „wahre“ Häufigkeit von AU-Fällen geschätzt bei etwa 148 Fällen pro 100 Versicherte liegt.

**Untersuchung zur AU-„Dunkelziffer“**

**„Wahre“ Fallhäufigkeit um etwa 19 Prozent höher**

Aufgrund der geringen Dauer der nicht registrierten Fälle wird der „wahre“ Krankenstand dagegen nur um 5 Prozent unterschätzt. Korrigiert man den ermittelten DAK-Gesundheit-Krankenstand 2015 von 4,11 Prozent um diesen Untererfassungsfehler, so resultiert ein „wahrer Krankenstand“ von etwa 4,32 Prozent.

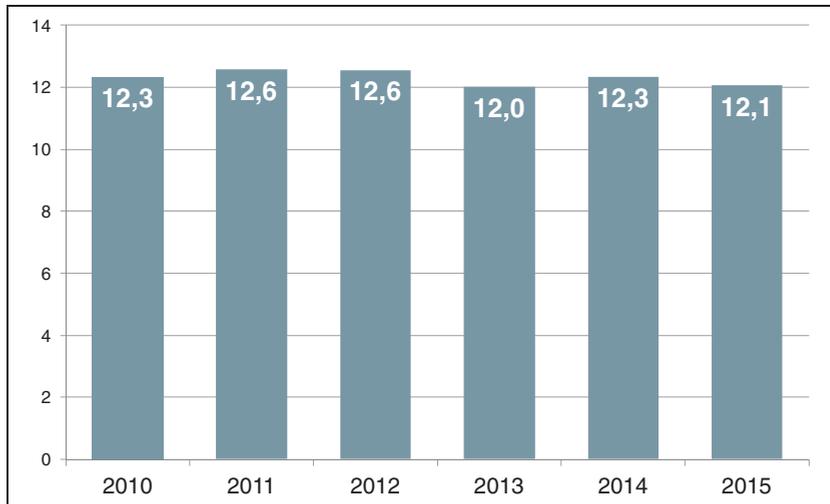
**„Wahrer“ Krankenstand um 5 Prozent höher**

Das Problem der Untererfassung betrifft nicht nur die Krankenstandsdaten der DAK-Gesundheit. Die „Dunkelziffer“ nicht erfasster Arbeitsunfähigkeiten findet sich in den Krankenstandsanalysen aller Krankenkassen und somit auch in der amtlichen Statistik. Für alle Erhebungen gilt: Der tatsächliche Krankenstand und insbesondere die Häufigkeit von Erkrankungen liegen über den von den Krankenkassen ermittelten Daten.

## 2.4 Durchschnittliche Falldauer

Innerhalb der letzten vier Jahre hat sich die durchschnittliche Erkrankungsdauer nur unwesentlich verändert. Ein AU-Fall in 2015 dauerte im Durchschnitt 12,1 Tage. Der Wert liegt damit leicht unter dem des Vorjahres.

Abbildung 8: Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2015 im Vergleich zu den Vorjahren



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010-2015

### Bedeutung der Arbeitsunfähigkeitsfälle unterschiedlicher Dauer

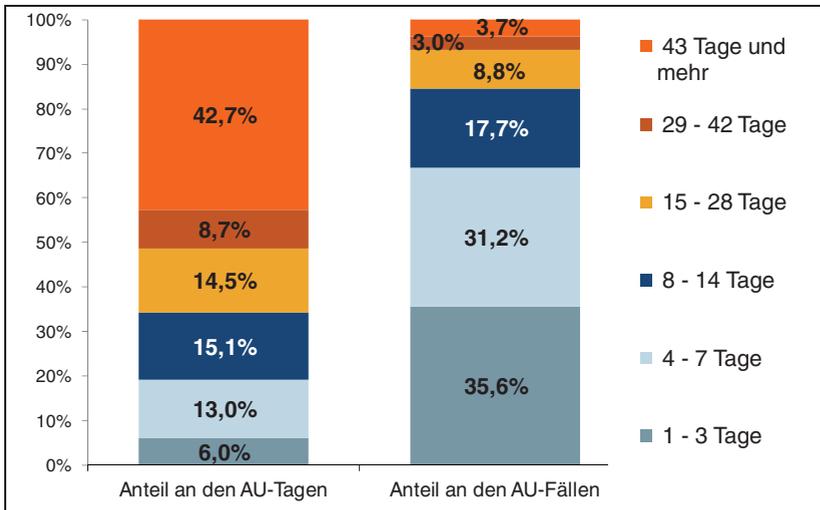
Hinter der Kennziffer „Krankenstand“ verbirgt sich ein sehr heterogenes Geschehen: Das Gesamtvolumen von AU-Tagen kommt durch eine große Zahl von kurz dauernden und eine erheblich kleinere Zahl von langfristigen AU-Fällen zustande. Abbildung 9 veranschaulicht diesen Zusammenhang für das Berichtsjahr 2015:

**AU von kurzer Dauer haben nur wenig Einfluss auf den Krankenstand**

- AU-Fälle von bis zu einer Woche Dauer machen 66,8 Prozent aller AU-Fälle aus (1 bis 3-Tages-Fälle 35,6 Prozent und 4 bis 7-Tages-Fälle 31,2 Prozent).
- Andererseits sind diese AU-Fälle bis zu einer Woche für nur 19,0 Prozent der AU-Tage – und damit des Krankenstandes – verantwortlich. Die kurzen Fälle von bis zu drei Tagen Dauer verursachen nur 6,0 Prozent der Ausfalltage.

Dies bedeutet: Die große Masse der Krankheitsfälle hat aufgrund ihrer kurzen Dauer eine vergleichsweise geringe Bedeutung für den Krankenstand.

Abbildung 9: Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen insgesamt



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

- 42,7 Prozent der AU-Tage entfielen auf nur 3,7 Prozent der Fälle, und zwar auf die langfristigen Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen Dauer. Damit ist im Vergleich zum Vorjahr der Anteil der Langzeitarbeitsunfähigkeiten an den AU-Fällen leicht gesunken (2014: 3,9 Prozent). Ihr Anteil an den AU-Tagen ist um 1,3 Prozentpunkte gesunken (2014: 44,0 Prozent).

**2015 machen Langzeitarbeitsunfähigkeiten 42,7 Prozent des Krankenstandes aus.**

Um einen Rückgang von Langzeitarbeitsunfähigkeiten zu erreichen, bedarf es der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung, Rehabilitationsmaßnahmen sowie ein Wiedereingliederungsmanagement in Betrieben (BEM).

Das durch das am 1. Mai 2004 in Kraft getretene „Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen“ novellierte neunte Sozialgesetzbuch (SGB XI) fordert in § 84 Abs. 2 SGB XI alle Arbeitgeber auf, für alle Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, ein betriebliches Eingliederungsmanagement durchzuführen.

**Langzeitarbeitsunfähigkeiten durch betriebliches Eingliederungsmanagement überwinden**

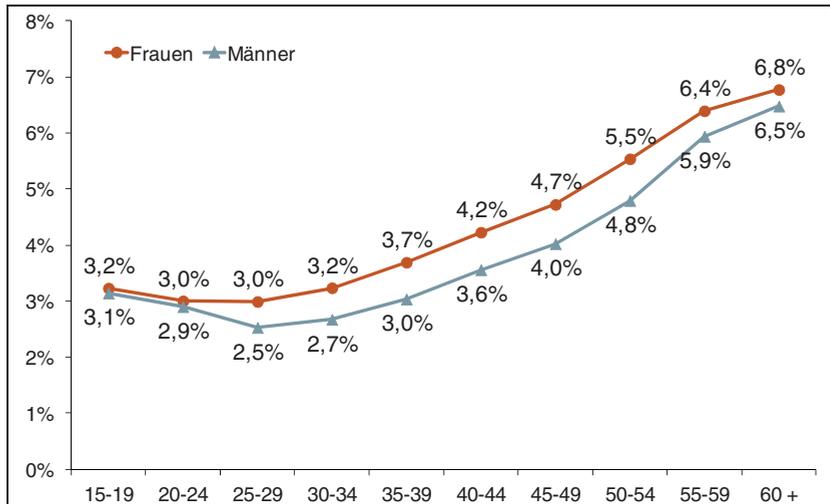
Zum betrieblichen Eingliederungsmanagement gehören alle Maßnahmen, die geeignet sind, die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit gesundheitlichen Problemen oder Behinderung nachhaltig zu sichern.

### Rehabilitations-träger und Integ-rationsämter bieten Betrieben Un-terstützung.

Zur Umsetzung dieser Vorschrift stehen die Krankenkassen als Re-habilitationsträger sowie auch Berufsgenossenschaften, Rentenver-sicherungsträger, Agenturen für Arbeit einschließlich ihrer gemein-samen Servicestellen neben Integrationsämtern bzw. Integrations-fachdiensten den Betrieben beratend und unterstützend zur Seite.

## 2.5 Krankenstand nach Alter und Geschlecht

Abbildung 10: Krankenstand 2015 nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

### Krankenstand bei Frauen höher als bei Männern

Der Krankenstand der weiblichen Versicherten ist mit durchschnittlich 4,4 Prozent – wie auch in den Vorjahren – höher als der der männlichen Versicherten (3,9 Prozent). Wie der Altersverlauf zeigt, liegt der Krankenstand der Frauen praktisch in allen Altersgruppen über dem der Männer.

### Schwerpunkt-thema 2016

Der höhere Krankenstand von Frauen ist im Wesentlichen auf eine höhere Fallhäufigkeit (134,4 Fälle bei Frauen gegenüber 115,8 Fällen bei Männern je 100 Versichertenjahre) zurückzuführen.

Detailliert setzt sich das diesjährige Schwerpunktthema im Kapitel 4 mit den Unterschieden im Krankenstand bei Männern und Frauen auseinander.

### Männerspezifi-sche Gesund-heitsrisiken in der Arbeitswelt

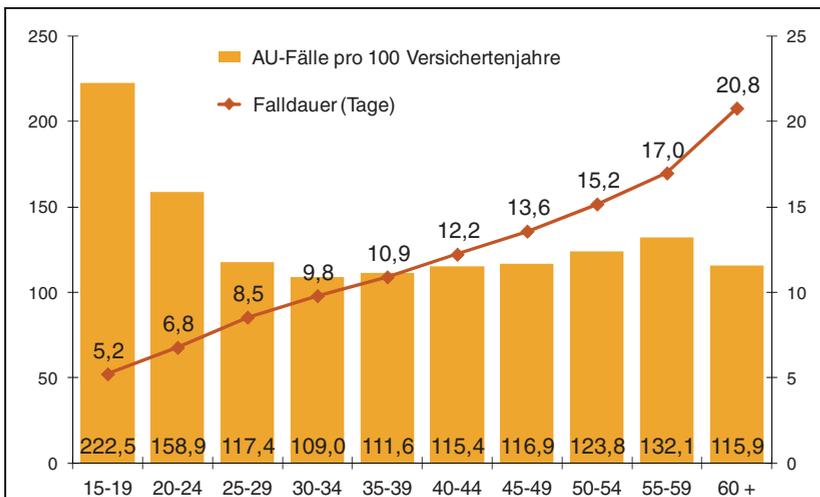
Und warum haben Männer einen niedrigeren Krankenstand als Frauen? Sind Männer gesünder als Frauen? Trotz des im Vergleich zu den Frauen niedrigen Krankenstandes gibt es männerspezifische Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt, so ein Ergebnis des DAK-Gesundheitsreports 2008 zum Thema „Mann und Gesundheit“.

Beide Kurven in Abbildung 10 zeigen abgesehen vom Niveau insgesamt einen ähnlichen Verlauf. Zu Beginn, in der Altersspanne der 15- bis 24-Jährigen, fallen die Werte zunächst ab und erreichen ihr

Minimum etwa im Alter von 25 Jahren. Von diesem Alter an nehmen die Werte deutlich zu. Bei den Frauen erkennt man in der Altersgruppe der über 60-Jährigen, dass dieser Anstieg deutlich verlangsamter wird. Dies ist vermutlich durch den als „healthy-worker-effect“ bezeichneten Selektionsmechanismus bedingt. Gesundheitlich stark beeinträchtigte ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter scheiden über Frühverrentungsangebote oftmals vorzeitig aus der Gruppe der hier betrachteten aktiven Erwerbstätigen aus.

Eine Erklärung für diesen insgesamt typischen Altersverlauf des Krankenstands liefert die Zerlegung des Krankenstandes in seine beiden Komponenten „Erkrankungshäufigkeit“ und „Erkrankungsdauer“.

Abbildung 11: Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen 2015



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Der in Abbildung 11 erkennbare Altersgang bei der Falldauer und bei der Fallhäufigkeit zeigt ein typisches Bild:

In den jüngeren Altersgruppen sind Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Abstand am häufigsten. Am auffälligsten ist die Gruppe der jüngsten Mitglieder: Bei den unter 20-Jährigen ist im Vergleich zu den Mitgliedern in den mittleren Altersgruppen und der höchsten Altersgruppe die Fallzahl mit 223 Fällen pro 100 Versicherte fast doppelt so hoch.

Ein wichtiger Grund für die extrem hohe Fallhäufigkeit in der jüngsten Altersgruppe ist das größere Unfall- und Verletzungsrisiko jüngerer Beschäftigter im Zusammenhang mit Freizeitaktivitäten (Sport). Jüngere Arbeitnehmer sind zudem häufiger aufgrund von eher geringfügigen Erkrankungen (z. B. Atemwegsinfekten) krankgeschrieben. Daher ist die Falldauer bei den jüngeren Mitgliedern sehr gering und steigt erst mit zunehmendem Alter deutlich an.

**Höchste Zahl von AU-Fällen bei den jüngsten Mitgliedern**

**Schwerpunktthema 2011: „Gesundheit junger Arbeitnehmer“**

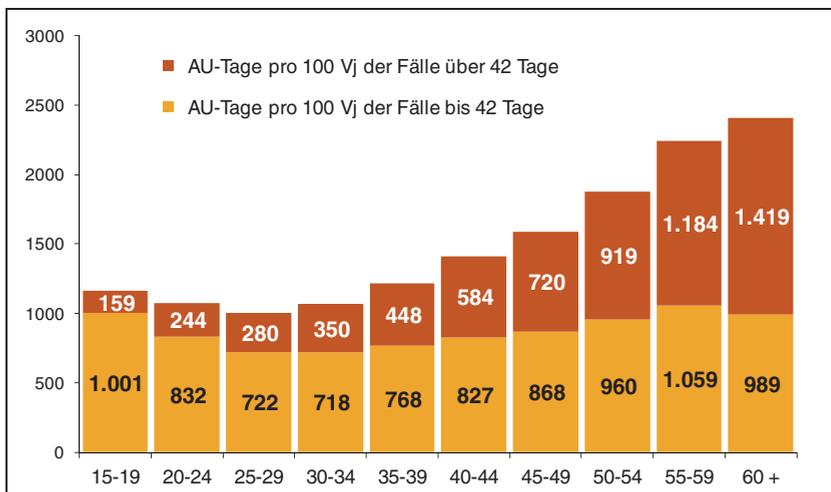
**Mit zunehmendem Alter dauern Arbeitsunfähigkeiten länger.**

Mit anderen Worten: Jüngere Arbeitnehmer werden in der Regel zwar häufiger, allerdings meist nur wenige Tage krank. Eine durchschnittliche Erkrankung eines 15- bis 19-Jährigen dauerte beispielsweise nur 5,2 Tage, die eines 55- bis 59-Jährigen hingegen 17,0 Tage.

Wegen der kurzen Falldauer wirkte sich die sehr viel größere Fallhäufigkeit der jüngsten Mitglieder nur in einem etwas höheren Krankenstand aus (vgl. Abbildung 10). Die längere durchschnittliche Falldauer der älteren Mitglieder ist darauf zurückzuführen, dass Langzeitarbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen Dauer im Altersverlauf zunehmen und einen erheblich größeren Anteil am Krankheitsgeschehen haben.

Abbildung 12 zeigt, wie viele AU-Tage in der jeweiligen Altersgruppe auf die Fälle von bis zu bzw. über sechs Wochen Dauer zurückzuführen waren. In jeder Altersgruppe sind die Säulen in zwei Teile zerlegt: Einerseits die Tage, die durch kürzere Krankheitsfälle bis 42 Tage Dauer verursacht wurden (heller Säulenabschnitt) und andererseits die Tage, die auf längere Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen entfielen (dunkler Säulenabschnitt).

Abbildung 12: AU-Tage pro 100 Versicherte der Fälle bis 42 Tage und über 42 Tage Dauer nach Altersgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Ein Vergleich der beiden Säulenabschnitte in der jeweiligen Altersgruppe zeigt deutlich, dass die Erkrankungsfälle mit langer Dauer im Altersverlauf an Bedeutung gewinnen:

Während bei den 15- bis 19-Jährigen lediglich ein Anteil von 13,7 Prozent (159 von (159+1.001)) des Krankenstandes auf die Langzeit-Arbeitsunfähigkeitsfälle entfällt, beträgt dieser Wert in der Altersgruppe der über 60-Jährigen 59,0 Prozent (1.419 von

(1.419+989)). Mit anderen Worten: Bei den über 60-Jährigen werden rund 60 Prozent des Krankenstandes durch Erkrankungen von über sechs Wochen Dauer verursacht.

### 3. Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten

#### Auswertung der medizinischen Diagnosen

Dieses Kapitel untersucht die Krankheitsarten, die für die Arbeitsunfähigkeiten der Mitglieder der DAK-Gesundheit ursächlich sind.

Als Krankheitsarten bezeichnet man die Obergruppen, zu denen die einzelnen medizinischen Diagnosen zu Zwecken der Dokumentation und Analyse zusammengefasst werden.

Ausgangspunkt dieser Analyse sind die Angaben der Ärzte zu den medizinischen Ursachen für eine Arbeitsunfähigkeit, die mithilfe eines internationalen Schlüssel-systems, dem ICD-Schlüssel, auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vermerkt werden.<sup>4</sup>

#### 3.1 Die wichtigsten Krankheitsarten

Die zehn Krankheitsarten mit den größten Anteilen an den Erkrankungstagen und damit am Krankenstand der Mitglieder der DAK-Gesundheit sind in Abbildung 13 dargestellt. Abbildung 14 zeigt die Anteile dieser Krankheitsarten an den Erkrankungsfällen.

Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Erkrankungen des Atmungssystems sowie auf psychische Erkrankungen entfallen 2015 mehr als die Hälfte aller Krankheitstage (54,5 Prozent)<sup>5</sup>

#### Muskel-Skelett-Erkrankungen auch 2015 an der Spitze ...

Im Jahr 2015 hatten Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems einen Anteil von 21,7 Prozent am Krankenstand. Mit 325,9 AU-Tagen je 100 Versicherte lag diese Krankheitsart – wie schon in den Vorjahren – beim Tagevolumen an der Spitze. Hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit lagen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 17,8 Erkrankungsfällen pro 100 Versicherte an zweiter Stelle.

#### ... und leichter Anstieg gegenüber dem Vorjahr

Der Krankenstand wegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems ist 2015 im Vergleich zum Vorjahr (2014: 324,8 AU-Tage pro 100 Versicherte) gestiegen.

#### Gesundheitsreport 2003

In der Hauptgruppe der Muskel-Skelett-Erkrankungen stellen die Rückenerkrankungen den größten Teilkomplex dar. Mehr Informationen hierzu bieten Sonderauswertungen innerhalb des DAK-Gesundheitsreports 2003.

#### Anstieg der AU-Tage wegen Erkrankungen des Atmungssystems

An zweiter Stelle stehen hinsichtlich des AU-Tage-Volumens die Erkrankungen des Atmungssystems mit 16,6 Prozent der Ausfalltage. Im Vergleich zum Vorjahr ist mit 248,9 AU-Tagen pro 100 Versicherte ein deutlicher Anstieg der Fehltage festzustellen (2014: 195,7 AU-Tage).

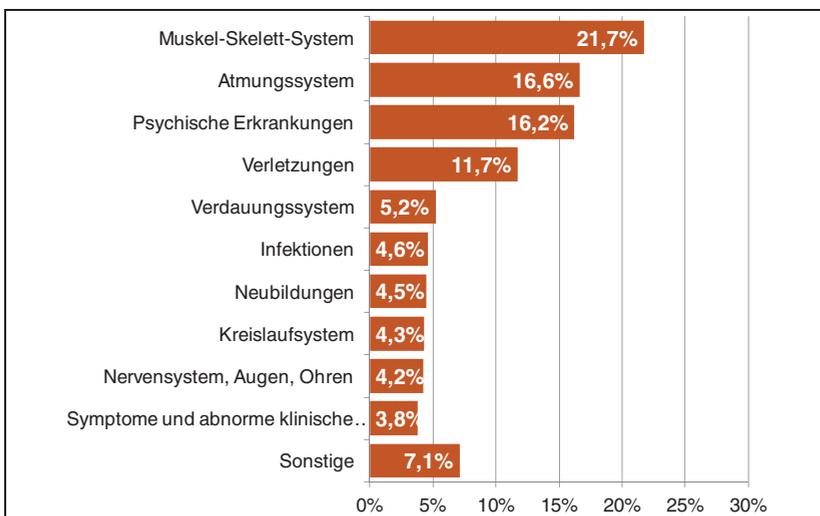
<sup>4</sup> Vgl. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm>

<sup>5</sup> Abweichungen in der Summenbildung können rundungsbedingt auftreten.

Atemwegserkrankungen weisen die mit Abstand größte Fallhäufigkeit auf: 2015 entfielen 30,8 Prozent aller Krankheitsfälle auf derartige Diagnosen. 100 ganzjährig Versicherte waren im Durchschnitt 38,3 Mal wegen Diagnosen aus dieser Krankheitsart arbeitsunfähig.

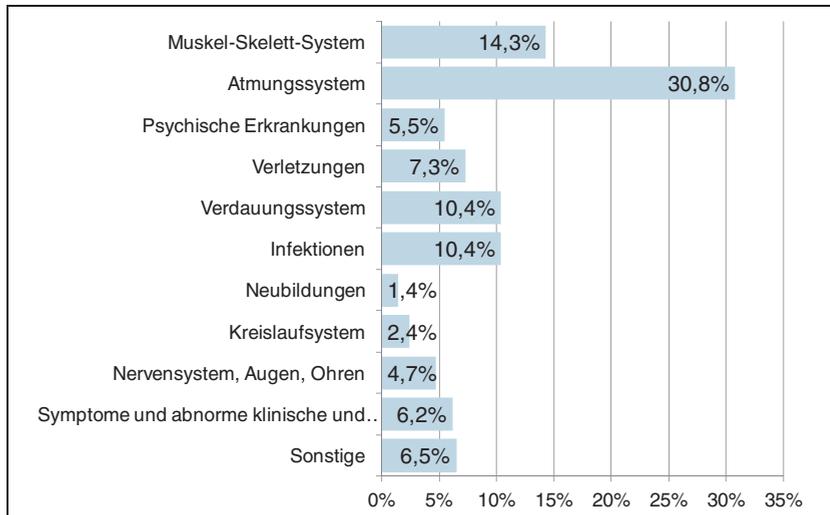
Bei den meisten Erkrankungen des Atmungssystems handelt es sich um eher leichte Erkrankungen, denn die durchschnittliche Falldauer von 6,5 Tagen ist vergleichsweise kurz. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems dauern durchschnittlich 18,3 Tage. Noch länger dauern psychische Erkrankungen (durchschnittlich 35,5 Tage).

Abbildung 13: Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Abbildung 14: Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

### „Psychische Erkrankungen“ Schwerpunkt in den Jahren 2002, 2005 und 2012

Nach epidemiologischen Studien gehören psychische Erkrankungen zu den häufigsten und auch kostenintensivsten Erkrankungen. Die gestiegene Bedeutung von psychischen Erkrankungen hat die DAK-Gesundheit bereits mit Sonderanalysen in den Gesundheitsberichten 2002, 2005 und 2013 berücksichtigt. Die aktuellen Entwicklungen dazu finden Sie im nachfolgenden Abschnitt.

Im Jahr 2015 gingen 16,2 Prozent aller Fehltag auf das Konto von psychischen Erkrankungen. Diese Erkrankungsgruppe lag damit auf Platz 3 bei den Ursachen für Fehlzeiten.

### Leichter Anstieg der AU-Tage wegen Verletzungen

Verletzungen weisen mit 175,1 AU-Tagen pro 100 Versicherte einen Anteil von 11,7 Prozent am Krankenstand auf. Der Anteil der Fehltag durch Verletzungen am Gesamt Krankenstand ging leicht zurück (2014: 12,2 Prozent). Der einzelne Fall dauerte im Durchschnitt 19,3 Tage und es traten 2015 insgesamt 9,1 Erkrankungsfälle pro 100 Versicherte auf. Im Vergleich zum Vorjahr stieg das AU-Volumen (2014: 174,9 AU-Tage pro 100 Versicherte) geringfügig an, die Fallzahl ging leicht zurück (2014: 9,2 AU-Fälle pro 100 Versicherte).

Krankheiten des Verdauungssystems hatten 2015 einen Anteil von 5,2 Prozent am Krankenstand. Damit ist ihr Anteil am Krankenstand um 0,3 Prozentpunkte gesunken. Generell sind Erkrankungen dieses Diagnosespektrums von vergleichsweise kurzer Falldauer, dafür eher von größerer Häufigkeit. In 2015 traten 12,9 Erkrankungsfälle pro 100 Versicherte mit einer durchschnittlichen Falldauer von 6,1 Tagen auf. Daraus resultiert ein Fehltagvolumen von 78,4 Tagen pro 100 Versicherte.

Im Vergleich zum Vorjahr haben Diagnosen dieser Krankheitsart in ihrer Bedeutung für den Gesamtkrankenstand leicht abgenommen (2014: Anteil von 5,5 Prozent).

Unter den zehn wichtigsten Krankheitsarten befinden sich über die genannten hinaus Infektionen und parasitäre Krankheiten, Neubildungen (u. a. Krebserkrankungen), Kreislaufkrankungen, Erkrankungen des Nervensystems, der Augen und der Ohren, sowie Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde. Unter die Diagnosegruppe „Symptome“ fallen Krankheitssymptome oder (Labor-) Befunde, deren Ursache (bisher) nicht festgestellt werden kann. Dies können u. a. körperliche Beschwerden ohne zugrunde liegende bzw. feststellbare krankhafte Organveränderungen sein (z. B. Schmerzen, für die keine Grunderkrankung gefunden werden kann).

### Aktuelle Entwicklungen bei psychischen Erkrankungen

Der Anstieg der Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen ist eine der auffälligsten Entwicklungen in Bezug auf die Krankheitsstandskennziffern in den letzten Jahren. Der DAK-Gesundheitsreport verfolgt diese Entwicklung seit Jahren.

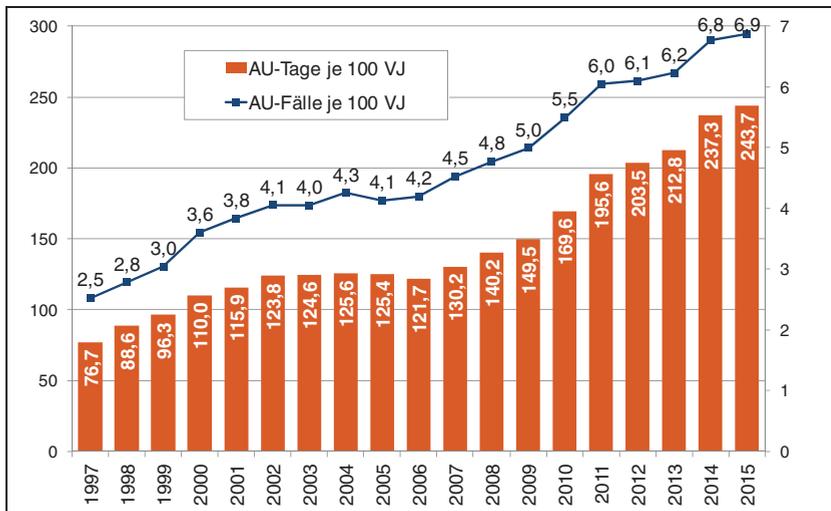
Im DAK-Gesundheitsreport 2013 finden sich zahlreiche Sonderanalysen zu diesem Thema. Die nachfolgenden beiden Abbildungen fassen die aktuellen Entwicklungen zusammen.

Weiterer Anstieg der AU-Tage und -Fälle wegen psychischer Erkrankungen

Es zeigt sich in Abbildung 15, dass auch im Jahr 2015 die Zahl der Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen weiter angestiegen ist. Mit 243,7 Fehltagen bezogen auf 100 Versichertenjahre sind es 2,7 Prozent mehr als im Vorjahr. Die Zahl der Krankschreibungsfälle stieg ebenfalls von 6,8 Fällen im Jahr 2014 auf 6,9 Fälle je 100 Versichertenjahre im Jahr 2015.

Der in den vergangenen Jahren beobachtete Anstieg der Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen setzt sich auch im Jahr 2015 stetig aber moderat fort.

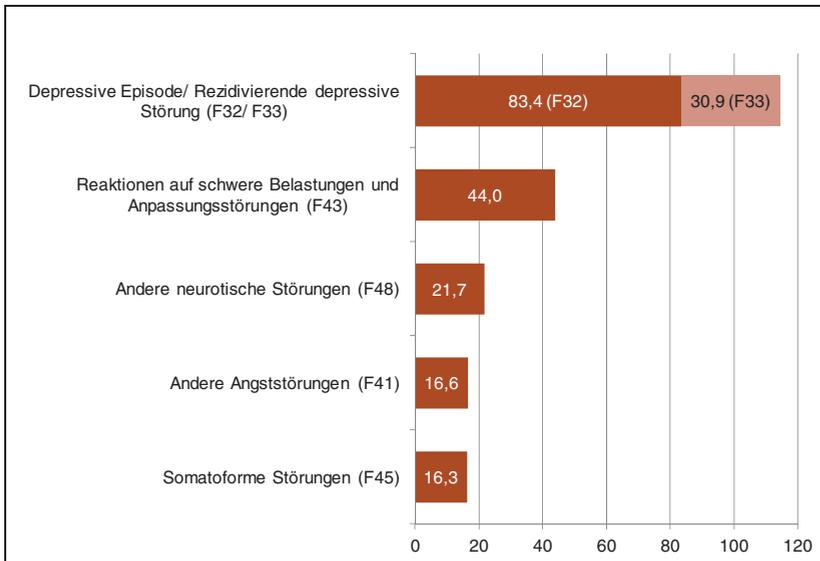
Abbildung 15: AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 1997 - 2015

Welche Einzeldiagnose sich in welchem Umfang hinter den psychischen Erkrankungen (ICD 10 F00-F99) im Einzelnen verbirgt, zeigt Abbildung 16, in der die Fehltag je 100 Versichertenjahre für die fünf wichtigsten Einzeldiagnosen dargestellt sind. Die weitaus meisten Fehltag werden demnach durch Depressionen verursacht.

Abbildung 16: AU-Tage je 100 Versichertenjahre für die fünf wichtigsten Einzeldiagnosen bei psychischen Erkrankungen

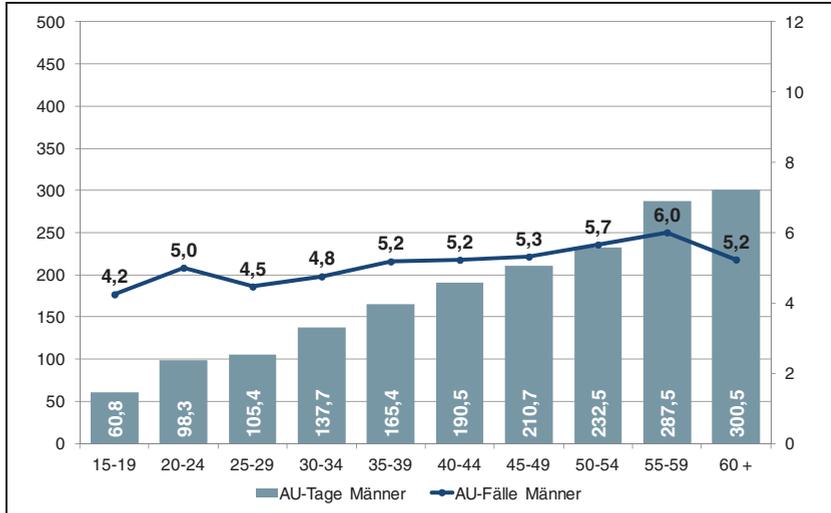


Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Die Zahl der AU-Tage für psychische Erkrankungen nehmen bei beiden Geschlechtern mit dem Alter kontinuierlich zu. Insgesamt liegt die Zahl der Fehltage für psychische Erkrankungen bei Frauen über denen der Männer. Die Veränderung der durchschnittlichen Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle mit dem Altersgang fällt bei Männern deutlich moderater aus als bei Frauen.

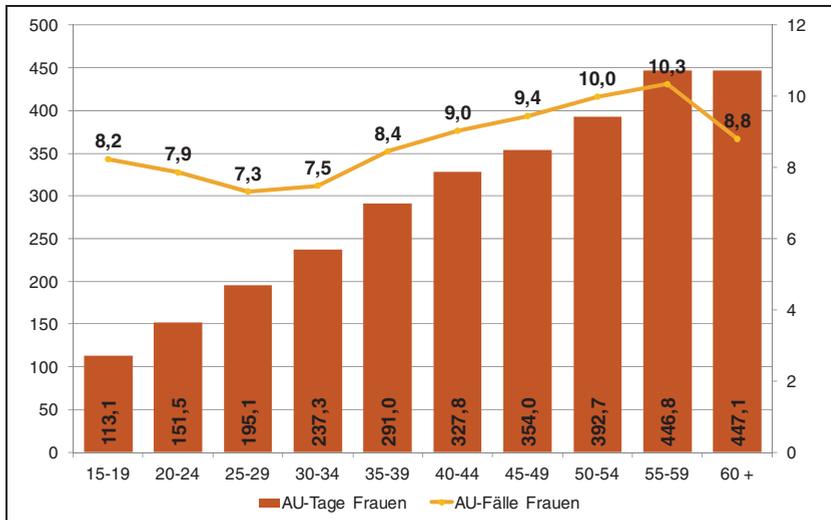
**Frauen verzeichnen bei psychischen Erkrankungen deutlich mehr Fehltage als Männer.**

Abbildung 17: AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen – Männer



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2015

Abbildung 18: AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen – Frauen



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2015

### 3.2 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems haben bei Männern mit einem Anteil von 23,8 Prozent an den AU-Tagen eine größere Bedeutung als bei Frauen (19,6 Prozent). Sie liegen bei beiden Geschlechtern an der Spitze des Krankenstandgeschehens.

Auf Platz zwei folgen bei Frauen psychische Erkrankungen. Hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand haben diese bei den Frauen eine größere Bedeutung als bei den Männern (19,4 Prozent gegenüber 13,2 Prozent). Bei Männern steht diese Erkrankungsgruppe erst an vierter Stelle.

An zweiter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten stehen bei den Männern Atemwegserkrankungen mit einem Anteil von 15,7 Prozent.

Bei den Frauen stehen – nach Atemwegserkrankungen Verletzungen an vierter Stelle mit einem Anteil von 8,7 Prozent an den AU-Tagen. Bei den Männern nehmen Verletzungen mit einem Anteil von 14,6 Prozent den dritten Rang ein.

An fünfter Stelle stehen bei Männern die Erkrankungen des Verdauungssystems mit einem Anteil von 5,8 Prozent am Krankenstand. Mit einem Anteil von 4,6 Prozent nehmen diese Erkrankungen bei Frauen keinen der vorderen fünf Plätze ein.

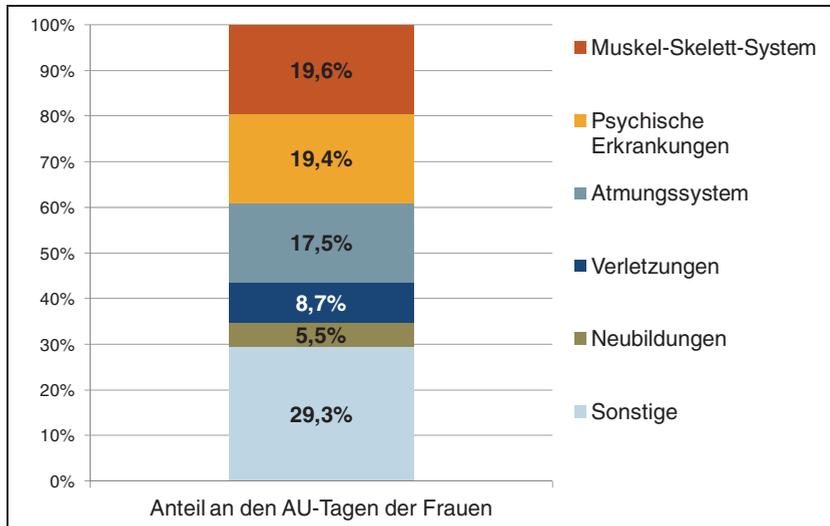
Bei Frauen stehen an fünfter Stelle mit einem Anteil von 5,5 Prozent an den AU-Tagen Neubildungen, die bei Männern nur einen Anteil von 3,6 Prozent am Krankenstand haben.

**Muskel-Skelett-Erkrankungen:  
Auf Platz Eins bei  
Männern und  
Frauen**

**Verletzungen:  
Größere Bedeu-  
tung bei Männern**

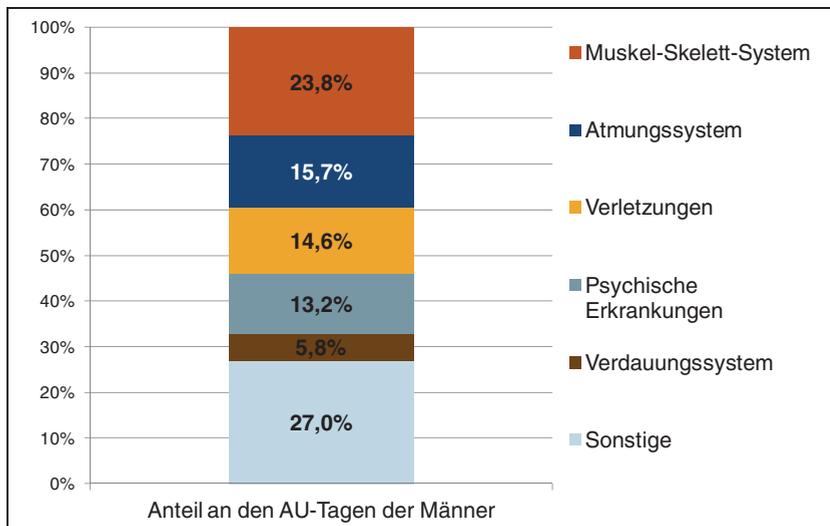
**Erkrankungen  
des Verdauungs-  
systems Platz  
fünf bei Männern**

Abbildung 19: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Frauen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Abbildung 20: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Männern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Ferner wird aus Abbildung 19 und Abbildung 20 deutlich, dass bei Frauen ein erheblich größerer Anteil des Krankenstandes (29,3 Prozent) auf die sonstigen Krankheitsarten entfällt als bei Männern (27,0 Prozent). Dies ist besonders auf den bei Frauen im Vergleich zu den Männern hohen Anteil an Erkrankungen des Urogenitalsystems (2,2 Prozent im Vergleich zu 1,1 Prozent) und Schwangerschaftskomplikationen (1,5 Prozent) zurückzuführen.

### 3.3 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen

Abbildung 21 zeigt die Bedeutung der fünf wichtigsten Krankheitsarten in den fünf unteren und Abbildung 22 in den fünf höheren Altersgruppen. Wie aus den Abbildungen ersichtlich wird, steigt die Bedeutung der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit zunehmendem Alter kontinuierlich an, und zwar von 8,2 Prozent bei den 15- bis 19-Jährigen auf 26,7 Prozent bei den über 60-Jährigen.

Ursächlich für diesen Anstieg sind verstärkt langwierige chronisch-degenerative Erkrankungen im Alter (s. hierzu auch das Schwerpunktthema des Gesundheitsreports 2003: „Rückenerkrankungen“).

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems verhält es sich genau umgekehrt: Ihr Anteil am Krankenstand ist in der jüngsten Altersgruppe mit 28,6 Prozent am höchsten. Mit den Jahren nimmt ihre Bedeutung für den Gesamtkrankenstand jedoch ab. Bei den über 60-Jährigen entfallen nur noch 11,2 Prozent aller Ausfalltage auf Erkrankungen mit dieser Diagnose (s. hierzu auch das Schwerpunktthema des Gesundheitsreports 2011: „Wie gesund sind junge Arbeitnehmer?“).

Auf die Krankheitsart Verletzungen entfallen bei den jüngsten Mitgliedern der DAK-Gesundheit 19,5 Prozent aller Krankheitstage. In der obersten Altersgruppe liegt ihr Anteilswert nur noch bei 9,2 Prozent. Verletzungen sind bei Jüngeren eine wesentlich häufigere Arbeitsunfähigkeitsursache, was u. a. auf ein anderes Freizeitverhalten und eine größere Risikobereitschaft zurückgeführt werden kann.

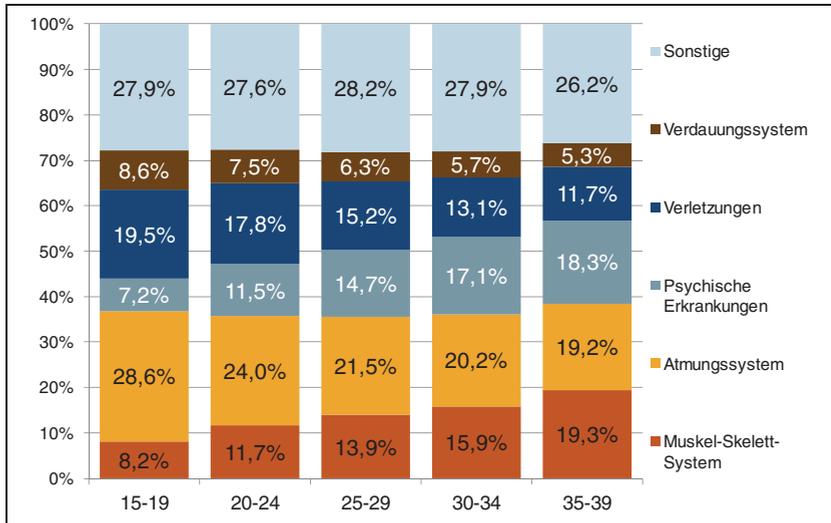
Der Anteil der psychischen Störungen am Gesamtkrankenstand steigt von 7,2 Prozent bei den 15- bis 19-Jährigen kontinuierlich auf einen Prozentualen Anteil von 18,3 Prozent bei den 35- bis 39-Jährigen an. Ab dem 40. Lebensjahr nimmt die relative (!) Bedeutung psychischer Erkrankungen (bei insgesamt steigendem Krankenstands-niveau) dann wieder ab. Ihr Anteil liegt bei den über 60-Jährigen nur noch bei 15,0 Prozent.

**Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems im Alter**

**Fehltage aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems bei den Jüngsten am höchsten**

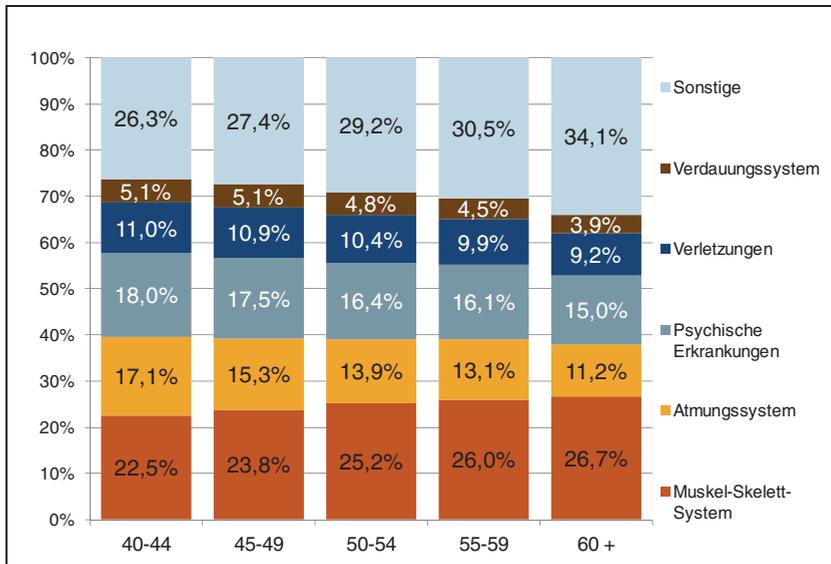
**Fehltage aufgrund von Verletzungen sind mit zunehmendem Alter rückläufig**

Abbildung 21: Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Abbildung 22: Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf oberen Altersgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

### Erkrankungen des Verdauungssystems

Auch Erkrankungen des Verdauungssystems haben hinsichtlich ihrer Altersverteilung eine mit zunehmendem Alter abnehmende Bedeutung für den Krankenstand. Erkrankungen mit dieser Diagnose sind bei den 15- bis 19-Jährigen für 8,6 Prozent des Krankenstands

verantwortlich, bei den über 60-Jährigen ist der Anteil mit 3,9 Prozent deutlich geringer.

Alles in allem muss bei der Interpretation der Zahlen berücksichtigt werden, dass der sinkende Anteil einiger Krankheitsarten mit zunehmendem Alter zu einem Teil darauf zurückzuführen ist, dass andere Krankheitsarten in ihrer Bedeutung deutlich zunehmen. Durch das insgesamt steigende Krankenstandniveau kann die relative Bedeutung einer Krankheitsart trotz gleich bleibender Zahl von Ausfalltagen sinken.

### 3.4 Die wichtigsten Einzeldiagnosen

Bisher wurde der Anteil der Krankheitsarten (ICD 10-Kapitel) am Krankenstand der Mitglieder der DAK-Gesundheit betrachtet. Tabelle 1 zeigt nun auf der Ebene der Einzeldiagnosen, welche konkreten Erkrankungen innerhalb der ICD 10-Kapitel die Höhe des Krankenstandes maßgeblich beeinflusst haben.

Die Rangliste wurde nach dem Kriterium des Anteils an den AU-Tagen erstellt. Im Anhang II zu diesem Report wird diese Rangliste auch differenziert für Männer und Frauen ausgewiesen.

An der Spitze der AU-Tage stehen aus der Gruppe der Atemwegserkrankungen die „Akuten Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ (J06). An achter und zehnter Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen stehen zwei weitere wichtige Diagnosen aus dem Bereich der Atemwegserkrankungen, die zu den insgesamt 20 wichtigsten Einzeldiagnosen zählen, sind „Akute Bronchitis“ (J20) sowie „Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet“ (J40).

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems „Rückenschmerzen“ (M54) finden sich als zweit wichtigste Einzeldiagnose. Weitere wichtige Einzeldiagnosen dieser Erkrankungsgruppe waren „sonstige Bandscheibenschäden“ (M51) sowie „Schulterläsionen“ (M75), Binnenschädigung des Kniegelenkes (M23) und „Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)“ (M17).

Auf Rang 3 stehen „Depressive Episoden“ (F32). Weitere wichtige Einzeldiagnosen, die unter die psychischen Erkrankungen fallen, sind „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) sowie „Rezidivierende depressive Störungen“ auf Platz 6 (F33), „andere neurotische Störungen“ (F48), „Somatoforme Störungen“ (F45) und „andere Angststörungen“ (F41). Für alle psychischen Diagnosen gilt, dass ihr Anteil an den AU-Fällen erheblich geringer ist als ihr Anteil an den AU-Tagen. Das bedeutet, dass es sich hier zumeist um längerfristige Krankheitsfälle handelt.

**Um Geschlechtsunterschiede erweiterte Tabelle im Anhang II**

**Rang 1: Infektion der Atemwege**

**Rang 2: Rückenbeschwerden**

**Rang 3: Depressive Episoden**

**Allgemeine Verletzungen auf Platz 14**

Erst an vierzehnter Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen stehen 2015 die „Verletzungen einer nicht näher bezeichneten Körperregion“ (T14). Darüber hinaus sind aus der Gruppe der Verletzungen „Luxationen, Verstauchungen und Zerrungen des Kniegelenks und von Bändern des Kniegelenks“ (S83) wichtige Einzeldiagnosen in 2015.

Unter die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen fallen außerdem die so genannten Magen-Darm-Infektionen „Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs“ (A09).

Darüber hinaus sind sonstige Viruserkrankungen zu finden, „Viruserkrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation“ (B34). Ebenfalls unter den 20 wichtigsten Einzeldiagnosen findet sich der Brustkrebs „bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]“ (C50) sowie die „Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis“ (K52).

