bifg. BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 34

BARMER Gesundheitsreport 2022

Gender

Thomas G. Grobe,
Anna Braun



Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 34

BARMER Gesundheitsreport 2022

Gender

Thomas G. Grobe,
Anna Braun

Impressum

Herausgeber:
BARMER
Postfach 11 07 04
10837 Berlin

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

Konzeption, Redaktion und fachliche Prüfung:
Nora Hoffmann, Ursula Marschall, Nicole Osterkamp, Christina Wittkop
BARMER, Berlin und Wuppertal

Design und Realisation:
zweiband.media GmbH, Berlin

Druck und Bindung:
Plump Druck & Medien GmbH,
Rheinbreitbach
Printed in Germany

ISBN (PDF): 978-3-946199-73-1

Im Sinne der besseren Lesbarkeit wurde überwiegend die grammatikalisch männliche Sprachform gewählt. Wenn im Text die männliche Sprachform genannt ist, ist damit sowohl die männliche als auch die weibliche Sprachform gemeint.
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die in diesem Buch verwendeten und nicht besonders kenntlich gemachten, durch Dritte geschützten Marken- und Warenzeichen unterliegen den Bestimmungen des jeweils gültigen Kennzeichenrechts und den Besitzrechten der jeweiligen eingetragenen Eigentümer. Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort ... 6

Zusammenfassung ... 8
Interaktive Grafiken ... 8
Ergebnisse ... 9
Diagnosen von Arbeitsunfähigkeiten ... 11
Schwerpunkt Gender ... 13

1 Arbeitsunfähigkeiten ... 22
1.1 Grundlegende Kennzahlen und Entwicklungen 2021 ... 22
1.1.1 Regionale Variationen ... 24
1.1.2 Arbeitsunfähigkeiten nach Falldauer ... 25
1.1.3 Arbeitsunfähigkeiten an Wochentagen ... 27
1.1.4 Krankenstände in Kalendermonaten ... 29
1.1.5 Arbeitsunfähigkeiten nach Geschlecht und Alter ... 31
1.2 Branchen- und tätigkeitsbezogene Ergebnisse ... 32
1.2.1 Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen in unterschiedlichen Branchen ... 33
1.2.2 Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten nach Schulabschluss, Ausbildung und Beruf ... 35

2 Diagnosen der Arbeitsunfähigkeit ... 44
2.1 Krankheitsarten – Diagnosekapitel der ICD-10 ... 44
2.1.1 Altersabhängige Fehlzeiten nach Krankheitsarten ... 52
2.1.2 Regionale Variationen von Fehlzeiten nach Krankheitsarten ... 54
2.2 Ergebnisse zu ausgewählten Einzeldiagnosen ... 55

3 Gender ... 60
3.1 Methodische Vorgehensweisen ... 61
3.2 Berufstätige in jüngerem Alter (15 bis 29 Jahre) ... 65
3.2.1 Arbeitsunfähigkeiten – vorrangig relevante Diagnosen ... 65
3.2.2 Ausgewählte Diagnosen: Verletzungen ... 69
3.2.3 Ausgewählte Diagnosen: Psychische Störungen ... 75
3.3 Berufstätige in mittlerem Alter (30 bis 49 Jahre) ... 79
3.3.1 Arbeitsunfähigkeiten – vorrangig relevante Diagnosen ... 80
3.3.2 Ausgewählte Diagnosen: Rückenschmerzen ... 83
3.3.3 Ausgewählte Diagnosen: Brustkrebs ... 89
3.4 Berufstätige in höherem Alter (50 bis 64 Jahre) ... 92
3.4.1 Arbeitsunfähigkeiten – vorrangig relevante Diagnosen ... 93
3.4.2 Ausgewählte Diagnosen: Krankheiten des Kreislaufsystems ... 96
3.4.3 Ausgewählte Diagnosen: Neubildungen ... 103