**Veränderungen gegenüber dem Vorjahr:**

Gegenüber dem Vorjahr sind nur wenige signifikante Veränderungen aufgetreten, die 0,3 Prozentpunkte oder mehr ausmachen.

Die Diagnose „Lokalisationen der oberen Atemwege“ stieg von 5,0 Prozent auf 7,0 Prozent.

Der Anteil der Rückenschmerzen sank von 5,9 Prozent auf 5,6 Prozent in ihrer Bedeutung.

Tabelle 1: Anteile der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen an den AU-Tagen und AU-Fällen 2015

ICD 10	Diagnose	Anteil AU-Tag	Anteil AU-Fälle
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	7,0%	14,5%
M54	Rückenschmerzen	5,6%	5,7%
F32	Depressive Episode	5,6%	1,2%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2,9%	1,6%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	2,3%	0,6%
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,1%	0,3%
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	1,8%	5,1%
J20	Akute Bronchitis	1,7%	2,7%
M75	Schulterläsionen	1,7%	0,6%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	1,4%	2,4%
F48	Andere neurotische Störungen	1,4%	0,8%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	1,4%	0,6%
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	1,3%	2,7%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	1,3%	1,3%
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	1,2%	0,1%
F45	Somatoforme Störungen	1,1%	0,6%
F41	Andere Angststörungen	1,1%	0,3%
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	1,0%	0,4%
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	1,0%	0,3%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	0,9%	2,4%
	<b>Summe</b>	<b>43,8%</b>	<b>44,2%</b>

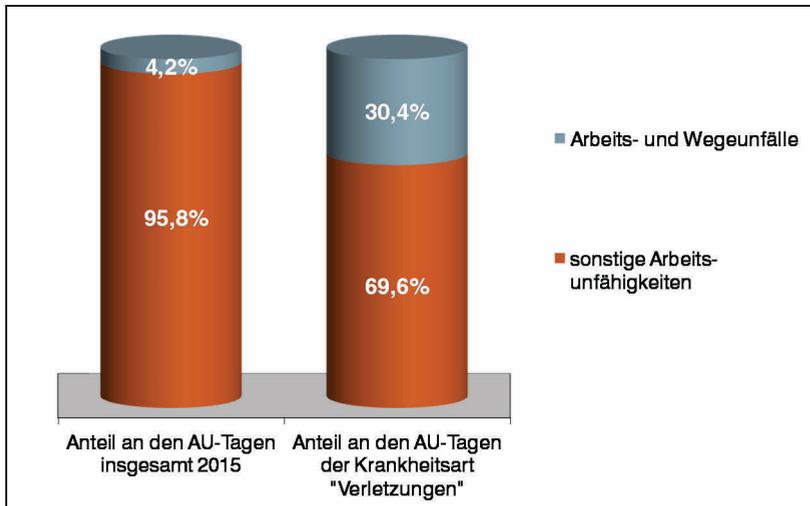
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

### **3.5 Die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen**

Die DAK-Gesundheit arbeitet mit den Unfallversicherungsträgern bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren eng zusammen. Im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports ist es daher von Interesse, welchen Anteil Arbeits- und Wegeunfälle an den Arbeitsunfähigkeiten der Mitglieder der DAK-Gesundheit haben.

In den Daten der DAK-Gesundheit ist vermerkt, wenn beim Krankheitsfall eines Mitgliedes aufgrund von Arbeits- und Wegeunfällen oder auch Berufskrankheiten eine Leistungspflicht eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers besteht. Da Berufskrankheiten nur einen verschwindend geringen Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen haben, beschränkt sich die Analyse in diesem Kapitel auf die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen.

Abbildung 23: Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt und an der Krankheitsart „Verletzungen“



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

2015 wurden je 100 ganzjährig versicherter Mitglieder der DAK-Gesundheit 63,5 AU-Tage und 3,0 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen beobachtet. Der Anteil am Gesamt Krankenstand betrug 4,2 Prozent.

Betrachtet man den Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an der Krankheitsart „Verletzungen“, so betrug der Anteil hier rund 30 Prozent. Gegenüber dem Vorjahr hat sich der Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle am Gesamt Krankenstand (2014: 4,5 Prozent) etwas verringert. Als Anteil an der Krankheitsart „Verletzungen“ haben Arbeits- und Wegeunfälle gegenüber dem Vorjahr (2014: 30,5 Prozent) ebenfalls geringfügig abgenommen.

## 4. Schwerpunktthema 2016: Gender und Gesundheit. Männer und Frauen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

**Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen unterscheidet sich zwischen Männern und Frauen deutlich.**

### 4.1 Einleitung

Frauen und Männer weisen ein sehr unterschiedliches Arbeitsunfähigkeitsgeschehen auf. Der offensichtlichste Unterschied ist der, dass Männer einen niedrigeren Krankenstand als Frauen – oder umgekehrt formuliert – Frauen einen – um knapp 14 Prozent – höheren Krankenstand als Männer haben.

Nicht nur die Höhe des Krankenstands unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern, auch die Ursachen für Arbeitsunfähigkeiten. So spielen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der Frauen psychische Erkrankungen eine sehr große Rolle, während für die Fehltage der Männer Verletzungen von vergleichsweise großer Bedeutung sind. Darüber hinaus unterscheidet sich die Struktur des Krankenstands zwischen Männern und Frauen: Frauen sind häufiger krankgeschrieben als Männer, aber nicht länger.

Der Krankenstandsunterschied zwischen den Geschlechtern ist übrigens kein DAK-spezifisches Phänomen. Auch die Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit weist aus, dass Frauen um 12 Prozent häufiger krankgeschrieben sind als Männer und knapp 12 Prozent mehr Tage arbeitsunfähig gemeldet sind.<sup>6</sup>

Die Unterschiede im Krankenstand zwischen Männern und Frauen berichtet der DAK-Gesundheitsreport seit seinem Bestehen. Dennoch gibt es bislang kaum Erklärungen dafür. Sind Frauen einfach häufiger krank und tragen somit eine höhere Morbiditätslast als Männer? Oder nehmen Männer Beschwerden und Krankheitssymptome weniger wahr als Frauen und melden sich erst dann arbeitsunfähig, wenn eine Krankheit starke Beschwerden verursacht? Welche Rolle spielen Komplikationen während der Schwangerschaft für den Krankenstandsunterschied zwischen den Geschlechtern, also eine Arbeitsunfähigkeitsursache, von der Männer gar nicht betroffen sein können?

Nicht nur Komplikationen während der Schwangerschaft, auch andere Ursachen für Arbeitsunfähigkeit betreffen entsprechend der anatomischen Unterschiede entweder nur Männer oder nur Frauen, so z. B. Prostatakrebs, Brustkrebs oder Gebärmutterhalskrebs. Aber auch Krankheitsbilder, die beide Geschlechter betreffen, können sich geschlechterdifferent auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

---

<sup>6</sup> Quelle: BMG, KG2 Statistik, eigene Berechnungen.

hen auswirken, so z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die bei Männern im Erwerbsalter häufiger auftreten (Merbach und Brähler 2010).

Über die biologischen Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinaus ist davon auszugehen, dass vielfach psychosoziale Risiko- und protektive Faktoren über die Geschlechter ungleich verteilt sind und diese Unterschiede auch unterschiedliche gesundheitliche Folgen haben. Geschlechterunterschiede sind z. B. bezüglich Vorstellungen von Gesundheit, der Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustands, des Gesundheits- und Risikoverhaltens und der Teilnahme an Gesundheitsförderung und Früherkennung bekannt. Hieraus – so kann erwartet werden – finden sich ebenfalls gewichtige Erklärungen für das unterschiedliche Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von Frauen und Männern (vgl. z. B. Lademann et al. 2005: 78f.).

Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich Vorstellungen von Gesundheit unterstreichen auch Merbach und Brähler (2010: 351). Zwar seien die Befunde hinsichtlich geschlechtsspezifischer gesundheitsbezogener Vorstellungen widersprüchlich. „Insgesamt scheinen für Männer eher körperliche Aspekte bei ihrer Gesundheit bedeutsam, sie messen der Gesundheit weniger Bedeutung bei und sind dadurch für Präventionsstrategien weniger erreichbar. Frauen zeigen eher ein allumfassendes Gesundheitsverständnis, messen der Gesundheit mehr Bedeutung zu und könnten demzufolge für Präventionsstrategien leichter erreichbar sein.“

Neben anatomischen Unterschieden und Unterschieden in der Wahrnehmung und Verhalten in Bezug auf Gesundheit, sind Faktoren wie die Branchen- und Berufsgruppenzugehörigkeit sowie Merkmale des Beschäftigungsverhältnisses daraufhin zu prüfen, ob sie den Geschlechterunterschied mit erklären können. Zum Beispiel könnte aufgrund der Tatsache, dass Frauen besonders häufig in Branchen mit einem hohen Krankenstand arbeiten (wie beispielsweise dem Gesundheitswesen) ihr Krankenstand erhöht sein. Der Krankenstandsunterschied wäre dann nicht auf das Geschlecht, sondern auf die Branche zurückzuführen.

„Die Frage nach dem höheren Krankenstand der Frauen ist sehr Frauenzentriert. Sie ließe sich aber auch auf Männer fokussieren: Warum halten Männer manches Mal zu lange durch? Welche Anforderungen stellen Betriebe an Männer, wo bei Frauen vielleicht Krankheit akzeptiert wird?“

Dr. Matthias Stiehler, Dresdner Institut für Erwachsenenbildung und Gesundheitswissenschaft

Wie kann auf solche Geschlechterunterschiede im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen reagiert werden? Diesbezüglich wurde in den letzten Jahren vorgeschlagen, dass die Arbeitsweltberichterstattung und betriebliche Analysen zu Krankheit und Gesundheit sensibel für

**Forschungs- und Praxisfeld Geschlecht und Gesundheit**

mögliche Geschlechterunterschiede sein müssen und mindestens Ergebnisse immer auch nach Geschlechtern getrennt ausgewiesen werden sollten. Desweiteren müsse die betriebliche Gesundheitsförderung zielgruppenspezifische Angebote machen – wobei Männer und Frauen als besondere Zielgruppen berücksichtigt werden sollen. Diesbezüglich konnten in den letzten 15 Jahren Fortschritte erzielt werden:

„In den vergangenen 15 Jahren [...] hat sich das Forschungs- und Praxisfeld, Geschlecht und Gesundheit in beeindruckendem Maße konsolidiert und weiterentwickelt. Das gilt besonders erstens für die Stärkung und Intensivierung der interdisziplinären Forschung, zweitens die systematische Aufschlüsselung der Kategorie Geschlecht, drittens die Entwicklung der geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung und Versorgungspraxis und viertens das Aufschließen der Berichterstattung zur Männergesundheit“ (Kolip und Hurrelmann 2016: 10). Eine zusätzliche Forderung, die Kategorie Geschlecht bei allen Aktivitäten der GKV zu berücksichtigen, kommt durch das 2016 in Kraft getretene Präventionsgesetz auf: „Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen“ (Deutscher Bundestag 2015: 9)

Der DAK-Gesundheitsreport hat übrigens das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen schon immer auch nach Geschlecht differenziert und sich mit Schwerpunktthemen der Frauengesundheit (IGES Institut 2006b) und Männergesundheit (IGES Institut 2008b) gewidmet.

#### 4.1.1 Aufbau des Schwerpunktthemas

##### **Kapitel 4.2: Das AU-Geschehen von Männern und Frauen**

Zur Analyse des geschlechterdifferenten Arbeitsunfähigkeitsgeschehens und zur Bearbeitung der Frage, warum der Krankenstand der Frauen höher bzw. der der Männer niedriger ist, wird in diesem Gesundheitsreport folgendermaßen vorgegangen: Zunächst wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im Hinblick auf Geschlechterunterschiede analysiert. Wie unterscheidet sich der Krankenstand von Männern und Frauen in Höhe und Struktur? Welche Krankheiten liegen bei Männern im Unterschied zu Frauen den Arbeitsunfähigkeiten zugrunde? (Kapitel 4.2).

##### **Hintergründe und Forschungsstand**

Im Unterschied zu früheren DAK-Gesundheitsreporten wird der wissenschaftliche Kenntnisstand nicht im Rahmen eines gesonderten Kapitels dargestellt, sondern fließt jeweils thematisch passend in die Analysen ein. So wird z. B. der bevölkerungsepidemiologische Kenntnisstand für die Auswertungen der Diagnosen, die Arbeitsunfähigkeiten zugrunde liegen, herangezogen. Im Abschnitt geschlechtergerechte betriebliche Gesundheitsförderung fließt der dort relevante Forschungsstand ein usw.

##### **Kapitel 4.3 bis 4.6**

Die Fragestellung, wie und warum sich das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von Männern und Frauen unterscheidet, wird anhand einer Reihe von Hypothesen bearbeitet. Eine solche Hypothese ist z. B.,

dass Männer seltener krank gemeldet als Frauen sind, weil sie häufiger krank zur Arbeit gehen (Präsentismus). Oder die These, dass Frauen häufiger in Branchen mit hohem Krankenstand arbeiten, und deswegen häufiger krank gemeldet sind. Hierbei werden die für diesen Report verwendeten Datenquellen je nach Eignung für die jeweilige These verwendet.

Thesen, die sich auf ein geschlechterdifferentes Morbiditätsgeschehen beziehen, werden v. a. im Rahmen der Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten geprüft (Abschnitt 4.3).

Kapitel 4.4 prüft das geschlechterdifferente Arbeitsunfähigkeitsgeschehen unter Gesichtspunkten der Branche und Tätigkeitsmerkmalen. Kapitel 4.5 wertet Behandlungsdaten und Arzneimittelverordnungsdaten unter Geschlechterperspektive aus.

In Kapitel 4.6 wird die Beschäftigtenbefragung ausgewertet, die im Rahmen des Gesundheitsreports durchgeführt wurde. Leitend sind hierbei wiederum Thesen zum geschlechterdifferanten Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, wie z. B. die, dass Männer häufiger krank zur Arbeit gehen und sich deswegen seltener krank melden.

In Kapitel 4.7 werden Möglichkeiten der geschlechtersensiblen Prävention vorgestellt und mit Daten aus der Beschäftigtenbefragung in Verbindung gebracht. U. a. wird ermittelt, ob Beschäftigte überhaupt Anlass sehen, Angebote speziell für Frauen oder speziell für Männer zu machen. Auch die Einschätzungen der Expertinnen und Experten, die im Rahmen des Reports befragt wurden, fließen hier ein.

Kapitel 4.8 fasst die Ergebnisse des Gesundheitsreports entlang der eingangs aufgestellten Thesen zusammen.

Die Ergebnisse dieses Gesundheitsreports stützen sich auf verschiedene Datenquellen. Diese sind zum einen die Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit. Ergänzt werden diese durch weitere Daten der DAK-Gesundheit zu Arzneiverordnungen sowie zu ambulanten Behandlungen. Darüber hinaus wurde eine standardisierte Online-Befragung von ca. 5.000 Beschäftigten im Alter von 18 bis 65 Jahren durchgeführt.

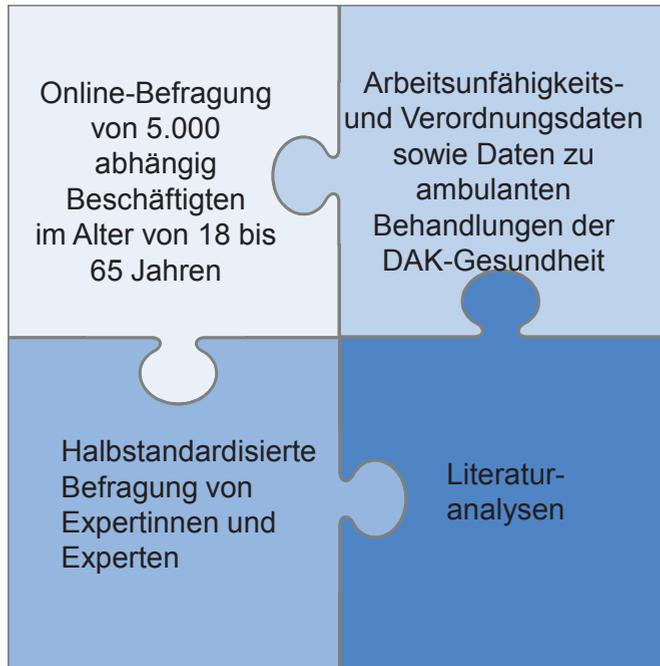
Eine halbstandardisierte Befragung von Expertinnen und Experten dient sowohl zur ergänzenden Exploration relevanter Aspekte als auch zur Bewertung der Hypothesen. Zur Teilnahme eingeladen wurden 36 Expertinnen und Experten aus den Bereichen Medizin, Epidemiologie, Sozialwissenschaften u. a., die zu den Themen „Geschlecht und Gesundheit“, Frauengesundheit oder Männergesundheit publiziert oder eine Funktion inne haben. Es haben 10 Expertinnen und Experten an der Befragung teilgenommen.

#### **Kapitel 4.7: Geschlechter- sensible Gesund- heitsförderung**

#### **Kapitel 4.8: Zusammenfassung**

#### **Datenquellen des Reports**

Abbildung 24: Dem Schwerpunktthema zugrunde liegende Datenquellen



Quelle: IGES

„Krankheitsbedingte Fehlzeiten sind ein hochkomplexes Phänomen und nur zum Teil durch den objektiven Gesundheitsstatus erklärbar. Der höhere Krankenstand von Frauen ist weniger ein Indikator für objektive Morbidität als für weibliches Gesundheitsverhalten (wie umgekehrt der geringere Krankenstand bei Männern kein Indikator für eine bessere Gesundheit von Männern ist) im Hinblick auf höhere Stresssensibilität, höhere Sensibilität gegenüber körperlichen und psychischen Symptomen, stärkere Befindlichkeitsstörungen, ausgeprägteres präventives Verhalten und eine höhere Toleranz gegenüber kurzen Fehlzeiten.“

Prof. Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler, Ludwig-Maximilians-Universität München

#### 4.1.2 Thesen zum geschlechterdifferenten Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

Leitend für die Analysen im Rahmen des Reports waren die folgenden Hypothesen zum höheren Krankenstand der Frauen bzw. zum niedrigeren Krankenstand der Männer:

These 1: Frauen tragen eine höhere Morbiditätslast als Männer, sind also häufiger krank.

These 2: Frauen arbeiten häufiger in Branchen und Berufsgruppen mit hohem Krankenstand, d.h. in belastenderen Branchen und Berufen. Dies ist die eigentliche Ursache ihres höheren Krankenstands

These 3: Frauen arbeiten häufiger in Branchen oder Berufen, die auch mit einer leichten Krankheit nur schwer auszuüben ist, m.a.W. zu einer Arbeitsunfähigkeit führt.

These 4: Komplikationen wegen Schwangerschaft tragen zum höheren Krankenstand der Frauen bei.

These 5: Frauen gehen früher zum Arzt, Männer dagegen zögern den Arztbesuch heraus, m.a.W.: Frauen sorgen sich mehr um ihre Gesundheit

These 6: Männer betreiben in stärkerem Maße Präsentismus, gehen also häufiger krank zur Arbeit

These 7: Frauen sind häufiger krankgeschrieben, weil sie im Falle von Krankheit ihrer Kinder sich nicht anders zu helfen wissen.

#### 4.2 Geschlechterunterschiede im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von Männern und Frauen unterscheidet sich deutlich, beginnend mit der Höhe des Krankenstands. So liegt der Krankenstand der Frauen im Jahr 2015 bei 4,4 Prozent, der der Männer bei 3,9 Prozent. Der Unterschied in Fehltagen ausgedrückt: 100 Männer hatten 2015 1.410,7 Fehltage, 100 Frauen hatten 1.604,5 Tage, also 193,8 Fehltage mehr. Der Krankenstand der Frauen liegt somit um knapp 14 Prozent über dem der Männer.<sup>7</sup>

Verursacht wird dieser Unterschied durch eine höhere Zahl an Arbeitsunfähigkeitsfällen bei den weiblichen Versicherten: Auf 100 Frauen entfallen 134,4 AU-Fälle, auf 100 Männer jedoch nur 115,8. Frauen sind also um 16 Prozent häufiger krank als Männer. Frauen sind auch zu einem höheren Anteil von (mindestens) einer Arbeitsunfähigkeit im Jahr betroffen. Mehr als jede zweite Frau (53,9 Prozent) war 2015 mindestens ein Mal arbeitsunfähig. Die Betroffenenquote der Männer lag bei 47,5 Prozent.

**Frauen sind häufiger krankgeschrieben als Männer.**

---

<sup>7</sup> Prozentuale Unterschiede wie die zwischen der Falldauer der Männer und Frauen werden in diesem Report auf Basis der nicht gerundeten Angaben berechnet und können daher von den auf Basis der gerundeten Angaben abweichen.

**Die Dauer der Arbeitsunfähigkeiten liegt bei den Männern um 2 Prozent über der der Frauen.**

Länger dauern die Arbeitsunfähigkeiten der Frauen jedoch nicht: Männer sind durchschnittlich geringfügig länger krankgeschrieben: 12,2 Tage gegenüber 11,9 Tagen (Tabelle 2).

Tabelle 2: AU-Kennzahlen im Geschlechtervergleich 2015

	Männer	Frauen
Krankenstand	3,9%	4,4%
Durchschnittliche Falldauer in Tagen	12,2	11,9
AU-Tage je 100 Versicherte	1.410,7	1.604,5
AU-Fälle je 100 Versicherte	115,8	134,4
Betroffenenquote	47,5%	53,9%

Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Somit wird aus diesem ersten Überblick erkennbar, dass Frauen im Allgemeinen häufiger von einer Arbeitsunfähigkeit betroffen sind als Männer. Es wird jedoch auch deutlich, dass der Krankenstand der Männer stärker durch längere Ausfallzeiten geprägt ist als bei Frauen.

Dieser Blick in die Struktur des Krankenstands bei Männern und Frauen zeigt also: Frauen sind zu einem höheren Anteil pro Jahr von wenigstens einer Arbeitsunfähigkeit betroffen, und sind (u. a. deswegen) häufiger krank als Männer. Ob diese Unterschiede tatsächlich auf das Geschlecht zurückzuführen sind oder andere Ursachen eine Rolle spielen, wird nachfolgend untersucht. So soll überprüft werden, ob Faktoren wie Alter, sozioökonomische Faktoren oder das unterschiedliche Morbiditätsgeschehen diese Unterschiede beeinflussen.

Zudem ist zu prüfen, ob die beschriebenen Unterschiede nur im Jahr 2015 zu beobachten sind, oder ob es sich bei den Geschlechterdifferenzen im AU-Geschehen um ein zeitlich konstantes Phänomen handelt.

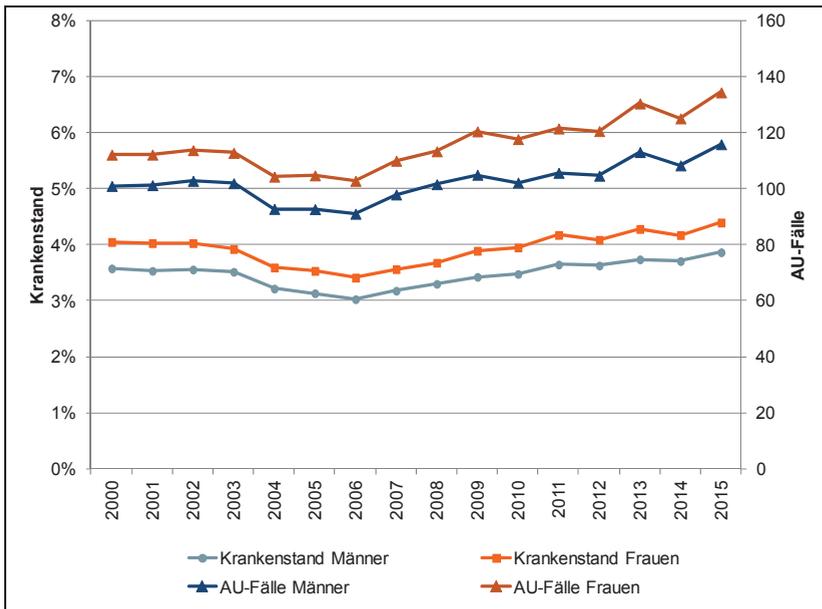
#### 4.2.1 Geschlechterunterschiede im Zeitverlauf

**Die Geschlechterunterschiede im Krankenstand sind zeitlich sehr konstant.**

Die Betrachtung des Krankenstands über 16 Jahre hinweg (2000 bis 2015) zeigt, dass in jedem Jahr der Wert der Frauen über dem der Männer liegt. Auch bleibt die Größe des Unterschieds in der Höhe des Krankenstands zwischen Männern und Frauen über den betrachteten Zeitraum nahezu konstant. Die Krankenstände von Männern und Frauen variieren über den Zeitverlauf, die Distanz zwischen den Werten beider Geschlechter bleibt jedoch in etwa gleich (Abbildung 25).

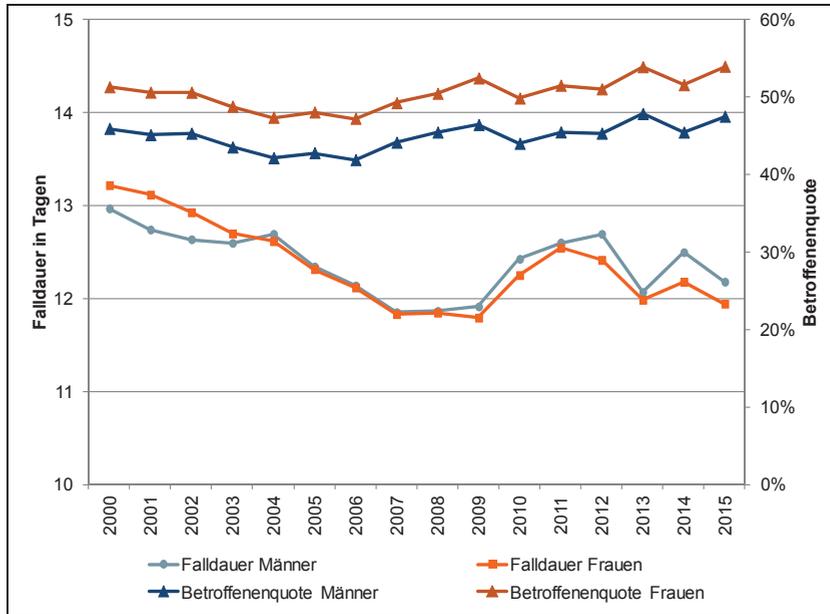
Dies lässt sich nicht nur für den Krankenstand feststellen, sondern auch für die Fallhäufigkeit und die Betroffenenquote (vgl. Abbildung 25 und Abbildung 26). Einzig die Geschlechterdifferenz der Falldauer verhält sich etwas unregelmäßig. So waren bis 2003 Frauen länger krankgeschrieben als Männer, erst ab 2009 zeigt sich eine geringfügig erhöhte Falldauer der Männer.

Abbildung 25: Krankenstand und AU-Fälle je 100 Versicherte nach Geschlecht (2000 bis 2015)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2000-2015

Abbildung 26: Betroffenenquote und durchschnittliche Falldauer nach Geschlecht (2000 bis 2015)



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2000-2015

Festzuhalten ist also: Der Großteil der Geschlechterdifferenzen in den AU-Kennzahlen ist über die Zeit sehr konstant. Für die folgenden Analysen werden daher keine zeitlichen Entwicklungen betrachtet.

#### 4.2.2 Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von Männern und Frauen nach Alter

Sind Geschlechterunterschiede beim Krankenstand in jedem Alter zu beobachten? Gibt es Altersgruppen, bei denen Unterschiede besonders groß oder besonders klein sind?

Abbildung 27 vergleicht AU-Fälle und AU-Tage der Männer und der Frauen im Altersgang. Die Differenz bei der Zahl der Fälle ist in fast allen Altersgruppen ungefähr gleich groß, lediglich bei den ältesten Altersgruppen nimmt sie leicht ab. Das bedeutet: Frauen sind in allen Altersgruppen häufiger krankgeschrieben als Männer, auch in der ältesten Altersgruppe, dort jedoch mit geringerem Unterschied.

Auch beim Krankenstand, hier ausgedrückt als AU-Tage je 100 Versicherte, zeigt sich die Geschlechterdifferenz in nahezu allen Altersgruppen, auch wenn sie mit dem Alter geringfügig abnimmt. Nur in den jüngsten Altersgruppen, den 15- bis 19-Jährigen und den 20- bis 24-Jährigen lässt sich kaum ein Unterschied zwischen Männern und Frauen ausmachen.

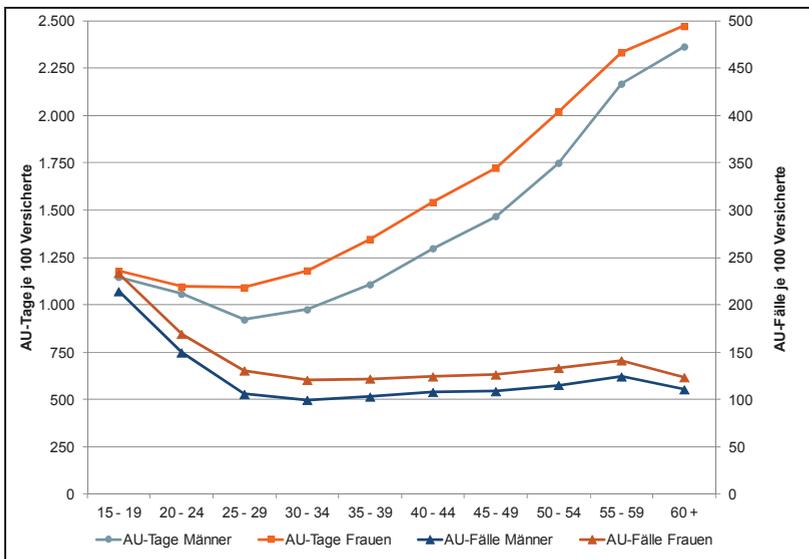
Ein ähnlicher Verlauf ist auch bei der Betroffenenquote zu beobachten (Abbildung 28). Frauen liegen bei der Betroffenenquote insbesondere bei den 30- bis 60-Jährigen in einem konstanten Abstand über den Männern. Bei den jüngsten Altersgruppen ist diese Differenz vergleichsweise klein, bei den 25 bis -29-Jährigen ist die Differenz vergleichsweise groß, weil die Männer dieser Altersgruppe zu einem besonders hohen Anteil gar keine Arbeitsunfähigkeit im Jahr haben.

Die durchschnittliche Falldauer weist einen mit dem Alter steigenden Verlauf auf. Je älter Beschäftigte sind, desto länger dauern im Schnitt ihre Arbeitsunfähigkeiten (dass sie jedoch nicht öfter krank sind, je älter sie werden, zeigt übrigens die Fallhäufigkeit in Abbildung 27). Die Falldauer unterscheidet sich zwischen Männern und Frauen praktisch nicht, egal welche Altersgruppe betrachtet wird.

Die Falldauer ist in den Altersgruppen bis 55 Jahre bei Männern und Frauen gleich lang. Lediglich in den beiden ältesten Altersgruppen, den 55- bis 59-Jährigen und den 60 Jahre und älteren Beschäftigten steigt die Falldauer der Männer etwas steiler als die der Frauen.

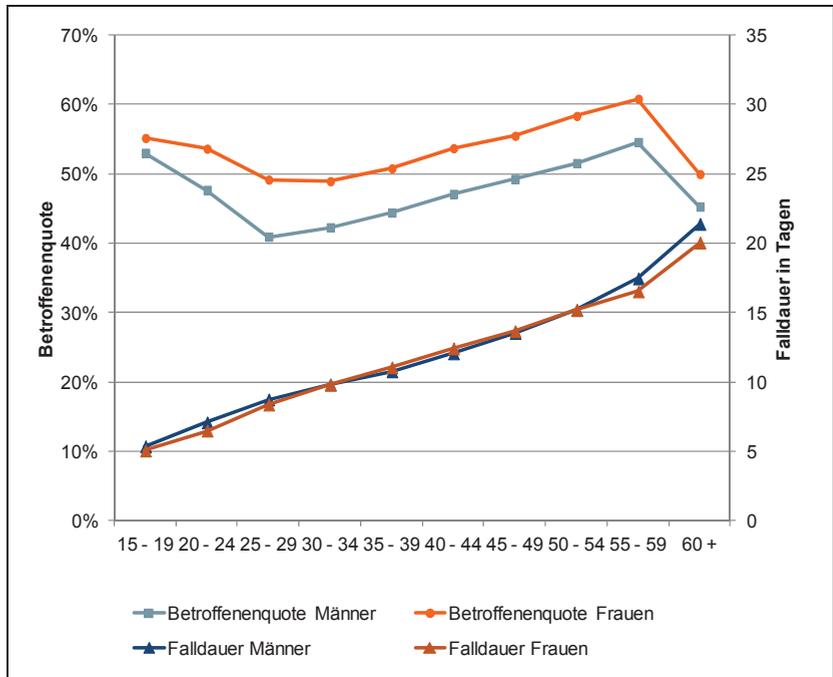
**Männer und Frauen sind in gleichem Maße von der im Altersgang steigenden Falldauer betroffen.**

Abbildung 27: Krankenstand und AU-Fälle nach Geschlecht und Alter (2015)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Abbildung 28: Betroffenenquote und Falldauer nach Geschlecht und Alter (2015)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

### 4.3 Ursachen für Arbeitsunfähigkeit bei Männern und Frauen

#### 4.3.1 Übersicht über das Diagnosespektrum

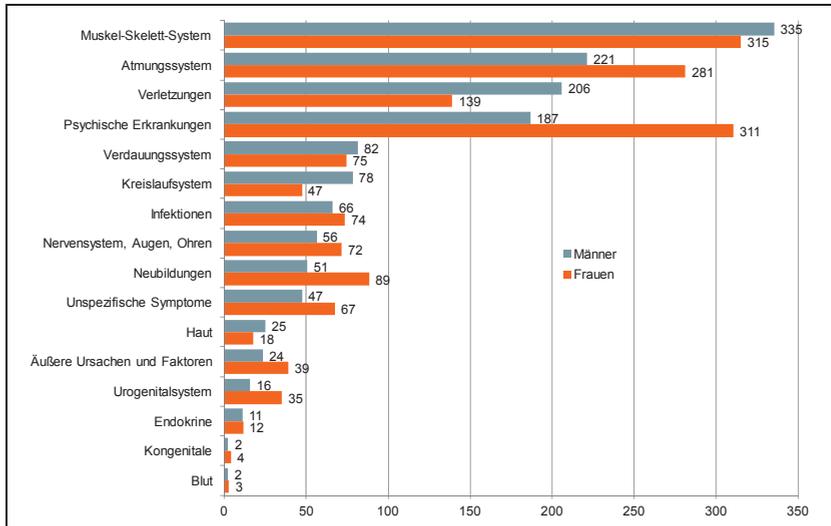
Muskel-Skelett-Erkrankungen verursachen bei Männern wie Frauen die meisten Fehltage (Abbildung 29), wobei Männer etwas mehr Fehltage aufgrund solcher Erkrankungen haben als Frauen (335 zu 315 AU-Tage je 100 Versicherte). Zu beachten ist auch, dass bei den Frauen psychische Erkrankungen nahezu die gleiche Zahl an Ausfalltagen verursachen wie Muskel-Skelett-Erkrankungen (311 gegenüber 315 je 100 Versicherte). Damit spielen psychische Erkrankungen die gleiche Rolle für das weibliche AU-Geschehen wie die Muskel-Skelett-Erkrankungen.

In Bezug auf die Arbeitsunfähigkeitsursache „psychische Erkrankungen“ unterscheiden sich Männer und Frauen besonders stark. Die Zahl der Fehltage aufgrund einer psychischen Erkrankung liegt bei Frauen 66 Prozent über der der Männer. Psychische Erkrankungen sind bei Frauen somit auf Rang 2 der wichtigsten AU-Ursachen, gemessen an den Fehltagen, die hierdurch verursacht werden. Bei den Männern sind psychische Erkrankungen ebenfalls eine wichtige Ursache für Arbeitsunfähigkeit, sie liegen auf Rang 4 der Krankheitsgruppen, die die meisten AU-Tage verursachen.

Für beide Geschlechter spielen Atemwegserkrankungen eine wichtige Rolle im AU-Geschehen. Auch hier gibt es große Unterschiede: Während Frauen 281 AU-Tage je 100 Versicherte mit dieser Diagnose haben, sind es bei den Männern 221. Frauen haben somit 27 Prozent mehr Fehltage mit Ursache Atemwegserkrankungen als Männer. Zu den vier wichtigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit gehören darüberhinaus die Verletzungen. Hier sind es wiederum die Männer, die mehr Fehltage aufgrund dieser Diagnose aufweisen: 206 zu 139 AU-Tage je 100 Versicherte und somit 48 Prozent mehr.

**Muskel-Skelett-Erkrankungen sind bei Männern wie Frauen Hauptverursacher von Fehltagen.**

Abbildung 29: AU-Tage je 100 Versicherte nach Krankheitsart und Geschlecht (2015)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Im Folgenden werden die Geschlechterunterschiede auf Ebene der Krankheitsgruppen (Kapitel im ICD-10) genauer betrachtet. Die Frage lautet: Wie hoch ist der „Beitrag“ der einzelnen Erkrankungsgruppen am Unterschied der Fehltagen und damit dem Krankenstand von Männern und Frauen? In Summe über alle Erkrankungsgruppen kommen Frauen auf 193,8 Fehltag je 100 Versicherte mehr als Männer (vgl. Tabelle 2).

**„Hauptverursacher“ für den höheren Krankenstand der Frauen sind psychische Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und Schwangerschaftskomplikationen.**

In Abbildung 30 ist dargestellt, wie sich das gesamte Fehltagvolumen bei Männern und Frauen auf die einzelnen Erkrankungsgruppen verteilt.

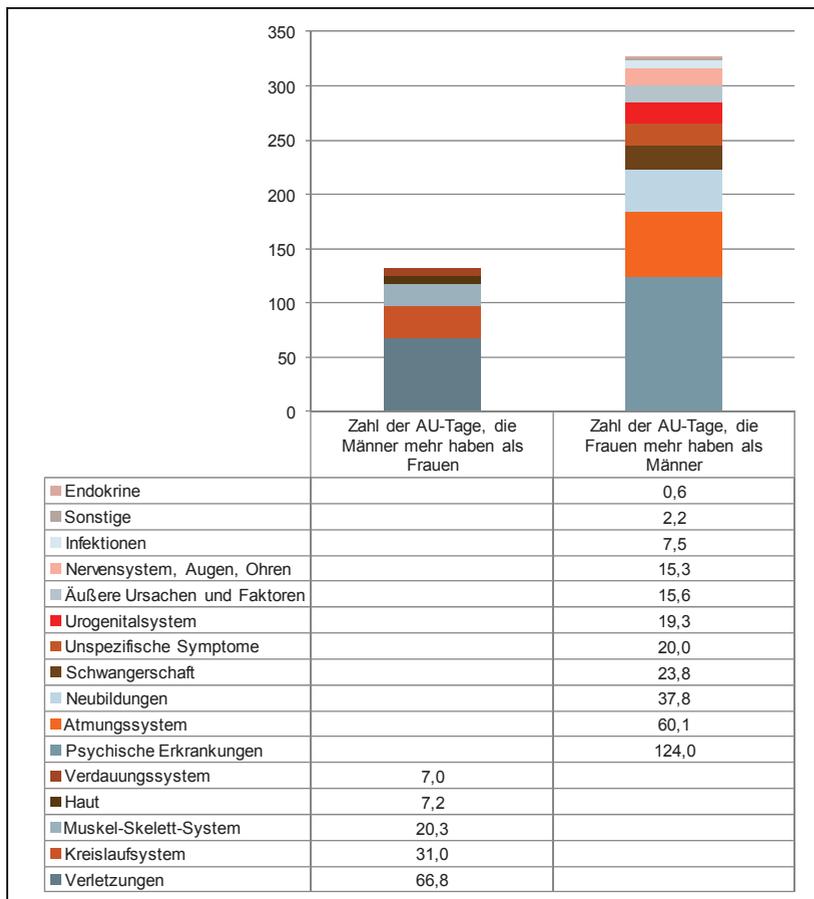
Zunächst ist zu konstatieren, dass Frauen keinesfalls bei allen Erkrankungsgruppen mehr Fehltag als Männer aufweisen. Auch unterscheidet sich die Höhe der Differenzen sehr deutlich. Somit enthält die Gesamtdifferenz zwischen Frauen und Männern (193,8 Fehltag), auch die Differenzen, bei denen Männer mehr Fehltag als Frauen aufweisen. Diese Differenzen gleichen sich also zum Teil aus, auch wenn bei Frauen unterm Strich die 193,8 Fehltag verbleiben.

Die Abbildung ist also folgendermaßen zu lesen: Die linke gestapelte Säule bildet Fehltag aufgrund von Krankheitsgruppen ab, die bei Männern mehr AU-Tage verursachen als bei Frauen. Die rechte gestapelte Säule bildet Fehltag aufgrund von Krankheitsgruppen ab, die bei Frauen mehr AU-Tage als bei Männern verursachen. Z. B. weisen Männer wegen Verletzungen 66,8 AU-Tage je 100 Versicherte mehr als Frauen auf. 31,0 Fehltag mehr entstehen bei Männern gegenüber Frauen wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Die dritte Krankheitsgruppe, die bei Männern mehr AU-Tage als bei Frauen verursacht, sind Muskel-Skelett-Erkrankungen (20,3 AU-Tage mehr als bei Frauen).

Hauptverantwortlich dafür, dass Frauen mehr AU-Tage als Männer aufweisen, sind die psychischen Erkrankungen. Bei keiner anderen Krankheitsgruppe ist die absolute Differenz zwischen Frauen und Männern größer. 124 AU-Tage je 100 Versicherte weisen Frauen mehr als Männer aufgrund von psychischen Erkrankungen auf. Wichtig für die Frauen-Männer-Differenz sind aber auch Atemwegserkrankungen (60,1 Fehltag Differenz), Neubildungen (37,8 Fehltag Differenz) und Schwangerschaftskomplikationen (23,8 Fehltag Differenz).

Abbildung 30: Differenz der AU-Tage je 100 Versicherte nach Krankheitsart und Geschlecht (2015)



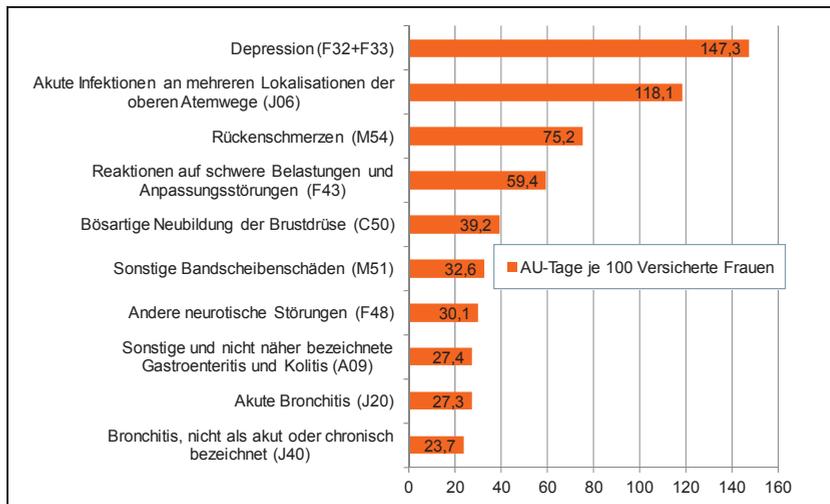
Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

**Männer haben mehr AU-Tage in einzelnen Erkrankungsgruppen: Verletzungen, Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und Muskel-Skelett-Erkrankungen.**

Hinter den berichteten großen Krankheitsgruppen (den ICD-Kapiteln) stehen natürlich spezifischere Diagnosen, die im Folgenden auf der „Dreisteller“-Ebene betrachtet werden (Abbildung 31). Die Rolle der psychischen Erkrankungen im weibliche AU-Geschehen wird hierdurch unterstrichen: Auf Rang 1 der wichtigsten Dreisteller-Diagnosen steht die Depression (wobei die depressive Episode F32 und die rezidivierende depressive Störung F33 zusammengefasst sind). Alleine auf diese Diagnose entfallen bei den Frauen 147,3 AU-Tage je 100 Versicherte. Zu den 10 wichtigsten Einzeldiagnosen der Frauen gehören zwei weitere psychische Erkrankungen, Anpassungsstörungen (F43) sowie andere neurotische Störungen (F48), die v.a. die Neurasthenie, also ein Ermüdungs- und Erschöpfungssyndrom umfassen (Dilling et al. 2011: 235f.). Sie verursachen 59,4 bzw. 30,1 AU-Tage je 100 weibliche Versicherte.

Auf Rang 2 bei den Frauen folgen „Akute Infektionen“ (J06) die 118,1 AU-Tage je 100 Versicherte verursachen und die große Rolle der Atemwegserkrankungen widerspiegeln (daneben spielt noch die Einzeldiagnose Bronchitis (J20 und J40) eine Rolle unter den 10 wichtigsten Einzeldiagnosen der Frauen). Rückenschmerzen (M54) spielen eine wichtige Rolle im weiblichen AU-Geschehen; weitere Muskel-Skelett-Erkrankungen, die zu den 10 wichtigsten Einzeldiagnosen der Frauen gehören sind Bandscheibenschäden (M51).

Abbildung 31: Top 10 Einzeldiagnosen der AU-Tage je 100 versicherte Frauen (2015)

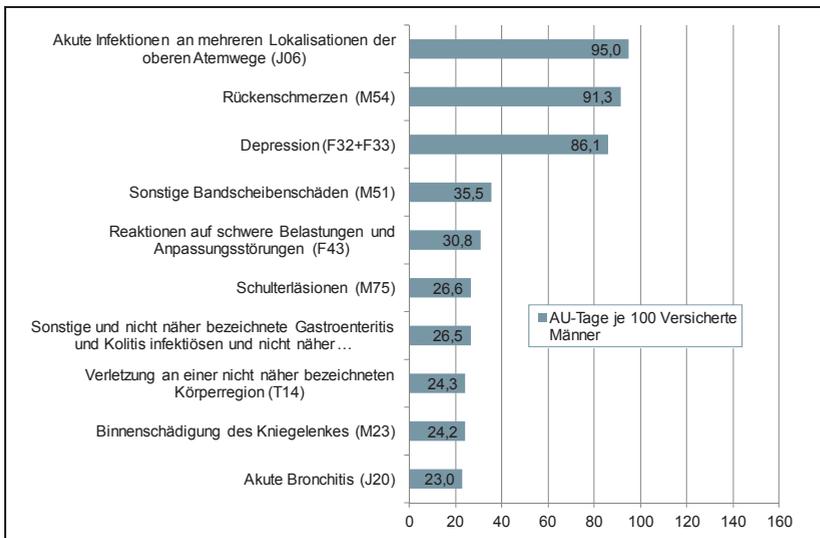


Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Im männlichen AU-Geschehen ist die wichtigste Einzeldiagnose J06: Akute Infektionen, die 95,0 AU-Tage je 100 Versicherte verursacht (Abbildung 32). Auf Rang 2 folgen die Rückenschmerzen, die

91,3 AU-Tage je 100 Versicherte verursachen. Dass auch im männlichen AU-Geschehen psychische Erkrankungen eine große Rolle spielen, spiegelt sich in der Einzeldiagnose Depression (F32 und F33) wider. Auf sie entfallen 86,1 AU-Tage je 100 Versicherte. Auch die Anpassungsstörungen (F43) gehören zu den 10 wichtigsten Einzeldiagnosen der Männer. Anders als bei den Frauen gehört bei den Männern eine Einzeldiagnose der Verletzungen zu den 10 wichtigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit: Die Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion (T14). Anders als bei den Frauen gehört bei Männern eine zusätzliche Diagnose aus dem M-Kapitel (Muskel-Skelett) zu den „Top-10“, nämlich die Binnenschädigung des Kniegelenks (M23).

Abbildung 32: Top 10 Einzeldiagnosen der AU-Tage je 100 versicherte Männer (2015)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Der Blick auf die Einzeldiagnosen, die durch die ICD-Kapitel zusammengefasst sind, unterstreicht die Bedeutung, die psychische Erkrankungen im weiblichen AU-Geschehen spielen. Drei Einzeldiagnosen aus dem entsprechenden Kapitel gehören zu den „Top-10“ der Frauen. Einzeldiagnosen aus der männlichen „Top 10“-Liste umfassen zwar ebenfalls zwei psychische Erkrankungen, jedoch fehlen dort die neurotischen Störungen (F48). Dafür sind mehr Diagnosen aus dem Muskel-Skelett-Kapitel sowie eine Einzeldiagnose aus dem Kapitel Verletzungen zu finden, das wiederum in der weiblichen Top 10 gänzlich fehlt.

Nach diesem eher systematischen Überblick über das Diagnose-spektrum unter Berücksichtigung der Geschlechterdifferenz werden im Folgenden ausgewählte Ursachen von Arbeitsunfähigkeit näher betrachtet. Auswahlkriterium ist dabei einerseits die wichtige Rolle,

die einzelne Kapitel oder Diagnose für die Geschlechterdifferenz einnehmen und/oder der Bevölkerungsepidemiologische Kenntnisstand in Bezug auf einzelne der relevanten Erkrankungen.

### **4.3.2 Arbeitsunfähigkeitsursache Schwangerschaftskomplikationen**

Die vorangegangenen Analysen haben bereits gezeigt, dass ein Teil der Geschlechterdifferenz im AU-Geschehen durch Arbeitsunfähigkeiten wegen Schwangerschaftskomplikationen erklärt wird. Solche, eine Arbeitsunfähigkeit auslösende Komplikationen, werden im ICD 10 unter dem Kapitel O: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett dokumentiert und sollen im Folgenden näher in ihrer Bedeutung für den Krankenstand der Frauen untersucht werden.

Tabelle 3 zeigt das Fehltage-Volumen der – für das AU-Geschehen wichtigsten – Komplikationen während der Schwangerschaft.

Die meisten Fehltage je 100 Versicherte verursachen übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft (4,1) sowie Blutungen in der Frühschwangerschaft (4,1). Ihr Anteil an den AU-Tagen aller Schwangerschaftskomplikationen macht jeweils rund 17 Prozent aus. Die Diagnose: „Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind“ begründet 3,0 AU-Tage je 100 Versicherte. Hierunter fallen Krankheiten und Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind, wie z.B. zu geringe Gewichtszunahme der Schwangeren.

Eine relativ große Rolle innerhalb des O-Kapitels spielen vorzeitige Wehen und Entbindung (1,9 AU-Tage je 100 Versicherte), sonstige abnorme Konzeptionsprodukte (1,5 AU-Tage je 100 Versicherte), nicht näher bezeichneter Abort (1,0 AU-Tage je 100 Versicherte) sowie sonstige Krankheiten der Mutter, die zu Komplikationen bei der Schwangerschaft führen (1,0 AU-Tage je 100 Versicherte). Die 12 Diagnosen, die in Tabelle 3 aufgeführt sind, machen zusammen 86 Prozent des AU-Volumens von Kapitel O aus.

Tabelle 3: Fehltage der wichtigsten Diagnosen aus dem Kapitel O: Schwangerschaft, geburt und Wochenbett. Nur Frauen (2015)

ICDHG	ICDTitel	Fehltage je 100 Versicherte	Anteil an den Fehltagen des gesamten O Kapitels
O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	4,1	17,3%
O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	4,1	17,2%
O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	3,0	12,6%
O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	1,9	7,8%
O02	Sonstige abnorme Konzeptionsprodukte	1,5	6,3%
O06	Nicht näher bezeichneter Abort	1,0	4,3%
O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	1,0	4,2%
O09	Schwangerschaftsdauer	1,0	4,1%
O47	Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]	0,9	3,8%
O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	0,7	3,1%
O62	Abnorme Wehentätigkeit	0,6	2,7%
O00	Extrauterin gravidität	0,6	2,5%
	<b>Zwischensumme</b>	<b>20,5</b>	<b>85,9%</b>
	Sonstige Diagnosen unter Kapitel O	3,4	14,1%
	<b>Gesamt</b>	<b>23,9</b>	<b>100,0%</b>

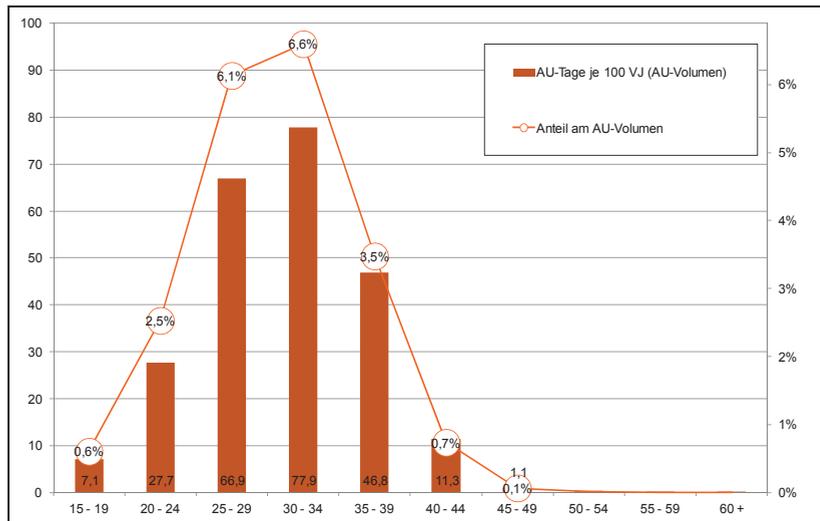
Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Wie hoch ist der Anteil der Schwangerschaftskomplikationen (Kapitel O) am Gesamtkrankenstand? Insgesamt werden durch Erkrankungen aus dem Kapitel O 23,9 Fehltage je 100 versicherte Frauen verursacht, in Summe über alle Erkrankungsgruppen waren es 2015 1.604,5 Fehltage (vgl. Tabelle 2). Am Krankenstand der Frauen machen die Schwangerschaftskomplikationen demnach rund 1,5 Prozent aus.

Eine Differenzierung nach Altersgruppen nimmt Abbildung 33 vor. Demnach ist das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der Altersgruppen in der Altersspanne 20 bis unter 40 Jahren deutlich stärker durch Schwangerschaftskomplikationen geprägt. Die größte Rolle spielt das O-Kapitel bei den 30- bis 34-Jährigen, die in diesem Alter häufig ihr erstes oder zweites Kind bekommen (Statistisches Bundesamt 2012: 9). Weibliche Erwerbstätige in diesem Alter weisen 77,9 AU-Tage je 100 Versicherte wegen Schwangerschaftskomplikationen

auf, ein Anteil am Krankenstand dieser Altersgruppe von 6,6 Prozent. Auch die 25- bis 29-Jährigen sind von Schwangerschaftskomplikationen weit überdurchschnittlich betroffen. 66,9 AU-Tage (je 100 VJ) sind in dieser Altersgruppe zu verzeichnen, ein Anteil am Krankenstand von 6,1 Prozent.

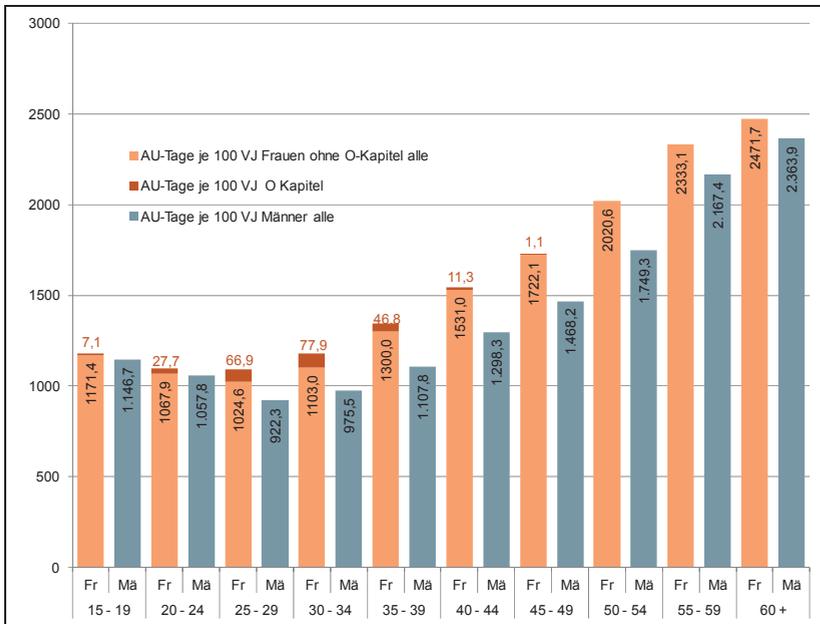
Abbildung 33: AU-Volumen und Anteil am AU-Volumen von Schwangerschaftskomplikationen (ICD-Kapitel O). Nur Frauen. Jahr 2015



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Abbildung 34 zeigt AU-Tage wegen Schwangerschaftskomplikationen und stellt sie ins Verhältnis einerseits zu den AU-Tagen der Frauen insgesamt, andererseits zur Differenz dieser gegenüber den AU-Tagen der Männer. In den Altersgruppen ab 45 spielen Schwangerschaftskomplikationen praktisch keine Rolle, weder im Verhältnis zu den AU-Tagen der Frauen insgesamt, noch zur Erklärung der Differenz dieser zu den Männern. In der jüngsten Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen spielen sie eine geringe Rolle im Verhältnis der AU-Tage der Frauen insgesamt. Jedoch: In dieser Altersgruppe würde ein Wegfall der Schwangerschaftskomplikationen dazu führen, dass die Männer-Frauen-Differenz im Krankenstand deutlich geringer ausfallen würde. In den Altersgruppen der 20- bis 39-Jährigen spielen Schwangerschaftskomplikationen eine gewisse Rolle, die bereits in den Analysen zuvor quantifiziert wurde und in Abbildung 34 grafisch sichtbar gemacht wird.

Abbildung 34: Fehltagetage getrennt nach Schwangerschaftskomplikationen (ICD-Kapitel O) und Gesamt; Männer und Frauen nach Altersgruppen (2015)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Komplikationen wegen Schwangerschaft – das zeigen die vorangegangenen Analysen – stellen sich also als relevanter heraus, wenn sie nach Geschlecht und Alter differenziert betrachtet werden, als sie zunächst gemessen am Anteil am Krankenstand scheinen. Wieviel tragen sie aber zur Frage bei, warum Frauen einen höheren Krankenstand als Männer haben?

12,3 Prozent der Differenz könnten durch Fehltagetage wegen Schwangerschaftskomplikationen erklärt werden (Tabelle 4). Dieser Anteil variiert jedoch deutlich nach Altersgruppen. Die Analyse sollte daher eingeschränkt werden auf jene Altersgruppen, in denen Frauen typischerweise Kinder bekommen.

Neben der besonders jungen Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen sind es vor allem die Altersgruppen zwischen 20 und 44 Jahren, bei denen Schwangerschaftskomplikationen einen relevanten Teil des Krankenstandsunterschieds erklären könnten. Bei den 20- bis 24-Jährigen ist dieser erklärte Anteil hoch, auch weil in dieser Altersgruppe der Geschlechterunterschied noch vergleichsweise gering ist. Die 25- bis 39-Jährigen haben vergleichsweise viele AU-Tage mit Ursache Schwangerschaftskomplikationen, bei ihnen wird dementsprechend auch ein relativ großer Teil des Unterschieds durch sie erklärt.

**12,3 Prozent der Geschlechterdifferenz im AU-Geschehen können durch Schwangerschaftskomplikationen erklärt werden.**

Beispiel: Die 25- bis 29-Jährigen Frauen haben einen 18,3 Prozent höheren Krankenstand als Männer. 39,6 Prozent dieses Unterschieds könnte durch Schwangerschaftskomplikationen erklärt werden.

**In den Altersgruppen der 20- bis 34-Jährigen erklären Schwangerschaftskomplikationen bis zu 73 Prozent des AU-Unterschieds zwischen Frauen und Männern.**

Bei den 30- bis 34-Jährigen und den 35- bis 39-Jährigen, die übrigens den größten Geschlechterunterschied im Krankenstand aufweisen, machen Schwangerschaftskomplikationen 37,9 bzw. 19,6 Prozent des Unterschieds aus. In den Altersgruppen ab 45 Jahren spielen Schwangerschaftskomplikationen fast keine Rolle mehr.

Tabelle 4: Anteil des AU-Volumens wegen Schwangerschaftskomplikationen am Krankenstandsunterschied Frauen zu Männern (Jahr 2015)

Altersgruppe	Unterschied im Fehltagevolumen Frauen gegenüber Männern (absolut)	Unterschied im Fehltagevolumen Frauen gegenüber Männern (prozentual)	AU-Tage je 100 Vs. O Kapitel	Anteil des AU-Volumens aufgrund Kapitel O an der Differenz Frauen zu Männern
15 - 19	31,9	2,8%	7,1	22,3%
20 - 24	37,8	3,6%	27,7	73,3%
25 - 29	169,2	18,3%	66,9	39,6%
30 - 34	205,5	21,1%	77,9	37,9%
35 - 39	239,1	21,6%	46,8	19,6%
40 - 44	244,1	18,8%	11,3	4,7%
45 - 49	255,0	17,4%	1,1	0,4%
50 - 54	271,3	15,5%	0,3	0,1%
55 - 59	165,7	7,6%	0,1	0,1%
60 +	107,8	4,6%	0,1	0,1%
<b>Gesamt</b>	<b>193,8</b>	<b>13,7%</b>	<b>23,9</b>	<b>12,3%</b>

Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Als Zwischenfazit bleibt bezüglich der Schwangerschaftskomplikationen also festzuhalten, dass der verschwindend geringe Anteil von Schwangerschaftskomplikationen am Krankenstand nicht zu der Annahme führen darf, dass diese unter den betroffenen Altersgruppen der Frauen keine Rolle spielen. Das Gegenteil ist der Fall: Bei den 30- bis 34-jährigen Frauen machen solche Komplikationen immerhin knapp 7 Prozent aus. Zum Vergleich: Nach den 4 wichtigsten Diagnosen im AU-Geschehen dieser Alters-Geschlechts-Gruppe (Erkrankungen des Atmungssystems, psychische Erkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen und Verletzungen) stehen sie bei dieser Altersgruppe immerhin auf Rang 5.

Komplikationen wegen einer Schwangerschaft sind nicht nur gemessen am Anteil am Krankenstand relativ bedeutend, sie erklären auch tatsächlich einen wesentlich Anteil des Krankenstandsunterschieds in den Altersgruppen der 20- bis 44-Jährigen. Sogar über alle Altersgruppen hinweg könnten die Schwangerschaftskomplikationen rund 12 Prozent des Geschlechterunterschieds erklären.

**In den jüngeren Altersgruppen bis zu den 44-Jährigen sind Schwangerschaftskomplikationen eine relevante Größe im AU-Geschehen.**

### 4.3.3 Koronare Herzerkrankung als Ursache von Arbeitsunfähigkeit

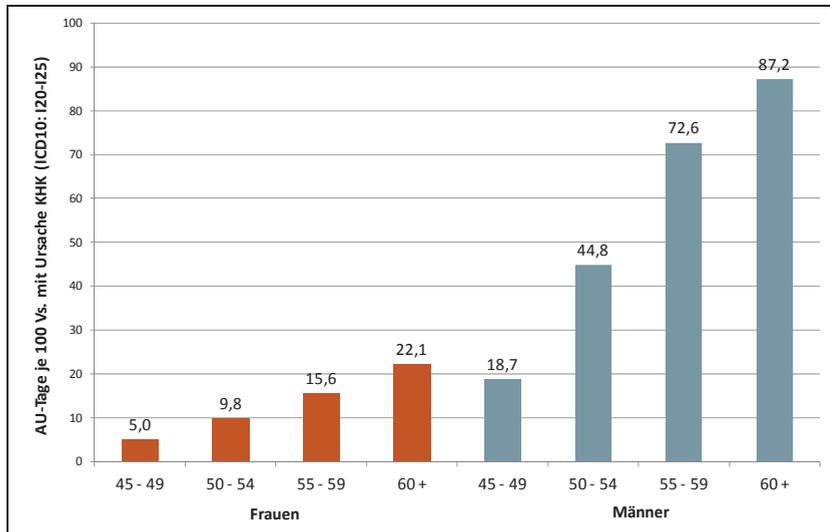
Die koronare Herzkrankheit ist ein unter Gesichtspunkten der geschlechtervergleichender Epidemiologie und Public Health häufig erwähntes Krankheitsbild (z. B. Hagen und Starker 2011: 4.e1). Männer im Erwerbsalter leiden deutlich häufiger unter einer koronaren Herzkrankheit als Frauen. Zwar spielt sie bei den unter 45-Jährigen sowohl bei Männern wie bei Frauen fast keine Rolle: Unter den bis 44-Jährigen geben weniger als ein Prozent der Frauen und etwa zwei Prozent der Männer an, eine diagnostizierte koronare Herzerkrankung zu haben. Unter den 45- bis 64-Jährigen jedoch weisen Männer eine Prävalenz von 9 Prozent, Frauen eine von 4 Prozent auf (Robert Koch-Institut 2014: 72f.).<sup>8</sup> Dies schlägt sich im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nieder. Abbildung 35 zeigt, dass Männer häufiger und früher von der koronaren Herzerkrankung betroffen sind. Bei den 45- bis 49-Jährigen Männern entfallen mit 18,7 Prozent bereits mehr AU-Tage auf diese Diagnose als bei 10 Jahre älteren Frauen. Die über 60-jährigen Männer verursachen wegen koronarer Herzkrankheit fast viermal so viele AU-Tage wie die gleichaltrigen Frauen.

<sup>8</sup> Bei der Interpretation dieser Daten ist jedoch zu berücksichtigen, dass es sich um diagnostizierte Fälle handelt, und dass Frauen seltener eine intensive Diagnostik für die koronare Herzerkrankung erhalten als Männer und somit deren Anteil möglicherweise unterschätzt wird (RKI 2014: 74). In den hier referierten Befragungsdaten des Robert-Koch-Instituts fehlen außerdem die, die am Herzinfarkt verstorben sind. Dennoch geht das RKI davon aus, dass diese Daten, die eine mehr als doppelt so hohe Prävalenz unter den Männern belegen, das reale Geschehen gut widerspiegeln.

„Die Hypothese, dass Frauen eine höhere Morbiditätslast tragen, trifft in dieser Pauschalität sicherlich nicht zu. Frauen und Männer sind - aus unterschiedlichen Gründen - von unterschiedlichen Morbiditätsprofilen betroffen, Männer z.B. mehr von Arbeitsunfällen, Frauen von depressiven Erkrankungen.“

Prof. Dr. Petra Kolip, Universität Bielefeld

Abbildung 35: Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherte mit Ursache Koronare Herzerkrankung (ICD: I20-I25) nach Alter und Geschlecht



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

#### 4.3.4 Neubildungen

**Im AU-Geschehen sind v. a. die häufigen Krebsarten Brust-, Prostata, Lungen- und Darmkrebs relevant.**

Neubildungen sind mit 4,5 Prozent Anteil an den AU-Tagen auf Rang 7 der wichtigen Ursachen für Arbeitsunfähigkeit (Abbildung 13).<sup>9</sup> Die häufigsten Krebsarten, gemessen an der Neuerkrankungsrate, in Deutschland sind (1) Prostatakrebs (Männer) bzw. Brustkrebs (Frauen), (2) Lungenkrebs (Männer) bzw. Darmkrebs (Frauen) sowie (3) Darmkrebs (Männer) und Lungenkrebs (Frauen) (DKFZ o.J.). Diese vier häufigsten Krebsarten verursachen gemeinsam 39 Prozent der AU-Tage aufgrund von Neubildungen und 1,8 Prozent an den Fehltagen insgesamt.

Da es sich bei Brust- und Prostatakrebs um jeweils geschlechtsspezifische Krebsarten handelt, werden diese in ihrer Rolle für das AU-

<sup>9</sup> Das ICD-10 Kapitel Neubildungen enthält gutartige und bösartige Neubildungen.

Geschehen analysiert. Das 10-Jahres-Erkrankungsrisiko der Allgemeinbevölkerung ist in Tabelle 5 dargestellt.

Da beide Geschlechter das gleiche Lebenszeitrisko von knapp 13 Prozent haben, an Prostata- bzw. Brustkrebs zu erkranken, könnte man erwarten, dass sich beide Krebsarten gleichermaßen im AU-Geschehen niederschlagen. Jedoch ist das Risiko der Männer, in den nächsten 10 Jahren an Prostatakrebs zu erkranken, in den jüngeren Altersgruppen deutlich geringer als das der Frauen, an Brustkrebs zu erkranken.

Mit anderen Worten: Männer erkranken an Prostatakrebs später als Frauen an Brustkrebs erkranken. Somit ist vom Prostatakrebs kaum zu erwarten, dass er im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen eine größere Rolle spielt, vom Brustkrebs jedoch schon, da bereits die Frauen im Erwerbsalter ein gewisses Risiko tragen, daran zu erkranken.

Tabelle 5: Erkrankungsrisiko nach Alter für Brust- (Frauen) bzw. Prostatakrebs (Männer)

C50 Bösartige Neubildungen der Brustdrüse		C61 Bösartige Neubildung der Prostata	
Frauen im Alter von...	Erkrankungsrisiko in den nächsten 10 Jahren	Männer im Alter von	Erkrankungsrisiko in den nächsten 10 Jahren
35 Jahren	0,9%	35 Jahren	<0,1%
45 Jahren	2,1%	45 Jahren	0,4%
55 Jahren	3,0%	55 Jahren	2,5%
65 Jahren	4%	65 Jahren	5,9%
75 Jahren	3%	75 Jahren	5,9%
Lebenszeitrisko: 12,8 Prozent		Lebenszeitrisko: 12,8 Prozent	

Quelle: Robert Koch-Institut (2015b: 76, 96) Datenbasis 2012

Die bei Männern häufigste Krebsart Prostatakrebs spielt im AU-Geschehen eine äußerst geringe Rolle

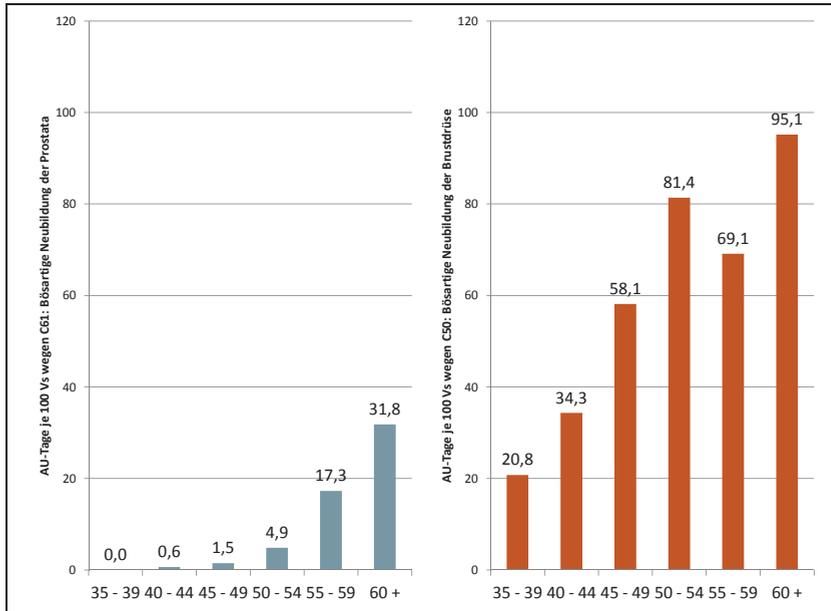
Die Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens auf diesen Aspekt hin bestätigt: Unter 60-jährige Männer haben nur sehr wenige Fehltag mit Ursache Prostatakrebs (Abbildung 36). In diesen Altersgruppen macht diese Diagnose weniger als ein Prozent des AU-Geschehen aus. Erst ab 60 Jahren verursacht Prostatakrebs 1,3 Prozent der AU-Tage der Männer dieser Altersgruppe.

Brustkrebs dagegen spielt eine vergleichsweise große Rolle, weil er Frauen bereits relativ früh betrifft

Demgegenüber spielt Brustkrebs im AU-Geschehen der Frauen eine deutlich größere Rolle (Abbildung 36). Bereits die 40- bis 44-Jährigen Frauen verursachen mit 34,3 AU-Tagen je 100 Versicherte mehr AU-Tage als die über 60-Jährigen Männer aufgrund von Prostatakrebs. Die 50- bis 60-Jährigen Frauen weisen bis zu 95,1 AU-

Tage je 100 Versicherte wegen Brustkrebs auf. Bei den 50- bis 54-Jährigen Frauen entspricht dies 4,0 Prozent der AU-Tage insgesamt.

Abbildung 36: AU-Tage je 100 Versicherte wegen Prostatakrebs bei Männern bzw. Brustkrebs bei Frauen



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Wie sehen die Geschlechterunterschiede bei bösartigen Neubildungen der Bronchien und der Lunge (C34), also beim Lungenkrebs aus? Für Frauen ist dies die dritthäufigste, für Männer die zweithäufigste Krebsart. Beim Lungenkrebs sind Männer – gemessen an der Zahl der Neuerkrankungen – besonders betroffen (etwa doppelt so häufig als Frauen) (Hagen und Starker 2011: 4.e1). Dies zeigt sich auch im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, Männer haben (in den relevanten Altersgruppen) zwar nicht doppelt so viele, aber deutlich mehr AU-Tage als Frauen wegen dieser Diagnose (Tabelle 6).

Tabelle 6: Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherte aufgrund von Lungenkrebs (C34: Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge)

Alter	Männer	Frauen
50 - 54	5,0	4,3
55 - 59	14,1	10,0
60+	19,6	15,3

Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

### 4.3.5 Verletzungen

Männer sind von Unfällen deutlich häufiger betroffen als Frauen und „auch hinsichtlich der Schwere von Unfällen wird ein klarer Geschlechterunterschied zuungunsten der Männer beobachtet“ (Saß und Rommel 2016: 275). Auch spielen Unfälle als Todesursache bei Männern eine größere Rolle als bei Frauen. So gehören zu den wegen Verletzungen, Vergiftungen und bestimmter anderer Folgen äußerer Umstände Gestorbenen 60,1 Prozent Männer und 39,9 Prozent Frauen. Die wegen Transportmittelunfällen Gestorbenen sind zu 75,1 Prozent Männer und 24,9 Prozent Frauen (Statistisches Bundesamt 2016). Verletzungen sind somit auch Ausdruck eines geschlechterspezifischen Risikoverhaltens.

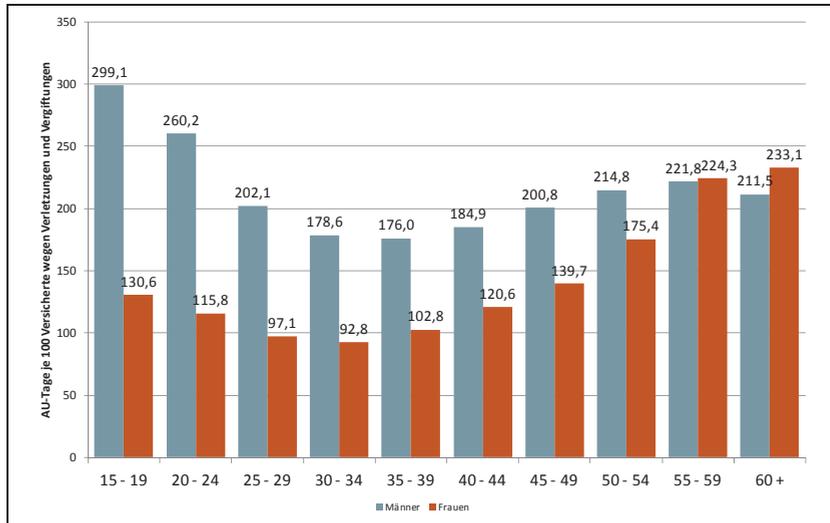
Auch aus epidemiologischen Bevölkerungsbefragungen geht das deutlich größere Verletzungsrisiko der Männer hervor. Im Alter von 18 bis 64 Jahren ist der Anteil der Männer, die wenigstens einen Unfall mit ärztlicher Behandlung in den letzten 12 Monaten hatten, größer als der der Frauen; in den Altersgruppen bis 44 sogar mehr als doppelt so hoch. Auch Arbeitsunfälle betreffen Männer deutlich häufiger als Frauen (Robert Koch-Institut 2014: 58f., Saß und Rommel 2016: 276).

Das höhere Unfallrisiko der Männer schlägt sich auch im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nieder. Bis zur Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen verursachen Verletzungen bei Männern mehr als doppelt so viele AU-Tage wie bei den Frauen. Bis zur Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen haben Männer zwischen 71 und 44 Prozent mehr AU-Tage wegen Verletzungen als Frauen. Beginnend mit den 50- bis 54-Jährigen (nur noch 22 Prozent Differenz) beginnen sich die AU-Tage wegen Verletzungen einander anzunähern und in der Altersgruppe der 60-Jährigen und Älteren haben die Frauen sogar mehr AU-Tage wegen Verletzungen als Männer. Im Unterschied zur 12-Monats-Unfallprävalenz (Robert Koch-Institut 2014: 59), die im Altersgang insbesondere bei Männern sehr stark zurückgeht, ist bei den AU-Tagen aufgrund von Verletzungen eher ein U-förmiger Zusammenhang zu beobachten, d.h. jüngere und ältere Erwerbstätige haben vergleichsweise viele, die mittleren Altersgruppen weniger AU-Tage aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen.

**Männer haben mehr und schwerere Unfälle als Frauen.**

Abbildung 37: Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherte wegen Verletzungen und Vergiftungen (ICD Kapitel S und T)

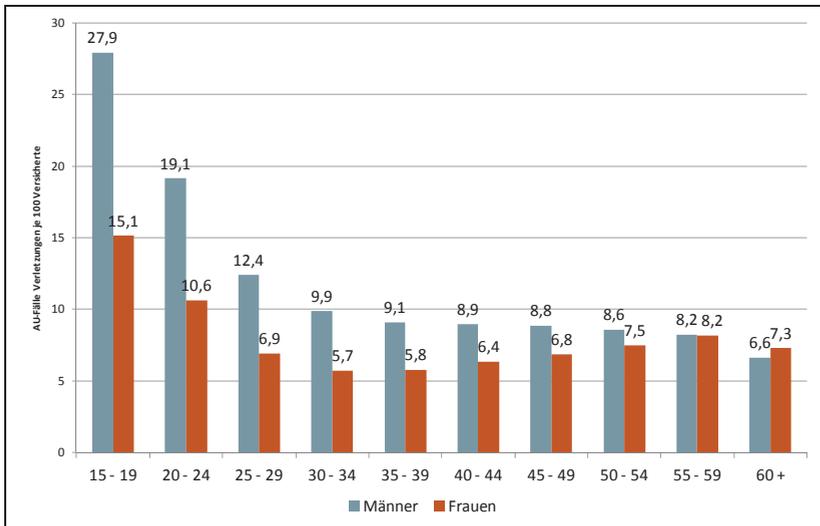
**Die Prävention von Verletzungen bietet insbesondere bei jungen Männern ein großes Potential, das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen positiv zu beeinflussen.**



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Zu beachten ist, dass die Fehltage wegen Verletzungen bei den älteren Altersgruppen vermutlich wegen der schwereren Verletzungsfolgen und Heilungsdauern wieder zunehmen. Betrachtet man im Unterschied dazu die Fälle (Abbildung 38), zeigt sich, dass die jüngeren Altersgruppen stark betroffen sind, die mittleren und älteren Altersgruppen deutlich weniger.

Abbildung 38: Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherte wegen Verletzungen und Vergiftungen (ICD Kapitel S und T)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Die vergleichsweise große Zahl von AU-Tagen wegen Verletzungen der Männer entspricht übrigens auch einem sehr großen Anteil am Krankenstand. 9,1 Prozent, also jeder elfte AU-Tag der Männer, hat eine Verletzung (oder Vergiftung) als Ursache. In der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen sind es sogar 24,6 Prozent, fast jeder vierte AU-Tag und in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen verursachen Verletzungen 21,9 Prozent der AU-Tage, also mehr als jeden fünften AU-Tag. In diesen beiden Altersgruppen verursachen Verletzungen unter den Männern mehr AU-Tage als jede andere Krankheitsgruppe (ICD-Kapitel).

### 4.3.6 Psychische Erkrankungen

Zwar weisen Männer und Frauen in etwa den gleichen subjektiven Gesundheitszustand auf, Frauen leiden allerdings häufiger als Männer unter Beeinträchtigungen ihres psychischen Wohlbefindens: 10 Prozent der Frauen und 6 Prozent der Männer berichten beispielsweise über eine diagnostizierte Depression innerhalb der letzten 12 Monate. Dieser Geschlechterunterschied ist besonders groß in den Altersgruppen ab 45 Jahren (Robert Koch-Institut 2014: 69). In der Altersgruppe 45 – 64 Jahre ist die 12-Monats-Prävalenz diagnostizierter Depressionen gleichzeitig besonders hoch: Frauen berichten zu einem Anteil von 14 Prozent, Männer zu einem Anteil von 9 Prozent von einer durch einen Arzt oder Psychotherapeuten diagnostizierten Depression oder depressiven Verstimmung in den letzten 12 Monaten (Robert Koch-Institut 2014: 69).

**Unabhängig von der Art der Erhebung, ist die Depressionsprävalenz bei Frauen etwa doppelt so hoch wie bei Männern.**

Auch die mit Hilfe von Screening Instrumenten wie dem Patient Health Questionnaire (PHQ) in Bevölkerungsbefragungen gewonnenen Prävalenzschätzungen von Depressionen bestätigen, dass Frauen häufiger betroffen sind als Männer. Gemäß der durch die DEGS-Erhebung des Robert-Koch-Instituts (2008-2011) ermittelten Punktprävalenz bestand bei 10,2 Prozent der Frauen, aber nur bei 6,1 Prozent der Männer ein depressives Syndrom (Kurth 2012: 987).

Je nachdem, ob Ergebnisse auf Selbstangaben beruhen und sich auf eine diagnostizierte Depression gegenüber den Ergebnissen eines Screenings beziehen, oder ob Routedaten der Versicherungsträger verwendet werden, sind die Angaben zur Verbreitung psychischer Erkrankungen wie der Depression zwar in gewissem Rahmen unterschiedlich. Jedoch: „Ein stabiles Ergebnis aller Studien und Daten ist der Unterschied zwischen Frauen und Männern in der Depressionsprävalenz. Frauen sind ungefähr doppelt so häufig betroffen wie Männer“ (Müters et al. 2013: 2).

Als Ursachen für den Geschlechterunterschied in der Depressionsprävalenz werden zum einen biologische Ursachen bei Frauen gesehen, wie Hormonschwankungen im Zusammenhang mit reproduktiven körperlichen Vorgängen oder Reaktionen auf bestimmte Hormonspiegel.

Zum anderen ist aber zumindest ein Teil des Unterschieds auch durch methodische Artefakte zu erklären. So ist davon auszugehen, dass Männer und Frauen im diagnostischen Prozess Symptome unterschiedlich beurteilen und außerhalb des diagnostischen Prozesses Symptome in unterschiedlicher Weise wahrnehmen. Zudem wird verschiedentlich vorgebracht, dass die Symptome für eine Depression bei Männern tatsächlich andere sind als bei Frauen (Irritabilität, Aggressivität und antisoziales Verhalten bei Männern, Unruhe, Klagsamkeit und Verstimmung bei Frauen (Möller-Leimkühler et al. 2004: 87, Müters et al. 2013: 2). Hinzu kommen mögliche Unterschiede beim Hilfesuchverhalten, bei der Erinnerung sowie der Bereitschaft, Angaben über Symptome oder Diagnosen in Befragungen zu machen.

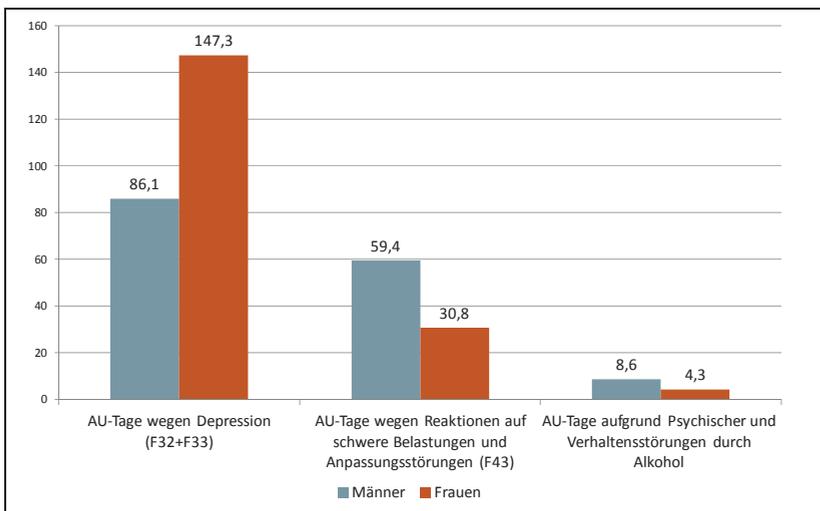
Eine weitere Gruppe von Ursachen wird in der über die Geschlechter ungleichen Verteilung von Risiko- und protektiven Faktoren für psychische Erkrankungen gesehen, darunter Einflussfaktoren im Zusammenhang mit dem Erwerbsleben, die soziale Statusposition sowie Familie und Partnerschaft (Müters et al. 2013: 3f.).

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen wurde im Hinblick auf psychische Erkrankungen bereits mehrfach durch den DAK-Gesundheitsreport schwerpunktmäßig analysiert (zuletzt Marschall et al. 2013), wobei die Geschlechterdifferenz auch thematisiert wurde. Im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen spiegeln sich Geschlechterunterschiede bezüglich psychischer Erkrankungen sehr stark wider: So haben Frauen mit 147 AU-Tagen 71 Prozent mehr Fehltagtage wegen Depressionen (F32+F33) als Männer mit 86,1 AU-Tagen.

**Im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen spiegeln sich Geschlechterunterschiede bezüglich psychischer Erkrankungen sehr stark wieder.**

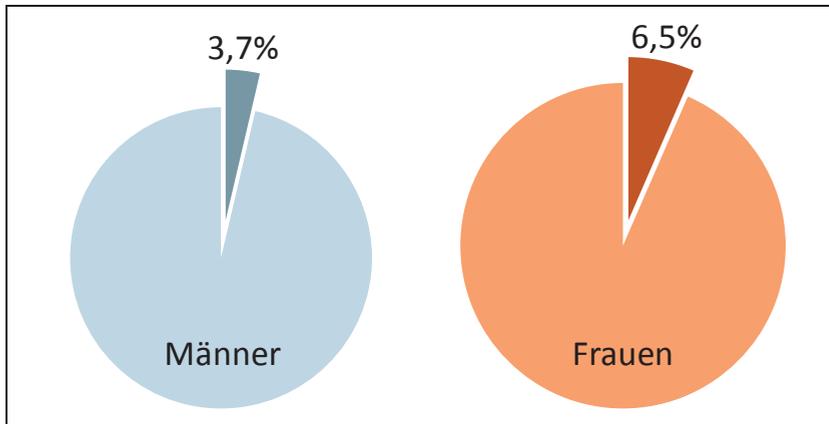
Die Diagnose „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43), verursacht bei Frauen 59,4 und bei Männern 30,8 Fehltagtage je 100 Versicherte. Während 6,5 Prozent der Frauen wenigstens einmal wegen einer psychischen Erkrankung krankgeschrieben sind, gilt dies nur für 3,7 Prozent der Männer Abbildung 40. Eine der wenigen psychischen Erkrankungen, bei denen Männer mehr AU-Tage als Frauen haben, sind Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10): Männer 8,6, Frauen dagegen nur 4,3 AU-Tage je 100 Versicherte.

Abbildung 39: Psychische Erkrankungen, ausgewählte Einzeldiagnosen nach Geschlecht



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Abbildung 40: Betroffenenquote Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen nach Geschlecht



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

#### 4.3.7 Risikofaktoren, Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum

**Risikofaktoren und protektive Faktoren sind zwischen den Geschlechtern ungleich verteilt.**

Die genannten Geschlechterunterschiede bei der Koronaren Herzkrankung, dem Lungenkrebs und den Verletzungen sind instruktiv, weil sie als stark lebensstilbedingte Erkrankungen in gewissem Maße auf zwischen den Geschlechtern unterschiedlich verteilten Risiko- und protektiven Faktoren beruhen. Solche Faktoren sind in Abbildung 41 zusammengestellt.

Demnach sind Männer etwas häufiger als Frauen tägliche Raucher (26,1 zu 21,4 Prozent). Umgekehrt haben Frauen deutlich häufiger als Männer noch niemals geraucht (50,3 zu 33,7 Prozent), m.a.W. unter den männlichen Nichtraucher befinden sich mehr ehemalige Raucher als unter den weiblichen Nichtrauchern. Rauchen gilt als bedeutender Risikofaktor u.a. für Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen. Dass Männer zu höheren Anteilen Raucher sind, könnte somit teilweise die Krankenstandsunterschiede bei der Koronaren Herzkrankheit und beim Lungenkrebs erklären. Das Robert Koch Institut berichtet von einem Rückgang der Raucherinnen und Raucher in der erwachsenenen Bevölkerung seit dem Jahr 2003 sowie dass immer weniger Jugendliche mit dem Rauchen beginnen. Zuletzt ist in den 1990er Jahren der Anteil der Raucherinnen unter den Frauen gestiegen (Robert Koch-Institut 2014: 115).

**Frauen verzehren häufiger Obst- und Gemüse**

Obst- und Gemüsekonsum gelten als Indikatoren für eine gesunde Ernährung. „Die Vielfalt biologisch aktiver Substanzen in Obst und Gemüse trägt dazu bei, dass ein hoher Obst- und Gemüsekonsum mit einer Reihe positiver Gesundheitswirkungen assoziiert ist. Ein Ernährungsmuster mit einem entsprechend hohen Obst- und Gemüseanteil führt in der Regel dazu, dass andere, physiologisch weniger günstige Lebensmittel seltener verzehrt werden.“ Evidenz liegt

u. a. dafür vor, dass ein hoher Obst- und Gemüsekonsum dazu beiträgt, koronare Herzkrankheiten, Hypertonie und Schlaganfall zu vermeiden oder den Verlauf günstig zu beeinflussen. Eine vorbeugende Wirkung auf verschiedene Krebsarten wird ebenfalls angenommen. Zudem kann Obst- und Gemüsekonsum dazu beitragen, Übergewicht zu vermeiden (Robert Koch-Institut 2014: 105, sowie die dort zitierte Literatur).

Der Anteil derjenigen, der Obst- und Gemüse täglich verzehrt, ist in Abbildung 41 dargestellt. Frauen verzehren zu einem Anteil von 69,5 Prozent täglich Obst, gegenüber nur 48,0 Prozent der Männer. Auch beim Gemüsekonsum liegen sie klar vor den Männern (52,5 Prozent täglicher Gemüsekonsum gegenüber 35,8 Prozent).

Frauen weisen auch beim Alkoholkonsum den günstigeren Lebensstil auf. Etwa 20 Prozent der Frauen betreiben einen „riskanten Konsum“ von Alkohol<sup>10</sup> gegenüber 32,3 Prozent der Männer. Übermäßiger Alkoholkonsum gilt als vermeidbarer Risikofaktor u. a. für Leberzirrhose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und verschiedene Krebserkrankungen. Alkoholkonsum hängt außerdem mit Unfällen und Verletzungen zusammen.

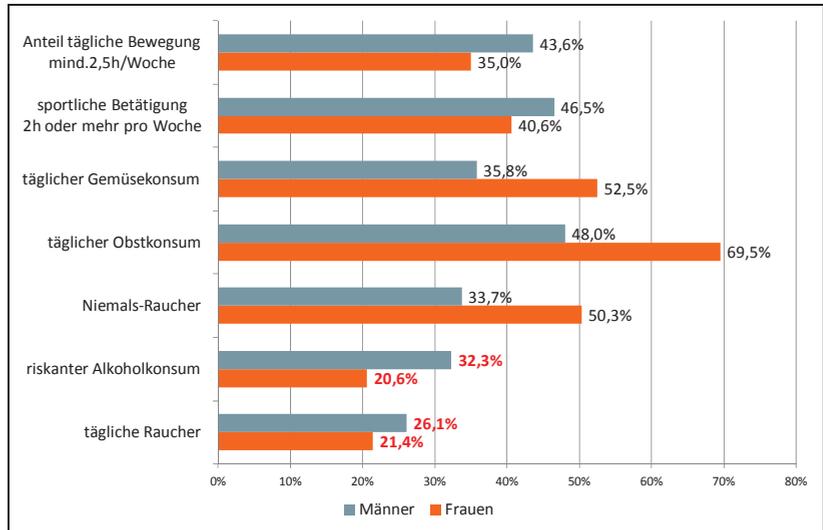
Bei sportlicher Betätigung und Bewegung weisen Männer den gesundheitlich günstigeren Lebensstil auf. Während Männer sich zu 43,6 Prozent wenigstens 2,5 Stunden pro Woche bewegen („so dass sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten“), tun dies nur 35,0 Prozent der Frauen. Männer treiben zu höheren Anteilen Sport (mit wenigstens 2 Stunden pro Woche Zeiteinsatz).

**Frauen weisen in Bezug auf Alkohol- und Tabakkonsum den gesundheitlich günstigeren Lebensstil auf.**

---

<sup>10</sup> Personen mit „riskantem Konsum“ werden auf Basis dreier Fragen des Fragebogeninstruments „Alcohol Use Disorder Identification Test-Consumption (AUDIT-C)“ identifiziert. Eine Rolle spielen dabei: Häufigkeit des Konsums, Menge des Konsums sowie Häufigkeit von Rauschtrinken.

Abbildung 41: Gesundheitsrelevante Aspekte des Lebensstils nach Geschlecht



Quelle: Robert Koch-Institut (2014, 2015a).

„Regeneration und Pause im Alltag sind durch die vielfältigen Aufgaben der Frauen in Alltag und Freizeit deutlich weniger ausgeprägt.“

Prof. Ingo Froböse, Deutsche Sporthochschule Köln

#### 4.4 Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von Männern und Frauen nach Branchen und Tätigkeitsmerkmalen

##### 4.4.1 Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Branchen

**Ist der höhere Krankenstand der Frauen darauf zurückzuführen, dass sie in Branchen mit hohen Krankenständen arbeiten?**

Der unterschiedliche Krankenstand von Frauen und Männern ist möglicherweise nicht nur auf das Morbiditätsgeschehen zurückzuführen, sondern könnte auch mit Merkmalen der Arbeitstätigkeit verbunden sein, die sich von Branche zu Branche unterscheiden. Z. B. hat die Branche Gesundheitswesen traditionell einen hohen Krankenstand. Gleichzeitig arbeiten im Gesundheitswesen auch – gemessen an den DAK-Versicherten – mehr als vier mal so viele Frauen wie Männer. Frauen hätten, sollte sich dies in den folgenden Analysen herausstellen, nicht einen höheren Krankenstand wegen ihres weiblichen Geschlechts, sondern weil ihre Branche überdurchschnittlich hohe Krankenstände hervor bringt.

Hierzu wird geprüft, ob der Krankenstand in bestimmten Branchen bei Frauen höher ist als bei Männern. Dies erfolgt über den Vergleich beider Geschlechter innerhalb der einzelnen Branchen. In Tabelle 7 sind die Fehltage je 100 Versicherte für alle Branchen nach Geschlecht dargestellt. In der rechten Spalte ist die Differenz der beiden Werte dargestellt. Diese Differenz ist zusätzlich in Abbildung 42 dargestellt. In 11 der 17 Branchen verursachen Frauen mehr Fehltage als Männer. Dies trifft besonders auf die Branche Bildung, Kultur, Medien, die Branche Banken und Versicherungen sowie die Öffentliche Verwaltung zu.

Die umgekehrte Situation erkennt man beispielsweise im Baugewerbe, hier verursachen Männer knapp 600 Fehltage je 100 Versicherte mehr als Frauen.

Die Branchen, in denen Männer die größere Zahl an Fehltage verursachen, sind entweder industrielle oder gewerbliche Branchen, wie etwa das Baugewerbe oder die Chemieindustrie. Auch wenn es mit den vorliegenden Daten nicht mit Sicherheit festgestellt werden kann, so ist doch davon auszugehen, dass in diesen – für DAK-Versicherte traditionell nicht typischen – Branchen Frauen eher in Verwaltungs- und Bürobereichen arbeiten (vgl. hierzu auch die Ausführungen in Kapitel 5), was mit einem sehr unterschiedlichen Belastungsgeschehen zusammenhängt.