4 Datengrundlage und Methoden ... 112
4.1 Erfassung von Arbeitsunfähigkeiten und Kennzahlen ... 112
4.2 Erwerbspersonen in der BARMER ... 119
4.3 Klassifikationssysteme, Diagnoseschlüssel, Methoden ... 122
4.3.1 Diagnoseschlüssel – ICD-10 ... 123
4.3.2 Berufe – Schulbildung – Ausbildung ... 125
4.3.3 Branchen ... 129
4.3.4 Geschlechts- und Altersstandardisierung ... 129

Anhang 136
Tabellenanhang 136

Verzeichnisse 154
Abkürzungsverzeichnis – Glossar 154
Abbildungsverzeichnis 156
Tabellenverzeichnis 158
Literaturverzeichnis 160
Autorenverzeichnis 162

Vorwort

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Deutschland zeichnet sich durch Hochleistungsmedizin und immer individuellere Behandlungsmethoden aus. Gleichwohl orientiert sich die Medizin immer noch nicht genug an den geschlechtsspezifischen Besonderheiten bei bestimmten Erkrankungen. Diese erfordern eine Therapie und Medikation, die gezielt auf Frauen oder Männer zugeschnitten ist. Nicht ohne Grund hat die BARMER im vergangenen Jahr eine breit angelegte Kampagne zur Gendermedizin gestartet. Darin fordert sie explizit die Ungleichbehandlung der Geschlechter. Denn dieselben Erkrankungen können abhängig vom Geschlecht unterschiedliche Symptome entwickeln. Ein Herzinfarkt etwa löst bei Frauen mitunter keine klassischen Symptome wie Schmerzen in der Brust oder Atemnot aus. Das kann zu einer verzögerten Notfallbehandlung führen, weil der Infarkt nicht gleich als solcher erkannt wird.

Die Gendermedizin hat das Potenzial, die Gesundheitsversorgung für alle Menschen zu verbessern. Für die BARMER sind diese Unterschiede bei den Geschlechtern Grund genug, das Schwerpunktkapitel des diesjährigen Gesundheitsreports dem Thema Gendermedizin zu widmen. Analysiert wurde dabei die Situation in drei Altersgruppen, um ihre spezifischen Belastungen und Krankheitsfolgen zu erkennen. An welchen Erkrankungen leiden Männer und Frauen besonders häufig? Welche Unterschiede gibt es bei den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen? Daraus lassen sich auch wichtige Erkenntnisse für die Verhaltens- und Verhältnisprävention im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) ableiten.

Im Gesundheitsreport wird jährlich die Gesundheit von Erwerbspersonen untersucht. Hierzu werden die bei der Krankenkasse erfassten Arbeitsunfähigkeiten ausgewertet. Laut den Reportergebnissen gibt es in allen untersuchten Altersgruppen einen Genderunterschied. Dieser bleibt auch dann bestehen, wenn andere Einflussfaktoren wie etwa Alter, Wohnort, Bildungsgrad, ausgeübter Beruf oder Branche herausgerechnet werden. So werden bei den jüngeren Beschäftigten Männer deutlich häufiger aufgrund von Verletzungen arbeitsunfähig geschrieben. Bei einzelnen Handverletzungen haben sie ein bis zu vierfach höheres Fehlzeitenrisiko als Frauen. Würden Frauen ein identisches Berufsspektrum wie Männer besetzen, wäre bei ihnen etwa 50 Prozent häufiger mit längerfristigen Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Verletzungen zu rechnen. Frauen wären aber auch

dann noch rund ein Viertel seltener als Männer von derartigen Arbeitsunfähigkeiten betroffen. Dies verdeutlicht eindrücklich den Gendereffekt. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den ischämischen Herzkrankheiten. Auch hier haben Männer rund viermal so viele Fehltage wie Frauen. Hätten Frauen dieselben Berufe wie Männer, wäre ihr Fehlzeitenrisiko zwar um 15 Prozent höher, dennoch wären sie deutlich seltener betroffen als Männer.