Sollte es zutreffen, dass in den für die DAK-Gesundheit „besonderen“ Branchen wie die Chemieindustrie und das Baugewerbe Frauen andere Arbeitsbedingungen als Männer haben, und es somit legitim ist, an dieser Stelle nur die Branchen zu betrachten, in den Frauen einen höheren Krankenstand haben als Männer, dann lässt sich als Ergebnis festhalten:

Auch wenn man jede Branche einzeln betrachtet und den Krankenstand der Frauen mit dem der Männer vergleicht, bleibt der Befund bestehen, dass Frauen einen höheren Krankenstand haben als Männer.

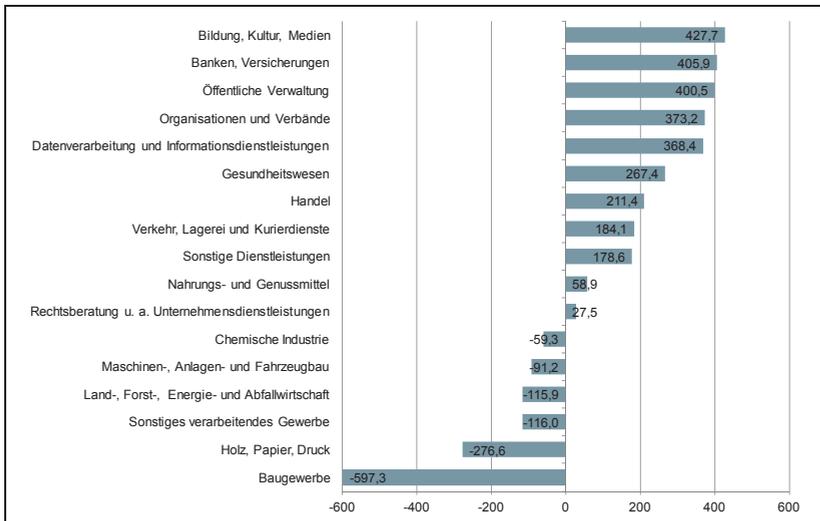
**Frauen haben auch dann einen höheren Krankenstand als Männer, wenn man diesen nach Branchen stratifiziert analysiert.**

Tabelle 7: AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Branchen und Geschlecht

	AU-Tage Männer	AU-Tage Frauen	Differenz (Frauen- Männer)
Bildung, Kultur, Medien	1.047,3	1.475,0	427,7
Banken, Versicherungen	1.037,4	1.443,3	405,9
Öffentliche Verwaltung	1.390,6	1.791,1	400,5
Organisationen und Verbände	1.067,8	1.441,0	373,2
Datenverarbeitung und Informations- dienstleistungen	901,0	1.269,4	368,4
Gesundheitswesen	1.574,6	1.842,1	267,4
Handel	1.345,9	1.557,2	211,4
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste	1.626,3	1.810,5	184,1
Sonstige Dienstleistungen	1.318,3	1.496,8	178,6
Nahrungs- und Genussmittel	1.577,9	1.636,8	58,9
Rechtsberatung u. a. Unternehmens- dienstleistungen	1.208,3	1.235,8	27,5
Chemische Industrie	1.582,4	1.523,0	-59,3
Maschinen-, Anlagen- und Fahr- zeugbau	1.486,3	1.395,1	-91,2
Land-, Forst-, Energie- und Abfall- wirtschaft	1.567,9	1.452,0	-115,9
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe	1.539,5	1.423,6	-116,0
Holz, Papier, Druck	1.649,6	1.373,0	-276,6
Baugewerbe	1.710,0	1.112,7	-597,3

Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Abbildung 42: Differenz im Fehltagevolumen je 100 Versicherte zwischen Männern und Frauen nach Branchen (2015)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

#### 4.4.2 Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von Männern und Frauen nach Tätigkeitsmerkmalen

Für Merkmale der Tätigkeit gilt die gleiche Überlegung, die zuvor in Bezug auf die Branche angestellt wurde: Haben Männer und Frauen auch dann noch unterschiedliche Krankenstände, wenn die Einflüsse von Merkmalen der Tätigkeit ausgeschaltet werden? Oder ist der Krankenstand der Frauen nur deswegen höher, weil ihre Tätigkeit häufiger Merkmale aufweist, die die eigentliche Ursache für den höheren Krankenstand der Frauen sind?

Ein solches zu prüfendes Merkmal des Beschäftigungsverhältnisses ist die Arbeitszeit hinsichtlich Vollzeit oder Teilzeit. Da dieses Merkmal Teil des Tätigkeitsschlüssels der Versicherten ist, sind Vollzeit und Teilzeit hier formal definiert, nicht etwa anhand einer bestimmten Grenzwertes der Arbeitszeit wie bspw. 35 Stunden pro Woche. Vollzeit wird hier verstanden als tarifliche oder betriebliche festgelegte Regelarbeitszeit. Teilzeit ist demgegenüber jede vertraglich festgelegte Arbeitszeit, die geringer als die tarifliche bzw. betriebliche Regelarbeitszeit ist (Bundesagentur für Arbeit 2014: 13ff.).

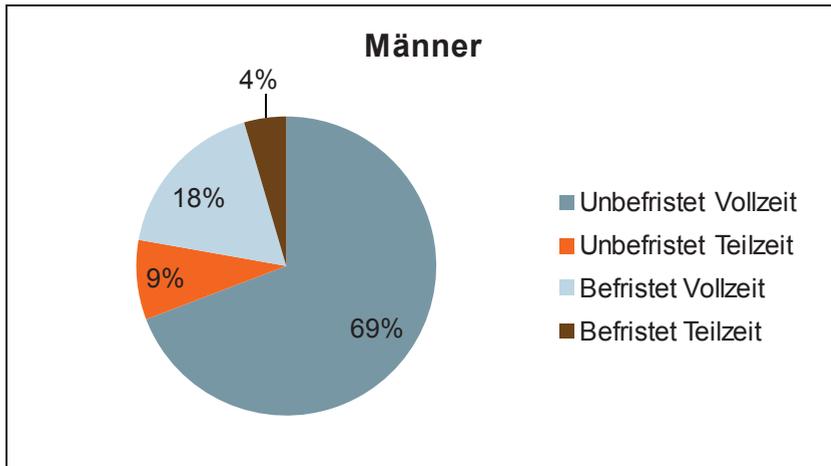
Bevor geprüft wird, wie die Vertragsform, die übrigens neben Vollzeit/Teilzeit auch das Merkmal befristet/unbefristet einschließt, mit Unterschieden im Krankenstand assoziiert ist, werden diese Merkmale für Männer (Abbildung 43) und Frauen (Abbildung 44) dargestellt. Für Beschäftigungsverhältnisse der Männer typisch ist die Vollzeit, entweder als unbefristeter Vollzeitvertrag (69 Prozent) oder

**Hängt die Geschlechterdifferenz im Krankenstand mit unterschiedlichen Tätigkeitsmerkmalen zusammen?**

als befristeter Vollzeitvertrag (18 Prozent). Nur 13 Prozent der Männer haben einen Teilzeitvertrag (befristet oder unbefristet).

Die Frauen dagegen teilen sich etwa jeweils zur Hälfte in Vollzeit und Teilzeit auf. Die größten Anteile von jeweils 40 Prozent entfallen dabei auf ein unbefristetes Vollzeitarbeitsverhältnis oder auf ein unbefristetes Teilzeitarbeitsverhältnis.

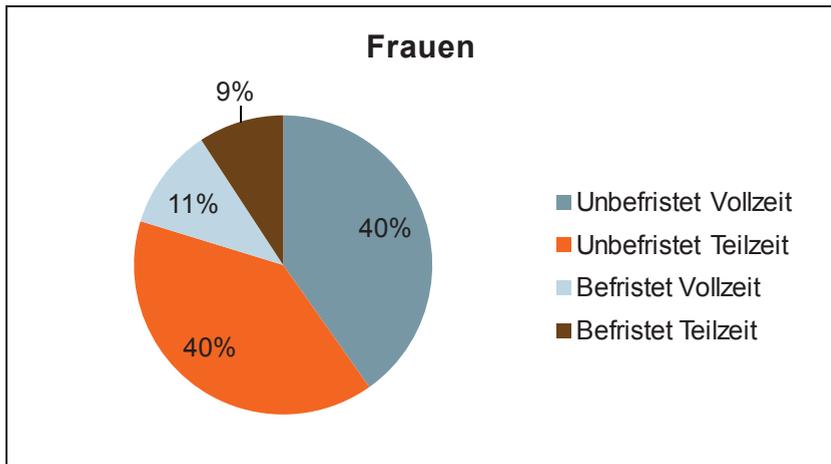
Abbildung 43: Verteilung erwerbstätige Männer nach Vertragsform (2015)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

**Für Männer ist ein unbefristetes Vollzeitarbeitsverhältnis typisch, für Frauen entweder ein unbefristetes Vollzeit- oder ein unbefristetes Teilzeitarbeitsverhältnis.**

Abbildung 44: Verteilung erwerbstätige Männer nach Vertragsform (2015)



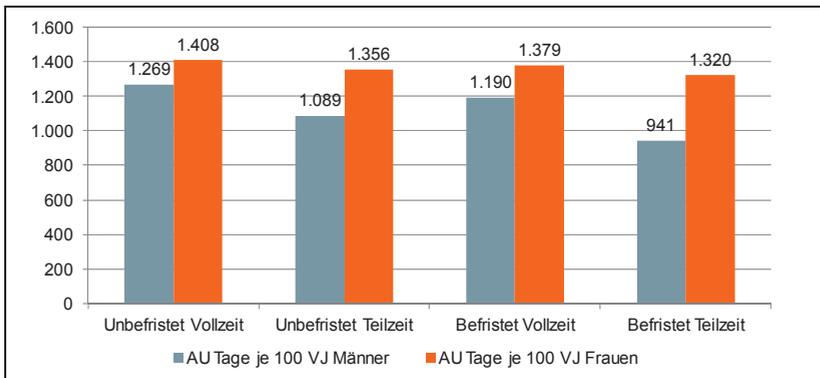
Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

Wie sich Männer und Frauen, die jeweils die gleiche Vertragsform, also die gleiche Kombination der Merkmale befristet/unbefristet und Vollzeit/Teilzeit, in ihrem Krankenstand unterscheiden, zeigt Abbildung 45 und Abbildung 46. Demnach unterscheidet sich der Krankenstand in der für Männer typischen (und für Frauen neben der unbefristeten Teilzeit ebenfalls typischen) Vertragsform der unbefristeten Vollzeitbeschäftigung um etwa 11 Prozent (1.269 AU-Tage je 100 Versicherte der Männer gegenüber 1.408 AU-Tage der Frauen). Diese relative Differenz entspricht in etwa der, die auch für die DAK-Versicherten insgesamt ermittelt wurde. Die Differenz der Fälle für diese Vertragsform ist mit etwa 18 Prozent deutlich größer (117,7 AU-Fälle je 100 Versicherte der Männer gegenüber 139,1 Fällen der Frauen).

In unbefristeter Teilzeit weisen beide Geschlechter einen niedrigeren Krankenstand auf, v.a. aber deutlich weniger AU-Fälle. Die Differenz zwischen Männern und Frauen ist größer als in der zuvor betrachteten Vertragsform (25 Prozent bei den AU-Tagen und sogar 40 Prozent bei den AU-Fällen), v.a. weil AU-Tage und AU-Fälle der Männer gegenüber ihren vollzeitarbeitenden Kollegen deutlich niedriger liegen. Auch für die beiden anderen Vertragsformen (die als befristete Arbeitsverhältnisse sowohl für Männer als auch für Frauen eher die Ausnahme sind), bleiben die Geschlechterunterschiede im Krankenstand bestehen.

Es kann also festgehalten werden: Egal welche Vertragsform miteinander verglichen wird: Stets haben Frauen deutlich mehr AU-Fälle als Männer und – damit einhergehend – auch mehr AU-Tage und damit einen höheren Krankenstand als Männer.

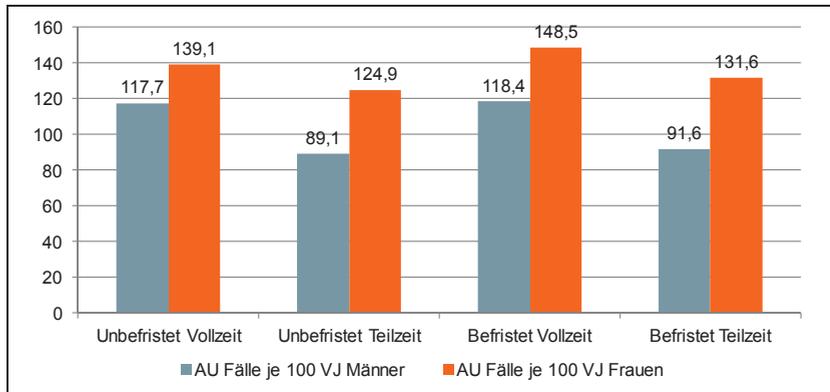
Abbildung 45: AU-Tage je 100 Versicherte nach Vertragsform (2015)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

**Für alle Vertragsformen gilt, dass Männer einen deutlich niedrigeren Krankenstand haben als Frauen.**

Abbildung 46: AU-Fälle je 100 Versicherte nach Vertragsform (2015)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

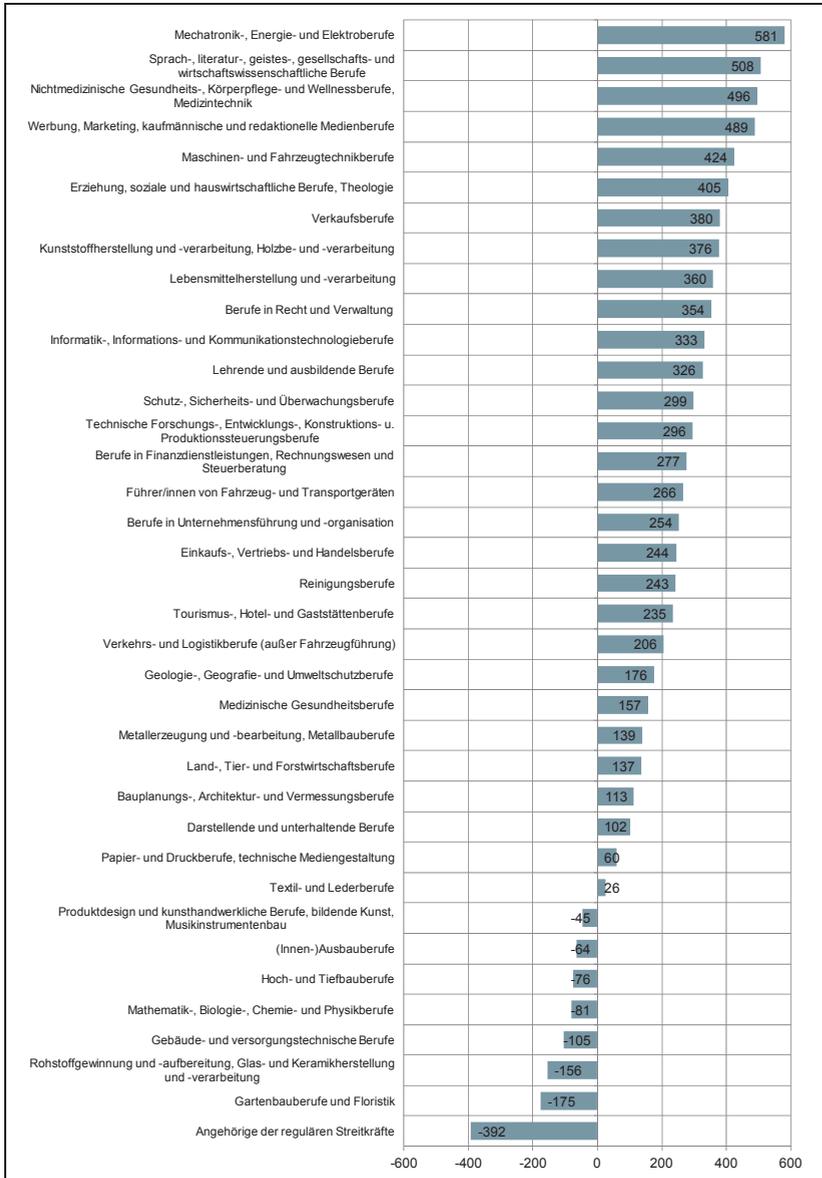
Neben der Vertragsform ist die Berufsgruppe ein weiteres Merkmal der Beschäftigten, das im Folgenden daraufhin geprüft wird, ob die Krankenstandsunterschiede verschwinden, wenn Männer und Frauen der jeweils gleichen Berufsgruppe miteinander verglichen werden (Abbildung 47). In den meisten Berufsgruppen (in 29 von 37) gilt, dass Frauen mehr Fehltag je 100 Versicherte haben als Männer. Z.B. haben 100 Frauen in Verkaufsberufen 380 Fehltag mehr als 100 Männer in Verkaufsberufen.

**Auch wenn Männer und Frauen die gleichen Berufe ausüben, ist der Krankenstand der Frauen deutlich höher.**

In acht Berufsgruppen haben Frauen jedoch weniger AU-Tage und damit einen niedrigeren Krankenstand als Männer. Teilweise handelt es sich dabei um Berufe, die traditionell eher selten von Frauen ausgeübt werden (Hoch- und Tiefbau, reguläre Streitkräfte), teilweise um hochqualifizierte Berufe (Mathematik-, Biologie-, Chemie- und Physikberufe). Welche Faktoren hier eine Rolle dafür spielen, dass in diesen Berufen das für andere Berufe festgestellte Muster des Geschlechterunterschieds im Krankenstand keine Gültigkeit hat, kann mit den vorhandenen Daten nicht festgestellt werden.

Da die Berufsgruppen, in denen Frauen einen niedrigeren Krankenstand als Männer haben, deutlich die Ausnahme sind, kann festgehalten werden: Auch dann wenn Frauen und Männer die gleichen Berufe ausüben, ist der Krankenstand der Frauen – teils deutlich – über dem der Männer.

Abbildung 47: Differenz der AU-Tage je 100 Versicherte zwischen Frauen und Männern nach Berufsgruppen (2015)



Quelle: Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit 2015

#### 4.4.3 Prüfung des Geschlechterunterschieds mittels multivariater Regression

##### **Logistische Regression zur Kontrolle mehrerer Einflussfaktoren auf den Krankenstand**

Im Folgenden wird mithilfe einer logistischen Regression untersucht, welchen Einfluss soziodemographische Faktoren wie Alter und Geschlecht sowie Merkmale der Tätigkeit auf die Wahrscheinlichkeit haben, mindestens einmal im Jahr 2014 krankgeschrieben zu sein. In den vorangegangenen Auswertungen wurde der Geschlechterunterschied im Krankenstand jeweils nach nur einer Variable stratifiziert ausgewertet – also beispielsweise der Geschlechterunterschied in den einzelnen Branchen.

Mit Hilfe eines multivariaten Verfahrens können demgegenüber die Einflüsse mehrerer Variablen gleichzeitig kontrolliert werden. Wenn sich auch nach Kontrolle solcher Einflussvariablen das Geschlecht als Einflussfaktor für Arbeitsunfähigkeit zeigt, kann mit größerer Sicherheit als auf Basis der vorangegangenen Analysen angenommen werden, dass der höhere Krankenstand der Frauen nicht durch andere Einflussfaktoren als das Geschlecht zustande kommt.

Um zu bestimmen, inwieweit das Merkmal Geschlecht – kontrolliert nach Alter, der beruflichen Stellung, der Branche und der Art der Beschäftigung – einen Effekt auf die Auftretenswahrscheinlichkeit eines AU-Falls hat, wird eine logistische Regression durchgeführt. Zielgröße ist eine (genauer: mindestens eine) Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2014. Diese Zielgröße nimmt den Wert Eins an, wenn ein Versicherter 2014 einmal oder mehrmals arbeitsunfähig war, andernfalls ist sie Null.

Datenbasis für diese Analyse sind die erwerbstätigen DAK-Versicherten im Jahr 2014 (die Analyse konnte, im Unterschied zu den anderen AU-Datenanalysen in diesem Gesundheits-Report, nicht auf der Basis des Jahres 2015 durchgeführt werden). Da in die Analyse mehrere Angaben gleichzeitig eingehen, von denen jede einzelne fehlende Werte im Datenbestand aufweisen kann, können durch Kombination dieser fehlenden Werte einige Datensätze nicht verwendet werden. Daher reduziert sich die Zahl der Versicherten auf etwa 1,3 Millionen. Es liegen keine Hinweise vor, dass die fehlenden Werte systematisch aufgetreten sind.

In Tabelle 8 sind alle Variablen mit ihren Ausprägungen und mit den dazugehörigen Häufigkeiten abgebildet, die nachfolgend in die Regressionsanalyse eingehen. Einige der Angaben können von an anderer Stelle berichteten Angaben leicht abweichen, weil in diese Analyse nicht die gesamte Datenbasis der erwerbstätigen DAK-Versicherten eingeht. 2014 hatten 47,4 Prozent der Versicherten mindestens einen AU-Fall. Desweiteren war eine deutliche Mehrheit (58,7 Prozent) der Versicherten weiblich. Es zeigt sich eine relativ ausgeglichene Altersstruktur, wobei die Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen mit 15,5 Prozent am stärksten vertreten war. Der überwie-

gende Teil der Versicherten (81,4 Prozent) wohnt in den alten Bundesländern. Etwa 45 Prozent der Versicherten haben die mittlere Reife, ein weiteres Drittel Abitur oder Fachabitur.

Das Anforderungsniveau der Arbeit drückt aus, welches Maß an Komplexität oder Schwierigkeit mit der ausgeübten beruflichen Tätigkeit verbunden ist. Diese Angabe ist Teil des Tätigkeitsschlüssels, der in den Versichertendaten enthalten ist. Das Anforderungsniveau „Helfer“ kennzeichnet Berufe mit Helfer- und Anlern Tätigkeiten, wie z.B. der Beruf der Krankenpflegehelferin. Mit dem Niveau „Fachkraft“ sind solche Berufe bezeichnet, die üblicherweise über eine dreijährigen Berufsausbildung erworben werden, wie z. B. Gesundheits- und Krankenpflegerin. Mit dem Niveau „Spezialist“ werden komplexe Spezialistentätigkeiten, die häufig auch zur Bewältigung gehobener Fach- und Führungsaufgaben befähigen, wie z. B. der Beruf der Fachkrankenschwester bzw. des Fachkrankenpflegers. Mit dem Niveau „Experte“ werden Berufe mit hoch komplexen Tätigkeiten wie Entwicklungs- Forschungs- und Diagnostik-tätigkeiten gekennzeichnet. Beispiel: Allgemeinärztin (Bundesagentur für Arbeit 2014: 7). Knapp zwei Drittel der Versicherten üben Tätigkeiten aus, für die Fachkenntnisse erforderlich sind, welche zumeist im Rahmen einer 3-jährigen Ausbildung erlernt wurden. Etwa ein Viertel der Beschäftigten übt Berufe aus, deren Anforderungsniveau über dem der Fachkraft liegt. Das Anforderungsniveau von etwa 10 Prozent wurde als „Helfer“ gekennzeichnet.

Die meisten Versicherten (66,9 Prozent) gingen 2014 einer Vollzeit-tätigkeit nach. Die in der Regression berücksichtigten Branchen - die öffentliche Verwaltung, das Gesundheitswesen und der Handel - gehören zu den für DAK-Versicherte typischen Branchen. Zudem sind das Gesundheitswesen und die öffentliche Verwaltung Branchen mit hohen Krankenständen. 40,4 Prozent der DAK-Versicherten sind in einer dieser drei Branchen beschäftigt.

**Zwei Drittel der Versicherten gehen einer Vollzeitbeschäftigung nach.**

Tabelle 8: Ausprägungen und Häufigkeiten der in der Regression verwendeten Variablen

Variable	Ausprägungen	Häufigkeiten
AU-Fall in 2014	Ja	47,4%
	Nein	52,6%
Geschlecht	Männer	41,3%
	Frauen	58,7%
Altersgruppen	15 – 19 Jahre	2,0%
	20 – 24 Jahre	5,8%
	25 – 29 Jahre	9,5%
	30 – 34 Jahre	10,5%
	35 – 39 Jahre	9,5%
	40 – 44 Jahre	10,3%
	45 – 49 Jahre	14,4%
	50 – 54 Jahre	15,5%
	55 – 59 Jahre	14,2%
	über 60 Jahre	8,4%
Wohnort in den alten Bundesländern	Ja	81,4%
	Nein	18,6%
Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	0,8%
	Hauptschulabschluss	21,3%
	Mittlere Reife	45,3%
	Abitur/Fachabitur	32,6%
Anforderungsniveau der Arbeit	Helfer	10,2%
	Fachkraft	64,6%
	Spezialist	12,9%
	Experte	12,3%
Vollzeit	Ja	66,9%
	Nein	33,1%
Öffentliche Verwaltung	Ja	7,7%
	Nein	92,3%
Gesundheitswesen?	Ja	17,5%
	Nein	82,5%
Handel	Ja	15,1%
	Nein	84,9%

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2014

Für die Analyse konnten Datensätze von 1.312.469 Versicherten aus dem Jahr 2014 zugrundegelegt werden. Zu beachten ist, dass der wichtigste Prädiktor für eine Arbeitsunfähigkeit natürlich eine Krankheit ist, und es sich hierbei um Datum handelt, das so in den Daten nicht vorliegt und daher auch nicht in die Analyse Eingang findet. Ziel der Regression ist es somit, den Einfluss von soziodemographischen Merkmalen und Merkmalen der Arbeitstätigkeit auf das Risiko einer Arbeitsunfähigkeit zu bestimmen. Mithilfe dieser

Merkmale konnte bei 55,9 Prozent aller Versicherten richtig „vorhergesagt“ werden, ob sie (wenigstens) eine Arbeitsunfähigkeit in 2014 hatten.

Tabelle 9: Ergebnisse der logistischen Regression

Variable	Regressions-koeffizient ( )	Odds Ratio (exp( ))
Geschlecht (Frau=1/Mann=0)	0,316*	1,37
Alter	0,000	1,00
Art des Schulabschluss	-0,162 **	0,85
Anforderungsniveau der Arbeit	-0,135 **	0,87
Vollzeit	0,198 **	1,22
Wohnort in den alten Bundesländern	-0,288 **	0,75
Öffentliche Verwaltung	0,301 **	1,35
Gesundheitswesen	0,151 **	1,16
Handel	-0,098 **	0,91
Konstante	0,724 **	2,06
<hr/>		
Einbezogene Fälle in die Analyse		1.312.469
Gesamtprozentsatz der richtig Vorhergesagten		55,9%
Nagelkerkes R-Quadrat		0,028

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2014 (Anmerkung: \*\* signifikant auf dem 0,001 Niveau)

In Tabelle 9 sind die einzelnen Variablen mit ihren Regressionskoeffizienten und Odds Ratios abgebildet. Der Regressionskoeffizient beschreibt die Beziehung zwischen der entsprechenden Variable und der Zielgröße. Ist ein Regressionskoeffizient negativ, wie zum Beispiel bei der Art des Schulabschlusses, so bedeutet das, dass ein höherer Schulabschluss die Wahrscheinlichkeit einer Arbeitsunfähigkeit reduziert. Die Odds Ratio gibt die Größe des Effektes der einzelnen Variable wie zum Beispiel dem Geschlecht auf die Zielgröße an und wird folgendermaßen interpretiert: Die Chance (engl. Odds) mindestens einmal im Jahr arbeitsunfähig zu werden ist bei Frauen 1,37-fach so hoch wie bei Männern. Die Sterne hinter dem Regressions-koeffizient geben an, ob eine Variable überhaupt einen signifikanten Einfluss auf die Zielgröße hat. Von den in die Analyse eingeschlossenen mutmaßlichen Einflussfaktoren hat sich nur das Alter nicht als signifikanter Einflussfaktor erweisen. Das Alter hat also keinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit mindestens einmal

**Je höher der Schulabschluss, umso geringer die Wahrscheinlichkeit, krankgeschrieben zu sein**

im Jahr arbeitsunfähig zu sein. Dieser Befund steht übrigens nicht im Widerspruch zum höheren Krankenstand älterer Beschäftigter. Dieser kommt v.a. durch die mit dem Alter steigenden Arbeitsunfähigkeitsdauern zustande.

Je höher der Schulabschluss, desto geringer die Wahrscheinlichkeit, arbeitsunfähig zu werden (Odds Ratio 0,85). Auch ein hohes Tätigkeitsniveau „schützt“ vor Arbeitsunfähigkeit (Odds Ratio 0,87), d. h. Beschäftigte, deren Beruf ein hohes Anforderungsniveau erfordert, haben eine geringere Chance (Odds), innerhalb eines Jahres mindestens einmal arbeitsunfähig zu sein im Vergleich zu Beschäftigten mit einem einfacheren Anforderungsniveau.

Eine Vollzeitstelle erhöht im Vergleich zu einer Teilzeitstelle das Risiko der Versicherten (wenigstens) einen AU-Fall zu haben.

Aus der Analyse der Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern ist bekannt, dass die alten Bundesländer einen niedrigeren Krankenstand im Vergleich zu den neuen Bundesländern aufweisen. Dies zeigt sich auch in dieser Regressionsanalyse, auch wenn nach Alter, Geschlecht und Schulbildung kontrolliert wird, spielt der Wohnort in den neuen oder alten Bundesländern eine Rolle für die Wahrscheinlichkeit wenigstens einer Arbeitsunfähigkeit. Versicherte, die in den alten Bundesländern leben haben ein deutlich geringeres Risiko, mindestens eine Arbeitsunfähigkeit im Jahr zu haben als Versicherte aus den neuen Bundesländern.

Beschäftigte im Gesundheitswesen und in der öffentlichen Verwaltung haben ein erhöhtes Risiko dafür, wenigstens einmal im Jahr arbeitsunfähig zu sein im Vergleich zu Versicherten, die in anderen Branchen tätig sind. Dass diese beiden Branchen sich in der multivariaten Regressionsanalyse als Einflussfaktor auf den Krankenstand zeigen, bedeutet: Der Krankenstand dieser beiden Branchen ist keinesfalls (nur) deswegen so hoch, weil dort der Frauenanteil sehr groß ist. Somit spricht vieles dafür, dass der erhöhte Krankenstand mit für diese Branchen spezifischen Arbeitsbedingungen zu erklären ist.

Der Handel zeigt sich demgegenüber als eine Branche, deren Beschäftigte ein geringeres Risiko als Beschäftigte anderer Branchen haben, wenigstens einmal im Jahr arbeitsunfähig zu sein.

Durch die Ergebnisse der logistischen Regression kann also festgehalten werden, dass Frauen auch unter Kontrolle von Merkmalen wie Branche, Schulabschluss und Vertragsform mit größerer Wahrscheinlichkeit als Männer arbeitsunfähig werden. Der Einfluss des Geschlechts auf die Wahrscheinlichkeit (wenigstens) einer Arbeitsunfähigkeit im Jahr ist dabei vergleichsweise hoch (Odds Ratio: 1,37).

## 4.5 Behandlungsquoten und Arzneimittelverordnungen von Männern und Frauen

### 4.5.1 Behandlungsquoten

In der Forschung zu Geschlecht und Gesundheit wird angenommen, dass sich Frauen und Männer dahingehend unterscheiden, wie sie Gesundheit und Krankheit, Beschwerden und Symptome wahrnehmen, wie sie bereit und fähig sind, sich diesbezüglich mitzuteilen und dass sie sich in unterschiedlichem Maße mit Gesundheit und Krankheit beschäftigen (Faltermaier und Hübner 2016, Hagen und Starker 2011: 4.e1). Eine Folge hiervon ist, dass Männer das Gesundheitssystem seltener oder später in Anspruch nehmen. Frauen nehmen häufiger die Leistungen eines niedergelassenen Arztes in Anspruch: 91 Prozent der Frauen, aber nur 84 Prozent der Männer nehmen innerhalb eines Jahres die Leistungen eines niedergelassenen Arztes in Anspruch. Die Inanspruchnahmequote ist übrigens am niedrigsten bei Männern zwischen 18 und 44 Jahren. Diese haben nur zu etwa 80 Prozent innerhalb der letzten 12 Monate einen Arzt aufgesucht (zahnärztliche Leistungen sind dabei unberücksichtigt) (Robert Koch-Institut 2014: 135).

**Männer suchen seltener als Frauen einen niedergelassenen Arzt auf.**

Für dieses Schwerpunktthema ist die geschlechterdifferente Inanspruchnahme insbesondere der ambulanten Versorgung relevant, weil sich hieraus ein Teil des höheren Krankenstandes der Frauen erklären könnte. So könnte man vermuten, dass mehr ärztliche Behandlungen auch mit einer höheren Zahl an Arbeitsunfähigkeitsfällen in Verbindung stehen.

Um dies zu überprüfen, werden im Folgenden die Behandlungsquoten und die durchschnittliche Zahl an Behandlungsfällen von Männern und Frauen im Jahr 2014 dargestellt.

Die Behandlungsquote beschreibt den Anteil an Versicherten, der mindestens einmal im Jahr eine ärztliche Behandlung in Anspruch genommen hat. Ein Behandlungsfall entsteht, wenn ein Patient in einem Quartal mindestens einmal einen niedergelassenen Arzt aufgesucht hat. Dabei zählt nicht die Zahl der Arztbesuche, entscheidend ist die Zahl der verschiedenen Ärzte, die in einem Quartal aufgesucht werden.

Die Behandlungsquote der Frauen liegt auch diesen Daten zufolge deutlich höher als die der Männer (Tabelle 10). 94,7 Prozent der weiblichen Versicherten hatten 2014 mindestens eine ärztliche Behandlung in Anspruch genommen. Bei den Männern liegt die Behandlungsquote mit 84,1 Prozent um 10,6 Prozentpunkte niedriger. Wird die Zahl der Behandlungen um jene Arztkontakte bereinigt, die

**Der Unterschied in der Inanspruchnahme ambulanter Behandlungen zwischen Männern und Frauen beträgt knapp 10 Prozentpunkte.**

aufgrund einer Vorsorgeuntersuchung<sup>11</sup> sowie durch die Verschreibung von Kontrazeptiva entstanden sind, sinkt die Behandlungsquote der Frauen nur leicht um 0,6 Prozentpunkte. Um die Behandlungsquoten der Männer und Frauen besser miteinander vergleichen zu können, werden zusätzlich Behandlungen ausgeschlossen, die aufgrund einer Schwangerschaft entstanden sind. Infolgedessen sinkt die Behandlungsquote der Frauen nochmals auf 93,9 Prozent ab. Die Behandlungsquote der Männer hat sich durch die Bereinigung nur geringfügig verändert und liegt bei 84,0 Prozent. Der Unterschied zwischen den Behandlungsquoten der Männer und Frauen beträgt dann immer noch 9,9 Prozentpunkte.

Nicht nur liegt die Behandlungsquote der Frauen über der der Männer, auch waren bei den Frauen 2014 deutlich mehr Behandlungsfälle zu verzeichnen. Männliche Versicherte hatten im Schnitt nur 4,2 Behandlungsfälle, Frauen hingegen 7,0. Frauen nehmen also deutlich häufiger eine ärztliche Leistung in Anspruch als Männer. Die Bereinigung der Behandlungszahl um Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen im Rahmen der Schwangerschaft verringern die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle der Frauen um 0,5 Fälle. Nichtsdestotrotz hatten Frauen 2014 2,3 Behandlungsfälle mehr als Männer (Tabelle 10).

Tabelle 10: Behandlungsquote und durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle je Versichertem 2014

	Gesamt	Männer	Frauen
Behandlungsquote	90,3%	84,1%	94,7%
Behandlungsquote ohne Vorsorgeuntersuchungen	90,0%	84,0%	94,1%
Behandlungsquote ohne Vorsorgeuntersuchungen und schwangerschaftsbedingte Behandlungen	89,8%	84,0%	93,9%
Durchschn. Behandlungsfallzahl	5,9	4,2	7
Durchschn. Behandlungsfallzahl ohne Vorsorgeuntersuchungen	5,6	4,2	6,6
Durchschn. Behandlungsfallzahl ohne Vorsorgeuntersuchungen und schwangerschaftsbedingte Behandlungen	5,5	4,2	6,5

Quelle: Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2014

Somit ist nicht nur die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle bei den Frauen höher, sondern auch die Zahl der Behandlungsfälle. Auf dieser Erkenntnis aufbauend, stellt sich die Frage, ob Frauen nur we-

<sup>11</sup> Diese Vorsorgeuntersuchung werden in den Behandlungsdaten mit folgenden ICD-Diagnoseschlüssel kodiert: Z00.0, Z01.4, Z01.6, Z12.1, Z12.5 und Z12.8

gen bestimmter Erkrankungen häufiger den Arzt aufsuchen als Männer, beispielsweise nur öfter als Männer mit einer Erkältung zum Arzt gehen oder generell häufiger zum Arzt gehen. In Tabelle 11 sind die Behandlungsquoten der zehn wichtigsten Erkrankungsgruppen nach Geschlecht dargestellt. In allen Erkrankungsgruppen weisen Frauen eine höhere Behandlungsquote im Vergleich zu Männern auf. Besonders groß ist der Unterschied bei Erkrankungen des Urogenitalsystems, bei denen die Betroffenenquote der Frauen um 50 Prozentpunkte höher als die der Männer liegt. Auf Grundlage dieser Ergebnisse lässt sich folglich feststellen, dass Frauen über das gesamte Krankheitsspektrum hinweg im Schnitt deutlich mehr Behandlungsfälle haben als Männer.

„Frauen sind gesundheitsbewusster als Männer und gehen deswegen eher zum Arzt und suchen Vorsorgeuntersuchungen auf. Dies könnte zu einer erhöhten Krankschreibewahrscheinlichkeit der Frauen führen.“

Prof. Elmar Brähler, Universität Leipzig

Tabelle 11: Behandlungsquote nach Erkrankungsgruppen je Versichertem in 2014

Diagnosegruppe	Gesamt	Männer	Frauen	Differenz (Frauen-Männer) *)
Muskel-Skelett-System	51%	45%	55%	10 PP
Atmungssystem	46%	42%	48%	7 PP
Urogenitalsystem	42%	13%	63%	50 PP
Nervensystem, Augen, Ohren	41%	34%	46%	12 PP
Endokrine	38%	28%	46%	17 PP
Symptome	38%	29%	45%	16 PP
Kreislaufsystem	34%	29%	37%	8 PP
Psychische Erkrankungen	33%	24%	39%	15 PP
Verdauungssystem	29%	27%	31%	3 PP
Verletzungen	26%	25%	27%	2 PP

Quelle: Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2014. \*) Prozentpunkte

In Tabelle 12 sind die häufigsten Behandlungsdiagnosen der Männer dargestellt. Bei 22,6 Prozent aller Männer liegt im Jahr 2014 eine Diagnose „Rückenschmerzen (M54)“ vor. Bei Frauen wurde diese Diagnose sogar bei 30,5 Prozent dokumentiert (vgl. Tabelle 13). Noch häufiger fand sich in den Behandlungsdaten der Frauen nur noch die Diagnose „Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina (N89)“ mit 31,7 Prozent. Am zweithäufigsten wurde bei den Männern mit 21,2 Prozent Bluthochdruck (Essentielle (primäre) Hypertonie (I10)) kodiert. Bei den Frauen war diese Diagnose etwas

**Die häufigsten Behandlungsdiagnosen der Männer: Rückenschmerzen, Bluthochdruck, Akute Infektionen**

seltener (20,8 Prozent). Anschließend folgen bei beiden Geschlechtern akute Infektionen der oberen Atemwege (Männer: 16,1 Prozent; Frauen: 18,4 Prozent).

„Ich denke, Frauen haben weniger Probleme damit, ‚zuzugeben‘, dass es Ihnen nicht gut geht, oder sie erkrankt sind, deswegen gehen Frauen eher zum Arzt als Männer“

Prof. Dr. Stephanie Krüger, Vivantes Humboldt-Klinikum Berlin

Tabelle 12: Top 20 Behandlungsdiagnosen der Männer

Rang	Diagnose	Behandlungsquote	Rang bei Frauen
1	Rückenschmerzen (M54)	22,6%	2
2	Essentielle (primäre) Hypertonie (I10)	21,2%	3
3	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege (J06)	16,1%	4
4	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien (E78)	14,6%	11
5	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (H52)	11,0%	5
6	Vasomotorische und allergische Rhinopathie (J30)	8,2%	16
7	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert (M99)	8,2%	12
8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs (A09)	8,0%	31
9	Adipositas (E66)	7,0%	21
10	Sonstige Bandscheibenschäden (M51)	6,9%	24
11	Asthma bronchiale (J45)	6,5%	25
12	Depressive Episode (F32)	6,5%	9
13	Somatoforme Störungen (F45)	6,2%	7
14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion (T14)	6,0%	42
15	Melanozytennävus (D22)	6,0%	19
16	Gastritis und Duodenitis (K29)	5,9%	30
17	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert (M25)	5,8%	35
18	Akute Bronchitis (J20)	5,6%	39
19	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert (M53)	5,6%	17
20	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17)	5,5%	45

Quelle: Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2014

„Frauen gehen rechtzeitig zum Arzt, das kann auch zu frühzeitiger oder häufiger Krankschreibung führen.“

Prof. Dr. Doris Bardehle, Charité Berlin

Tabelle 13: Top 20 Behandlungsdiagnosen der Frauen

Rang	Diagnose	Behandlungsquote	Rang bei Männern
1	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina (N89)	31,7%	*
2	Rückenschmerzen (M54)	30,5%	1
3	Essentielle (primäre) Hypertonie (I10)	20,8%	2
4	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege (J06)	18,4%	3
5	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (H52)	17,4%	5
6	Klimakterische Störungen (N95)	16,1%	*
7	Somatoforme Störungen (F45)	14,5%	13
8	Bauch- und Beckenschmerzen (R10)	14,4%	23
9	Depressive Episode (F32)	13,9%	12
10	Sonstige nichttoxische Struma (E04)	13,4%	44
11	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien (E78)	13,3%	4
12	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert (M99)	12,1%	7
13	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation (N92)	11,1%	*
14	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus (N94)	11,0%	*
15	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva (N76)	10,7%	*
16	Vasomotorische und allergische Rhinopathie (J30)	10,5%	6
17	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert (M53)	10,4%	19
18	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	10,3%	34
19	Melanozytennaevus (D22)	10,1%	15
20	Sonstige Hypothyreose (E03)	10,0%	79

Quelle: Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2014; Anmerkung: \* Diese Diagnosen sind bei Männern nicht vorhanden.

**Die häufigsten Behandlungsdiagnosen der Frauen: Nichtentzündliche Krankheiten der Vagina, Rückenschmerzen, Bluthochdruck**

Auf Grundlage der bisher gezeigten Ergebnisse kann zwar festgestellt werden, dass Frauen eine deutlich höhere Behandlungsquote als Männer haben, d.h. häufiger einen Arzt aufsuchen. Da zwar jede Arbeitsunfähigkeit an einen Behandlungsfall gekoppelt ist, aber nicht jeder Behandlungsfall zu einer Arbeitsunfähigkeit führt, ist es zur Erklärung der geschlechtsspezifischen Unterschiede beim Krankenstand wichtig, die beiden Größen – Behandlungsfälle und Arbeitsunfähigkeitsfälle – miteinander zu verknüpfen. Betrachtet werden im Folgenden Versicherte, die einen Behandlungsfall mit bestimmten Diagnosen hatten. Anschließend wird geprüft, ob diese Versicherten auch eine Arbeitsunfähigkeit aus dem Bereich dieser Diagnosen im Jahr 2014 hatten.

Zunächst wird geprüft, ob bei gegebener Behandlung Frauen zu einem höheren Anteil krankgeschrieben werden als Männer.

Tabelle 14: Anteil der Versicherten mit einem Behandlungsfall, die gleichzeitig einen AU-Fall der gleichen Diagnosegruppe hatten

Diagnose	Männer	Frauen
Gesamt (alle Diagnosen)	50,5%	53,7%
Muskel-Skelett-System	25,3%	21,3%
Atmungssystem	40,9%	45,3%
Psychische Erkrankungen	12,7%	15,5%

Quelle: Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit 2014

Wie aus Tabelle 14 hervorgeht, erfolgt bei 53,7 Prozent der Frauen mit mindestens einem Behandlungsfall auch eine Krankschreibung, bei Männern liegt dieser Anteil mit 50,5 Prozent etwas niedriger. Bei Männern mit Behandlungsfällen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen werden 25,3 Prozent auch wegen einer Muskel-Skelett-Erkrankung krankgeschrieben. Bei Frauen ist dieser Anteil mit 21,3 Prozent geringer. Bei den Behandlungsfällen aufgrund von Atemwegserkrankungen und psychischen Erkrankungen ist jedoch wiederum der Anteil der Krankschreibungen bei den Frauen höher als bei den Männern. Zusammenfassend lässt sich aus den Ergebnissen von Tabelle 14 feststellen, dass die AU-Quote bei gegebenem Behandlungsfall nicht in jedem Fall bei Frauen höher als bei Männern liegt, sondern dass dies abhängig ist von der Erkrankung(sgruppe) ist.

Zumindest teilweise gilt, dass Diagnosen, die auch im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen eine große Rolle spielen, sich auch in den Behandlungsdaten häufig dokumentiert finden. Beispiel: Muskel-Skelett-Erkrankungen: 22,6 Prozent der Männer und 30,5 Prozent der Frauen weisen die Dreistellerdiagnose M54: Rückenschmerzen auch in den ambulanten Daten auf. Beispiel psychische Erkrankungen: 6,5 Prozent der Männer und 13,9 Prozent der Frauen weisen die Diagnose einer depressive Episode (F32) in den Behandlungsdaten auf (übrigens liegen diese Werte recht nahe an den Angaben, die das Robert-Koch-Institut auf Basis von Selbstangaben macht (vgl. Abschnitt 4.3.6). Beispiel Atemwegserkrankungen: 16,1 Prozent der Männer und 18,4 Prozent der Frauen weisen die Diagnose J06: Akute Infektionen an mehreren (..) Lokalisationen der oberen Atemwege auf. Bei allen diesen typischen Arbeitsunfähigkeitsursachen weisen Frauen höhere Behandlungsquoten auf, was ein Hinweis dafür sein kann, dass sie häufiger an diesen Krankheiten leiden und/oder häufiger deswegen einen Arzt aufsuchen als Männer.

**Die wichtigen Diagnosen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen finden sich auch in den Behandlungsdiagnosen wieder.**

#### 4.5.2 Verordnete Arzneimittel

Die Analyse des Krankheitsgeschehens der erwerbstätigen Männer und Frauen wird im Folgenden durch die Analyse von Arzneimittelverordnungsdaten ergänzt. Die Analyse der Arzneimittelverordnungen erfolgt über die zweite Ebene des anatomisch-therapeutisch-chemischen (ATC20) Klassifikationssystems („Dreisteller-ATC“), auf der pharmakologisch vergleichbare Wirkstoffe zusammengefasst werden (vgl. Tabelle 15).<sup>12</sup>

Für eine differenzierte Einschätzung der Arzneimittelverordnungen wird die Verordnungsquote verwendet, die den Anteil der Versicherten beschreibt, der mindestens eine Verordnung im Jahr 2014 aus der betrachteten Wirkstoffgruppe erhalten hat.

Tabelle 15: Ebenen des ATC Klassifikationssystems

ATC	Ebene	Beispiel
A	Erste Ebene: Anatomische Hauptgruppe	Alimentäres System und Stoffwechsel
A10	Zweite Ebene: Therapeutische Untergruppe	Antidiabetika
A10B	Dritte Ebene: Pharmakologische Untergruppe	Antidiabetika excl. Insuline
A10BA	Vierte Ebene: Chemische Untergruppe	Biguanide
A10BA02	Fünfte Ebene: Chemische Substanz	Metformin

Quelle: IGES, eigene Darstellung nach WHO

<sup>12</sup> Auf diese Art wurden Arzneiverordnungsdaten der DAK-Gesundheit zuletzt im DAK-Gesundheitsreport 2014 (Marschall *et al.* 2014: 58f.) analysiert.

**Die am häufigsten verordneten Arzneimittel sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen Antibiotika.**

Welche Arzneimittel Männern und welche Frauen 2014 am häufigsten verordnet wurden, ist in Tabelle 16 (für Männer) und Tabelle 17 (für Frauen) dargestellt. Neben der Verordnungsquote für Männer ist in Tabelle 16 auch als Vergleich die Verordnungsquote der Frauen angegeben und der Rang, auf den das Arzneimittel im Ranking bei den Frauen kommt.

Auf Rang 1 stehen bei Männern als auch bei Frauen Antibiotika zur systematischen Anwendung (J01). Etwa ein Viertel der Männer, jedoch ein Drittel der Frauen haben Medikamente aus dieser ATC-Gruppe verordnet bekommen. Für beide Geschlechter stehen auf Rang zwei Antiphlogistika und Antirheumatika. Diese Arzneimittel werden zur symptomatischen Therapie entzündlicher Gelenkerkrankungen, bei Gelenkschmerzen oder bei Rückenschmerzen eingesetzt. Etwa jeder vierte Mann und etwa jede vierte Frau haben Medikamente aus dieser Gruppe verschrieben bekommen. Auch weitere Wirkstoffgruppen, die zur Schmerzbekämpfung eingesetzt werden können, gehören zu den häufig verschriebenen Arzneimitteln. Analgetika wurden 8,9 Prozent der Männer und 13,0 Prozent der Frauen verordnet – hierzu gehören Opioide, Analgetika und Antipyretika. Darunter fallen auch Wirkstoffe, die bei Migräne und Clusterkopfschmerzen eingesetzt werden (Häussler et al. 2014: 283).

Die ATC-Untergruppe C09 bezeichnet Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System, die zu den Mitteln zur Behandlung der Hypertonie gehört. Hypertonie gehört bei Männern wie Frauen zu den häufigsten Behandlungsdiagnosen (vgl. Abschnitt 4.5.1), dementsprechend hoch ist der Anteil der Männer (15,0 Prozent) und der Frauen (12,3 Prozent), die ein Medikament mit entsprechendem Wirkstoff verordnet bekommen.

Während die Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System bei den Männern bereits auf Rang 3 der am häufigsten verordneten Medikamente stehen, kommen sie bei Frauen erst auf Rang 6. Medikamenten zur Schilddrüsentherapie wurden fast jeder sechsten Frau (17,4 Prozent) verordnet (aber nur 3,6 Prozent der Männer). Weitere Blutdrucksenkende Mittel in den 20 häufigsten Verordnungen sind Betablocker (C07), die 9,1 Prozent der Männer und 10,6 Prozent der Frauen verordnet bekamen. Auch Calciumkanalblocker (C08), die zur Behandlung der Angina pectoris eingesetzt werden, gehören zu den häufig verordneten Arzneimitteln (3,9 Prozent der Männer, 3,1 Prozent der Frauen).

Für beide Geschlechter spielen Mittel bei säurebedingten Erkrankungen (A02) eine große Rolle. 11,5 Prozent der Männer und 14,2 Prozent der Frauen hatten wenigstens eine Verordnung im Jahr 2014 für eines dieser Mittel. Mittel bei peptischem Ulcus / gastroesophagealer Refluxkrankheit (A02B) sind magensäurehemmende Arzneimittel. Sie werden auch häufig als Komedikation zur Verbesserung der Verträglichkeit („Magenschutz“) verordnet.

Die ATC-Untergruppe N06 (Psychoanaleptika) umfasst Antidepressiva, Antidementiva, Mittel zur Behandlung von ADHS und weitere Teil-Indikationsgruppen. Die bei weitem größte Rolle in der Verordnungshäufigkeit dürften hier die Antidepressiva spielen (vgl. Häussler et al. 2014: 328f., sowie die Analysen im DAK-Gesundheitsreport 2014 (Marschall et al. 2014: 58f.)). Frauen bekommen fast doppelt so häufig wie Männer ein Psychoanaleptika verordnet (9,0 zu 4,8 Prozent). Der Geschlechterunterschied, aber auch die große Bedeutung dieser Mittel für beide Geschlechter entsprechen der großen Bedeutung von Depressionen, wie sie in den ambulanten Diagnosedaten zum Ausdruck kommen.

Medikamente, die für beide Geschlechter eine relativ große Rolle spielen sind Antidiabetika (A10), Husten- und Erkältungspräparate (R05) sowie die recht heterogene Gruppe der Ophthalmika (S01), die Medikamente der Augenheilkunde umfassen.

**Frauen bekommen fast doppelt so häufig Psychoanaleptika, v. a. Antidepressiva wie Männer verordnet.**

Tabelle 16 : Die 20 häufigsten Verordnungen bei Männern

**Die 20 häufigsten Verordnungen bei Männern**

	ATC	Bezeichnung	Verord.- quote Männer	Verord.- quote Frauen	Rang Frauen
1	J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	25,2%	33,9%	1
2	M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	23,4%	25,6%	2
3	C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	15,0%	12,3%	6
4	A02	Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen	11,5%	14,2%	4
5	C07	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten	9,1%	10,6%	7
6	N02	Analgetika	8,9%	13,0%	5
7	R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	6,6%	8,5%	10
8	C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel Beeinflussen	5,7%	3,2%	19
9	D07	Corticosteroide, Dermatologische Zubereitungen	5,5%	8,4%	11
10	S01	Ophthalmika*	5,2%	7,2%	12
11	N06	Psychoanaleptika	4,8%	9,0%	9
12	B01	Antithrombotische Mittel	4,6%	3,4%	18
13	H02	Corticosteroide zur Systemischen Anwendung	4,3%	5,9%	13
14	A10	Antidiabetika	4,0%	2,4%	24
15	C08	Calciumkanalblocker	3,9%	3,1%	20
16	H03	Schilddrüsentherapie	3,6%	17,4%	3
17	R01	Rhinologika	3,4%	4,5%	15
18	R05	Husten- und Erkältungspräparate	3,1%	4,6%	14
19	M04	Gichtmittel	2,8%	0,5%	48
20	A03	Mittel bei funktionellen Gastrointestinalen Störungen	2,6%	4,2%	16

Quelle: Verordnungsdaten DAK-Gesundheit 2014

Tabelle 17: Die 20 häufigsten Verordnungen bei Frauen

	ATC	Bezeichnung	Verord.- quote Frauen	Verord.- quote Männer	Rang Männer
1	J01	Antibiotika zur Systemischen Anwendung	33,9%	25,2%	1
2	M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	25,6%	23,4%	2
3	H03	Schilddrüsentherapie	17,4%	3,6%	16
4	A02	Mittel Bei Säure bedingten Erkrankungen	14,2%	11,5%	4
5	N02	Analgetika	13,0%	8,9%	6
6	C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	12,3%	15,0%	3
7	C07	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten	10,6%	9,1%	5
8	G03	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems	9,9%	0,3%	47
9	N06	Psychoanaleptika	9,0%	4,8%	11
10	R03	Mittel Bei Obstruktiven Atemwegserkrankungen	8,5%	6,6%	7
11	D07	Corticosteroide, Dermatologische Zubereitungen	8,4%	5,5%	9
12	S01	Ophthalmika*	7,2%	5,2%	10
13	H02	Corticosteroide zur Systemischen Anwendung	5,9%	4,3%	13
14	R05	Husten- und Erkältungspräparate	4,6%	3,1%	18
15	R01	Rhinologika	4,5%	3,4%	17
16	A03	Mittel Bei Funktionellen Gastrointestinalen Störungen	4,2%	2,6%	20
17	N05	Psycholeptika	3,7%	2,3%	23
18	B01	Antithrombotische Mittel	3,4%	4,6%	12
19	C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	3,2%	5,7%	8
20	C08	Calciumkanalblocker	3,1%	3,9%	15

**Die 20 häufigsten Verordnungen bei Frauen**

Quelle: Verordnungsdaten DAK-Gesundheit 2014

**Im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports wurden 5.221 Beschäftigte standardisiert befragt.**

#### **4.6 Geschlechterunterschiede bei Arbeitsunfähigkeit und Präsentismus: Auswertung der Beschäftigtenbefragung**

Mittels einer standardisierten Befragung von 5.221 abhängig Beschäftigten können weitere Fragen und Thesen untersucht werden, die auf Basis der DAK-Routinedaten nicht oder nur unzureichend untersucht werden können. Hierzu gehören insbesondere Fragen von Einstellungen und Praktiken in Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeit.

Die Befragung wurde im November und Dezember 2015 durch das Befragungsinstitut Forsa als Online Befragung realisiert. Das von Forsa verwendete Panel befragt auch Personen ohne Internetanschluss (diese Gruppe nimmt mittels einer Box am Fernsehgerät an Befragung teil), so dass es hier nicht zu einer Verzerrung dahingehend kommt, dass nur Personen mit Internetanschluss beteiligt wären.<sup>13</sup>

##### **4.6.1 Soziodemografische Angaben der Befragten**

Die Befragung ist repräsentativ für die abhängig Beschäftigten in Deutschland

Die Befragten wurden auf Basis der Daten des Mikrozensus nach Alter und Geschlecht sowie Bildung und Bundesland gewichtet, so dass der Datensatz repräsentativ für die abhängig Beschäftigten in Deutschland ist. Tabelle 18 zeigt die Demografie der Befragten vor Verwendung der Gewichtung. Tabelle 19 zeigt die Befragten nach Alter und Geschlecht mit verwendetem Gewicht. Alle weiteren Auswertungen sind auf Basis des gewichteten Datensatzes.

---

<sup>13</sup> Zur Befragung eingeladen wurden 11.166 Personen, die Rücklaufquote beträgt demnach 46,8 Prozent.

Tabelle 18: Befragte nach Alter und Geschlecht (ungewichtet)

Alter	Geschlecht					
	männlich		weiblich		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
19	4	0,1%	1	0,0%	5	0,1%
20-24	29	0,9%	29	1,4%	58	1,1%
25-29	109	3,5%	120	5,7%	229	4,4%
30-34	285	9,1%	258	12,3%	543	10,4%
35-39	272	8,7%	209	9,9%	481	9,2%
40-44	368	11,8%	232	11,0%	600	11,5%
45-49	591	19,0%	364	17,3%	955	18,3%
50-54	575	18,5%	380	18,1%	955	18,3%
55-59	520	16,7%	333	15,8%	853	16,3%
60-65	363	11,6%	179	8,5%	542	10,4%
Gesamt	3116	100,0%	2105	100,0%	5221	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2015

Tabelle 19: Befragte nach Alter und Geschlecht (gewichtet)

Alter	Geschlecht					
	männlich		weiblich		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
19	7	,3%	4	,1%	11	,2%
20-24	54	2,0%	58	2,3%	112	2,1%
25-29	222	8,2%	219	8,7%	442	8,5%
30-34	591	21,9%	505	20,1%	1096	21,0%
35-39	187	6,9%	203	8,1%	391	7,5%
40-44	293	10,8%	260	10,3%	552	10,6%
45-49	514	19,0%	457	18,2%	972	18,6%
50-54	327	12,1%	325	12,9%	652	12,5%
55-59	301	11,1%	306	12,2%	607	11,6%
60-65	208	7,7%	180	7,2%	388	7,4%
Gesamt	2704	100,0%	2517	100,0%	5221	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2015

Die befragten Männer verteilen sich im Großen und Ganzen zu jeweils einem Drittel auf die drei Schulabschlüsse Haupt-, Realschulabschluss und Abitur bzw. Fachabitur (Tabelle 20). Nur vereinzelt haben Befragte keinen Schulabschluss. Unter den Frauen sind dagegen häufiger Befragte mit Abitur (knapp 39 Prozent) und mittlerer Reife (41 Prozent), und dementsprechend weniger mit Hauptschulabschluss (20 Prozent).

Tabelle 20: Befragte nach Geschlecht und Schulabschluss

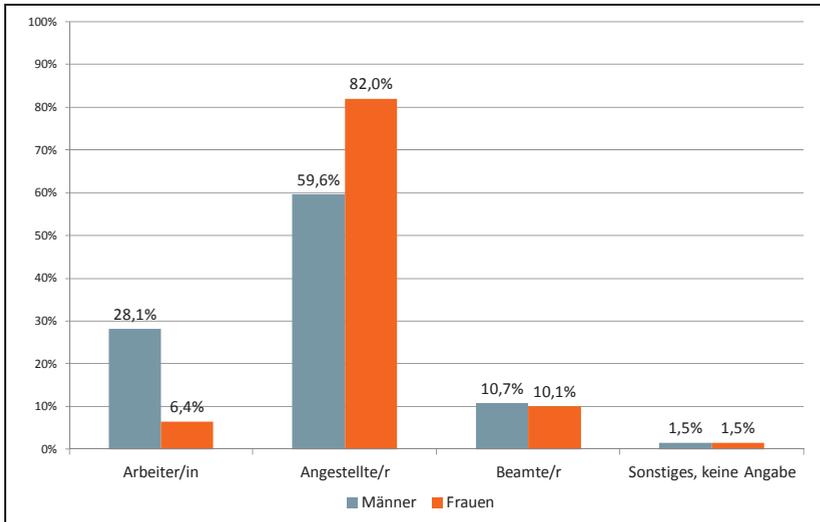
Schulabschluss	Geschlecht					
	männlich		weiblich		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keinen Abschluss	10	0,4%	7	0,3%	17	0,3%
Haupt-/Volksschulabschluss	860	32,0%	507	20,4%	1367	26,4%
Mittlerer Abschluss	924	34,4%	1016	40,8%	1940	37,5%
Abitur oder Fachabitur	894	33,2%	960	38,6%	1854	35,8%
Gesamt	2688	100,0%	2490	100,0%	5178	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2015

**Die Befragten sind überwiegend Angestellte.**

Die Befragten gehören weit überwiegend zur Gruppe der Angestellten (82 Prozent der Frauen und 60 Prozent der Männer) (Abbildung 48). Unter den Männern ist eine größere Gruppe Arbeiter (28 Prozent) während die Frauen kaum zu den Arbeiterinnen gehören (6 Prozent). Etwa jeder zehnte Befragte ist Beamter bzw. Beamtin.

Abbildung 48: Befragte nach Geschlecht und Beruflicher Statusgruppe



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2015  
N (Männer/Frauen) = 2.704 / 2.517

#### 4.6.2 Das AU-Geschehen im Spiegel selbst berichteter AU-Fälle und AU-Tage

Die folgenden Auswertungen werden zu großen Teilen eine Beziehung zwischen verschiedenen Einstellungen und Praktiken der Befragten einerseits, und ihren Arbeitsunfähigkeitsfällen und -tagen andererseits herstellen. Daher enthält der Fragebogen verschiedene Fragen, die abfragen, ob ein Befragter in den letzten 12 Monaten eine Arbeitsunfähigkeit hatte und wenn ja wie oft und mit wie vielen AU-Tagen. Hierbei handelt es sich also um selbst berichtete Angaben zur Arbeitsunfähigkeit.

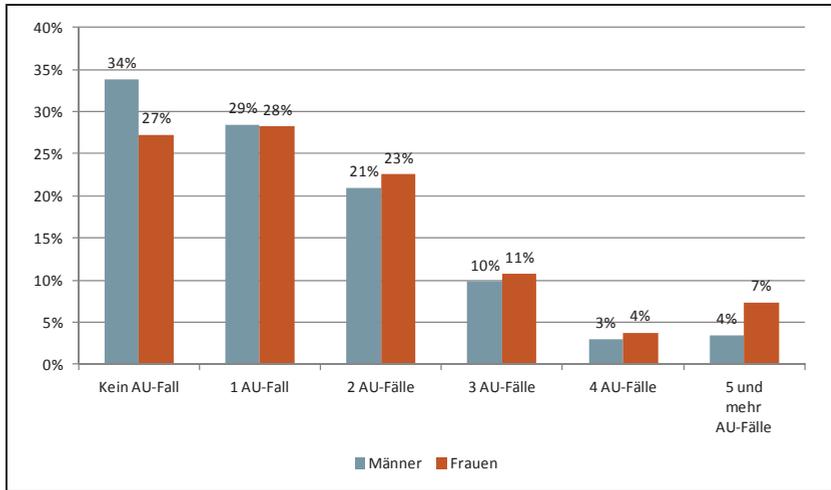
Was bereits in den vorangegangenen Analysen auf Basis der DAK-Routinedaten ermittelt wurde, spiegelt sich auch in den Befragungsdaten wider: Die selbstberichteten Arbeitsunfähigkeitstage und -fälle unterscheiden sich nach Geschlecht dahingehend, dass Frauen mehr AU-Tage und mehr AU-Fälle als Männer berichten. Der größte Unterschied ist hinsichtlich des Anteils zu erkennen, der keinen einzigen AU-Fall (und damit auch keinen AU-Tag) in den letzten 12 Monaten hatte (Abbildung 49 und Abbildung 50).

Frauen weisen 21 Prozent mehr AU-Fälle als Männer auf (1,7 zu 1,4) und 8 Prozent mehr AU-Tage (14,4 zu 12,1) (vgl. Tabelle 21).<sup>14</sup>

**Frauen geben mehr Fehltage und Arbeitsunfähigkeitsfälle als Männer an.**

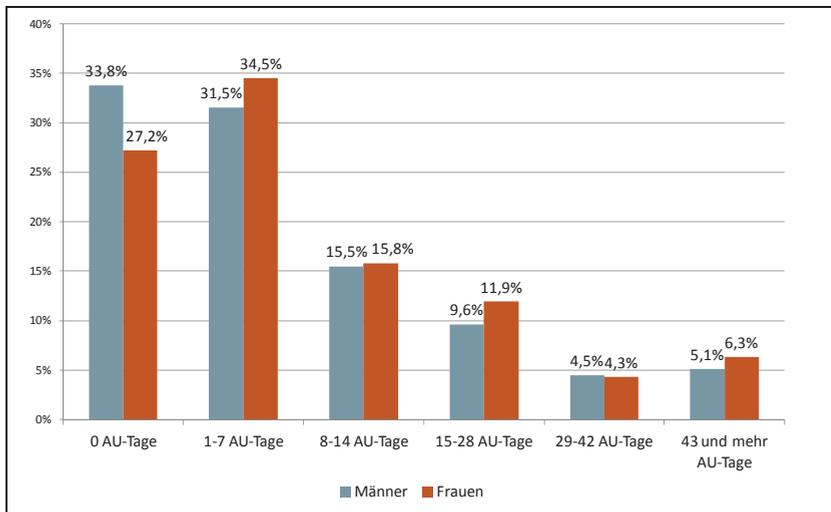
<sup>14</sup> Im Unterschied zu den vorangegangenen Kapiteln werden hier nicht Angaben je 100 Versicherte gemacht, sondern pro Kopf. 1,7 AU-Fälle entsprechen also 170 AU-Fälle je 100 Versicherte.

Abbildung 49: Selbstberichtete Anzahl Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit  
 N (Männer/Frauen) = 2.669 / 2.468

Abbildung 50: Selbstberichtete Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage nach Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit  
 N (Männer/Frauen) = 2.679/2.473

Während Männer im Schnitt 1,4 AU-Fälle in den letzten 12 Monaten angeben, berichten Frauen, dass sie 1,7 mal krank gemeldet waren. Männer kommen so auf 12,1 AU-Tage, Frauen auf 14,4. Die Kennzahlen fasst Tabelle 21 zusammen.

Tabelle 21: Selbstberichtete Arbeitsunfähigkeitstage und -fälle (Mittelwerte) nach Geschlecht

		N	Mittelwert
AU-Fälle (Anzahl Krankmeldungen letzte 12 Monate)	Männer	2.669	1,4
	Frauen	2.470	1,7
	Gesamt	5.139	1,6
AU-Tage (Anzahl Arbeitstage krank gemeldet)	Männer	2.679	12,1
	Frauen	2.474	14,4
	Gesamt	5.153	13,2
Betroffenenquote <sup>15</sup>	Männer	2.698	66,4 %
	Frauen	2.510	73,2 %
	Gesamt	5.208	69,7 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit

Vergleicht man diese Selbst-Angaben mit dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, wie es in diesem Report auf Basis der DAK-Daten berichtet wird, sind insbesondere zwei wichtige Unterschiede zu beachten:

Erstens umfassen die selbst berichteten AU-Fälle und AU-Tage auch solche, für die die Beschäftigten keine ärztliche AU-Bescheinigung benötigten und die daher ihrer Krankenkasse nicht zur Kenntnis gelangten. Außerdem werden durch die Krankenkassen solche Fälle nicht gezählt, bei denen weder der Arzt noch der Versicherte die AU-Bescheinigung der Krankenkasse zusendet. Daher haben Beschäftigte mehr selbst berichtete AU-Fälle in den letzten 12 Monaten, als die AU-Daten der DAK-Gesundheit für das Jahr 2015 verzeichnen. Männer haben 1,4 selbst berichtete AU-Fälle gegenüber 1,2 AU-Fälle gemäß AU-Daten der DAK-Gesundheit. Frauen haben 1,7 selbst berichtete AU-Fälle gegenüber 1,3 der DAK-Gesundheit bekannten AU-Fälle. Für die Bewertung dieses Unterschieds spielt darüber hinaus eine Rolle, dass das AU-Geschehen sich aus vergleichsweise vielen kurzen und vergleichsweise wenig langen AU-Fällen zusammensetzt (vgl. Abbildung 9).

**Vergleich selbst  
berichteter Krankenstand mit dem  
in Routinedaten  
dokumentierten  
Krankenstand**

<sup>15</sup> Die in der Tabelle berichtete Betroffenenquote entspricht nicht exakt 100 Prozent abzüglich dem in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** und **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** berichteten Anteil der Befragten mit 0 AU-Fällen, weil in diese eine größere Anzahl von Missings eingegangen sind, dadurch, dass sie auf Folgefragen beruhen.

Demgegenüber ist zwischen den selbst berichteten AU-Tagen und der Anzahl AU-Tage gemäß Angaben der DAK-Gesundheit ein geringerer Unterschied zu erwarten, da die AU-Tage vor allem durch die selteneren Langzeit-Arbeitsunfähigkeiten getrieben werden. Diese werden im Unterschied zu kurzen Arbeitsunfähigkeiten nicht durch die Daten der DAK-Gesundheit unterschätzt, weil sie in aller Regel der Krankenkasse zu Kenntnis gelangen. Tatsächlich ist die Anzahl der selbst berichteten AU-Tage sogar geringer als die durch die Routinedaten berichteten. Männer: 12,1 zu 14,1; Frauen: 14,4 zu 16,0 AU-Tage je Beschäftigtem. Es ist anzunehmen, dass sich Befragte an die genaue Anzahl ihrer Fehltag schlechter erinnern als an ihre Arbeitsunfähigkeitsfälle. Zu beachten ist auch, dass die Befragungsdaten Fehltag in Bezug auf Arbeitstage abfragen, die Daten der Krankenkassen jedoch alle Kalendertage erfassen.

#### 4.6.3 Gesundheitszustand und Arbeitsunfähigkeit

Haben Frauen deswegen einen höheren Krankenstand, weil sie häufiger krank sind? Diese Hypothese geht von der einfachen Überlegung aus, dass im Normalfall ein Krankheitsfall eine Arbeitsunfähigkeit verursacht, und dass, wer häufiger krank ist, demnach auch häufiger arbeitsunfähig ist. Der höhere Krankenstand der Frauen wäre dann darauf zurückzuführen, dass Frauen mehr von Krankheit betroffen sind und aus diesem Grund einen höheren Krankenstand aufweisen.

Der Zusammenhang von Morbidität und Arbeitsunfähigkeit kann durch den Fragebogen anhand von zwei Items geprüft werden:

1. Durch den selbstberichteten Gesundheitszustand sowie
2. Durch ein Screening auf Depression (PHQ2) als Indikator für die psychische Gesundheit<sup>16</sup>

**Frauen und Männer im erwerbstätigen Alter berichten zu jeweils gleich großen Anteilen von einem guten oder sehr guten Gesundheitszustand.**

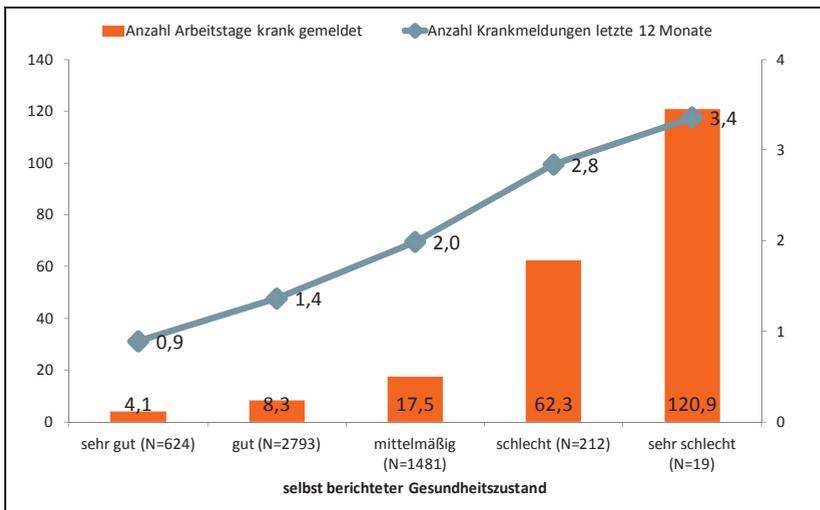
Die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes wird international zur Erfassung der subjektiven Gesundheit in Bevölkerungsstudien verwendet. Trotz der Einfachheit dieses Indikators hat sich herausgestellt, dass die persönlichen und sozialen Dimensionen des eigenen Befindens gut abgedeckt werden und dass sich der selbst berichtete Gesundheitszustand in Längsschnittstudien als aussagekräftig herausgestellt hat für Outcomes wie die künftige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und die Sterblichkeit. Er ist auch ein unabhängiger Prädiktor für das Auftreten chronischer Erkrankungen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Lungenerkrankungen (Latham und Peek 2012: 112, Robert Koch-Institut 2014: 37, van der Linde et al. 2013:1)

<sup>16</sup> Der PHQ2 (Patient Health Questionnaire mit zwei Items) ist die Kurzfassung des PHQ9 und enthält nur zwei Items. Er wird als Screening einer Major Depression eingesetzt. Mit einem Wertebereich von 0-6 wurde als Grenzwert für ein positives Screening-Ergebnis größer-gleich 3 vorgeschlagen (Arroll *et al.* 2010: 348), da so Sensitivität und Spezifität optimiert wird.

Der selbst berichtete Gesundheitszustand unterscheidet sich in epidemiologischen Bevölkerungsbefragungen zwischen Männern und Frauen zwar signifikant, aber nur geringfügig: Das Robert Koch-Institut berichtet, dass 69 Prozent der Frauen und 72 Prozent der Männer ihre Gesundheit als gut oder sehr gut bewerten. In den Altersgruppen von 30-64 Jahren, die einen großen Teil der erwerbstätigen Bevölkerung stellen, gibt es allerdings keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Etwa 82 Prozent der 30- bis 44-Jährigen und 66-67 Prozent der 45- bis 64-Jährigen geben einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand an (Robert Koch-Institut 2014: 39f.).

Zunächst ist festzustellen, ob es überhaupt einen Zusammenhang zwischen (selbst berichtetem) allgemeinem Gesundheitszustand und (selbst berichteten) Arbeitsunfähigkeitstagen und -fällen gibt. Wie Abbildung 51 zeigt, ist dies der Fall. Je schlechter der Gesundheitszustand, umso mehr Arbeitsunfähigkeit.

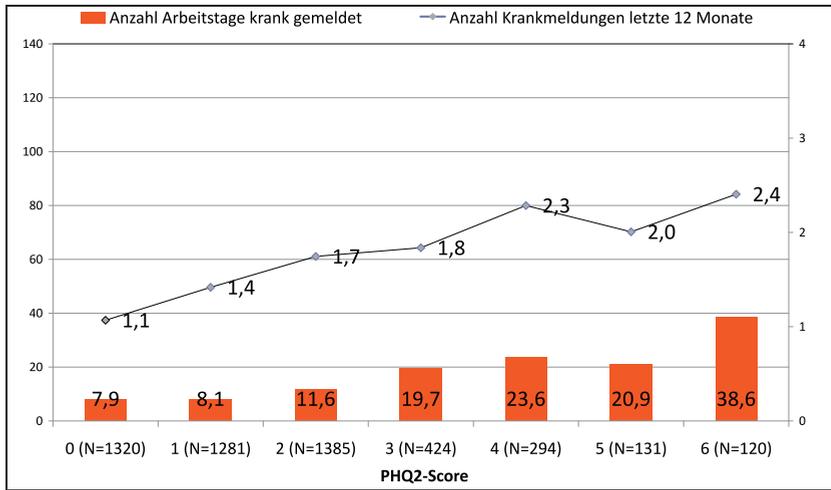
Abbildung 51: Selbst berichtete AU-Tage und AU-Fälle nach Gesundheitszustand



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit

Auch ein Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit (operationalisiert als PHQ2-Score) und Arbeitsunfähigkeit (Abbildung 52), zeigt sich. Insbesondere die AU-Fälle korrelieren mit dem psychischen Gesundheitszustand. Je schlechter der psychische Gesundheitszustand umso mehr AU-Fälle treten auf.

Abbildung 52: Selbst berichtete AU-Tage und AU-Fälle nach PHQ2-Score



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit

Die Korrelationsmatrix bestätigt, dass es zwischen dem allgemeinen wie dem psychischen Gesundheitszustand und Arbeitsunfähigkeit einen signifikanten Zusammenhang gibt, wobei der Zusammenhang zwischen dem selbst berichteten allgemeinen Gesundheitszustand und der Anzahl der AU-Tage am größten ausfällt (Tabelle 22).

Tabelle 22: Korrelation von selbstberichtetem Gesundheitszustand sowie PHQ2-Score mit AU-Tage und AU-Fällen

Rangkorrelationskoeffizient (Spearman-Rho)

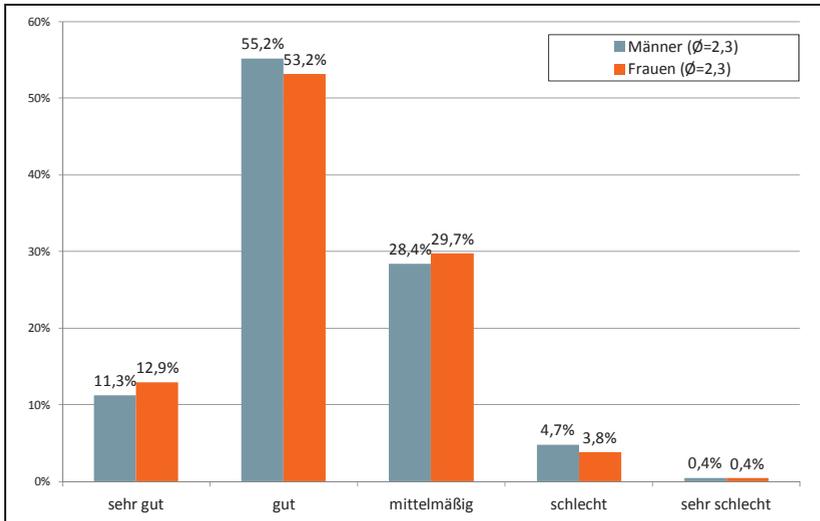
		AU-Fälle	AU-Tage
<b>Selbst berichteter Gesundheitszustand</b>	Korrelationskoeffizient	<b>0,245(**)</b>	<b>0,306(**)</b>
	Sig. (2-seitig)	0,000	0,000
	N	5.052	5.066
<b>PHQ2-Score</b>	Korrelationskoeffizient	<b>0,205(**)</b>	<b>0,208(**)</b>
	Sig. (2-seitig)	0,000	0,000
	N	4.880	4.891

\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit

Unterscheiden sich Frauen und Männer nach ihrem Gesundheitszustand? Abbildung 53 weist diesen nach Geschlecht aus. Männer und Frauen unterscheiden sich auf den einzelnen Ausprägungen des selbst berichteten Gesundheitszustands in nur sehr geringem Maße. Im Mittel weisen beide Geschlechter einen Gesundheitszustand von 2,3 auf.

Abbildung 53: Selbst berichteter Gesundheitszustand nach Geschlecht

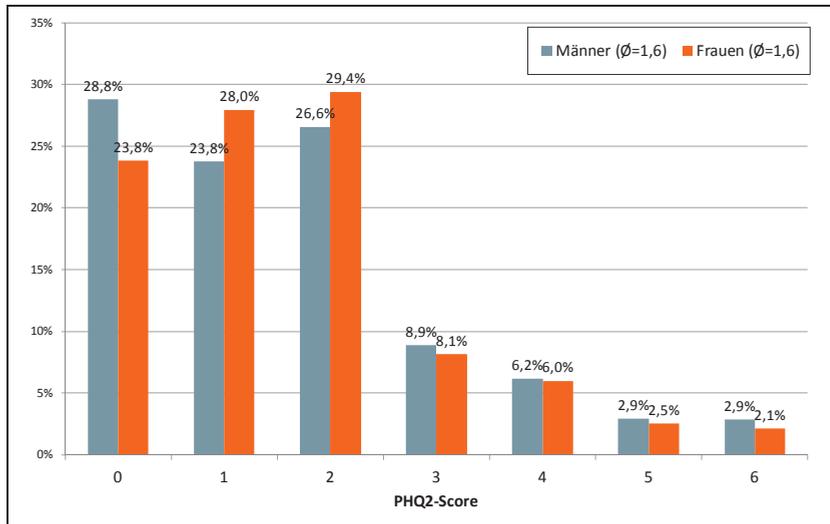


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Der in der Legende angegebene Durchschnittswert ist das arithmetische Mittel der 5-stufigen Antwortskala (1 – sehr gut bis 5 – sehr schlecht)

Auch für die psychische Gesundheit gilt, dass Männer und Frauen sich nicht unterscheiden. Beim hier verwendeten PHQ2 weisen beide Geschlechter den Wert 1,6 auf (Abbildung 54).

**Unter den Befragten weisen Männer und Frauen in etwa den gleichen psychischen Gesundheitszustand auf.**

Abbildung 54: PHQ2-Score nach Geschlecht

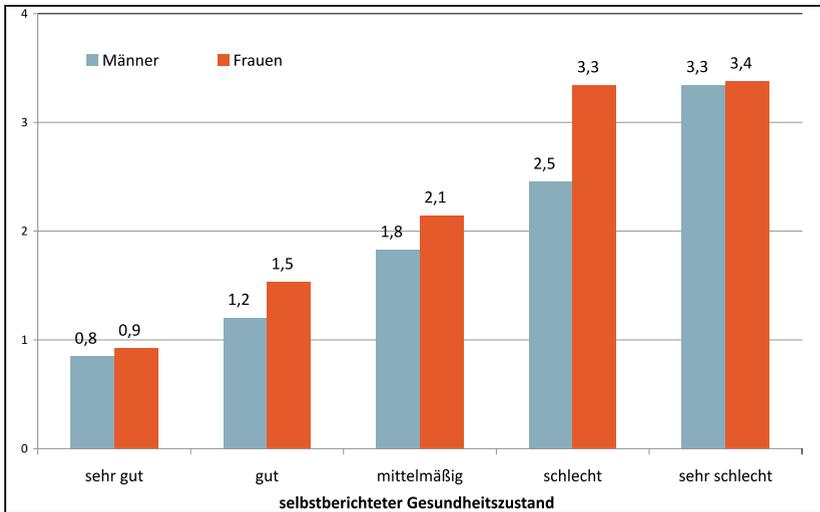


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Der in der Legende angegebene Durchschnittswert ist das arithmetische Mittel der 6-stufigen Antwortskala (je höher der Wert, desto wahrscheinlicher liegt eine Depression vor).

Diesen Ergebnissen zufolge trifft es also nicht zu, dass Frauen eine schlechtere Gesundheit aufweisen als Männer (oder umgekehrt, dass Männer eine bessere Gesundheit aufweisen als Frauen). Demnach ist anzunehmen, dass Männer bei gleichem Gesundheitszustand weniger dazu neigen, sich krank zu melden.

Abbildung 55 ist zu entnehmen, dass Männer auf dem jeweils gleichen allgemeinen Gesundheitsniveau eine geringere Zahl an Krankmeldungen aufweisen als Frauen.

Abbildung 55: AU-Fälle nach Geschlecht und nach selbst berichtetem Gesundheitszustand



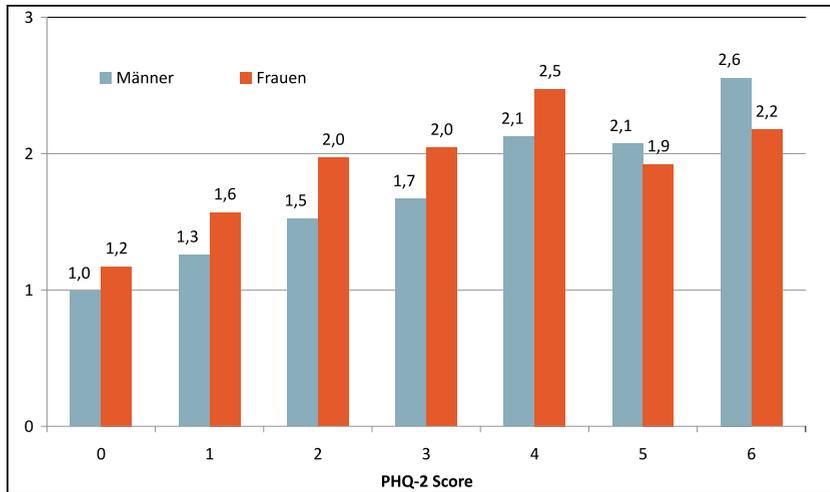
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.  
N (Männer/Frauen) = 2.662/2.468.

Die gleiche Analyse mit dem PHQ2-Score, anstelle des selbst berichteten allgemeinen Gesundheitszustands, ergibt, dass auch auf jeweils gleichem Niveau psychischer Gesundheit Frauen mehr AU-Fälle auf als Männer aufweisen. Ausnahme sind Beschäftigte, die einen sehr schlechten psychischen Gesundheitszustand aufweisen (PHQ2-Wert von 5 oder 6). Unter diesen haben Männer mehr AU-Fälle als Frauen (Abbildung 56).

**„Frauen gehen bei ähnlichen Beschwerden eher zum Arzt als Männer.“**

Dr. Matthias Stiehler, Dresdner Institut für Erwachsenenbildung und Gesundheitswissenschaft

Abbildung 56: AU-Fälle nach Geschlecht und nach PHQ2-Score



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.  
N (Männer/Frauen) = 2608/ 2.349

Männer melden sich bei gleichem Gesundheitszustand seltener krank als Frauen

Als Zwischenfazit bleibt festzuhalten: Die These, dass Frauen eine höhere Morbiditätslast als Männer tragen, bestätigt sich auf Basis der hier verwendeten Indikatoren nicht. Im Gegenteil weisen Frauen und Männer sowohl beim selbst berichteten Gesundheitszustand als auch beim psychischen Gesundheitszustand (Indikator PHQ2) in etwa den gleichen Gesundheitszustand auf. Jedoch stellt sich heraus, dass Männer sich bei gleichem Gesundheitsstatus seltener krank melden als Frauen.

#### 4.6.4 Weitere mögliche Einflussfaktoren auf den Krankheitsstandsunterschied zwischen Männern und Frauen

Arbeiten Frauen häufiger in Berufen, die selbst mit geringfügigen Beschwerden nicht auszuüben sind?

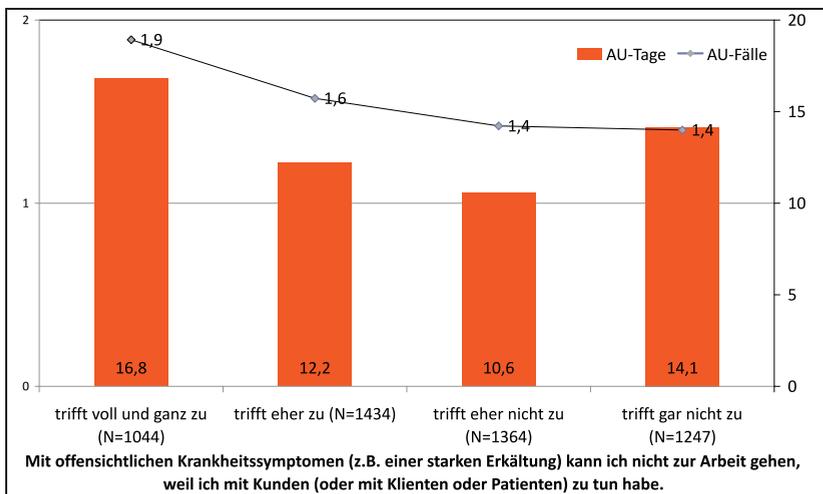
Nicht jede Krankheit ist automatisch mit Arbeitsunfähigkeit gleichzusetzen. Man denke an chronische Krankheiten wie Diabetes oder an psychische Erkrankungen wie eine leichte depressive Episode. Solche Erkrankungen schränken die Arbeitsfähigkeit nicht zwangsläufig ein, zudem ist es Ermessenssache des Beschäftigten, ob er oder sie ggf. geringfügige Beschwerden bei der Arbeit in Kauf nimmt bzw. nehmen kann.

Ob sich eine Tätigkeit mit Beschwerden noch einigermaßen ausführen lässt oder nicht, hängt auch von der Tätigkeit selbst ab. Wer beispielsweise freundlich zu Kunden sein muss, fühlt sich wegen

psychischer Beschwerden eher arbeitsunfähig als jemand, der überwiegend ohne Kundenkontakt arbeitet.

Für das Zutreffen dieser Überlegung spricht das in Abbildung 57 dargestellte Ergebnis. Befragte, die mit offensichtlichen Krankheitssymptomen nicht zur Arbeit gehen können, weil sie es mit Kunden, Klienten oder Patienten zu tun haben, haben mehr Arbeitsunfähigkeitsfälle als Befragte, die der entsprechenden Aussage nicht zustimmen. Der gleiche Zusammenhang, wenn auch weniger eindeutig, gilt in Bezug auf die AU-Tage.

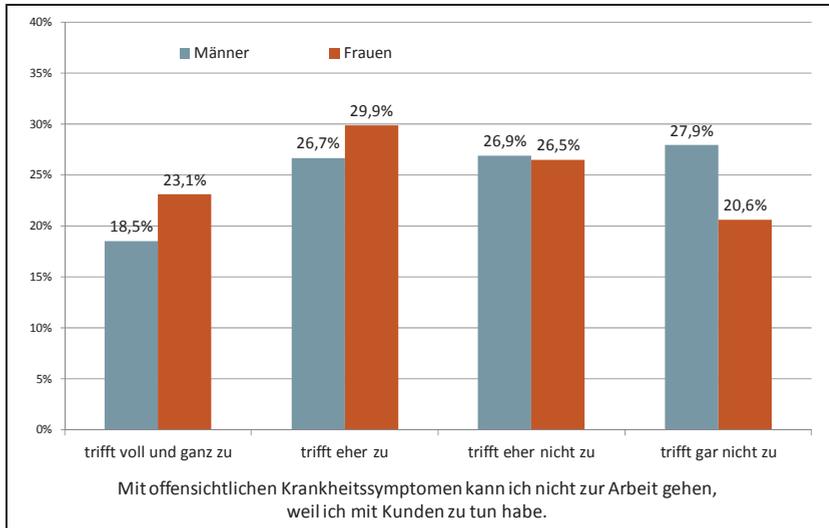
Abbildung 57: AU-Tage und AU-Fälle nach Möglichkeit, mit Krankheitssymptomen zur Arbeit zu gehen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit

Eine Kindergärtnerin beispielsweise könnte sehr viel schlechter verschupft zur Arbeit gehen als ein ohne Kundenkontakt arbeitender Maschinenschlosser. Tatsächlich zeigt sich in den Befragungsergebnissen, dass es Frauen häufiger als Männern unmöglich ist, mit Krankheitssymptomen zur Arbeit zu gehen, weil sie Kundenkontakt haben (Abbildung 58). 45,2 Prozent der Männer geben an, dass sie wegen Kundenkontakt durch Krankheitssymptome am Arbeiten gehindert wären, unter den Frauen sind es 52,9 Prozent.

Abbildung 58: Möglichkeit, auch mit Krankheitssymptomen zur Arbeit zu gehen nach Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.  
N (Männer/Frauen) = 2.676/2.492

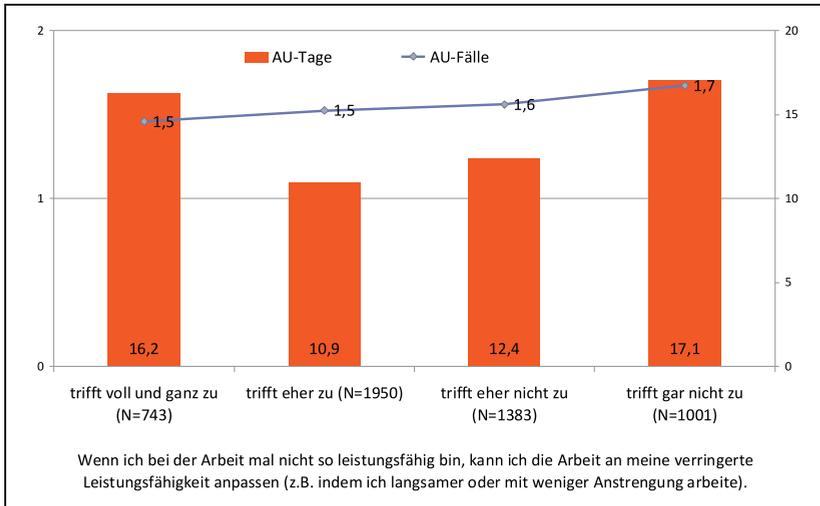
Eine weitere Eigenschaft von Tätigkeiten kann sein, dass sie an eine ggf. verringerte Leistungsfähigkeit angepasst werden können. Man stelle sich z.B. einen Sachbearbeiter vor, der in gewissem Maße selbst entscheidet, wieviel Vorgänge er am Tag bearbeitet und der, wenn er sich nicht voll leistungsfähig fühlt, für ein oder zwei Tage einfach langsamer arbeitet. Im Gegensatz dazu könnte eine Lehrerin sehr viel weniger ihre Anstrengung oder ihr Arbeitstempo reduzieren, wenn sie eine Klasse unterrichtet. In der Forschung zu Arbeitsunfähigkeit wird die Möglichkeit, Tätigkeitsanforderungen temporär an die eigene Leistungsfähigkeit anzupassen, als „Adjustment Latitude“ bezeichnet (Johansson und Lundberg 2004).

**Viele Beschäftigte können ihr Arbeitstempo oder ihre Arbeitsanstrengung temporär einer verminderten Leistungsfähigkeit anpassen.**

Abbildung 59 stellt den Zusammenhang von AU-Tagen und -fällen mit der Adjustment Latitude dar. Es gibt nur einen signifikanten schwachen linearen Zusammenhang zwischen Adjustment Latitude mit den AU-Fällen.<sup>17</sup> Demnach haben Beschäftigte mit der Möglichkeit, die eigenen Anstrengungen temporär an eine verminderte Leistungsfähigkeit anzupassen, etwas weniger AU-Fälle als Beschäftigte, die diese Möglichkeit weniger oder nicht haben.

<sup>17</sup> Pearson Rho=0,071, Sign. (2-seitig)=0,000.

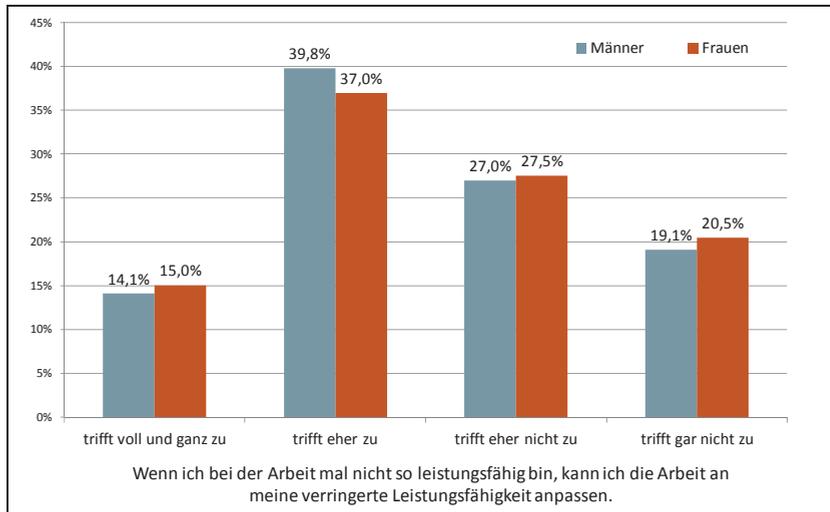
Abbildung 59: AU-Tage und AU-Fälle nach Adjustment Latitude



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit

Adjustment Latitude wird schon wegen dieses nur schwachen Zusammenhangs wenig zur Erklärung eines geschlechterdifferenten AU-Geschehens beitragen können. Mehr noch aber: Die Adjustment Latitude unterscheidet sich nicht nach Geschlecht. Gut die Hälfte der Männer (53,9 Prozent) wie auch gut die Hälfte der Frauen (52,0 Prozent) geben ein gewisses Maß an Adjustment Latitude an.