Diese Ergebnisse lassen aufhorchen. Vor allem Unternehmen sollten dem BGM verstärkte Aufmerksamkeit widmen. Dabei darf es nicht heißen „one fits all". Erforderlich sind geschlechterspezifische Angebote für den jeweiligen Arbeitsplatz. Für mehr Arbeitssicherheit bedarf es einer Verhaltensprävention, mit deren Hilfe etwa das Verletzungsrisiko für jüngere Männer bei ihren manuellen Tätigkeiten durch vorgegebene und strikt eingehaltene Arbeitsabläufe möglichst gering bleibt. Auch der hohe Anteil an psychischen Diagnosen bereits bei jüngeren erwerbstätigen Frauen könnte mit einer speziellen Verhaltensprävention reduziert werden. Dabei finden die Betriebe bei der BARMER viel fachliches Know-how und Unterstützung zum BGM. Hier gibt es eine breite Auswahl an Angeboten, die auf die individuellen Bedürfnisse von Firmen und deren Belegschaft zugeschnitten sind. Sie reichen von Trainings zur Stärkung von Kreislauf, Kraft und Beweglichkeit bis hin zu gesunder Ernährung im Betrieb. Darüber hinaus sind Workshops möglich, in denen die Beschäftigten den Einsatz von Entspannungstechniken lernen. Davon profitieren Frauen und Männer gleichermaßen. Ebenso wichtig ist die Expertise von Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinern, die ihre Aufgabe immer mehr als ganzheitliche Vorsorge verstehen. Sie kennen die Besonderheiten von Großbetrieben genauso wie die von kleinen Firmen. In jedem Unternehmen lässt sich erfahrungsgemäß die Gesundheit schützen und fördern, damit die Belegschaft langfristig leistungsfähig bleibt.

Mein Dank gilt auch in diesem Jahr in besonderer Weise Dr. Thomas Grobe sowie Dr. Anna Braun vom aQua-Institut in Göttingen, die den BARMER-Gesundheitsreport federführend betreuen. Den Leserinnen und Lesern des Reports wünsche ich eine anregende und aufschlussreiche Lektüre.

Prof. Dr. med. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der BARMER
Berlin, im August 2022

Zusammenfassung

Der jährlich erscheinende Gesundheitsreport der BARMER befasst sich regelmäßig mit der Gesundheit von Erwerbspersonen. Betrachtet werden hierzu ärztlich bescheinigte und bei der Krankenkasse erfasste Arbeitsunfähigkeiten. Im Gesundheitsreport 2022 werden dabei vorrangig aktuelle Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten aus dem Jahr 2021 dargestellt und mit Vorjahresergebnissen verglichen. Neben den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zählen zu den im Report betrachteten Erwerbspersonen auch Arbeitslosengeld(ALG)-1-Empfänger, die im Falle längerfristiger Arbeitsunfähigkeiten gleichermaßen einen Anspruch auf Krankengeldzahlungen besitzen und dementsprechend auch gleichermaßen gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeiten bei ihrer Krankenkasse melden müssen. Die Auswertungen im Routineteil des Reports beziehen sich damit genau auf die Mitglieder der Krankenkasse, zu denen im Falle einer gesundheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit auch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei der Krankenkasse vorliegen sollte. Statistiken zu Arbeitsunfähigkeiten hängen von vielen Faktoren ab, die bei der Interpretation bedacht werden sollten. Vor diesem Hintergrund finden sich in Kapitel 4 des Reports Erläuterungen zu den Berechnungen und Abhängigkeiten der dargestellten Kennzahlen.

Interaktive Grafiken

www.bifg.de/Y925XN

Beginnend mit dem vorliegenden Gesundheitsreport 2022 wird eine Vielzahl an Ergebnissen erstmals in Form interaktiver Grafiken im Internet bereitgestellt. Hiermit bestehen Möglichkeiten, Ergebnisse bei Bedarf auch differenziert im Hinblick auf bestimmte Subgruppen zu betrachten (beispielsweise zu Bundesländern oder innerhalb von ausgewählten Altersgruppen), welche in einem gedruckten Report nicht realisierbar gewesen wären. Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten stehen dabei im Internet ab dem Jahr 2014 zur Verfügung. Aktuell sind damit im Hinblick auf nahezu alle relevanten Kennzahlen auch Trenddarstellungen über einen Zeitraum von acht Jahren bis 2021 möglich, die zukünftig stetig erweitert werden sollen. Vor diesem Hintergrund konnte die Darstellung im vorliegenden Report an vielen Stellen gestrafft werden, wobei sehr grundlegende Ergebnisse und Methoden jedoch auch weiterhin im Report dargestellt und erläutert werden, um die Interpretation der Ergebnisse im Internet zu erleichtern. Hingewiesen sei ergänzend darauf,

dass alle Ergebnisse zu interaktiven Grafiken auf aktualisierten Daten mit einer überarbeiteten Zuordnung von Versichertengruppen beruhen, woraus sich geringfügige Abweichungen zu vorausgehend im Gesundheitsreport publizierten Ergebnissen ergeben können. Die im vorliegenden Report gelegentlich zum Jahr 2020 berichteten Ergebnisse entsprechen demgegenüber den bereits im Vorjahr an dieser Stelle berichteten Ergebnissen.

Das Schwerpunktkapitel des diesjährigen Gesundheitsreports befasst sich mit dem Thema „Gender". In drei unterschiedlichen Altersgruppen (Erwerbspersonen im jüngeren, mittleren und höheren Erwerbsalter) werden geschlechtsabhängige Unterschiede im Hinblick auf gesundheitliche Probleme und Erkrankungen herausgearbeitet. Risiken für ausgewählte Erkrankungen werden näher betrachtet. Dabei wird jeweils auch der Frage nachgegangen, inwieweit sich beobachtete geschlechtsabhängige Unterschiede durch andere Faktoren und dabei insbesondere durch das Berufsspektrum erklären lassen.

Ergebnisse

Basis der aktuellen Auswertungen zum Jahr 2021 bilden bundesweit erfasste und anonymisierte Daten zu jahresdurchschnittlich 3,8 Millionen Erwerbspersonen mit einer Versicherung bei der BARMER. Bei den Berechnungen konnten damit Daten zu bundesweit gut zehn Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland berücksichtigt werden. Im Gegensatz zu den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zur Vorlage bei Arbeitgebern umfassen die Meldungen an Krankenkassen auch Angaben zu Diagnosen. Damit sind auch erkrankungsbezogene Auswertungen möglich, die wesentliche Inhalte des vorliegenden Reports bilden.

Im Vergleich zum Vorjahr sind die erkrankungsbedingten Fehlzeiten 2021 bundesweit nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen um 2,5 Prozent gesunken. Der Krankenstand lag damit 2021 bei 4,79 Prozent (Vorjahr: 4,92 Prozent; vgl. Tabelle 1.1). Dabei wurden 2021 tendenziell etwas mehr Arbeitsunfähigkeitsfälle als im Vorjahr registriert (+0,7 Prozent), diese dauerten im Mittel mit durchschnittlich 16,2 Tagen je Krankschreibungsfall jedoch merklich kürzer als im Vorjahr (–3,2 Prozent).

Für die rückläufigen Fehlzeiten im Gesamtjahr 2021 waren ausgesprochen geringe Fehlzeiten in den drei Monaten von Januar bis März 2021 verantwortlich (vgl. Abbildung 1.4), in denen jahreszeitlich aufgrund von Grippe- und Erkältungswellen ansonsten typischerweise mit hohen Krankenständen zu rechnen ist. Eine entsprechende Grippe- und Erkältungswelle ist nach den vorliegenden Ergebnissen im ersten Quartal des Jahres 2021 weitgehend vollständig ausgefallen. Dazu dürften sehr maßgeblich Coronaschutzmaßnahmen wie Abstandsregeln, Kontaktbeschränkungen und die Verpflichtungen zum Tragen von medizinischen Gesichtsmasken beigetragen haben.

Die erfassten Gesamtfehlzeiten werden traditionell von wenigen lang andauernden Erkrankungsfällen bestimmt. Auch im Jahr 2021 dauerten nur 5,5 Prozent der gemeldeten Arbeitsunfähigkeiten länger als sechs Wochen (vgl. Tabelle 1.3). Diese wenigen lang andauernden Fälle waren jedoch für mehr als die Hälfte der insgesamt erfassten Fehltage verantwortlich (vgl. Abbildung 1.1). Länger andauernde Erkrankungsfälle betreffen ältere Beschäftigte häufiger als jüngere. Trotz einer höheren Zahl an Krankschreibungen sind jüngere Beschäftigte aufgrund der zumeist nur kurzen Erkrankungsepisoden durchschnittlich insgesamt weniger Tage krankgeschrieben als ältere.