Abbildung 60: Adjustment Latitude nach Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.  
N (Männer/Frauen) = 2.667/2.488.

### **Betreiben Männer in stärkerem Maße Präsentismus, gehen also häufiger krank zur Arbeit?**

Unter Präsentismus wird die Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz Krankheit bezeichnet. Befragungen zufolge ist dieses Verhalten weit verbreitet.<sup>18</sup> Auch in der für den Gesundheitsreport durchgeführten Befragung wurde Präsentismus thematisiert, indem die Frage gestellt wurde: „Sind Sie in den letzten 12 Monaten zur Arbeit gegangen, obwohl Sie sich aufgrund Ihres Gesundheitszustandes besser hätten krank melden sollen?“. Darüber hinaus wurde die Anzahl der Präsentismusfälle sowie die Gesamtzahl der Tage, die trotz Krankheit am Arbeitsplatz verbracht wurden, erhoben. Außerdem wurden mögliche Gründe von Präsentismus-Verhalten abgefragt.

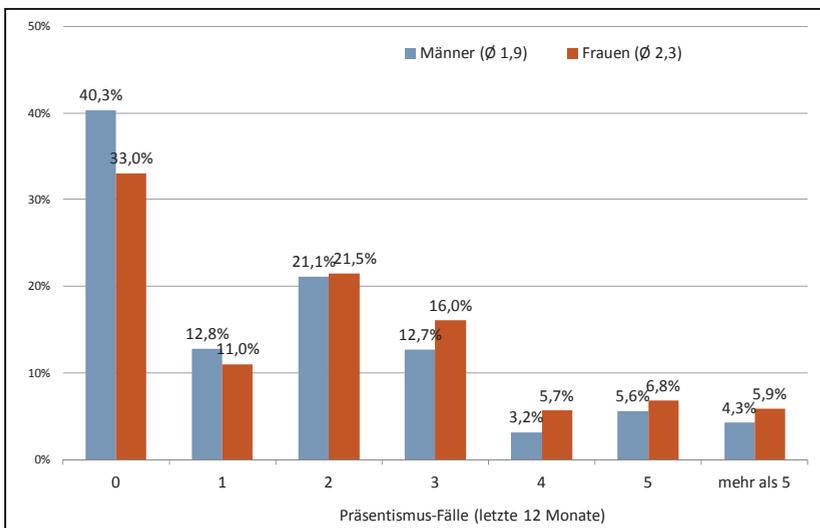
Um zu einer Erklärung für den niedrigeren Krankenstand von Männern beizutragen, müsste Präsentismus bei Männern stärker ausgeprägt sein als bei Frauen. Das Gegenteil ist den Befragungsergebnissen zufolge jedoch der Fall (Abbildung 61). Während innerhalb der letzten 12 Monate 40,3 Prozent der Männer kein einziges Mal krank zur Arbeit gegangen sind (also 0 Präsentismus-Fälle haben), gilt dies nur für 33,0 Prozent der Frauen. M.a.W.: 57,0 Prozent der Männer, aber 67 Prozent der Frauen, sind in den letzten 12 Monaten zur Arbeit gegangen, obwohl sie sich aufgrund ihres Gesundheits-

<sup>18</sup> Vgl. z. B. die Ergebnisse der BIBB/BAuA Erwerbstätigenbefragung sowie den Stressreport der BAuA (Lohmann-Haislah 2012: 134); die von Zok (2008) referierten Befragungen und das Review von Steinke und Badura (2011).

zustandes besser hätten krank melden sollen. Im Mittel weisen Männer 1,9 Fälle, Frauen jedoch 2,3 Fälle von Präsentismus in den letzten 12 Monaten auf.

Unabhängig vom Geschlechterunterschied ist übrigens festzuhalten, dass Präsentismus ein weit verbreitetes Phänomen ist. Festzuhalten ist v.a. dass Beschäftigte, Männer wie Frauen, häufiger krank zur Arbeit gehen, als dass sie sich arbeitsunfähig melden (vgl. hierzu auch Tabelle 21). Während Männer sich im Schnitt 1,4 mal krank gemeldet haben, sind sie 1,9 mal krank zur Arbeit gegangen. Frauen haben sich im Schnitt 1,7 mal krank gemeldet, sind aber 2,3 mal krank zur Arbeit gegangen.

Abbildung 61: Präsentismus nach Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.  
N (Männer/Frauen) = 2.400/2.150.

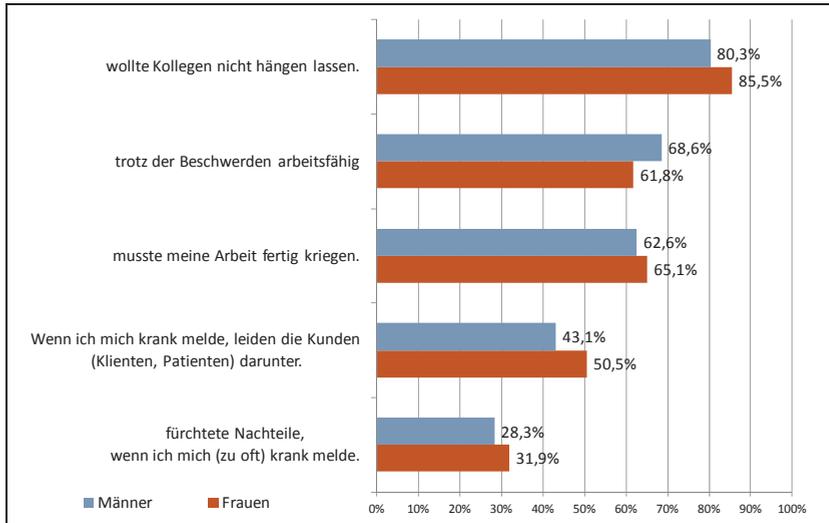
Was sind die Gründe dafür, dass Beschäftigte trotz Krankheit zur Arbeit gehen? Diese zeigt Abbildung 62. Demnach ist für Männer wie Frauen (genauer: für Männer und Frauen, die wenigstens einen Präsentismus-Fall in den letzten 12 Monaten haben) der wichtigste Grund für Präsentismus die Solidarität mit den Kolleginnen und Kollegen. 80,3 Prozent der Männer und 85,5 Prozent der Frauen geben an, dass sie krank zur Arbeit gegangen sind, weil sie ihre Kolleginnen und Kollegen „nicht hängen lassen wollten“. Auf Rang zwei (gemessen an den Antworten der Männer) folgt ein Grund, der deutlich macht, dass Krankheit nicht automatisch mit Arbeitsunfähigkeit gleich zu setzen ist: 68,6 Prozent der Männer und 61,8 Prozent der Frauen geben an, dass sie trotz der Beschwerden arbeitsfähig waren.

Den Grund „Ich musste meine Arbeit fertig kriegen“ geben 62,6 Prozent der Männer und 65,1 Prozent der Frauen an. Dass Kunden

**Wichtigster Grund für Präsentismus: Die Solidarität mit den Kollegen**

(bzw. Klienten oder Patienten) nicht das Nachsehen haben sollen, geben 43,1 Prozent der Männer und 50,5 Prozent der Frauen an. Nachteile, wenn sie sich zu oft krank melden, fürchten 28,3 Prozent der Männer und 31,9 Prozent der Frauen.

Abbildung 62: Gründe für Präsentismus nach Geschlecht

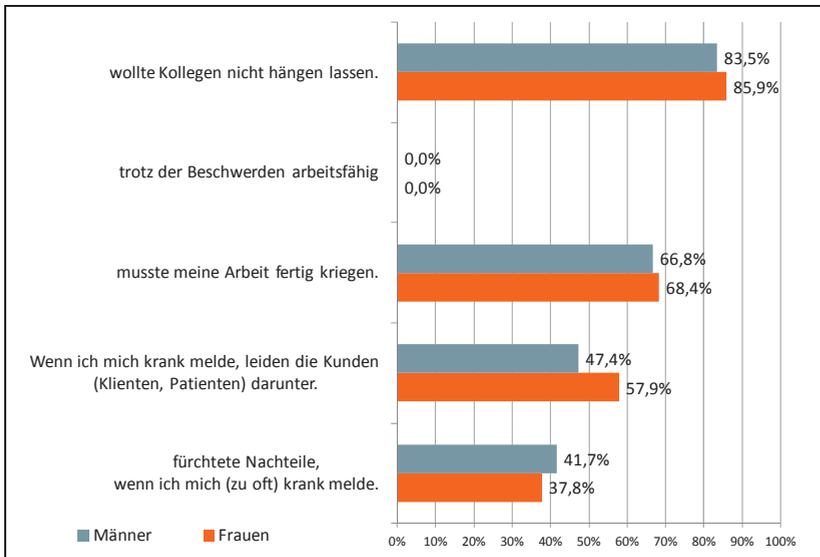


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Mehrfachnennung möglich. Die Ergebnisse beziehen sich auf Befragte mit wenigstens einem Präsentismus-Fall.

N (Männer/Frauen) • 1.681/1.749.

Die Liste von Gründen von Präsentismus wird ggf. noch aussagekräftiger, wenn man diejenigen ausschließt, die als Grund angegeben haben: „Ich war trotz der Beschwerden arbeitsfähig, d. h. meine Beschwerden hinderten mich nicht daran, meine Arbeit zu machen“. Bei den verbleibenden Befragten handelt es sich um die, die nicht „nur“ krank, sondern tatsächlich arbeitsunfähig waren. Die Gründe dieser besonderen Gruppe zeigt Abbildung 63.

Abbildung 63: Gründe für Präsentismus nach Geschlecht (ohne Befragte die angeben, dass sie trotz Beschwerden arbeitsfähig waren)<sup>19</sup>



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Die Ergebnisse beziehen sich auf Befragte mit wenigstens einem Präsentismus-Fall exklusive derer, die als Grund angeben, dass sie trotz der Beschwerden arbeitsfähig waren. N (Männer/Frauen) • 527/667.

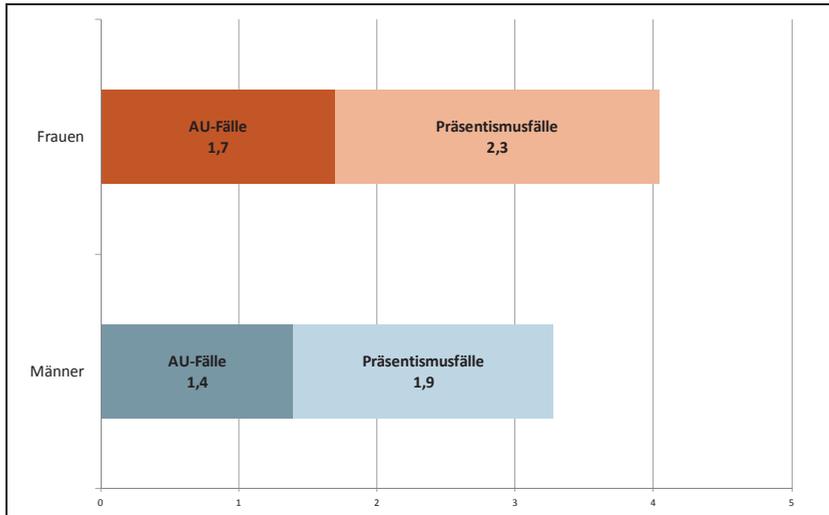
Eine weitere Betrachtung des Präsentismushandelns geht von der Überlegung aus, dass sowohl Präsentismus als auch Absentismus gleichermaßen ein bestimmtes Ausmaß an gesundheitlicher Beeinträchtigung als Hintergrund haben (Gerich 2015: 33). Demnach ist keinesfalls ausgemacht, dass Beschäftigte entweder Präsentismus betreiben oder sich krank melden, sondern dass sie – ein gewisses Maß an Beeinträchtigung vorausgesetzt – gleichermaßen sich (häufig) krank melden müssen und so weit es geht aber auch mit Beschwerden zur Arbeit gehen. Wer ein hohes Maß an gesundheitlicher Beeinträchtigung hat, hat sowohl viele AU-Fälle als auch viele Präsentismusfälle. Für den Geschlechterunterschied bedeutet dies, dass es zu prüfen ist, wie sich die Summe von Präsentismus- und Arbeitsunfähigkeitsfällen im Geschlechtervergleich darstellt.

<sup>19</sup> Im Chi-Quadrat Test erweisen sich die Gründe „wollte Kollegen nicht hängen lassen“ (Chi-Quadrat=24,8, p=0,000), „Kunden (...) leiden darunter“ (Chi-Quadrat=19,7, p=0,000) als signifikant unterschiedlich zwischen Männern und Frauen. Die beiden Gründe „musste meine Arbeit fertig kriegen“ (Chi-Quadrat=0,6, p=0,902) und „fürchtete Nachteile“ (Chi-Quadrat=5,1, p=0,163) unterscheiden sich nicht signifikant zwischen Männern und Frauen.

**Insgesamt haben Frauen mehr Krankheitsfälle als Männer, die sie entweder als Krankmeldung oder in Präsentismus bewältigen**

Die Ergebnisse aus Abbildung 64 legen nahe, dass Frauen insgesamt mehr Krankheitsfälle in 12 Monaten als Männer haben, die sie dann entweder als Krankmeldung oder als Präsentismusfall bewältigen.

Abbildung 64: Präsentismus- und Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit.  
N (Männer/Frauen) • 2.399/2.150

### **Gibt es einen Geschlechterunterschied beim Missbrauch der Lohnfortzahlung bzw. des Krankengeldes**

Ein höherer Krankenstand von Frauen könnte auch dadurch zustande kommen, dass Frauen mehr Missbrauch von Lohnfortzahlung oder Krankengeld betrieben, dass sie sich also häufiger oder länger als Männer ohne Grund krank melden. An dieser Stelle sei angemerkt, dass zwar für einige der hier geprüften Fragen und Thesen theoretische Vorüberlegungen oder ein entsprechender Forschungsstand existiert, für andere Fragen und Thesen jedoch nicht. Diese wurden der Vollständigkeit halber formuliert und der Prüfung unterzogen. Es gibt weder theoretisch noch aus Alltagswissen heraus einen Grund, Frauen vermehrt missbräuchlich AU-Meldungen zu unterstellen.

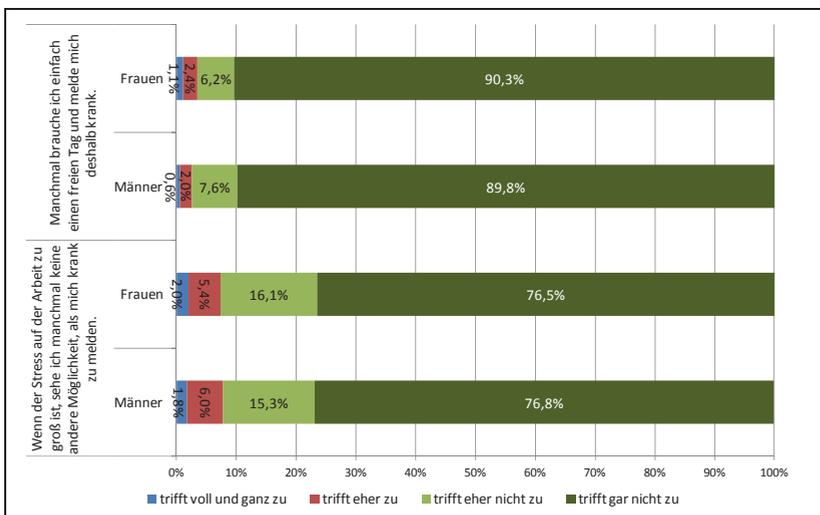
Im Ergebnis (Abbildung 65) zeigt sich in Bezug auf beide Geschlechter, dass der (selbst berichtete) Missbrauch von Krankmeldungen äußerst selten vorkommt. Sowohl Männer wie Frauen berichten zu sehr geringen Anteilen (0,6 Prozent bzw. 1,1 Prozent „trifft voll und ganz zu“), dass sie sich manchmal krank melden, weil sie einen freien Tag brauchen. Bezieht man die „trifft eher zu Antworten“ mit ein, handelt es sich um 2,6 Prozent der Männer bzw. 3,5 Prozent

der Frauen. Demnach ist nur von einem sehr geringen Unterschied beim Missbrauch von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen zwischen Männern und Frauen auszugehen.<sup>20</sup>

Eine zweite Frage, die einen Missbrauch von Arbeitsunfähigkeit ermitteln soll, lautete: „Wenn der Stress auf der Arbeit zu groß ist, sehe ich manchmal keine andere Möglichkeit, als mich krank zu melden.“ Die Zustimmung zu dieser Aussage fällt bei beiden Geschlechtern etwas höher aus. Addiert man die „trifft voll und ganz zu“ und „trifft eher zu“ Antworten, geben 7,8 Prozent der Männer und 7,4 Prozent der Männer dies zu. Eine Geschlechterdifferenz zeigt sich hier nicht.<sup>21</sup>

**Weder Frauen noch Männer melden sich zu größeren Anteilen missbräuchlich krank.**

Abbildung 65: Missbrauch von Krankmeldungen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit

### Sind Frauen häufiger krankgeschrieben, weil sie im Falle von Krankheit ihrer Kinder häufiger als Männer sich nicht anders zu helfen wissen?

Da Frauen – auch wenn sie selbst erwerbstätig sind – in höherem Maße als Männer für die Versorgung der Kinder zuständig sind, ist zu prüfen, ob sie bei Krankheit der Kinder, insbesondere wenn die Kind-Krank-Tage aufgebraucht sind, sich nicht anders zu helfen wissen, als sich selbst krank zu melden. Dieser Sachverhalt wurde durch die Befragung abgefragt.

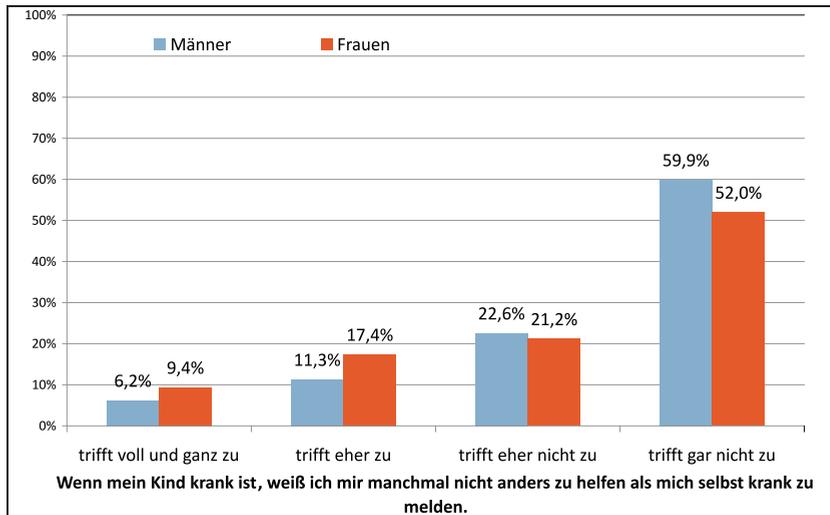
Tatsächlich geben sowohl Männer als auch Frauen an, sich manchmal selbst krank zu melden, wenn ihr Kind krank ist (Männer:

<sup>20</sup> Der Unterschied ist auf dem 5% Niveau signifikant (Chi Quadrat Test: Chi-Quadrat= 9,027; p= 0,029.

<sup>21</sup> Der Unterschied ist auf dem 5% Niveau nicht signifikant (Chi Quadrat Test: Chi-Quadrat= 1,628; p= 0,653.

17,5 Prozent, Frauen: 26,8 Prozent). Frauen behelfen sich somit wesentlich öfter als Männer mit einer eigenen Arbeitsunfähigkeit im Falle von Krankheit der Kinder.<sup>22</sup>

Abbildung 66: Bei Krankheit der Kinder arbeitsunfähig melden nach Geschlecht



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Die Ergebnisse beziehen sich auf Befragte mit Kindern unter 18 Jahren im Haushalt. N (Männer/Frauen) = 771/754.

#### 4.7 Betriebliche Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund der Geschlechterdifferenz im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

Nicht nur Medizin, Versorgung und Gesundheitsberichterstattung wurden in den letzten Jahren aufgefördert, die Kategorie Geschlecht stärker zu berücksichtigen (für einen Überblick vgl. Kolip und Hurlmann 2016), auch in Bezug auf die betriebliche Gesundheitsförderung wurden verstärkt Überlegungen angestellt, ob und wie auf die spezifischen Bedarfe von Männern und Frauen stärker Rücksicht genommen werden soll.

Solche Überlegungen werden unter den Stichwörtern „Gendersensible betriebliche Gesundheitsförderung“ (Ducki 2011), Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention (Lademann und Kolip 2008), Genderaspekte im Stress- und Ressourcenmanagement (Ducki und Kalytta 2014) oder Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung (Altgeld et al. 2010, Pirolet und Schauer 2005, Ritter et al. 2008) diskutiert.

<sup>22</sup> Der Unterschied ist statistisch signifikant: Chi-Quadrat Test: Chi-Quadrat: 19,464; p=0,000.

Voraussetzung für eine geschlechtergerechte betriebliche Gesundheitsförderung ist zunächst der Blick dafür, ob und wenn ja welche Geschlechterunterschiede zu berücksichtigen sind. In der Literatur hat sich hierfür der Begriff des „Gender Bias“ eingebürgert, also eine Nichtberücksichtigung der Geschlechterperspektive, die zu verzerrten Einschätzungen und Interpretationen führen kann (Eichler et al. 2000: 294).

Ein solcher Bias kann drei Ursachen haben: Erstens: es wird Gleichheit von Männern und Frauen angenommen, wo diese nicht vorhanden ist. Man denke an Rehabilitationsverfahren für Männer und Frauen nach einem Herzinfarkt. Dort sind Krankheits- und Versorgungsverläufe von Männern und Frauen sehr unterschiedlich, dennoch gelten einheitliche Bewertungsmaßstäbe. Zweitens: Es wird Unterschiedlichkeit von Männern und Frauen angenommen, wo keine besteht. Drittens: Es werden Faktoren, die bei beiden Geschlechtern auftreten, jeweils anders bewertet (Eichler et al. 2000: 294).

Ein Beispiel für einen Genderbias führen (Lademann und Kolip 2008: 13) an: Die Art und Weise, wie in standardisierten Befragungen körperlicher Aktivität abgefragt wird, die häufig explizit Sport (wie in der in Abschnitt 4.3.7 zitierten RKI-Befragung) oder körperliche Aktivität („so dass sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten“) abfragen. Demgegenüber betonen die Autorinnen, dass Frauen zwar weniger Sport betreiben, sich deswegen aber nicht zwangsläufig weniger bewegen. Vielmehr legen sie z. B. Transportwege zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurück, verrichten Haus- und Gartenarbeit und gehen Aktivitäten mit Kindern nach, die mit Bewegung verbunden sind. „Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention, die sich auf eine Erhöhung körperlicher Aktivität konzentrieren, müssen demnach dem unterschiedlichen Bewegungsverhalten von Frauen und Männern Rechnung tragen“ (Lademann und Kolip 2008: 13).

Für Altgeld et al. (2010) bedeutet Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung demnach ein durchgängig geschlechtersensibles Vorgehen und die Herstellung von Chancengleichheit in zwei Dimensionen:

- Die horizontale Dimension: Wo beide Geschlechter gleiche Bedürfnisse haben, sollen sie die gleichen Angebote bekommen. Die Ist-Situation sei demgegenüber vielfach eine geschlechterspezifische Fehlversorgung, Überversorgung und Unterversorgung.
- Die vertikale Dimension: Wo beide Geschlechter unterschiedliche Bedürfnisse haben, sollen sie geschlechtsspezifische Angebote bekommen. Dies bezieht sich v.a. auf die Gestaltung von Gesundheitsinformationen, Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

**„Gender Bias“ in Gesundheitsförderung und Gesundheitsförderung**

**Wo beide Geschlechter die gleichen Bedürfnisse haben, sollen sie die gleichen Angebote bekommen.**

**Wo Männer und Frauen unterschiedliche Bedürfnisse haben, sollen sie geschlechtsspezifische Angebote bekommen.**

Die Vermeidung eines Gender Bias, oder positiv formuliert, die Berücksichtigung der horizontalen und vertikalen Dimension von Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung, kann in allen Phasen des BGF-Prozesses eine Rolle spielen. Beispielsweise sieht der Verfahrensstandard für die betriebliche Gesundheitsförderung der gesetzlichen Krankenversicherung vor, den BGF-Prozess über einen Kreislauf aus den Phasen Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung und Evaluation zu gestalten und zu steuern (GKV Spitzenverband 2014: 73). Dem voran geht die Vorbereitungsphase und der Aufbau von Strukturen, häufig schließt dies die Bildung eines Steuerkreises ein („Arbeitskreis Gesundheit“). Maßnahmen werden häufig partizipativ durch so genannte Gesundheitszirkel entworfen und geplant.

Man stelle sich vor, in einem Gesundheitszirkel sind überwiegend Frauen oder überwiegend Männer vertreten, und dieser entwickelt Maßnahmen, die für das jeweils andere Geschlecht unpassend sind (z. B. entspannungs- und reflexionsorientierte Angebote, die dann von Männern unzureichend angenommen werden oder stark wettbewerblich-sportliche Angebote, die von Frauen nicht gut bewertet werden).

Demnach ist bereits der Steuerkreis im Rahmen des BGF-Prozesses möglichst mit Frauen und Männern gleichermaßen zu besetzen und dieser im Hinblick auf Genderaspekte in der Gesundheitsförderung zu qualifizieren. Der Steuerkreis sollte prüfen, ob sich für Frauen und Männer unterschiedliche oder gemeinsame Projektziele definieren lassen und ob das Projekt einen Beitrag zu einer ggf. vorhandenen geschlechterbezogenen Ungleichheit leisten kann (Ducki 2011: 442). Zum Beispiel stellte sich in einer von Ducki aufgeführten Untersuchung heraus, dass Frauen bei gleichen Bürotätigkeiten über weniger Handlungsspielraum als Männer verfügten. Diese ungleiche Ressourcenverteilung galt es dann in einem entsprechenden Projekt abzubauen.

Eine geschlechtersensible Interventionsgestaltung führt dabei keineswegs zwangsläufig zu geschlechtergetrennten BGF-Maßnahmen: wo sich herausstellt, dass beide Geschlechter die gleichen Bedürfnisse haben, sollten Männern und Frauen auch die gleichen Angebote unterbreitet werden. Dennoch kommt Ducki (2011: 491) zu dem Schluss, dass es „häufig die beste Lösung [ist], verschiedene Angebote zu machen und die Betroffenen selber wählen zu lassen.“

### 4.7.1 Geschlechtersensible betriebliche Gesundheitsförderung aus Expertensicht

Die Expertinnen und Experten, die an der halbstandardisierten schriftlichen Befragung teilnahmen, wurden um Einschätzung gebeten, welche Angebote sich bei der betrieblichen Gesundheitsförderung jeweils für Männer und Frauen eignen, welche sich jeweils für Männer und Frauen nicht eignen und in Bezug auf welche Aspekte kein Geschlechterunterschied gemacht werden sollte.

Die Antworten hierzu sind in Tabelle 23 zusammengefasst.

Tabelle 23: Aspekte geschlechtergerechter betrieblicher Gesundheitsförderung gemäß Befragung von Expertinnen und Experten

Männer	Frauen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansprache über körperlich orientierte Maßnahmen</li> <li>• Sport, Training, Leistung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansprache über Entspannung und Entlastung</li> </ul>
<p>Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisationsmanagement</li> <li>• Ernährung und Trinken</li> <li>• Sucht: Alkohol</li> <li>• Sport</li> <li>• Anti-Aggressionstraining</li> <li>• Umgang mit Konflikten</li> </ul>	<p>Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regeneration und Entspannung</li> <li>• Zeit-Management</li> <li>• Belastungsmanagement</li> <li>• Umgang mit Doppelbelastungen</li> <li>• Emotionale Bearbeitung von Belastungen</li> <li>• Stress- und Regenerationstechniken</li> <li>• Sucht: Medikamentenmissbrauch</li> <li>• Empowerment</li> <li>• Selbstsicherheitstraining</li> <li>• seelische/körperliche Ausgeglichenheit</li> </ul>
<p>Soziale Situation soll in den Blick genommen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Männer tragen oft die Hauptverantwortung für das häusliche Einkommen.</li> </ul>	<p>Häusliche Situation muss in den Blick genommen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für Frauen sind Kleinigkeiten existenziell, wie z.B. Parkplätze beim Kindergarten.</li> </ul>
	<p>Bedürfnis von erwerbstätigen Müttern (zunehmend auch erwerbstätiger Väter):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexible Arbeitszeiten als Voraussetzung für Work-Life Balance</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorsorge muss bei Männern lustbetonten und spielerischen Charakter haben</li> <li>• Kurse, die Technik einschließen, Fitness, „Waschbrettfigur“, Wettbewerbe, Fahrradfahren, Bootfahren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Für durch Mehrfach-Belastungen beanspruchte Frauen dürfen nicht neue anstrengende Aufgaben hinzukommen</li> <li>• Gesunde Ernährung, Fitness, Gymnastik, Yoga, Stressabbau</li> </ul>

Quelle: Halbstandardisierte Befragung von Expertinnen und Experten

In einem Beitrag im Männergesundheitsbericht 2013 (Weißbach und Stiehler 2013) bespricht Stiehler (2013: 251f.) eine Reihe von Gesundheitsförderungsprojekten für Männer und kommt auf dieser Basis zu dem Schluss, dass erfolgreiche Projekte für Männer auf konkrete Problemlagen fokussieren sollten („keine von der Lebenswirklichkeit der angesprochenen Männer abgehobenen Angebote“) „Kurse, die sich ‚an den Mann an sich‘ wenden, haben wenig Chancen, akzeptiert zu werden.“

Auch Angebote an Männer, die eigentlich psychische Gesundheit im Fokus haben und zu fördern beabsichtigen, sollten zugleich Bereiche allgemeiner Gesundheit umfassen. Umgekehrt kreisen Projekte um körperliche Gesundheit zugleich um Themen wie Entspannung, Balance, Zufriedenheit. „Allein Themen psychischen Wohlbefindens entsprechen zu wenig dem Selbstverständnis der Männer“, so eine Expertenaussage. Die oben zusammengefasste Meinung der Expertinnen und Experten zu der „Körperlichkeit“, die Angebote an Männer aufweisen sollte, zielt in die gleiche Richtung, umso mehr als dass zumindest vereinzelt darauf hingewiesen wurde, dass auch körperliche Ansätze wie Bewegung geeignet sein könnten, auch die psychische Gesundheit zu verbessern.

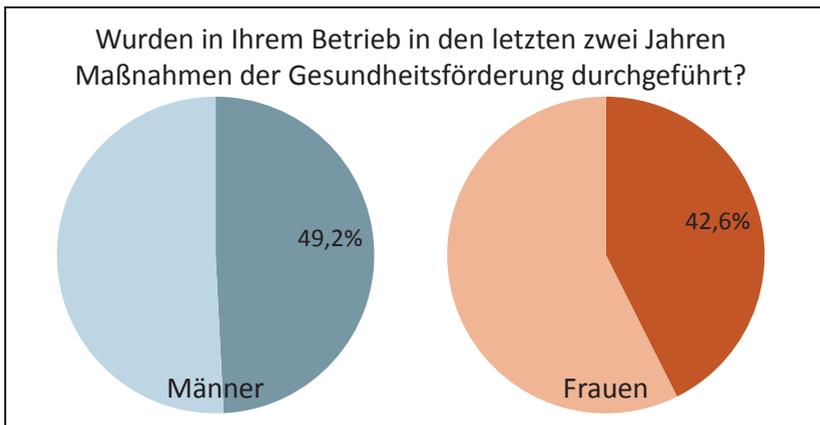
Es kommt bei Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von Männern darauf an, sie in ihrem Selbstverständnis zu bestätigen und die darin enthaltenen gesundheitsfördernden Ressourcen zu stärken. „Es geht nicht um eine grundlegende Veränderung der Männer, sondern um die Erweiterung ihres Handlungsspielraums auf der Grundlage der bestehenden Möglichkeiten (Stiehler 2013: 251).

#### 4.7.2 Geschlechtersensible betriebliche Gesundheitsförderung im Spiegel der Beschäftigtenbefragung

Eine Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), die in Hinblick auf die Kategorie Geschlecht zielgruppengerecht ist, müsste beide Geschlechter erreichen, solange feststeht, dass sowohl Männer als auch Frauen Bedarf an BGF haben und von der betriebliche Gesundheitsförderung profitieren können.

BGF war daher ein Gegenstand der standardisierten Beschäftigtenbefragung. Ermittelt wurde, wie hoch der Anteil der Beschäftigten ist, deren Betrieb in den letzten zwei Jahren Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt hat. Diese Anteile sind in Abbildung 67 dargestellt. Demnach arbeiten Männer zu etwas höheren Anteilen als Frauen bei Arbeitgebern, die in den letzten 2 Jahren BGF angeboten hatten (49,2 Prozent zu 42,6 Prozent).

Abbildung 67: Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach Geschlecht



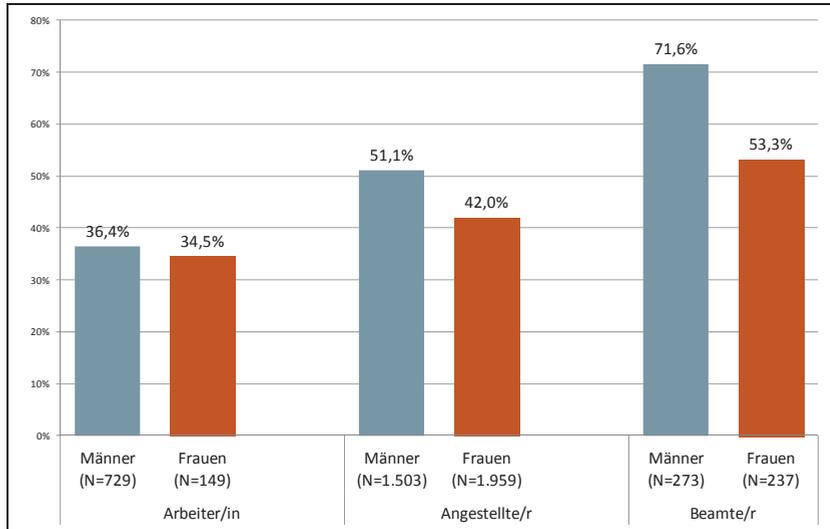
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. N (Männer/Frauen) = 2.536/2.380

Da Männer zu höheren Anteilen zu den Arbeitern, Frauen dagegen eher zu den Angestellten gehören (vgl. die soziodemografischen Angaben u.a. in Abbildung 48), ist dieser Befund nach beruflichen Statusgruppen zu stratifizieren, d.h. nach Arbeitern, Angestellten und Beamten getrennt auszuweisen (Abbildung 68). Demnach haben Arbeiterinnen fast so häufig wie Arbeiter einen Arbeitgeber, der BGF-Maßnahmen anbietet. Unter den Angestellten ist jedoch ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern zu konstatieren: Gut die Hälfte der männlichen Angestellten, aber nur etwas mehr als 42 Prozent der weiblichen Angestellten arbeiten bei einem Betrieb, der BGF-Maßnahmen anbietet. Unter den Beamten ist die Differenz nochmal deutlich größer: 71,6 Prozent der Beamten, aber nur 53,3 Prozent der Beamtinnen geben an, dass ihr Arbeitgeber

**Frauen geben seltener als Männer an, dass ihr Arbeitgeber in den letzten zwei Jahren Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten hat.**

Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in den letzten zwei Jahren angeboten hat.

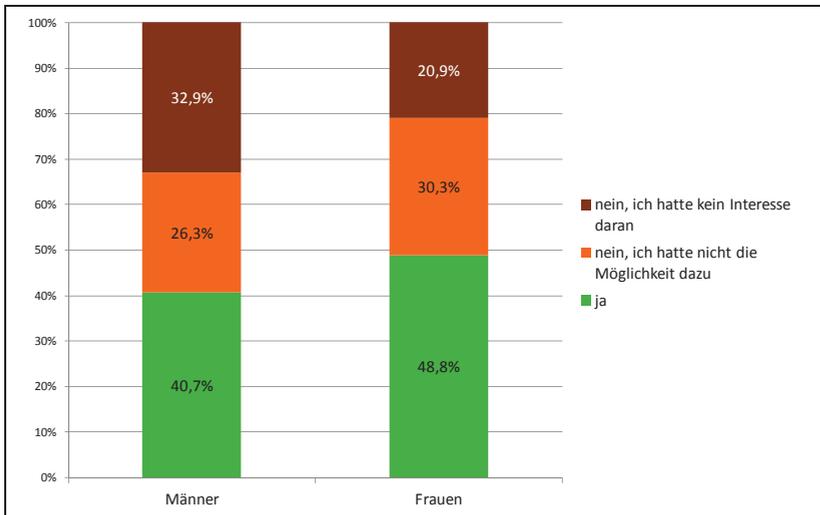
Abbildung 68: Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach Geschlecht und beruflicher Statusgruppe



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit

Befragte, deren Arbeitgeber BGF anbot, wurden gefragt, ob sie an diesen Maßnahmen teilnahmen. Es zeigt sich, dass Frauen häufiger an diesen Maßnahmen teilnehmen als Männer: 48,8 zu 40,7 Prozent (Abbildung 69). Sie geben aber ebenfalls häufiger an, dass sie nicht teilnehmen konnten (30,3 zu 26,3 Prozent). Dementsprechend geringer ist der Anteil der Frauen, die aus mangelndem eigenem Interesse nicht teilnahmen (20,9 Prozent gegenüber 32,9 Prozent bei Männern).

Abbildung 69: Teilnahme an im Betrieb vorhandenen BGF-Maßnahmen nach Geschlecht



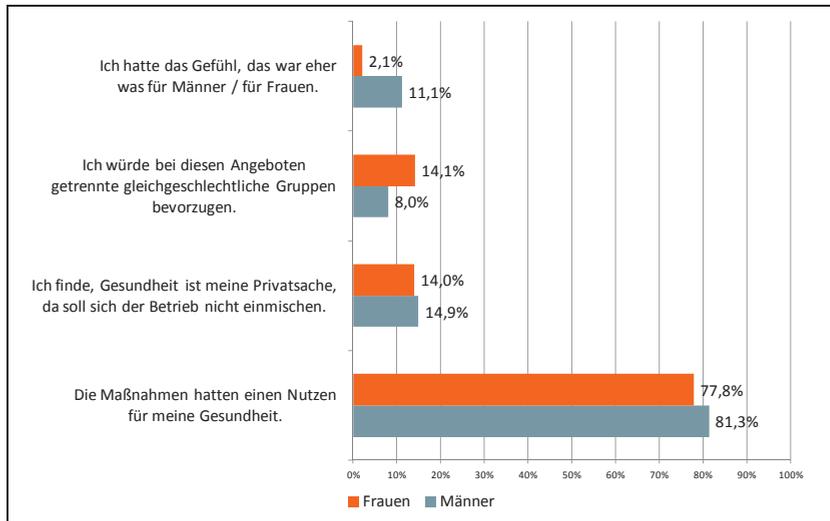
**Frauen nehmen häufiger an angebotenen BGF-Maßnahmen teil als Männer.**

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Basis dieser Auswertung sind Befragte, in deren Betrieb BGF-Maßnahmen innerhalb der letzten zwei Jahre durchgeführt wurden. N (Männer/Frauen) = 1.238/1.000

Wie bewerten Beschäftigte solche Angebote? Die große Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist der Ansicht, dass diese Maßnahmen einen Nutzen für die eigene Gesundheit haben (81,3 Prozent der Männer und 77,8 Prozent der Frauen). Männer und Frauen unterscheiden sich bei dieser Bewertung kaum. Etwa jeder siebte Mann und jede siebte Frau ist der Ansicht, dass Gesundheit Privatsache ist und der Betrieb sich diesbezüglich nicht einmischen soll. Auch hinsichtlich dieser Bewertung haben Männer und Frauen demnach keine unterschiedlichen Ansichten (Abbildung 70).

In einer nicht zielgruppengerechten Maßnahme (zumindest hinsichtlich Geschlecht) sehen sich Frauen fast nicht: nur 2,1 Prozent der Frauen sagen über die in ihrem Betrieb angebotenen BGF-Maßnahmen, dass diese „eher was für Männer“ waren. Unter den Männern dagegen ist gut jeder Zehnte zu der Ansicht gekommen, dass die Angebote „eher was für Frauen“ waren. Im Umkehrschluss bedeutet dies jedoch auch für die Männer, dass die große Mehrheit sich in einer zielgruppengerechten Maßnahme wiederfanden. Ein gewisser Teil der Männer und Frauen, deren Betriebe BGF-Angebote machen, wünschen sich getrennte gleichgeschlechtliche Gruppen: 14,1 Prozent der Frauen und 8,0 Prozent der Männer (Abbildung 70).

Abbildung 70: Bewertung von BGF-Maßnahmen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. Basis der Auswertung der Aussage „Maßnahmen hatten Nutzen für meine Gesundheit“ sind Teilnehmerinnen und Teilnehmer von BGF-Maßnahmen. N (Männer/Frauen) = 495/473. Basis der anderen Aussagen sind Befragte, deren Betrieb BGF-Maßnahmen innerhalb der letzten zwei Jahre durchgeführt wurden. N (Männer/Frauen) • 1.149/945.

#### 4.8 Zusammenfassung: Thesen zum Geschlechterunterschied im AU-Geschehen

Frauen sind häufiger krankgeschrieben als Männer. Oder umgekehrt formuliert: Männer sind seltener krankgeschrieben und mehr Männer als Frauen sind im Jahr kein einziges Mal krankgeschrieben. Insgesamt weisen Frauen deswegen mehr Arbeitsunfähigkeitstage auf als Männer. Der Krankenstandsunterschied ist vor allem auf die Krankheitsgruppen der psychischen Erkrankungen, der Erkrankungen des Atmungssystems, Neubildungen und Schwangerschaftskomplikationen zurückzuführen.

Keinesfalls ist es jedoch so, dass Männer über alle Krankheitsgruppen hinweg weniger Fehltage hätten. Sie weisen vielmehr mehr Fehltage als Frauen wegen Verletzungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems auf.

Den Analysen, die für die Fragestellungen bezüglich des geschlechterdiffernten AU-Geschehens unternommen wurden, lagen eine Reihe von Thesen zugrunde (vgl. Abschnitt 4.1.2). Während manche dieser Thesen sehr gut mit den vorhandenen Datenquellen geprüft werden konnten, ließen sich andere lediglich mit Hinweisen versehen. Entlang dieser Thesen werden im Folgenden die Ergebnisse des Gesundheitsreports zusammengefasst:

**These 1: Frauen tragen eine höhere Morbiditätslast als Männer**

Diese These ist selbstverständlich zu pauschal und verlangt nach Differenzierung: Dafür, dass ein Teil des Krankenstandsunterschieds zwischen Männern und Frauen auf tatsächlichen Morbiditätsunterschieden zwischen Männern und Frauen basiert, spricht die Betrachtung ausgewählter Krankheiten: Dass Frauen häufiger unter psychischen Erkrankungen leiden, wird durch bevölkerungs-epidemiologische Untersuchungen bestätigt. Vor allem leiden sie häufiger unter (für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen höchst relevanten) Depressionen. Auch Neubildungen sind für Frauen im Erwerbsalter stärker von Bedeutung als für Männer, weil die für Frauen häufigste Krebserkrankung Brustkrebs in jüngeren Jahren auftritt als die für Männer relevanten Krebserkrankungen. Auch die Diagnose Schwangerschaftskomplikationen bildet offensichtliche geschlechterdifferente Beschwerden ab und spielt im AU-Geschehen in bestimmten Altersgruppen eine relevante Rolle. Zwar tragen bei bestimmten Diagnosen wie Verletzungen oder Herz-Kreislaufferkrankungen Männer die größere Morbiditätslast, bei den meisten für das AU-Geschehen relevanten Krankheiten sind es dennoch die Frauen, die zu größeren Anteilen darunter leiden.

**These 2: Frauen arbeiten häufiger als Männer in Branchen oder Berufen mit hohem Krankenstand**

Es trifft zwar zunächst zu, dass Frauen häufig in Branchen mit einem hohen Krankenstand arbeiten, jedoch konnte dies als Ursache für den höheren Krankenstand der Frauen weitgehend ausgeschlossen werden. Erstens haben Frauen in den meisten Branchen und Berufen einen höheren Krankenstand als Männer, zweitens konnte mittels einer multivariaten Analyse unter Kontrolle von Branche (und weiteren Tätigkeitsmerkmalen) das Geschlecht als von anderen Merkmalen unabhängiger Einflussfaktor auf den Krankenstand bestätigt werden.

**These 3: Frauen arbeiten häufiger in Branchen und Berufsgruppen mit hohem Krankenstand, d. h. in belastenderen Branchen und Berufen. Dies ist die eigentliche Ursache ihres höheren Krankenstands**

Die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung, die für diesen Gesundheitsreport durchgeführt wurde, zeigen, dass es tatsächlich Frauen häufiger als Männern unmöglich ist, mit Krankheitssymptomen zur Arbeit zu gehen, weil sie Kundenkontakt haben. Gleichzeitig gilt: Wer angibt, wegen Kundenkontakt nicht mit Krankheitssymptomen zur Arbeit gehen zu können, berichtet auch über mehr Arbeitsunfähigkeitsfälle. Dies kann als eine gewisse Evidenz dafür gelten, dass Frauen mehr als Männer Tätigkeiten ausüben, in denen auch leichte Beschwerden eine Arbeitsunfähigkeit bedeuten.

**These 4: Schwangerschaftskomplikationen tragen zum höheren Krankenstand der Frauen bei**

Diese These konnte durch die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit klar bestätigt werden. Je nach Altersgruppe machen Schwangerschaftskomplikationen fast sieben Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage aus und erklären bis zu 73 Prozent des Geschlechterunterschieds im Krankenstand. Über alle Altersgruppen hinweg erklären Schwangerschaftskomplikationen etwa 12 Prozent des Krankenstandsunterschieds zwischen Männern und Frauen.

**These 5: Frauen gehen eher zum Arzt, Männer dagegen zögern den Arztbesuch eher heraus, m.a.W.: Frauen sorgen sich mehr um ihre Gesundheit**

Die geringere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Männer im Vergleich zu Frauen ist in der Literatur vielfach beschrieben (vgl. die Ausführung in Abschnitt 4.5). Auch die Analyse der Behandlungsdaten der DAK-Gesundheit im Rahmen dieses Reports unterstreicht dies. Ob dies allerdings ursächlich für einen höheren Krankenstand der Frauen ist, kann durch die Analysen nicht belegt werden. Es ist allerdings plausibel dies anzunehmen, zudem wird diese Annahme durch die Befragung der Expertinnen und Experten gestützt.

**These 6: Männer haben einen niedrigeren Krankenstand als Frauen, weil sie häufiger krank zur Arbeit gehen, also so genannten Präsentismus betreiben.**

Diese These trifft nicht zu. Es sind vielmehr die Frauen, die häufiger Präsentismus betreiben, also krank zur Arbeit gehen. Sie sind insgesamt mit mehr Krankheitsfällen konfrontiert, von denen ein Teil zu einer Krankmeldung führt, ein anderer Teil zu Präsentismusfällen.

**These 7: Frauen melden sich häufiger krank als Männer, weil sie sich im Falle der Krankheit ihrer Kinder nicht anders zu helfen wissen**

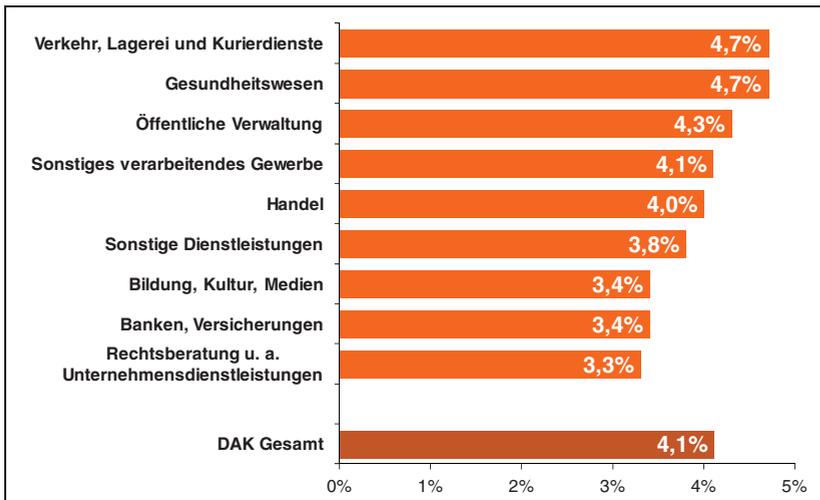
Zwar gibt es für den Fall der Krankheit der Kinder so genannte Kind-Krank-Tage (Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 SGB V), diese sind aber zum einen begrenzt, zweitens bedeutet es für Eltern u.U. zusätzlichen Aufwand, das entsprechende ärztliche Attest einzuholen. Tatsächlich geben Männer (rund 18 Prozent) wie Frauen (rund 27 Prozent) an, dass sie sich gelegentlich nicht anders zu helfen zu wissen, als sich im Falle der Krankheit des Kindes selbst krank zu melden – Frauen geben dies also deutlich häufiger an als Männer.