Die durchschnittlich erfassten Fehlzeiten variieren sehr stark in Abhängigkeit von der Ausbildung und – damit verbunden – auch in Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf (vgl. Abbildung 1.7 und 1.8 sowie die Tabelle A 3 und A 4 im Anhang). Ausführliche Ergebnisse zur Gesundheit in ausgewählten Berufsgruppen wurden im Schwerpunkt des Gesundheitsreports 2021 dargestellt, die im Rahmen des vorliegenden Gesundheitsreports um Ergebnisse zum Erhebungsjahr 2021 ergänzt wurden und in Form interaktiver Grafiken im Internet verfügbar sind. Für die berufsabhängig deutlich ausgeprägten Unterschiede hinsichtlich gemeldeter Fehlzeiten ist, neben der gesundheitlichen Situation und den direkten berufsbedingten Belastungen, eine Reihe weiterer Faktoren verantwortlich zu machen, welche stets bei der Interpretation von Ergebnissen zu Fehlzeiten in unterschiedlichen Versichertengruppen zu beachten sind. Um eine differenzierte Diskussion und Einschätzung der Ergebnisse auch für Nichtfachleute zu erleichtern, werden wesentliche Einflussfaktoren auf die Fehlzeiten im Methodenteil des Gesundheitsreports in Kapitel 4 diskutiert.

Diagnosen von Arbeitsunfähigkeiten

Auch im vorliegenden Gesundheitsreport werden COVID-19-Erkrankungen nur am Rande thematisiert. Im Jahr 2020 waren lediglich 0,4 Prozent aller dokumentierten Fehltage unter der expliziten Nennung einer COVID-19-Diagnose erfasst worden (sieben der durchschnittlich 1.796 je 100 Versicherungsjahre bei Erwerbspersonen dokumentierten). Im Jahr 2021 waren 17,47 der insgesamt 1.750 AU-Tage je 100 VJ und damit 1,00 Prozent aller Fehltage dem dreistelligen Diagnoseschlüssel U07 zuzuordnen, mit dem nahezu ausschließlich die bereits Anfang 2020 geschaffenen COVID-19-ICD-10-Diagnosen U07.1 „COVID-19, Virus nachgewiesen" sowie U07.2 „COVID-19, Virus nicht nachgewiesen" dokumentiert werden. Darüber hinaus ließen sich im Jahr 2021 den drei Diagnosen U09 „Post-COVID-19-Zustand", U08 „COVID-19 in der Eigenanamnese" und U10 „Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19" noch 2,66 und 0,78 sowie 0,10 AU-Tagen je 100 VJ zuordnen. Auf Diagnosen mit explizitem COVID-19-Bezug entfielen damit auch 2021 insgesamt nur 21,0 AU-Tage je 100 VJ beziehungsweise ein Anteil von 1,20 Prozent aller Fehltage. Zu bedenken ist in diesem Kontext allerdings, dass bei Krankenkassen ausschließlich COVID-19-Infektionen mit relevanten Einschränkungen der Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer Krankschreibung gemeldet werden sollen und symptomfreie Infekte ohne eine erkrankungsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht erfasst werden. Nichtsdestotrotz dürfte die Coronapandemie eine Reihe von eher indirekten Auswirkungen auch auf die im Jahr 2021 gemeldeten Fehlzeiten gehabt haben.

Traditionell und auch im Jahr 2021 waren auf der Ebene von ICD-10-Diagnosekapiteln die meisten Fehltage den vier Kapiteln Krankheiten des „Muskel-Skelett-Systems", „Psychische Störungen", „Krankheiten des Atmungssystems" sowie „Verletzungen" zuzuordnen (vgl. Abbildung 2.1).