## 5. Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen

Im fünften Kapitel wird die Krankenstandsentwicklung nach Branchen differenziert dargestellt. Grundlage der Auswertung ist die Zuordnung der Mitglieder der DAK-Gesundheit zu den Wirtschaftszweigen. Die Zuordnung nehmen die Arbeitgeber anhand des Schlüssels der Bundesanstalt für Arbeit bzw. des Statistischen Bundesamtes vor.<sup>23</sup>

Im Folgenden wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zunächst in den neun Wirtschaftsgruppen, in denen besonders viele Mitglieder der DAK-Gesundheit beschäftigt sind, etwas detaillierter betrachtet (vgl. Abbildung 71). Abbildung 72 geht auf die übrigen Wirtschaftsgruppen ein.

Abbildung 71: Krankenstandswerte 2015 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Die Branchen „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ und „Gesundheitswesen“ lagen mit einem Krankenstandswert von 4,7 Prozent an der Spitze und somit eindeutig über dem Durchschnitt aller Branchen. Die Branche „Öffentliche Verwaltung“ folgt auf Platz Drei. Unter dem Durchschnitt lagen die Branchen „Handel“ mit 4,0 Prozent sowie „Sonstige Dienstleistungen“ mit 3,8 Prozent. Am anderen Ende der Skala befinden sich die Branchen „Bildung, Kultur, Medien“ und „Banken, Versicherungen“ (jeweils 3,4 Prozent) sowie

**„Zwei Erste Plätze“**

<sup>23</sup> Für die Auswertungen im Rahmen der DAK-Gesundheitsreports wird die Gruppierung der Wirtschaftszweige durch Zusammenfassung bzw. Ausgliederung gegenüber der Schlüssel-systematik leicht verändert, um einige für die DAK-Gesundheit besonders charakteristische Wirtschaftsgruppen besser darstellen zu können.

„Rechtsberatung und andere Unternehmensdienstleistungen“ mit einem deutlich unterdurchschnittlichen Krankenstand in Höhe von 3,3 Prozent.

Ursächlich für diese Unterschiede sind deutliche Abweichungen zwischen den Branchen hinsichtlich der Fallhäufigkeit und Falldauer:

- Verantwortlich für die hohen Ausfallzeiten in der Branche Verkehr, Lagerei und Kurierdienste ist vor allem die erhöhte Falldauer von durchschnittlich 13,5 Tagen pro Krankheitsfall. Die Fallhäufigkeit war mit 126,9 Fällen pro 100 VJ nur leicht erhöht gegenüber dem Gesamtdurchschnitt (124,4 Fälle pro 100 VJ)
- Die hohen Ausfallzeiten im „Gesundheitswesen“ sind sowohl auf eine überdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeit als auch auf eine längere Erkrankungsdauer zurückzuführen: Je 100 ganzjährig Versicherter konnten 2015 129,5 Erkrankungsfälle gezählt werden, die im Durchschnitt 13,1 Tage dauerten.

**DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege und im DAK-BGW-Gesundheitsreport 2006“**

Das hohe Krankenstandsniveau im Gesundheitswesen ist zu einem großen Teil auf stark belastende Arbeitsbedingungen zurückzuführen. Die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von Pflegenden wurden vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems im DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege und im DAK-BGW-Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege umfassend analysiert.

Wesentliche Ergebnisse sind, dass Pflegenden noch immer überdurchschnittlich stark von Krankheiten und Gesundheitsstörungen betroffen sind. Dabei spielen Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen eine besonders wichtige Rolle. Beide Krankheitsarten stehen häufig im Zusammenhang mit Belastungen aus der Arbeitswelt, die sich durch geeignete betriebliche Präventionsmaßnahmen grundsätzlich reduzieren lassen.

- In der „Öffentlichen Verwaltung“ beträgt die Fallhäufigkeit je 100 Versicherte 135,0 Erkrankungsfälle und liegt damit deutlich über dem Durchschnitt (124,4 AU-Fälle). Die Erkrankungsdauer lag in der „Öffentlichen Verwaltung“ mit durchschnittlich 11,7 Tagen unter dem Durchschnitt aller Branchen (12,1 Tage je AU-Fall).

**Gründe für hohen Krankenstand in der öffentlichen Verwaltung**

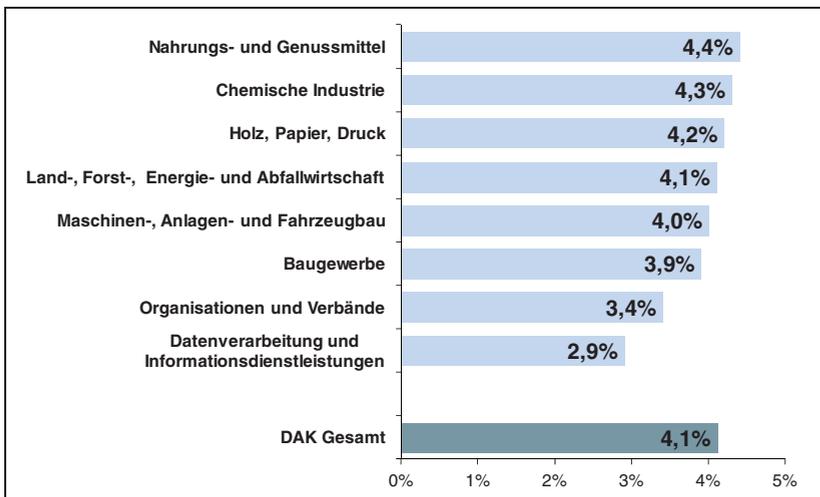
Der im Vergleich zur Privatwirtschaft hohe Krankenstand in den öffentlichen Verwaltungen wird in verschiedenen Studien zum Teil mit einem höheren Anteil an Schwerbehinderten im öffentlichen Sektor begründet.<sup>24</sup> Auch bieten öffentliche Verwaltungen gesundheitlich beeinträchtigten Erwerbstätigen noch immer eher eine Beschäftigungsmöglichkeit als kleinbetrieblich strukturierte Branchen wie z. B. „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“.

<sup>24</sup> Marstedt et al.: Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im Öffentlichen Dienst, in: Fehlzeiten-Report 2001; Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 2003

Der niedrige Krankenstand in den Branchen „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“ lässt sich zurückführen auf eine unterdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeit sowie auch Erkrankungsdauer:

- 100 ganzjährig Beschäftigte im Wirtschaftszweig „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“ waren 2015 nur 116,4 Mal arbeitsunfähig erkrankt. Eine Erkrankung dauerte hier im Durchschnitt nur 10,5 Tage.

Abbildung 72: Krankenstandswerte 2015 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

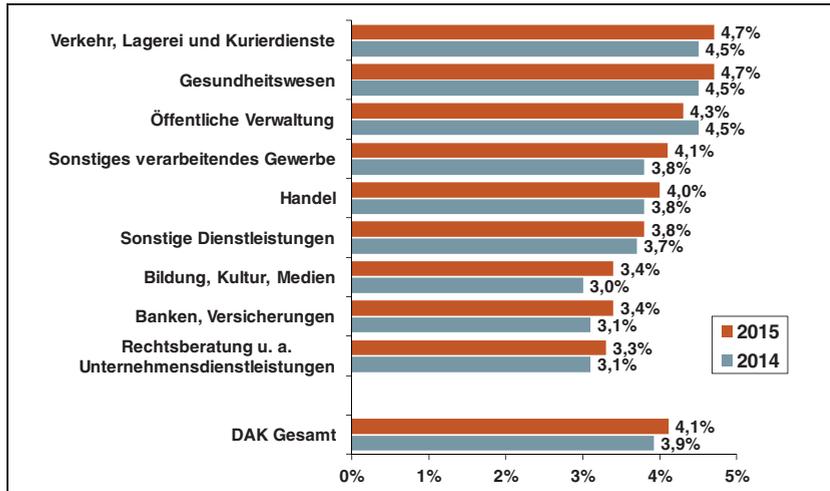
Abbildung 72 zeigt die Krankenstände in den übrigen acht Wirtschaftsgruppen. Es zeigt sich, dass einige der Branchen, die dem verarbeitenden Gewerbe zuzuordnen sind, wie z. B. „Baugewerbe“ und „Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau“, unter dem DAK-Gesundheit-Durchschnitt liegende Krankenstandswerte aufweisen. Einen besonders niedrigen Wert erzielte die Branche „Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen“, die über alle Branchen hinweg den niedrigsten Krankenstand aufweist.

Bereits in den Vorjahresberichten wurde darauf hingewiesen, dass Mitglieder der DAK-Gesundheit in diesen Branchen aufgrund der Historie der DAK-Gesundheit als Angestellten-Krankenkasse hier vermutlich überwiegend nicht in den gewerblichen Bereichen, sondern in den gesundheitlich weniger belastenden Verwaltungs- und Bürobereichen arbeiten.

In Abbildung 73 und Abbildung 74 sind die Krankenstandswerte nach Wirtschaftsgruppen der Jahre 2014 und 2015 vergleichend gegenübergestellt.

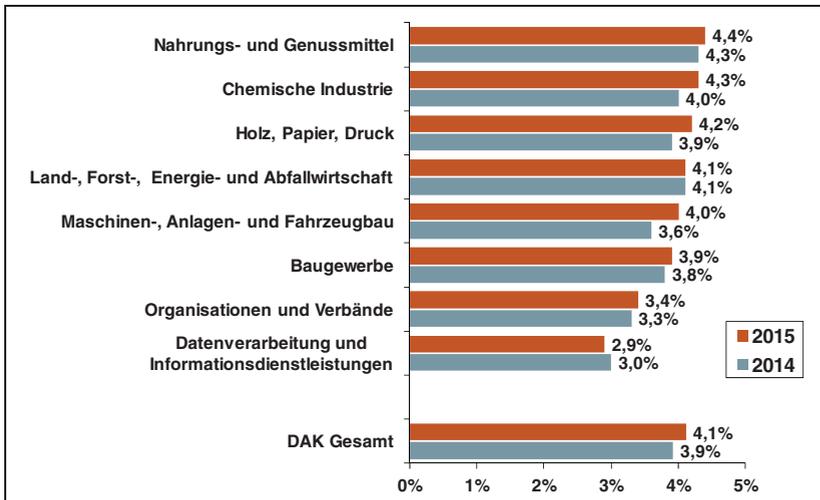
Es zeigt sich, dass die Krankenstände in nahezu allen Wirtschaftsgruppen entweder identisch oder um 0,1 bis 0,4 Prozentpunkte gestiegen sind. Lediglich die Wirtschaftsgruppe „Öffentliche Verwaltung“ zeigt einen Rückgang des Krankenstandes um 0,2 Prozent.

Abbildung 73: Krankenstandswerte 2014–2015 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Abbildung 74: Krankenstandswerte 2014 2015 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Bei den acht übrigen Wirtschaftsgruppen ist der Krankenstand ebenfalls in nahezu allen Wirtschaftsgruppen um 0,1 bis 0,4 Prozentpunkte gestiegen. Lediglich in der Wirtschaftsgruppe „Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen“ ist der Krankenstand um 0,1 Prozentpunkte gesunken.

## 6. Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern beruht auf der Zuordnung der Mitglieder der DAK-Gesundheit nach ihren Wohnorten.

Um Unterschiede zwischen ost- und westdeutschen Versicherten aufzuzeigen, werden neben Analysen für die einzelnen Bundesländer auch die Gesamtwerte für West- und Ostdeutschland ausgewiesen. Tabelle 24 zeigt die wichtigsten Kennziffern des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Bundesländern für das Jahr 2015.

Tabelle 24: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern

Bundesland	Krankenstand	pro 100 Versichertenjahre		Ø Fall- dauer
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	3,5%	1.266,6	112,9	11,2
Bayern	3,6%	1.314,7	113,9	11,5
Berlin*	4,4%	1.617,4	123,2	13,1
Bremen	3,9%	1.431,5	121,2	11,8
Hamburg	3,7%	1.334,8	112,3	11,9
Hessen	4,2%	1.539,6	131,5	11,7
Niedersachsen	4,1%	1.486,7	124,7	11,9
Nordrhein-Westfalen	4,1%	1.496,3	120,8	12,4
Rheinland-Pfalz	4,4%	1.599,6	128,5	12,5
Saarland	4,7%	1.724,9	124,0	13,9
Schleswig-Holstein	4,0%	1.467,0	123,2	11,9
<b>Westliche Bundesländer</b>	<b>4,0%</b>	<b>1.446,1</b>	<b>120,9</b>	<b>12,0</b>
Brandenburg	5,2%	1.883,8	146,6	12,9
Mecklenburg-Vorpommern	4,9%	1.798,6	146,6	12,3
Sachsen	4,6%	1.685,1	138,3	12,2
Sachsen-Anhalt	5,1%	1.855,2	148,3	12,5
Thüringen	5,1%	1.843,3	150,9	12,2
<b>Östliche Bundesländer</b>	<b>5,0%</b>	<b>1.820,9</b>	<b>146,1</b>	<b>12,5</b>
<b>Gesamt</b>	<b>4,1%</b>	<b>1.500,0</b>	<b>124,4</b>	<b>12,1</b>

Quelle: AU Daten der DAK-Gesundheit 2015 \* Berlin (Ost und West) gehört krankenversicherungsrechtlich zu den westlichen Bundesländern (Rechtskreis West)

Hinter dem Gesamtkrankenstand von 4,1 Prozent verbergen sich regionale Unterschiede: Wie auch in den Vorjahren sind 2015 drei unterschiedliche „Krankenstandsregionen“ erkennbar (vgl. Abbildung 75). Das südliche Bundesland Baden-Württemberg verzeichnet einen besonders günstigen Wert: Hier liegt das Krankenstandsniveau deutlich d. h. mehr als 0,3 Prozentpunkte unter dem DAK-Gesundheit-Bundesdurchschnitt. Bayern und Hamburg gehören ebenfalls zu dieser Gruppe.

**Regionale Unterschiede bestehen auch im Jahr 2015 fort**

Abbildung 75: Bundesländer mit Krankenständen näher am DAK-Gesundheit Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot)



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

### **Günstigste Krankenstandswerte neben Baden-Württemberg auch in Bayern und Hamburg**

Wie schon in den Vorjahren weisen Baden-Württemberg und Bayern mit einem Krankenstand in Höhe von 3,5 Prozent und 3,6 Prozent die niedrigsten Werte auf. 2015 weist auch das Bundesland Hamburg einen deutlich unterdurchschnittlichen Krankenstand in Höhe von 3,7 Prozent auf.

Mit Ausnahme der Länder Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg und Saarland weichen die übrigen westlichen Bundesländer nicht mehr als 0,3 Prozentpunkte vom Bundesdurchschnitt ab. Knapp über dem Durchschnitt liegen Hessen und Rheinland-Pfalz.

Die Länder Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein liegen auf bzw. leicht unter dem DAK-Gesundheit-Bundesdurchschnitt.

Hervorzuheben ist, dass 2015 der Krankenstand im Saarland, nach Annäherung an den Durchschnitt im Jahr 2008, auch dieses Jahr wieder mehr als 0,3 Prozentpunkte über dem Durchschnitt lag.

In Ostdeutschland werden allgemein über dem Bundesdurchschnitt liegende Krankenstände beobachtet. Am günstigsten stellt sich die Situation in Sachsen dar, wo mit 4,6 Prozent der niedrigste Krankenstand der fünf östlichen Bundesländer festgestellt wurde. Hier liegt das Krankenstandsniveau nur 0,5 Prozentpunkte über dem DAK-Gesundheit Bundesdurchschnitt. Alle übrigen Werte liegen deutlich über dem Durchschnitt. Brandenburg lag mit einem Krankenstand von 5,2 Prozent an der Spitze.

Ursache für den erhöhten Krankenstand in den östlichen Bundesländern ist eine überdurchschnittliche Fallhäufigkeit teilweise zusätzlich in Verbindung mit einer überdurchschnittlichen Falldauer:

Während die Zahl der AU-Fälle pro 100 Versicherte in den westlichen Ländern zwischen 112,3 (Hamburg) und 131,5 (Hessen) liegt, weisen die östlichen Länder Werte zwischen 138,3 (Sachsen) und 150,9 (Thüringen) auf. Die Falldauer bewegt sich zwischen 11,2 Tagen in Baden-Württemberg und 13,9 Tagen im Saarland.

In Berlin ist der Krankenstand gegenüber dem Vorjahr unverändert. Damit ist es mit einem bis 0,3 Prozentpunkte nach oben oder unten abweichenden Krankenstand in den gelben Bereich gerückt.

### **Entwicklung des Krankenstandes 2014-2015**

Abbildung 76 gibt einen Überblick über die bundeslandspezifischen Krankenstände des Jahres 2015 im Vergleich zum Vorjahr. Ein Anstieg der Krankenstandswerte um 0,1 bis 0,3 Prozentpunkte ist in allen Bundesländern, mit Ausnahme von Berlin und Bremen, zu beobachten. In Berlin liegt der Wert für den Krankenstand auf dem

**Westliche Bundesländer liegen um den Durchschnitt**

**Saarland erneut über dem Durchschnitt**

**Alle östlichen Länder über dem DAK-Gesundheit Bundesdurchschnitt**

**Hohe Fallzahlen in Verbindung mit teils überdurchschnittlichen Erkrankungsdauern sind Ursache des erhöhten Krankenstandes im Osten  
Berlin in 2015 näher am Bundesdurchschnitt**

**Anstieg des Krankenstands in fast allen Bundesländern**

gleichen Niveau wie im Vorjahr, in Bremen ist sogar ein Rückgang des Krankenstandes um 0,1 Prozentpunkte zu verzeichnen.

**Westliche Bundesländer**

In den westlichen Bundesländern verzeichnet nur Bremen einen leichten Rückgang des Krankenstandes. In Berlin ist der Krankenstand im Vergleich zum Vorjahr konstant. In den restlichen westlichen Bundesländern ist der Wert gestiegen, am stärksten in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland mit einem Anstieg um 0,3 Prozentpunkte.

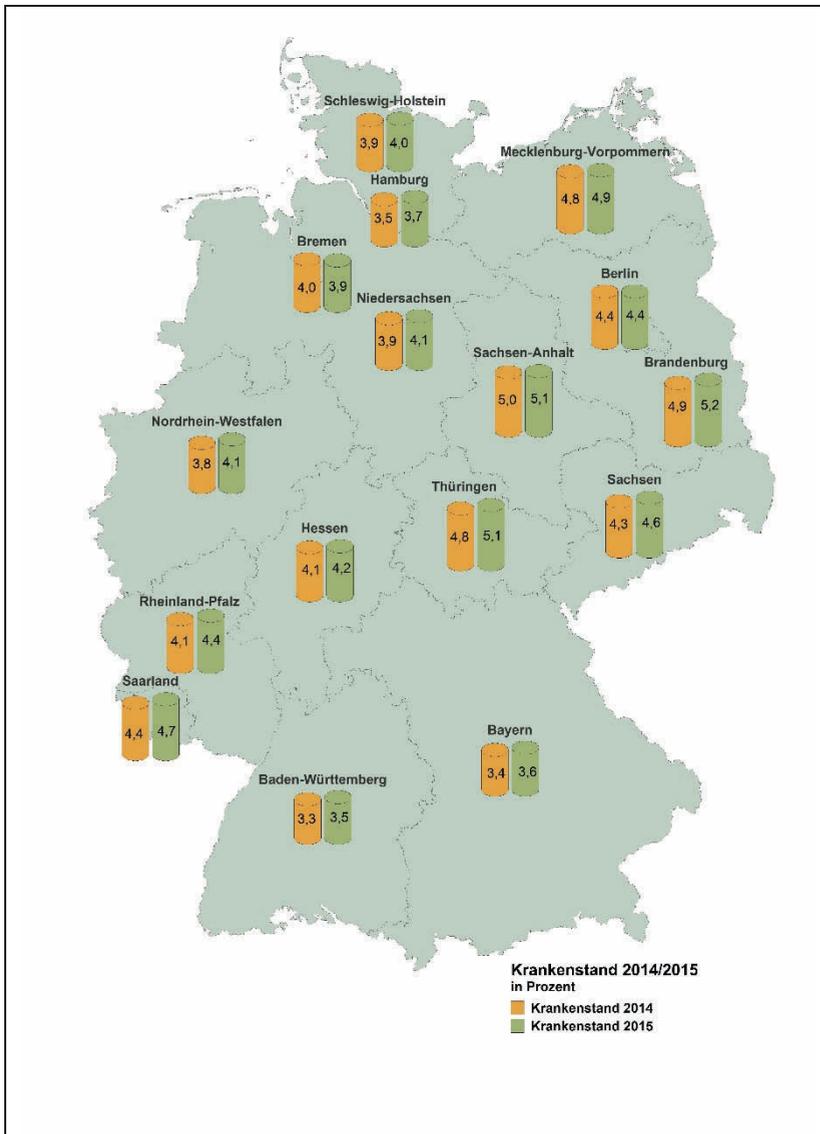
**Östliche Bundesländer**

Auch in den östlichen Bundesländern ist ein Anstieg des Krankenstands zu beobachten. Die stärksten Anstiege lassen sich in Thüringen, Sachsen und Brandenburg, um 0,3 Prozentpunkte, beobachten.

**Übersichtstabellen im Anhang**

Eine Übersicht über die Arbeitsunfähigkeitsdaten für die Jahre 2014 und 2015 aufgeschlüsselt nach Bundesländern ist den Tabellen A1 und A2 im Anhang des DAK-Gesundheitsreports zu entnehmen.

Abbildung 76: Krankenstandswerte der Jahre 2014 und 2015 nach Bundesländern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2014-2015

## Ursachen für die Unterschiede im Krankenstand zwischen Ost- und Westdeutschland

Seit mehr als zehn Jahren berichtet die DAK-Gesundheit über den Krankenstand ihrer versicherten Mitglieder und beobachtete jährlich, dass der Krankenstand im Osten deutlich über dem im Westen liegt.

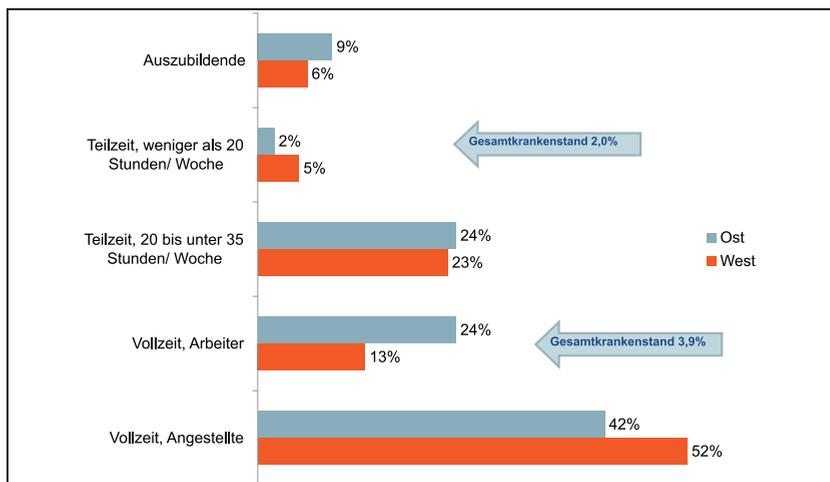
Um herauszufinden, was diesen Unterschied begründet, hat die DAK-Gesundheit im Herbst 2007 eine Untersuchung durchgeführt, deren Ergebnisse im Folgenden kurz vorgestellt werden. Als zentrale Erkenntnisse dieser Kurzstudie sind hervorzuheben:

Der Krankenstand im Osten wird durch eine ungünstigere und im Westen durch ein günstigeres Versicherten- sowie Wirtschaftsstruktur beeinflusst.

Das Meldeverhalten der Versicherten im Osten führt im Vergleich zum Meldeverhalten der Versicherten im Westen zu einer exakteren Erfassung des Krankenstandes.

Zur Erklärung der Krankenstandsunterschiede wurde eine vertiefte Analyse der AU-Daten des Jahres 2006 durchgeführt. Wie die Abbildung 77 zeigt, sind im Osten gewerbliche Arbeitnehmer über- und Teilzeitkräfte mit einem Beschäftigungsumfang von weniger als 20 Wochenstunden unterrepräsentiert.

Abbildung 77: Verteilung der DAK-Versicherten nach beruflicher Stellung differenziert nach Ost und West



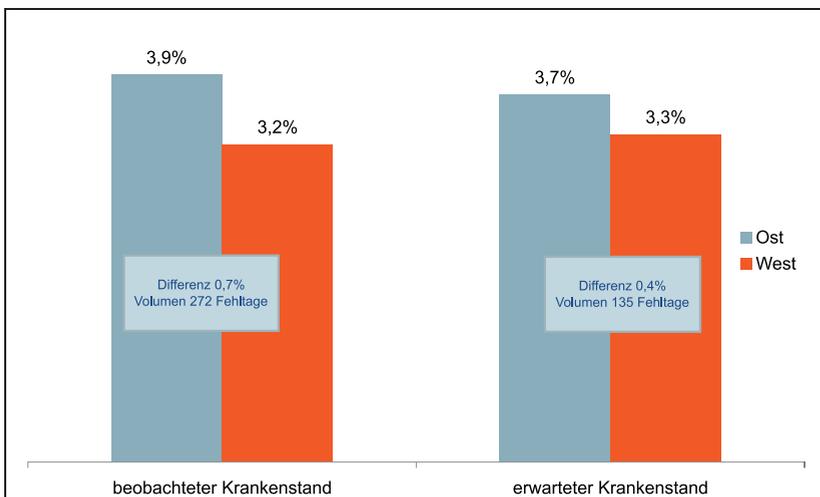
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2006

Für Arbeiter ist im Vergleich zu den Teilzeitbeschäftigten oder auch Angestellten ein überdurchschnittlich hoher Krankenstand in Höhe von 3,9 Prozent kennzeichnend, was sich aufgrund ihres höheren Anteils unter den Versicherten der DAK-Gesundheit in Ostdeutschland steigend auf den Krankenstand Ost im Vergleich zum Krankenstand West auswirkt.

Neben den strukturellen Unterschieden in Bezug auf das Merkmal berufliche Stellung ergaben die AU-Analysen, dass die höheren Krankenstände im Rechtskreis Ost zu einem weiteren Teil auch auf ungünstigere Wirtschaftsstrukturen zurückzuführen sind, wenn die Verteilung der Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen in die Analyse miteinbezogen werden. In den östlichen Bundesländern arbeitet ein größerer Anteil der Mitglieder in Branchen, die allgemein ein höherer Krankenstand kennzeichnet.

Die folgende Abbildung 78 zeigt, wie groß der Einfluss der hier aufgezeigten Strukturunterschiede ist bzw. ein wie großer Unterschied bestehen würde, fände man die strukturellen Abweichungen in Bezug auf Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur so nicht vor.

Abbildung 78: Vergleich beobachteter und erwarteter Krankenstände (indirekt standardisiert nach Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur) in 2006



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2006

Beobachtet wird eine Differenz von 0,7 Prozentpunkten im Krankenstand. Das entspricht einem Volumen von 272 AU-Tagen. Daneben abgebildet ist der Krankenstand, den man bei gleicher Versichertenstruktur nach Alter, Geschlecht, Wirtschaftsstruktur und dem Merkmal Stellung im Beruf bzw. Beschäftigungsumfang in Ost und West erwarten würde: Die beobachtete Krankenstandsdifferenz zwischen den Rechtskreisen Ost und West ist zu rund 50 Prozent (135 AU-

Tage) auf diese Strukturmerkmale zurückzuführen. Die Wirtschaftsstruktur spielt dabei die größte Rolle.

Die Auswertung einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage der DAK-Gesundheit im Herbst 2007 zeigt zudem, dass ein weiterer Teil der beobachteten Krankenstandsdifferenz auf eine stärkere Untererfassung von AU-Fällen im Westen im Vergleich zum Osten zurückzuführen ist.

Die Fallhäufigkeiten werden im Westen um insgesamt 27 Prozent und im Osten lediglich um 10 Prozent unterschätzt. Dies begünstigt den Krankenstandswert im Westen stärker als im Osten.

Als Hauptursache für diese Untererfassung ist das Nichteinreichen des gelben Scheins zu nennen. Wie die Auswertung der Umfrage zeigt, sind beinahe 50 Prozent aller untererfassten Fälle darauf zurückzuführen.

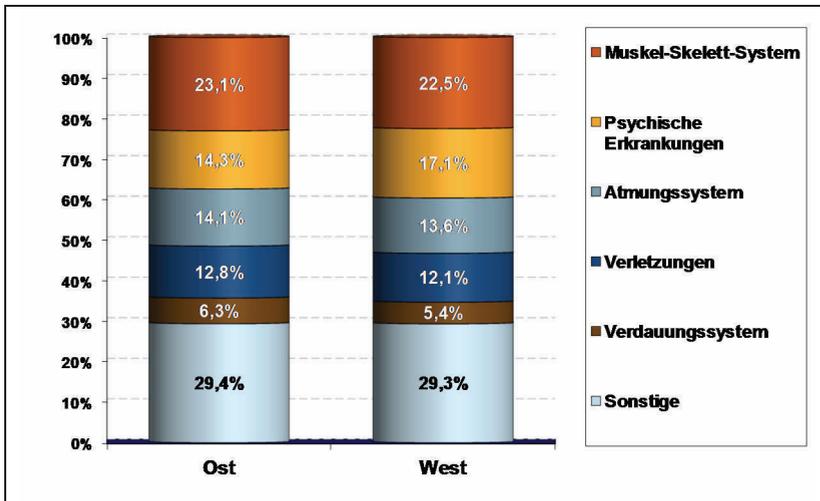
Korrigiert man nun die beobachteten Krankenstandswerte rechnerisch um die untererfassten AU-Fälle, so nähern sich die beobachteten Krankenstandswerte weiter an. Die „beobachtete“ Differenz entspräche dann angewandt auf die AU-Daten von 2006 nur noch einem Fehltagevolumen von 209 Tagen (statt 272 Tagen) oder 0,6 Prozentpunkten.

Für den über die aufgezeigten Erklärungsansätze hinaus weiterhin bestehenden Unterschied im Krankenstand müssen andere Ursachen in Betracht gezogen werden, wie bestehende Morbiditätsunterschiede (z. B. Herz-Kreislaufkrankungen oder Muskel-Skelett-Erkrankungen).

### **Bedeutung der Krankheitsarten in den östlichen und westlichen Bundesländern**

In den vorangehenden DAK-Gesundheitsreporten wurden Unterschiede zwischen den westlichen und den östlichen Bundesländern im Hinblick auf die Bedeutung der Krankheitsarten festgestellt. Abbildung 79 zeigt die Anteile am Krankenstand 2015 der fünf wichtigsten Krankheitsarten.

Abbildung 79: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

In den westlichen Bundesländern spielen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems wie im Vorjahr eine geringfügig kleinere Rolle als in den östlichen Bundesländern.

In Ostdeutschland haben Erkrankungen des Atmungssystems, Verletzungen und Erkrankungen des Verdauungssystems einen höheren Anteil am Krankenstand als in Westdeutschland.

Der deutlichste Unterschied zeigt sich, wie auch in den Vorjahren, bei den psychischen Erkrankungen:

Der Anteil lag in den westlichen Bundesländern über dem Wert der östlichen Bundesländer (17,1 Prozent gegenüber 14,3 Prozent).

**Psychische Erkrankungen haben größere Bedeutung im Rechtskreis West**

## 7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Mit dem Gesundheitsreport 2016 setzt die DAK-Gesundheit ihre jährliche Analyse der Arbeitsunfähigkeiten der erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit fort. Insgesamt kann die Entwicklung des Krankheitsgeschehens der Versicherten der DAK-Gesundheit von bereits mehr als fünfzehn Jahren betrachtet werden. Für das Jahr 2015 wird folgende Bilanz gezogen:

### **Gesamtkrankenstand gestiegen**

- Der Krankenstand lag bei 4,1 Prozent. Nach dem Rückgang des Krankenstandes in 2014 stieg der Wert für das Jahr 2015 um 0,2 Prozentpunkte.

Eine monokausale Erklärung für die Entwicklung des Krankenstands der Mitglieder der DAK-Gesundheit kann nicht gegeben werden. Vielmehr müssen mehrere Faktoren, insbesondere auf volkswirtschaftlicher und betrieblicher Ebene, in Betracht gezogen werden, die sich in ihrer Wirkung verstärken oder auch aufheben können.

Dessen ungeachtet kann nach einem Zehn-Jahresvergleich der Krankmeldungen das Fazit gezogen werden, dass Konjunkturveränderungen allein nicht mehr automatisch zu deutlichen Absenkungen oder Erhöhungen des Krankenstandes führen. Der Krankenstand entwickelt sich weitgehend unabhängig von konjunkturellen Verläufen.

### **Betriebliche Gesundheitsförderung verhindert deutlicheren Anstieg des Krankenstandes**

Erklärungen für das bei den DAK-Mitgliedern beobachtbare Krankenstandniveau sind jedoch auch auf betrieblicher Ebene zu suchen: Wenn es hier nicht zu einem Anstieg des Krankenstandes kommt, kann dies u. a. auf Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Berücksichtigung von Fragen der Mitarbeitergesundheit bei der Organisations- und Personalentwicklung in Unternehmen zurückgeführt werden.

Die Betrachtung des Gesamtkrankenstandes sagt über die gesundheitlichen Belastungen der DAK-Versicherten noch nicht alles aus. Ergänzend heranzuziehen sind Auswertungen nach Krankmeldungen unterschiedlicher Dauer, nach Krankheitsarten sowie auch nach Wirtschaftsgruppen:

### **Leichter Rückgang bei Langzeiterkrankungen**

- Das Gesamtvolumen an AU-Tagen ist 2015 gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Krankmeldungen bei Langzeitarbeitsunfähigkeiten mit 3,7 Prozent dabei leicht gesunken (3,9 Prozent in 2014), ihr Anteil an den AU-Tagen ebenfalls und zwar um 1,3 Prozentpunkte auf 42,7 Prozent.

### **Anstieg bei Atemwegserkrankungen**

- Wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen auf der Ebene von Krankheitsarten betrachtet, zeigt sich im Vorjahresvergleich, dass Fehltag aufgrund Atemwegserkrankungen deutlich gestiegen sind.

- Die Fehltagel aufgrund psychischer Erkrankungen sind weiter gestiegen. Daher sollten Maßnahmen der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung den Fokus u. a. auf den Abbau von psycho-sozialen Belastungen wie chronischer Zeitdruck, Arbeitsunterbrechungen, Überforderung etc. legen.

Die Auswertungen des DAK-Gesundheitsreports 2016 für das Berichtsjahr 2015 zeigen teilweise größere Krankenstandsunterschiede zwischen den Branchen, die auf Unterschiede in den Gesundheitsgefährdungen und Arbeitsbelastungen der Beschäftigten hindeuten.

2015 lagen zwei Branchen gleichauf an der Spitze: Die Branche Verkehr, Lagerei und Kurierdienste zusammen mit dem Gesundheitswesen waren die Branchen mit dem höchsten Krankenstand.

Auch können je nach Branche strukturelle Aspekte für die Krankheitsquote eine größere Rolle spielen. So fällt auf, dass der Krankenstand in einigen Branchen mit kleinbetrieblichen Strukturen, wie z. B. im Bereich „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“ unterdurchschnittlich ist. Für Groß- und Kleinbetriebe gleichermaßen ist das Betriebsklima, d. h. die soziale Kultur des Unternehmens, eine wichtige Einflussgröße, um den Krankenstand erfolgreich zu senken.

Und schließlich ist die Entwicklung des Krankenstands auch Ausdruck unterschiedlicher Krankheiten und Gesundheitsrisiken sowie auch individueller Gesundheitseinstellungen und kollektiver Verhaltensweisen.

Im Schwerpunktthema „Männer und Frauen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen“ wurde von der Frage ausgegangen, warum Frauen häufiger als Männer krankgeschrieben sind. Aspekte waren das Morbiditätsgeschehen, das sich zwischen den Geschlechtern deutlich unterscheidet, Einstellungen und Praktiken im Zusammenhang mit Krankheit, Arbeitsunfähigkeit und Krankschreibung sowie mögliche weitere Einflussfaktoren wie die Branchenzugehörigkeit.

**Strukturelle Aspekte, Kultur und Betriebsklima können die Krankheitsquote beeinflussen**

**Fokus: „Männer und Frauen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen“**

## Anhang I: Hinweise und Erläuterungen

Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Kennzahlen

<b>...pro 100 Versichertenjahre bzw. Mitglieder</b>	An mehreren Stellen dieses Gesundheitsberichts wird die Bezugsgröße „100 Versicherte“ verwendet, dabei handelt es sich jedoch um „100 Versichertenjahre“ bzw. 100 ganzjährig versicherte Mitglieder. Hintergrund für diese Vorgehensweise ist die Tatsache, dass nicht alle Mitglieder das ganze Jahr 2015 über bei der DAK-Gesundheit versichert waren. Die tatsächlichen Versicherungszeiten in Tagen wurden daher auf volle Jahre umgerechnet. Zur Berechnung bspw. der Fallhäufigkeit werden die Arbeitsunfähigkeitsfälle nicht auf 100 Mitglieder bezogen, sondern auf 100 ganze Versicherte.
<b>Betroffenenquote</b>	Die Betroffenenquote ist der Anteil von Versicherten, der im Berichtszeitraum überhaupt wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit hatte. Die Differenz zwischen Betroffenenquote und 100 Prozent ergibt somit den Anteil der Versicherten ohne Arbeitsunfähigkeit.
<b>AU-Fälle oder Fallhäufigkeit</b>	Als ein Arbeitsunfähigkeitsfall wird jeder ununterbrochene Zeitraum von Arbeitsunfähigkeit mit der gleichen Diagnose gezählt. Im Gesundheitsbericht finden Sie zumeist die Kennzahl Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 Versicherte.  Fälle von weniger als drei Tagen Dauer sind in den Daten der DAK-Gesundheit nur enthalten, wenn für den betreffenden Fall eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt wurde.
<b>Krankenstand</b>	Die Kennzahl „Krankenstand“ wird hier in der für die Daten einer gesetzlichen Krankenkasse angemessenen Weise berechnet: Alle Tage, für die der DAK-Gesundheit eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt (einschließlich Sonn- und Feiertage) dividiert durch die Zahl der Versichertentage (die ebenfalls Sonn- und Feiertage einschließen) und multipliziert mit 100.
<b>AU-Tage pro 100 Versicherte</b>	Diese Kennzahl gibt an, wie viele krankheitsbedingte Fehltag – insgesamt oder aufgrund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe – auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfielen. Die Kennzahl AU-Tage pro 100 Versichertenjahre ist im Prinzip eine andere Darstellungsweise des Krankenstandes: Dividiert man sie durch 365, so erhält man den Krankenstandswert.
<b>Durchschnittliche Falldauer</b>	Die durchschnittliche Falldauer errechnet sich, indem die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert wird.
<b>AU-Diagnosen</b>	Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Diagnose ausgewertet. Weitere Diagnoseangaben zu einem Fall werden nicht berücksichtigt.

## Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen

Bei Vergleichen zwischen Gesundheitsberichten unterschiedlicher Krankenversicherungen müssen die standardisierten Kennzahlen herangezogen werden. Hintergrund dafür ist der starke Einfluss des Lebensalters auf die Krankheitshäufigkeit eines Menschen. Ältere leiden öfter unter chronischen Krankheiten als Jüngere und haben daher zumeist auch längere Arbeitsunfähigkeiten. Bei Jüngeren beobachtet man hingegen zumeist eine größere Zahl von Krankheitsfällen, die aber nur sehr kurze Zeit dauern und daher wenig Einfluss auf den Krankenstand haben.

Wenn sich die jeweiligen Anteile der älteren und der jüngeren Personen in zwei zu vergleichenden Gruppen voneinander unterscheiden, dann wird die Gruppe mit dem höheren Anteil Älterer beim Krankenstand in der Regel schlechter abschneiden. Dies muss jedoch nicht bedeuten, dass in der betreffenden Versichertenpopulation stärkere gesundheitliche Belastungen existieren – es kann auch einfach an der größeren Zahl von älteren Mitgliedern liegen.

Eine Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen, besteht darin, immer nur altersgruppenweise zu vergleichen. An einigen Stellen dieses Gesundheitsberichts finden Sie solche altersgruppenweisen Auswertungen – teilweise zusätzlich auch noch nach Geschlechtern getrennt.

Darüber hinaus besteht aber auch Interesse daran, zusammengefasste Werte für die gesamte DAK-Gesundheit mit den Ergebnissen aus anderen Gesundheitsberichten zu vergleichen. Um dabei die geschilderten Probleme mit unterschiedlichen Altersstrukturen ausschalten zu können, werden so genannte standardisierte Kennzahlen berechnet.

Dies bedeutet, dass beiden Gruppen rechnerisch eine identische Altersstruktur unterlegt wird. In den DAK-Gesundheitsberichten wird diese Standardisierung nicht nur für die Altersstruktur, sondern auch für die Anteile der Geschlechter vorgenommen. Unterlegt wurde dazu bisher gemäß der „Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des § 20 SGB V“ der Alters- und Geschlechtsaufbau der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik im Mai 1992.

Je länger man an der gewählten Bezugsbevölkerung festhält, desto größer wird der Zeitraum für den man Zeitreihen der gebildeten Kennzahlen betrachten kann. Der Nachteil dabei ist, dass sich die standardisierten Kennzahlen immer weiter von den tatsächlich beobachteten Werten entfernen, wenn sich die Alters- und Geschlechtsstruktur der Erwerbsbevölkerung spürbar verändert.

Passt man in dieser Situation die Bezugsbevölkerung im Standardisierungsverfahren an, so verliert man die Vergleichbarkeit der aktu-

**Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen**

**Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen!**

**Eine Lösung: Altersgruppenweise Vergleiche**

**Eine Lösung für zusammenfassende Vergleiche: Standardisierte Kennzahlen**

**Standardisierung nach Geschlecht und Alter**

**Aktualisierte Bezugsbevölkerung**

ell berichteten Werte mit denen aus zurückliegenden Jahren. Zeitreihen lassen sich dann erst nach Ablauf weiterer Jahre erzeugen, wenn noch mehr Werte auf Basis der neuen, aktuelleren Bezugsbevölkerung berechnet werden konnten.

Auf der Ebene der Ersatzkassen und ihrer Verbände wurde im Juni 2013 festgelegt, dass die Grundlage für das Standardisierungsverfahren zukünftig die Erwerbsbevölkerung von 2010 sein soll.

Mit dem Gesundheitsreport 2012 stellte die DAK-Gesundheit die Bezugsbevölkerung auf die Erwerbsbevölkerung aus dem Jahr 2010 um. Grundlage hierfür ist eine Vereinbarung auf Ebene der Ersatzkassen zum Standardisierungsverfahren.

**Was die standardisierten Kennzahlen zeigen**

An den standardisierten Kennzahlen lässt sich der Unterschied zwischen den Ergebnissen der DAK-Gesundheit und den entsprechenden Resultaten anderer Gesundheitsberichte ablesen, der nicht auf verschiedene Alters- und Geschlechtsstrukturen zurückgeführt werden kann und der daher anderweitig erklärt werden muss

**Zusammenfassung der ICD 10 Kapitel „Krankheiten des Nervensystems, des Auges und der Ohren“**

**Hinweise zur Umstellung von ICD 9 auf ICD 10**

Die Auswertungen der DAK-Gesundheit für die Jahre 1997 bis 1999 erfolgten auf Basis der bis dahin gültigen 9. Version des ICD-Schlüssels. Seit 2000 werden die Diagnosen nach dem neuen ICD 10 verschlüsselt. Um eine größtmögliche Kontinuität und Vergleichbarkeit zwischen den beiden Schlüsselsystemen zu gewährleisten, werden die im ICD 10 als getrennte Kapitel behandelten Krankheiten des Nervensystems, des Auges und der Ohren weiterhin zu einer Gesamtgruppe zusammengefasst – die frühere Hauptgruppe VI „Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane“ des ICD 9 wird also in der Darstellung beibehalten.

Durch die Umstellung des Diagnoseschlüssels sind gewisse Verzerrungen in der Zeitreihe vor und nach 2000 möglich. Der ICD 10 eröffnet neue Möglichkeiten der Diagnoseverschlüsselung, sodass es denkbar ist, dass ein identischer Krankheitsfall im Jahr 2000 oder später in einem anderen ICD-Kapitel codiert wird als 1999 oder 1998.

**Zurückhaltende Interpretation von Unterschieden vor und nach 2000**

Die Einschränkungen hinsichtlich der Vergleichbarkeit mit den Jahren vor dem Berichtszeitraum 2000 beziehen sich wohlgerneht nur auf die Auswertungen nach Krankheitsarten und hier vor allem auf die Ebene der Einzeldiagnosen. Die übrigen Krankenstandsvergleiche sind davon nicht berührt.

**Hinweise zur Umstellung von ICD 10 auf ICD 10 GM**

Seit dem 1.1.2004 gilt der ICD 10 GM (German Modification) für ambulante und stationäre Diagnosen. Der ICD 10 GM verfügt über eine feinere Gliederung der Einzeldiagnosen, welche aber für die Vergleichbarkeit der Zahlen zu Krankheitsarten mit den Jahren 2000 bis 2003 weitestgehend irrelevant ist. Für den Gesundheitsreport werden die Einzeldiagnosen zu Gruppen zusammengefasst, welche bis auf Einzelfälle im ICD 10 und im ICD 10 GM identisch sind. Die vorliegenden Zahlen zu den Krankheitsarten sind somit trotz Änderung des ICD-Schlüssels mit den Vorjahren vergleichbar.

**Umstellung des ICD 10 auf ICD 10 GM führte zu keinen relevanten Einschränkungen der Vergleichbarkeit der Daten mit den Vorjahren**

## Anhang II: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für die Berichtsjahre 2014 und 2015 analysierten Arbeitsunfähigkeitsdaten. Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erhalten so die Möglichkeit, über die im Bericht vorgestellten Zahlen hinaus eigene Berechnungen vorzunehmen oder die Zahlen mit Ergebnissen anderer Gesundheitsberichte zu vergleichen. An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Kennzahlen aus diesem Bericht nur mit den Ergebnissen in Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen unmittelbar verglichen werden können.

### Verzeichnis der in Anhang II aufgeführten Tabellen:

Tabelle A1:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2015.....	146
Tabelle A2:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2014.....	147
Tabelle A3:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2015 .....	148
Tabelle A4:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2014 .....	149
Tabelle A5:	Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2015 .....	150
Tabelle A6:	Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2015 .....	151
Tabelle A7:	Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 1) 2015 .....	152
Tabelle A8:	Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 2) 2015 .....	153
Tabelle A9:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschafts- gruppen 2015 .....	154
Tabelle A10:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschafts- gruppen 2014 .....	155
Tabelle A11:	AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 1) 2015.....	156

---

Tabelle A12:	AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 2) 2015 .....	157
Tabelle A13:	AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 3) 2015 .....	158
Tabelle A14:	AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 4) 2015 .....	159

Tabelle A1: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2015

Bundesland	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		ØTage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	3,5%	1.266,6	112,9	11,2
Bayern	3,6%	1.314,7	113,9	11,5
Berlin*	4,4%	1.617,4	123,2	13,1
Bremen	3,9%	1.431,5	121,2	11,8
Hamburg	3,7%	1.334,8	112,3	11,9
Hessen	4,2%	1.539,6	131,5	11,7
Niedersachsen	4,1%	1.486,7	124,7	11,9
Nordrhein-Westfalen	4,1%	1.496,3	120,8	12,4
Rheinland-Pfalz	4,4%	1.599,6	128,5	12,5
Saarland	4,7%	1.724,9	124,0	13,9
Schleswig-Holstein	4,0%	1.467,0	123,2	11,9
<b>Westliche Bundesländer</b>	<b>4,0%</b>	<b>1.446,1</b>	<b>120,9</b>	<b>12,0</b>
Brandenburg	5,2%	1.883,8	146,6	12,9
Mecklenburg-Vorpommern	4,9%	1.798,6	146,6	12,3
Sachsen	4,6%	1.685,1	138,3	12,2
Sachsen-Anhalt	5,1%	1.855,2	148,3	12,5
Thüringen	5,1%	1.843,3	150,9	12,2
<b>Östliche Bundesländer</b>	<b>5,0%</b>	<b>1.820,9</b>	<b>146,1</b>	<b>12,5</b>
<b>DAK Gesamt</b>	<b>4,1%</b>	<b>1.500,0</b>	<b>124,4</b>	<b>12,1</b>

\* Berlin gehört krankensicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A2: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2014

Bundesland	Krankenstand	Pro 100 Versicherten- jahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	3,3%	1.190,5	103,6	11,5
Bayern	3,4%	1.239,4	105,1	11,8
Berlin*	4,4%	1.596,5	118,1	13,5
Bremen	4,0%	1.445,3	110,8	13,0
Hamburg	3,5%	1.294,0	106,8	12,1
Hessen	4,1%	1.507,5	125,0	12,1
Niedersachsen	3,9%	1.419,0	116,4	12,2
Nordrhein-Westfalen	3,8%	1.395,3	112,1	12,4
Rheinland-Pfalz	4,1%	1.511,9	119,3	12,7
Saarland	4,4%	1.622,3	116,1	14,0
Schleswig-Holstein	3,9%	1.425,0	115,2	12,4
<b>Westliche Bundesländer</b>	<b>3,8%</b>	<b>1.377,0</b>	<b>112,8</b>	<b>12,2</b>
Brandenburg	4,9%	1.792,4	136,3	13,1
Mecklenburg-Vorpommern	4,8%	1.751,8	137,7	12,7
Sachsen	4,3%	1.567,5	127,7	12,3
Sachsen-Anhalt	5,0%	1.816,6	140,2	13,0
Thüringen	4,8%	1.737,6	138,0	12,6
<b>Östliche Bundesländer</b>	<b>4,8%</b>	<b>1.740,2</b>	<b>136,0</b>	<b>12,8</b>
<b>Gesamt</b>	<b>3,9%</b>	<b>1.431,4</b>	<b>116,0</b>	<b>12,3</b>

\* Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A3: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2015

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU- Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	<b>Gesamt</b>	<b>69,7</b>	<b>13,0</b>	<b>5,4</b>	<b>4,6%</b>
		Männer	66,2	12,4	5,3	4,7%
		Frauen	73,8	13,6	5,4	4,6%
C00- D48	Neubildungen	<b>Gesamt</b>	<b>68,2</b>	<b>1,8</b>	<b>38,8</b>	<b>4,5%</b>
		Männer	50,8	1,5	34,5	3,6%
		Frauen	88,5	2,1	42,2	5,5%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	<b>Gesamt</b>	<b>243,7</b>	<b>6,9</b>	<b>35,5</b>	<b>16,2%</b>
		Männer	186,6	5,2	35,9	13,2%
		Frauen	310,6	8,8	35,1	19,4%
G00- H95	Krankheiten des Nerven- systems, des Auges und	<b>Gesamt</b>	<b>63,5</b>	<b>5,9</b>	<b>10,8</b>	<b>4,2%</b>
		Männer	56,4	5,0	11,2	4,0%
		Frauen	71,7	6,9	10,4	4,5%
I00- I99	Krankheiten des Kreis- laufsystems	<b>Gesamt</b>	<b>64,1</b>	<b>3,0</b>	<b>21,2</b>	<b>4,3%</b>
		Männer	78,3	3,1	25,3	5,6%
		Frauen	47,4	2,9	16,1	3,0%
J00- J99	Krankheiten des Atmungs- systems	<b>Gesamt</b>	<b>248,9</b>	<b>38,3</b>	<b>6,5</b>	<b>16,6%</b>
		Männer	221,2	34,4	6,4	15,7%
		Frauen	281,3	42,9	6,6	17,5%
K00- K93	Krankheiten des Verdau- ungssystems	<b>Gesamt</b>	<b>78,4</b>	<b>12,9</b>	<b>6,1</b>	<b>5,2%</b>
		Männer	81,6	12,6	6,5	5,8%
		Frauen	74,6	13,2	5,7	4,6%
M00- M99	Krankheiten des Muskel- Skelett-Systems und des	<b>Gesamt</b>	<b>325,9</b>	<b>17,8</b>	<b>18,3</b>	<b>21,7%</b>
		Männer	335,2	19,1	17,5	23,8%
		Frauen	314,9	16,2	19,4	19,6%
R00- R99	Symptome und abnorme kli- nische und Laborbefunde	<b>Gesamt</b>	<b>56,6</b>	<b>7,7</b>	<b>7,4</b>	<b>3,8%</b>
		Männer	47,4	6,5	7,4	3,4%
		Frauen	67,4	9,1	7,4	4,2%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftun- gen	<b>Gesamt</b>	<b>175,1</b>	<b>9,1</b>	<b>19,3</b>	<b>11,7%</b>
		Männer	205,8	10,6	19,5	14,6%
		Frauen	139,1	7,3	18,9	8,7%
	<b>Gesamt<sup>25</sup></b>	<b>Gesamt</b>	<b>1.500,0</b>	<b>124,4</b>	<b>12,1</b>	<b>100,0%</b>
		Männer	1.410,7	115,8	12,2	100,0%
		Frauen	1.604,5	134,4	11,9	100,0%

<sup>25</sup> Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126)

Tabelle A4: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2014

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	<b>Gesamt</b>	<b>61,3</b>	<b>11,6</b>	<b>5,3</b>	<b>4,3%</b>
		Männer	58,9	11,2	5,3	4,4%
		Frauen	64,2	12,1	5,3	4,2%
C00- D48	Neubildungen	<b>Gesamt</b>	<b>68,4</b>	<b>1,8</b>	<b>38,4</b>	<b>4,8%</b>
		Männer	51,3	1,5	34,2	3,8%
		Frauen	88,4	2,1	41,9	5,8%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	<b>Gesamt</b>	<b>237,3</b>	<b>6,8</b>	<b>35,1</b>	<b>16,6%</b>
		Männer	181,2	5,1	35,5	13,4%
		Frauen	303,0	8,7	34,8	19,9%
G00- H95	Krankheiten des Nerven- systems, des Auges und	<b>Gesamt</b>	<b>61,9</b>	<b>5,9</b>	<b>10,5</b>	<b>4,3%</b>
		Männer	56,9	5,0	11,3	4,2%
		Frauen	67,8	6,8	9,9	4,5%
I00- I99	Krankheiten des Kreis- laufsystems	<b>Gesamt</b>	<b>63,4</b>	<b>3,0</b>	<b>20,9</b>	<b>4,4%</b>
		Männer	77,1	3,1	24,6	5,7%
		Frauen	47,3	2,9	16,2	3,1%
J00- J99	Krankheiten des Atmungs- systems	<b>Gesamt</b>	<b>195,7</b>	<b>31,3</b>	<b>6,3</b>	<b>13,7%</b>
		Männer	172,9	27,8	6,2	12,8%
		Frauen	222,5	35,3	6,3	14,6%
K00- K93	Krankheiten des Verdau- ungssystems	<b>Gesamt</b>	<b>79,0</b>	<b>12,9</b>	<b>6,1</b>	<b>5,5%</b>
		Männer	82,0	12,6	6,5	6,1%
		Frauen	75,5	13,3	5,7	5,0%
M00- M99	Krankheiten des Muskel- Skelett-Systems und des	<b>Gesamt</b>	<b>324,8</b>	<b>18,1</b>	<b>18,0</b>	<b>22,7%</b>
		Männer	336,1	19,5	17,2	24,8%
		Frauen	311,6	16,4	19,0	20,5%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	<b>Gesamt</b>	<b>54,5</b>	<b>7,3</b>	<b>7,5</b>	<b>3,8%</b>
		Männer	45,3	6,1	7,4	3,3%
		Frauen	65,3	8,7	7,5	4,3%
S00- T98	Verletzungen und Vergif- tungen	<b>Gesamt</b>	<b>174,9</b>	<b>9,2</b>	<b>19,0</b>	<b>12,2%</b>
		Männer	206,7	10,8	19,2	15,3%
		Frauen	137,6	7,3	18,8	9,0%
	Gesamt <sup>26</sup>	<b>Gesamt</b>	<b>1.431,4</b>	<b>116,0</b>	<b>12,3</b>	<b>100,0%</b>
		Männer	1.353,2	108,3	12,5	100,0%
		Frauen	1.522,9	125,1	12,2	100,0%

<sup>26</sup> Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126)

Tabelle A5: Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2015

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	<b>Gesamt</b>	<b>68,5</b>	<b>13,0</b>	<b>5,3</b>	<b>4,7%</b>
		Männer	65,6	12,5	5,2	4,8%
		Frauen	71,8	13,6	5,3	4,7%
C00- D48	Neubildungen	<b>Gesamt</b>	<b>66,0</b>	<b>1,6</b>	<b>40,1</b>	<b>4,6%</b>
		Männer	49,1	1,4	35,7	3,6%
		Frauen	85,7	2,0	43,7	5,6%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	<b>Gesamt</b>	<b>243,1</b>	<b>6,7</b>	<b>36,4</b>	<b>16,8%</b>
		Männer	191,7	5,2	37,1	14,0%
		Frauen	303,3	8,4	35,9	19,7%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	<b>Gesamt</b>	<b>61,8</b>	<b>5,7</b>	<b>10,9</b>	<b>4,3%</b>
		Männer	55,0	4,9	11,2	4,0%
		Frauen	69,8	6,6	10,6	4,5%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	<b>Gesamt</b>	<b>59,5</b>	<b>2,8</b>	<b>21,4</b>	<b>4,1%</b>
		Männer	73,1	2,9	25,4	5,4%
		Frauen	43,6	2,7	16,3	2,8%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	<b>Gesamt</b>	<b>238,4</b>	<b>37,9</b>	<b>6,3</b>	<b>16,5%</b>
		Männer	214,1	34,3	6,2	15,7%
		Frauen	266,9	42,1	6,3	17,3%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssystems	<b>Gesamt</b>	<b>73,8</b>	<b>12,1</b>	<b>6,1</b>	<b>5,1%</b>
		Männer	77,8	11,9	6,5	5,7%
		Frauen	69,1	12,2	5,6	4,5%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	<b>Gesamt</b>	<b>309,9</b>	<b>17,0</b>	<b>18,2</b>	<b>21,4%</b>
		Männer	318,6	18,4	17,4	23,3%
		Frauen	299,8	15,4	19,4	19,5%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	<b>Gesamt</b>	<b>56,4</b>	<b>7,7</b>	<b>7,4</b>	<b>3,9%</b>
		Männer	47,7	6,5	7,3	3,5%
		Frauen	66,5	9,0	7,4	4,3%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	<b>Gesamt</b>	<b>166,3</b>	<b>8,8</b>	<b>19,0</b>	<b>11,5%</b>
		Männer	192,7	10,1	19,1	14,1%
		Frauen	135,4	7,2	18,8	8,8%
Gesamt <sup>27</sup>		<b>Gesamt</b>	<b>1.446,1</b>	<b>120,9</b>	<b>12,0</b>	<b>100,0%</b>
		Männer	1.365,1	113,3	12,1	100,0%
		Frauen	1.540,8	129,9	11,9	100,0%

<sup>27</sup> Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S.126)

Tabelle A6: Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2015

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU- Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	<b>Gesamt</b>	<b>78,8</b>	<b>13,3</b>	<b>5,9</b>	<b>4,3%</b>
		Männer	71,8	12,4	5,8	4,3%
		Frauen	86,9	14,4	6,1	4,4%
C00- D48	Neubildungen	<b>Gesamt</b>	<b>81,2</b>	<b>2,4</b>	<b>33,4</b>	<b>4,5%</b>
		Männer	60,5	2,0	29,9	3,6%
		Frauen	105,4	2,9	36,4	5,3%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	<b>Gesamt</b>	<b>254,4</b>	<b>8,2</b>	<b>30,9</b>	<b>14,0%</b>
		Männer	163,4	5,6	29,1	9,7%
		Frauen	360,9	11,3	31,9	18,1%
G00- H95	Krankheiten des Nerven- systems, des Auges und	<b>Gesamt</b>	<b>73,0</b>	<b>7,1</b>	<b>10,2</b>	<b>4,0%</b>
		Männer	64,5	5,8	11,1	3,8%
		Frauen	83,1	8,7	9,6	4,2%
I00- I99	Krankheiten des Kreis- laufsystems	<b>Gesamt</b>	<b>88,7</b>	<b>4,4</b>	<b>20,2</b>	<b>4,9%</b>
		Männer	106,3	4,4	24,3	6,3%
		Frauen	68,2	4,4	15,5	3,4%
J00- J99	Krankheiten des Atmungs- systems	<b>Gesamt</b>	<b>312,6</b>	<b>41,6</b>	<b>7,5</b>	<b>17,2%</b>
		Männer	265,4	35,9	7,4	15,8%
		Frauen	367,8	48,2	7,6	18,5%
K00- K93	Krankheiten des Verdau- ungssystems	<b>Gesamt</b>	<b>106,2</b>	<b>17,8</b>	<b>6,0</b>	<b>5,8%</b>
		Männer	104,6	17,0	6,2	6,2%
		Frauen	108,1	18,8	5,7	5,4%
M00- M99	Krankheiten des Muskel- skelett-Systems und des	<b>Gesamt</b>	<b>412,5</b>	<b>22,2</b>	<b>18,6</b>	<b>22,7%</b>
		Männer	424,4	23,5	18,1	25,3%
		Frauen	398,5	20,7	19,2	20,0%
R00- R99	Symptome und abnorme kli- nische und Laborbefunde	<b>Gesamt</b>	<b>58,3</b>	<b>7,6</b>	<b>7,6</b>	<b>3,2%</b>
		Männer	45,4	6,1	7,4	2,7%
		Frauen	73,3	9,4	7,8	3,7%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftun- gen	<b>Gesamt</b>	<b>224,4</b>	<b>10,9</b>	<b>20,5</b>	<b>12,3%</b>
		Männer	278,0	13,2	21,0	16,6%
		Frauen	161,6	8,3	19,5	8,1%
	<b>Gesamt<sup>28</sup></b>	<b>Gesamt</b>	<b>1.820,9</b>	<b>146,1</b>	<b>12,5</b>	<b>100,0%</b>
		Männer	1.677,1	132,5	12,7	100,0%
		Frauen	1.989,1	162,2	12,3	100,0%

<sup>28</sup> Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S.126)

Tabelle A7: Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 1) 2015

ICD-10	Diagnose		Pro 100 Versicherten-jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil an AU-Tagen
			AU-Tage	AU-Fälle		
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen	<b>Gesamt</b>	<b>105,65</b>	<b>18,09</b>	<b>5,84</b>	<b>7,00%</b>
		Männer	95,00	16,62	5,72	6,70%
		Frauen	118,11	19,80	5,96	7,40%
M54	Rückenschmerzen	<b>Gesamt</b>	<b>83,87</b>	<b>7,13</b>	<b>11,76</b>	<b>5,60%</b>
		Männer	91,29	7,87	11,60	6,50%
		Frauen	75,19	6,27	12,00	4,70%
F32	Depressive Episode	<b>Gesamt</b>	<b>83,36</b>	<b>1,50</b>	<b>55,60</b>	<b>5,60%</b>
		Männer	64,49	1,14	56,60	4,60%
		Frauen	105,45	1,92	54,90	6,60%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	<b>Gesamt</b>	<b>43,98</b>	<b>2,02</b>	<b>21,83</b>	<b>2,90%</b>
		Männer	30,77	1,35	22,73	2,20%
		Frauen	59,44	2,79	21,32	3,70%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	<b>Gesamt</b>	<b>34,18</b>	<b>0,79</b>	<b>43,34</b>	<b>2,30%</b>
		Männer	35,53	0,87	41,08	2,50%
		Frauen	32,61	0,70	46,61	2,00%
F33	Rezidivierende depressive Störung	<b>Gesamt</b>	<b>30,92</b>	<b>0,38</b>	<b>81,39</b>	<b>2,10%</b>
		Männer	21,62	0,28	78,15	1,50%
		Frauen	41,80	0,50	83,48	2,60%
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und	<b>Gesamt</b>	<b>26,90</b>	<b>6,36</b>	<b>4,23</b>	<b>1,80%</b>
		Männer	26,51	6,27	4,23	1,90%
		Frauen	27,37	6,45	4,24	1,70%
J20	Akute Bronchitis	<b>Gesamt</b>	<b>25,00</b>	<b>3,42</b>	<b>7,31</b>	<b>1,70%</b>
		Männer	23,03	3,20	7,19	1,60%
		Frauen	27,30	3,67	7,44	1,70%
M75	Schulterläsionen	<b>Gesamt</b>	<b>24,83</b>	<b>0,80</b>	<b>31,00</b>	<b>1,70%</b>
		Männer	26,55	0,86	30,93	1,90%
		Frauen	22,81	0,73	31,09	1,40%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	<b>Gesamt</b>	<b>21,29</b>	<b>2,99</b>	<b>7,12</b>	<b>1,40%</b>
		Männer	19,20	2,76	6,95	1,40%
		Frauen	23,75	3,26	7,28	1,50%
		<b>Gesamt</b>	<b>479,99</b>	<b>43,47</b>	<b>26,94</b>	<b>0,32</b>
		Männer	649,94	58,66	32,90	0,43
		Frauen	556,74	43,99	33,94	0,37

Tabelle A8: Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 2) 2015

ICD-10	Diagnose		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil an AU-Tage
			AU-Tage	AU-Fälle		
F48	Andere neurotische Störungen	<b>Gesamt</b>	21,71	1,05	20,62	1,40%
		Männer	14,58	0,70	20,80	1,00%
		Frauen	30,06	1,47	20,52	1,90%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	<b>Gesamt</b>	20,73	0,69	29,93	1,40%
		Männer	24,24	0,84	28,90	1,70%
		Frauen	16,61	0,52	31,87	1,00%
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	<b>Gesamt</b>	18,98	3,32	5,72	1,30%
		Männer	17,04	3,05	5,59	1,20%
		Frauen	21,25	3,64	5,84	1,30%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	<b>Gesamt</b>	19,79	1,56	12,68	1,30%
		Männer	24,29	1,89	12,85	1,70%
		Frauen	14,53	1,17	12,38	0,90%
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	<b>Gesamt</b>	18,19	0,17	109,37	1,20%
		Männer	0,24	0,00	93,15	0,00%
		Frauen	39,19	0,36	109,51	2,40%
F45	Somatoforme Störungen	<b>Gesamt</b>	16,25	0,72	22,66	1,10%
		Männer	11,75	0,54	21,78	0,80%
		Frauen	21,52	0,93	23,26	1,30%
F41	Andere Angststörungen	<b>Gesamt</b>	16,64	0,35	47,32	1,10%
		Männer	12,75	0,27	46,96	0,90%
		Frauen	21,20	0,45	47,58	1,30%
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von	<b>Gesamt</b>	15,52	0,48	32,17	1,00%
		Männer	18,69	0,59	31,60	1,30%
		Frauen	11,80	0,35	33,30	0,70%
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	<b>Gesamt</b>	14,35	0,33	43,52	1,00%
		Männer	15,37	0,37	41,33	1,10%
		Frauen	13,16	0,28	46,92	0,80%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	<b>Gesamt</b>	13,05	3,00	4,35	0,90%
		Frauen	12,94	2,97	4,35	0,90%
		Männer	13,18	3,03	4,35	0,80%
		<b>Gesamt</b>	175,21	11,67	32,84	0,12
		Männer	276,07	30,25	16,21	0,18
		Frauen	212,65	20,72	16,10	0,14

Tabelle A9: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2015

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen	3,4%	1.224,4	117,0	10,5
Baugewerbe	3,9%	1.434,8	111,8	12,8
Bildung, Kultur, Medien	3,4%	1.244,4	117,1	10,6
Chemische Industrie	4,3%	1.555,0	139,2	11,2
Datenverarbeitung und Informationsdienst-	2,9%	1.070,8	106,9	10,0
Gesundheitswesen	4,7%	1.697,9	129,5	13,1
Handel	4,0%	1.443,2	113,0	12,8
Holz, Papier, Druck	4,2%	1.522,1	129,1	11,8
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft	4,1%	1.514,5	125,6	12,1
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau	4,0%	1.444,3	133,4	10,8
Nahrungs- und Genussmittel	4,4%	1.605,1	114,2	14,1
Öffentliche Verwaltung	4,3%	1.575,1	135,0	11,7
Organisationen und Verbände	3,4%	1.239,8	114,8	10,8
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienst-	3,3%	1.221,0	116,4	10,5
Sonstige Dienstleistungen	3,8%	1.400,5	107,3	13,0
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe	4,1%	1.486,1	132,8	11,2
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste	4,7%	1.711,2	126,9	13,5
<b>DAK Gesamt (00 - 95)</b>	<b>4,1%</b>	<b>1.500,0</b>	<b>124,4</b>	<b>12,1</b>

Tabelle A10: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2014

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen	3,1%	1.141,0	108,5	10,5
Baugewerbe	3,8%	1.384,3	107,1	12,9
Bildung, Kultur, Medien	3,0%	1.091,1	101,2	10,8
Chemische Industrie	4,0%	1.442,6	128,0	11,3
Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen	3,0%	1.080,5	100,2	10,8
Gesundheitswesen	4,5%	1.642,1	120,2	13,7
Handel	3,8%	1.371,4	104,8	13,1
Holz, Papier, Druck	3,9%	1.419,3	117,8	12,0
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft	4,1%	1.495,1	116,6	12,8
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau	3,6%	1.330,8	122,3	10,9
Nahrungs- und Genussmittel	4,3%	1.577,2	109,4	14,4
Öffentliche Verwaltung	4,5%	1.628,7	136,6	11,9
Organisationen und Verbände	3,3%	1.202,7	108,9	11,0
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen	3,1%	1.142,6	109,1	10,5
Sonstige Dienstleistungen	3,7%	1.349,8	103,0	13,1
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe	3,8%	1.402,2	122,2	11,5
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste	4,5%	1.660,3	119,8	13,9
<b>Gesamt</b>	<b>3,9%</b>	<b>1.431,4</b>	<b>116,0</b>	<b>12,3</b>

\* Angabe der Wirtschaftszweige gem. aktueller Systematik des Statistischen Bundesamtes (2008), die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Tabelle A11: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 1) 2015

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
01	Angehörige der regulären Streitkräfte	<b>Gesamt</b>	<b>1.524,4</b>	<b>136,8</b>
		Männer	1.704,9	140,4
		Frauen	1.313,2	132,5
11	Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe	<b>Gesamt</b>	<b>1.310,8</b>	<b>106,6</b>
		Männer	1.247,6	100,4
		Frauen	1.384,7	113,9
12	Gartenbauberufe und Floristik	<b>Gesamt</b>	<b>1.528,6</b>	<b>139,5</b>
		Männer	1.609,4	145,8
		Frauen	1.434,1	132,1
21	Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikherstellung und -verarbeitung	<b>Gesamt</b>	<b>1.669,2</b>	<b>149,6</b>
		Männer	1.740,9	143,4
		Frauen	1.585,4	157,0
22	Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung	<b>Gesamt</b>	<b>1.786,6</b>	<b>163,6</b>
		Männer	1.613,2	146,5
		Frauen	1.989,6	183,5
23	Papier- und Druckberufe, technische Mediengestaltung	<b>Gesamt</b>	<b>1.391,4</b>	<b>136,3</b>
		Männer	1.363,8	128,6
		Frauen	1.423,7	145,4
24	Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe	<b>Gesamt</b>	<b>1.802,1</b>	<b>171,4</b>
		Männer	1.738,0	159,3
		Frauen	1.877,1	185,6
25	Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe	<b>Gesamt</b>	<b>1.730,5</b>	<b>165,2</b>
		Männer	1.535,0	141,8
		Frauen	1.959,3	192,5
26	Mechatronik-, Energie- und Elektroberufe	<b>Gesamt</b>	<b>1.543,7</b>	<b>151,1</b>
		Männer	1.276,0	128,9
		Frauen	1.857,0	177,1
27	Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- u. Produktionssteuerungsberufe	<b>Gesamt</b>	<b>1.103,3</b>	<b>121,7</b>
		Männer	966,8	104,9
		Frauen	1.263,0	141,3
28	Textil- und Lederberufe	<b>Gesamt</b>	<b>1.472,1</b>	<b>147,7</b>
		Männer	1.460,0	140,5
		Frauen	1.486,2	156,1

Tabelle A12: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 2) 2015

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100	
			Versichertenjahre AU- Tage	AU- Fälle
29	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung	<b>Gesamt</b>	<b>1.472,2</b>	<b>115,3</b>
		Männer	1.306,5	98,4
		Frauen	1.666,2	135,2
31	Bauplanungs-, Architektur- und Vermessungsberufe	<b>Gesamt</b>	<b>947,3</b>	<b>103,5</b>
		Männer	895,2	90,3
		Frauen	1.008,4	119,0
32	Hoch- und Tiefbauberufe	<b>Gesamt</b>	<b>1.547,5</b>	<b>127,1</b>
		Männer	1.582,4	124,1
		Frauen	1.506,6	130,5
33	(Innen-)Ausbauberufe	<b>Gesamt</b>	<b>1.523,5</b>	<b>137,5</b>
		Männer	1.553,0	128,1
		Frauen	1.488,9	148,5
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe	<b>Gesamt</b>	<b>1.524,0</b>	<b>137,0</b>
		Männer	1.572,4	136,5
		Frauen	1.467,3	137,5
41	Mathematik-, Biologie-, Chemie- und Physikberufe	<b>Gesamt</b>	<b>1.505,6</b>	<b>147,7</b>
		Männer	1.543,0	140,2
		Frauen	1.461,9	156,5
42	Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe	<b>Gesamt</b>	<b>1.021,1</b>	<b>108,1</b>
		Männer	940,2	97,2
		Frauen	1.115,9	120,7
43	Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe	<b>Gesamt</b>	<b>934,9</b>	<b>106,8</b>
		Männer	781,6	93,7
		Frauen	1.114,3	122,1
51	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	<b>Gesamt</b>	<b>1.624,2</b>	<b>149,5</b>
		Männer	1.529,5	140,8
		Frauen	1.735,0	159,7
52	Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten	<b>Gesamt</b>	<b>1.651,3</b>	<b>121,8</b>
		Männer	1.528,8	113,5
		Frauen	1.794,6	131,6
53	Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe	<b>Gesamt</b>	<b>1.672,5</b>	<b>137,5</b>
		Männer	1.534,7	125,5
		Frauen	1.833,7	151,5

Tabelle A13: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 3) 2015

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
54	Reinigungsberufe	<b>Gesamt</b>	<b>1.563,6</b>	<b>124,9</b>
		Männer	1.451,4	114,3
		Frauen	1.694,8	137,2
61	Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe	<b>Gesamt</b>	<b>983,5</b>	<b>109,1</b>
		Männer	871,2	94,0
		Frauen	1.114,9	126,7
62	Verkaufsberufe	<b>Gesamt</b>	<b>1.264,1</b>	<b>106,1</b>
		Männer	1.089,1	93,7
		Frauen	1.469,0	120,6
63	Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe	<b>Gesamt</b>	<b>1.070,8</b>	<b>91,9</b>
		Männer	962,4	79,2
		Frauen	1.197,6	106,7
71	Berufe in Unternehmensführung und -organisation	<b>Gesamt</b>	<b>973,7</b>	<b>105,2</b>
		Männer	856,7	89,6
		Frauen	1.110,6	123,4
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung	<b>Gesamt</b>	<b>969,7</b>	<b>111,7</b>
		Männer	842,1	95,6
		Frauen	1.119,1	130,5
73	Berufe in Recht und Verwaltung	<b>Gesamt</b>	<b>1.224,6</b>	<b>133,2</b>
		Männer	1.061,6	117,0
		Frauen	1.415,3	152,1
81	Medizinische Gesundheitsberufe	<b>Gesamt</b>	<b>1.380,8</b>	<b>122,4</b>
		Männer	1.308,2	112,2
		Frauen	1.465,7	134,3
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik	<b>Gesamt</b>	<b>1.611,5</b>	<b>127,4</b>
		Männer	1.383,1	114,6
		Frauen	1.878,9	142,5
83	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie	<b>Gesamt</b>	<b>1.386,5</b>	<b>142,6</b>
		Männer	1.199,9	119,1
		Frauen	1.604,9	170,2
84	Lehrende und ausbildende Berufe	<b>Gesamt</b>	<b>878,0</b>	<b>92,0</b>
		Männer	727,8	74,6
		Frauen	1.053,8	112,4

Tabelle A14: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 4) 2015

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100	
			Versichertenjahre AU- Tage	AU- Fälle
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe	<b>Gesamt</b>	<b>982,0</b>	<b>111,6</b>
		Männer	748,1	90,0
		Frauen	1.255,8	137,0
92	Werbung, Marketing, kaufmännische und redaktionelle Medienberufe	<b>Gesamt</b>	<b>1.163,9</b>	<b>128,9</b>
		Männer	938,7	107,9
		Frauen	1.427,4	153,5
93	Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau	<b>Gesamt</b>	<b>1.158,7</b>	<b>125,6</b>
		Männer	1.179,6	120,1
		Frauen	1.134,2	132,1
94	Darstellende und unterhaltende Berufe	<b>Gesamt</b>	<b>1.036,2</b>	<b>86,0</b>
		Männer	989,3	77,3
		Frauen	1.091,0	96,3

## Anhang III: Fragebogen für Expertinnen und Experten

### Befragung von Expertinnen und Experten für den DAK-Gesundheitsreport 2016

#### **Einführung: Geschlechterunterschiede im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen**

Frauen haben einen höheren Krankenstand als Männer. Der Krankenstand von weiblichen DAK-Versicherten war im Jahr 2014 um 14 Prozent oder 0,5 Prozentpunkte höher als der der männlichen DAK-Versicherten (4,2 zu 3,7 Prozent). Auch die Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit weist aus, dass Frauen sowohl mehr Arbeitsunfähigkeitsfälle als auch mehr Arbeitsunfähigkeitstage haben. Demnach sind Frauen häufiger krank gemeldet, aber – wenn sie krank sind – nicht länger als Männer.

Hierzu hat die Berichterstattung zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bisher keine befriedigende Erklärung.

Im Folgenden geht es daher zum einen um mögliche Hypothesen zur Erklärung dieses Unterschieds, zum anderen darum, ob die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) geschlechtersensible Angebote macht und machen sollte und – wenn ja – wies dies aussieht und aussehen sollte.

Bitte nehmen Sie zu diesen Hypothesen Stellung. Neben Ihrer Einschätzung, ob sie im Einzelnen zutreffend oder nicht zutreffend sind, interessiert uns vor allem Ihre Begründung dafür.

#### **A Warum haben Frauen einen höheren Krankenstand als Männer?**

- A1** Frauen tragen eine größere Morbiditätslast, sie sind also mehr von Krankheit betroffen als Männer und deswegen häufiger krank gemeldet.

**A2** Bei Beschwerden neigen Frauen eher als Männer dazu, sich krank zu melden.

**A3** Frauen üben häufiger als Männer eine Tätigkeit aus, bei der sie beschwerdefrei sein müssen. Umgekehrt: Männer üben häufiger als Frauen eine Tätigkeit aus, die auch dann ausgeübt werden kann, wenn man nicht vollständig gesund ist.

**A4** Frauen gehen eher und häufiger zum Arzt als Männer, daher erhalten sie mit höherer Wahrscheinlichkeit eine ärztliche Krankschreibung.

**A5** Männer gehen eher als Frauen trotz Krankheit zur Arbeit („Präsentismus“).

**A6** Frauen melden sich häufiger krank als Männer, weil sie häufiger Kinder im Haushalt versorgen müssen.

**A7** Ärzte schreiben Frauen eher krank als Männer.

**A8** Frauen reagieren sensibler, auch mit Fehlzeiten, auf Missstände im Betrieb.

**A9** Haben Sie weitere Hypothesen, warum Frauen einen höheren Krankenstand haben als Männer?(1/2)

**A10** Haben Sie weitere Hypothesen, warum Frauen einen höheren Krankenstand haben als Männer? (2/2)

**B Betriebliche Gesundheitsförderung: Gibt es einen unterschiedlichen Bedarf von Frauen und Männern?**

**B1** Gibt es unterschiedliche Bedürfnisse von Männern und Frauen, die für die betriebliche Gesundheitsförderung relevant sind? Wenn ja, welche sind das?

**B2** Sollte es unterschiedliche Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung für Männer und für Frauen geben? Bitte erläutern Sie Ihre Einschätzung.

**B3** Welche Angebote sollten speziell Männern gemacht werden?

<b>B4</b> Welche Angebote sollten speziell Frauen gemacht werden?
<b>B5</b> Welche Angebote sollten Frauen und Männern in gleichem Maße gemacht werden?
<b>B6</b> Welche Angebote funktionieren Ihrer Einschätzung nach nicht für Männer?
<b>B7</b> Welche Angebote funktionieren Ihrer Einschätzung nach nicht für Frauen?
<b>C</b> <b>Beispiele für Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention.</b>
Sind Ihnen Beispiele für Maßnahmen oder Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung bekannt, die auf einen unterschiedlichen Bedarf von männlichen und weiblichen Beschäftigten eingehen? Welche sind das und was zeichnet diese Beispiele aus?

C1 Beispiel 1
C2 Beispiel 2
C3 Beispiel 3
<b>C4</b> In Bezug auf welche Aspekte von geschlechtergerechter Gesundheitsförderung und Prävention ist Ihrer Einschätzung nach der Entwicklungsbedarf am dringendsten?

<b>D Weitere Anmerkungen zum Thema</b>	
<b>D1</b>	Haben Sie weitere Anmerkungen zum Thema Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von Männern und Frauen?
<b>D2</b>	Haben Sie weitere Anmerkungen zum Thema geschlechtersensible Gesundheitsförderung und Prävention?

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2015 nach Geschlecht .....	1
Abbildung 2:	Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2015 .....	2
Abbildung 3:	Krankenstand der Mitglieder der DAK-Gesundheit im Vergleich zu den Vorjahren.....	3
Abbildung 4:	Einflussfaktoren auf den Krankenstand .....	4
Abbildung 5:	AU-Tage eines durchschnittlichen Mitglieds der DAK-Gesundheit 2015 (Basis: 365 Kalendertage) 8	
Abbildung 6:	Betroffenenquote 2015 im Vergleich zu den Vorjahren.....	9
Abbildung 7:	AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte 2010 bis 2015.....	10
Abbildung 8:	Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2015 im Vergleich zu den Vorjahren.....	12
Abbildung 9:	Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen 2015 insgesamt .....	13
Abbildung 10:	Krankenstand 2015 nach Geschlecht und Altersgruppen.....	14
Abbildung 11:	Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen 2015.....	15
Abbildung 12:	AU-Tage pro 100 Versicherte der Fälle bis 42 Tage und über 42 Tage Dauer nach Altersgruppen.....	16
Abbildung 13:	Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen.....	19
Abbildung 14:	Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen .....	20
Abbildung 15:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen .....	22
Abbildung 16:	AU-Tage je 100 Versichertenjahre für die fünf wichtigsten Einzeldiagnosen bei psychischen Erkrankungen.....	23
Abbildung 17:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen – Männer .....	24

Abbildung 18:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen – Frauen.....	24
Abbildung 19:	Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Frauen.....	26
Abbildung 20:	Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Männern.....	26
Abbildung 21:	Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen.....	28
Abbildung 22:	Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf oberen Altersgruppen.....	28
Abbildung 23:	Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt und an der Krankheitsart „Verletzungen“.....	33
Abbildung 24:	Dem Schwerpunktthema zugrunde liegende Datenquellen .....	38
Abbildung 25:	Krankenstand und AU-Fälle je 100 Versicherte nach Geschlecht (2000 bis 2015) .....	41
Abbildung 26:	Betroffenenquote und durchschnittliche Falldauer nach Geschlecht (2000 bis 2015) .....	42
Abbildung 27:	Krankenstand und AU-Fälle nach Geschlecht und Alter (2015).....	43
Abbildung 28:	Betroffenenquote und Falldauer nach Geschlecht und Alter (2015).....	44
Abbildung 29:	AU-Tage je 100 Versicherte nach Krankheitsart und Geschlecht (2015).....	46
Abbildung 30:	Differenz der AU-Tage je 100 Versicherte nach Krankheitsart und Geschlecht (2015).....	47
Abbildung 31:	Top 10 Einzeldiagnosen der AU-Tage je 100 versicherte Frauen (2015).....	48
Abbildung 32:	Top 10 Einzeldiagnosen der AU-Tage je 100 versicherte Männer (2015).....	49
Abbildung 33:	AU-Volumen und Anteil am AU-Volumen von Schwangerschaftskomplikationen (ICD-Kapitel O). Nur Frauen. Jahr 2015 .....	52
Abbildung 34:	Fehltage getrennt nach Schwangerschaftskomplikationen (ICD-Kapitel O) und Gesamt; Männer und Frauen nach Altersgruppen (2015).....	53

Abbildung 35:	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherte mit Ursache Koronare Herzerkrankung (ICD: I20-I25) nach Alter und Geschlecht.....	56
Abbildung 36:	AU-Tage je 100 Versicherte wegen Prostatakrebs bei Männern bzw. Brustkrebs bei Frauen .....	58
Abbildung 37:	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherte wegen Verletzungen und Vergiftungen (ICD Kapitel S und T).....	60
Abbildung 38:	Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherte wegen Verletzungen und Vergiftungen (ICD Kapitel S und T).....	61
Abbildung 39:	Psychische Erkrankungen, ausgewählte Einzeldiagnosen nach Geschlecht.....	63
Abbildung 40:	Betroffenenquote Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen nach Geschlecht.....	64
Abbildung 41:	Gesundheitsrelevante Aspekte des Lebensstils nach Geschlecht .....	66
Abbildung 42:	Differenz im Fehltagevolumen je 100 Versicherte zwischen Männern und Frauen nach Branchen (2015).....	69
Abbildung 43:	Verteilung erwerbstätige Männer nach Vertragsform (2015).....	70
Abbildung 44:	Verteilung erwerbstätige Männer nach Vertragsform (2015).....	70
Abbildung 45:	AU-Tage je 100 Versicherte nach Vertragsform (2015).....	71
Abbildung 46:	AU-Fälle je 100 Versicherte nach Vertragsform (2015).....	72
Abbildung 47:	Differenz der AU-Tage je 100 Versicherte zwischen Frauen und Männern nach Berufsgruppen (2015) .....	73
Abbildung 48:	Befragte nach Geschlecht und Beruflicher Statusgruppe.....	93
Abbildung 49:	Selbstberichtete Anzahl Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Geschlecht .....	94
Abbildung 50:	Selbstberichtete Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage nach Geschlecht .....	94
Abbildung 51:	Selbst berichtete AU-Tage und AU-Fälle nach Gesundheitszustand .....	97

Abbildung 52:	Selbst berichtete AU-Tage und AU-Fälle nach PHQ2-Score .....	98
Abbildung 53:	Selbst berichteter Gesundheitszustand nach Geschlecht .....	99
Abbildung 55:	AU-Fälle nach Geschlecht und nach selbst berichtetem Gesundheitszustand.....	101
Abbildung 56:	AU-Fälle nach Geschlecht und nach PHQ2-Score .....	102
Abbildung 57:	AU-Tage und AU-Fälle nach Möglichkeit, mit Krankheitssymptomen zur Arbeit zu gehen .....	103
Abbildung 58:	Möglichkeit, auch mit Krankheitsymptomen zur Arbeit zu gehen nach Geschlecht .....	104
Abbildung 59:	AU-Tage und AU-Fälle nach Adjustment Latitude.....	105
Abbildung 60:	Adjustment Latitude nach Geschlecht.....	106
Abbildung 61:	Präsentismus nach Geschlecht.....	107
Abbildung 62:	Gründe für Präsentismus nach Geschlecht .....	108
Abbildung 63:	Gründe für Präsentismus nach Geschlecht (ohne Befragte die angeben, dass sie trotz Beschwerden arbeitsfähig waren).....	109
Abbildung 64:	Präsentismus- und Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Geschlecht.....	110
Abbildung 65:	Missbrauch von Krankmeldungen.....	111
Abbildung 66:	Bei Krankheit der Kinder arbeitsunfähig melden nach Geschlecht.....	112
Abbildung 67:	Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach Geschlecht.....	117
Abbildung 68:	Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach Geschlecht und beruflicher Statusgruppe .....	118
Abbildung 69:	Teilnahme an im Betrieb vorhandenen BGF-Maßnahmen nach Geschlecht .....	119
Abbildung 70:	Bewertung von BGF-Maßnahmen .....	120
Abbildung 71:	Krankenstandswerte 2015 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl .....	123
Abbildung 72:	Krankenstandswerte 2015 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen .....	125

Abbildung 73:	Krankenstandswerte 2014 2015 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl.....	126
Abbildung 74:	Krankenstandswerte 2014 2015 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen .....	127
Abbildung 75:	Bundesländer mit Krankenständen näher am DAK-Gesundheit Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot).....	130
Abbildung 76:	Krankenstandswerte der Jahre 2014 und 2015 nach Bundesländern .....	133
Abbildung 77:	Verteilung der DAK-Versicherten nach beruflicher Stellung differenziert nach Ost und West .....	134
Abbildung 78:	Vergleich beobachteter und erwarteter Krankenstände (indirekt standardisiert nach Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur) in 2006 .....	135
Abbildung 79:	Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern .....	137

## Literaturverzeichnis

- Altgeld T, Maschewsky-Schneider U & Köster M (2010): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/geschlechtergerechte-gesundheitsfoerderung-und-gender-mainstreaming/>.
- Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T, Falloon K & Hatcher S (2010): Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to Screen for Major Depression in the Primary Care Population. *Annals of family medicine* 8(4), 348-353.
- Bundesagentur für Arbeit (2014): Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung – Ausgabe 2010 – Stand: Juli 2014 Nürnberg. <https://www.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/web-datei/mdaw/mdk5/~edisp/16019022dstbai391191.pdf>.
- Deutscher Bundestag (2015): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Praeventionsgesetz/141217\\_Gesetzentwurf\\_Praeventionsgesetz.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Praeventionsgesetz/141217_Gesetzentwurf_Praeventionsgesetz.pdf).
- Dilling H, Mombour W & Schmidt MH (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Göttingen: Verlag Hans Huber.
- DKFZ (o.J.): Krebsinzidenz in Deutschland. Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen in Deutschland 2010 nach Geschlecht. <https://www.dkfz.de/de/krebsatlas/download/Inzidenz.pdf>.
- Ducki A (2011): Gendersensible betriebliche Gesundheitsförderung. In: Bamberg E, Ducki A & Metz A-M: Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Göttingen u.a.: Hogrefe, 439-460.
- Ducki A & Kalytta T (2014): Genderaspekte im Stress- und Ressourcenmanagement. In: Liedke BRDK: Stressmanagement für Teams. 35-51.
- Eichler M, Fuchs J & Maschewski-Schneider U (2000): Richtlinien zur Vermeidung von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 8(4), 293-310.

- Faltermaier T & Hübner I-M (2016): Psychosoziale Gesundheitstheorien aus Geschlechterperspektive. In: Kolip P & Hurrelmann K: Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Hogrefe, 45-57.
- Gerich J (2015): Krankenstand und Präsentismus als betriebliche Indikatoren. Zeitschrift für Personalforschung 29(1), 31-48.
- GKV Spitzenverband (2014): Leitfaden Prävention. Berlin.
- Hagen C & Starker A (2011): Epidemiologie – was fällt auf? Unterschiede in der Gesundheit von Männern und Frauen. Public Health Forum 19(71), 4.e1-4e2.
- Häussler B, Höer A & Hempel E (Hrsg.) (2014): Arzneimittel-Atlas 2014: Der Arzneimittelverbrauch in der GKV. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. ISBN: 978-3-662-43446-8.
- IGES Institut (2006): DAK Gesundheitsreport 2006. . Hamburg: DAK Versorgungsmanagement. [http://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport\\_2006-1117002.pdf](http://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2006-1117002.pdf) [Abruf am: 25. September 2014].
- IGES Institut (2008): DAK Gesundheitsreport 2008: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Mann und Gesundheit. Hamburg: DAK [Deutsche Angestellten Krankenkasse]. [https://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport\\_2008-1117014.pdf](https://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2008-1117014.pdf) [Abruf am: 19. September 2014].
- Johansson G & Lundberg I (2004): Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model. Social Science & Medicine 58(10), 1857-1868. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953603004076>.
- Kohler H (2003): Krankenstand – Ein beachtlicher Kostenfaktor mit fallender Tendenz. Entwicklung, Struktur und Bestimmungsfaktoren krankheitsbedingter Fehlzeiten. IAB-Werkstattbericht (3), 3-10.
- Kolip P & Hurrelmann K (2016): Geschlecht und Gesundheit: Eine Einführung. In: Kolip P & Hurrelmann K: Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Hogrefe, 8-18.
- Kurth B-M (2012): Erste Ergebnisse aus der "Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS). Bundesgesundheitsblatt, 55, 980-990.
- Lademann J & Kolip P (2008): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. In: Badura B, Schröder H & Vetter C: Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Heidelberg: Springer, 5-19.

- Lademann J, Kolip P, Deitermann B, Bucksch J & Schwarze M (2005): Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Berlin: RKI. [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/mittleres\\_lebensalter.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/mittleres_lebensalter.pdf?__blob=publicationFile).
- Latham K & Peek CW (2012): Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 68(1), 107-116.
- Lohmann-Haislah A (2012): Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Berlin: BAuA.
- Marschall J, Nolting H-D & Hildebrandt S (2013): Gesundheitsreport 2013. Schwerpunktthema: Update psychische Erkrankungen – Sind wir heute anders krank? Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.
- Marschall J, Nolting H-D, Hildebrandt S & Schmucker C (2014): Gesundheitsreport 2014. Die Rushhour des Lebens – Gesundheit im Spannungsfeld von Job, Karriere und Familie. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Bd. 7. Heidelberg: medhochzwei Verlag. ISBN: 978-3-86216-144-7.
- Merbach M & Brähler E (2010): Prävention und Gesundheitsförderung bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann K, Klotz T & Haisch J: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, 347-358.
- Möller-Leimkühler AM, Bottlendera R, Strauß A & Rutz W (2004): Is there evidence for a male depressive syndrome in inpatients with major depression? *Journal of Affective Disorders* 80, 87-93.
- Müters S, Hoebel J & Lange C (2013): Diagnose Depression: Unterschiede bei Männern und Frauen. GBE Kompakt. Berlin: Robert Koch-Institut (Hrsg.).
- Pirolt E & Schauer G (2005): Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Geschlecht als Qualitätsmerkman der betrieblichen Gesundheitsförderung. Linz: ppm forschung + beratung.
- Ritter M, Elsigan G & Kittel G (2008): Projekt "Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung". In: Badura B, Schröder H & Vetter C: Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Heidelberg: Springer, 193-210.

- Robert Koch-Institut (2014): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI. [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA12.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA12.pdf?__blob=publicationFile).
- Robert Koch-Institut (2015a): Gesundheit in Deutschland. Berlin: RKI.
- Robert Koch-Institut (2015b): Krebs in Deutschland 2011/2012. Berlin: RKI.
- Saß A-C & Rommel A (2016): Geschlechterunterschiede bei Unfällen. In: Kolip P & Hurrelmann K: Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Hogrefe, 275-286.
- Statistisches Bundesamt (2012): Geburten in Deutschland. Ausgabe 2012. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2016): Gestorbene nach ausgewählten Todesursachen 2014. Wiesbaden. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/EckdatenTU.html>.
- Steinke M & Badura B (2011): Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung. Dortmund, Berlin, Dresden: BAuA.
- Stiehler M (2013): Förderung psychischer Gesundheit von Männern – eine Herausforderung für die Männer, die Medizin und die Gesellschaft. In: Weißbach L & Stiehler M: Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: psychische Gesundheit Bern: Verlag Hans-Huber.
- van der Linde RM, Mavaddat N, Luben R, Brayne C, Simmons RK, Khaw KT & Kinmonth AL (2013): Self-Rated Health and Cardiovascular Disease Incidence: Results from a Longitudinal Population-Based Cohort in Norfolk, UK. PLOS One 8(6), 1-8.
- Weißbach L & Stiehler M (2013): Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: psychische Gesundheit Bern: Verlag Hans-Huber.
- Zok K (2008): Krank zur Arbeit: Einstellungen und Verhalten von Frauen und Männern beim Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz. In: Badura B, Schröder H & Vetter C: Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Heidelberg: Springer, 121-144