Rückläufige Fehlzeiten zeigten sich im Rahmen von diagnosebezogenen Auswertungen wie im Vorjahr auch von 2020 auf 2021 bei Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, die vorrangig aus unterschiedlichen Formen von Rückenbeschwerden resultieren. Dennoch entfiel auch 2021 mit 22,3 Prozent noch der größte Anteil der Fehlzeiten auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. Je 100 Erwerbspersonen wurden im Jahr 2021 durchschnittlich 391 Fehltage mit entsprechenden Diagnosen dokumentiert (2020: 398 Tage).

Bezogen auf einen einzelnen Beschäftigten wurden also auch 2021 durchschnittlich fast vier Fehltage mit entsprechenden Diagnosen erfasst (vgl. Abbildung 2.4).

Eine ähnlich große Bedeutung im Hinblick auf die Gesamtfehlzeiten kommt den Diagnosen psychischer Störungen zu, die 2021 für insgesamt 22,2 Prozent und damit mehr als ein Fünftel der erfassten Fehlzeiten verantwortlich waren. Unter Diagnosen psychischer Störungen wurden dabei 2021 erneut mehr Fehltage als im Vorjahr erfasst. Im Hinblick auf die zugeordneten Fehlzeiten bilden psychische Störungen unter den insgesamt 22 Kapiteln der ICD-10-Klassifikation nur knapp hinter Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems weiterhin die zweitrelevanteste Krankheitsart. Innerhalb des Jahres 2021 war statistisch gesehen jede Erwerbsperson durchschnittlich 3,88 Tage mit entsprechenden Diagnosen arbeitsunfähig gemeldet. Charakteristisch für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störungen ist ihre ausgesprochen lange fallbezogene Dauer. Wurde eine Person mit einer entsprechenden Diagnose krankgeschrieben, dauerte diese Krankschreibung im Jahr 2021 im Durchschnitt 49 Tage und damit länger als Krankschreibungen mit Diagnosen aus anderen Diagnosekapiteln (vgl. Abbildung 2.3). Aus der fallbezogen langen Krankschreibungsdauer resultiert die relativ große Bedeutung psychischer Störungen für die Fehlzeiten trotz einer mit 8,0 Fällen je 100 Versicherungsjahre vergleichsweise geringen Häufigkeit entsprechender Krankschreibungen. Dabei ist davon auszugehen, dass Krankschreibungen mit der expliziten Diagnose psychischer Störungen nur Hinweise auf einen kleineren Teil vorhandener psychischer Probleme liefern. Ausführlich mit dem Thema psychischer Störungen bei Erwerbspersonen befasste sich der Gesundheitsreport 2014 der BARMER GEK.

Aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems, denen auch die Erkältungs- und Grippediagnosen zugeordnet sind, fehlte eine Erwerbsperson im Jahr 2021 im Durchschnitt nur 1,78 Tage und damit rund 25 Prozent weniger Tage als 2020. Das Kapitel belegt hinsichtlich der Fehlzeiten 2021 nur Rang vier, was sich auf den bereits erwähnten Ausfall einer Grippe- und Erkältungswelle im ersten Quartal des Jahres 2021 zurückführen lässt. Ein leichter Anstieg um 3,2 Prozent lässt sich demgegenüber 2021 bei Fehlzeiten aufgrund von Verletzungen feststellen, die unter den 22 Diagnosekapiteln Rang drei hinsichtlich der Bedeutung für die Fehlzeiten belegen.

Schwerpunkt Gender

Wie schon einleitend erwähnt, befasst sich der Schwerpunkt des diesjährigen Gesundheitsreports mit dem Thema „Gender". Betrachtet werden im Schwerpunktkapitel drei unterschiedliche Erwerbsaltersgruppen, nämlich 1. Berufstätige in jüngerem Alter bis 29 Jahre, 2. Berufstätige in mittlerem Alter bis 49 Jahre sowie 3. Berufstätige in höherem Alter von 50 bis 64 Jahre. Innerhalb der drei Altersgruppen werden jeweils besonders relevante Erkrankungen sowie Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Hinblick auf gesundheitliche Belastungen identifiziert und näher betrachtet. Auswertungen zu den in Versicherungsdaten explizit als divers gekennzeichneten Personen waren nicht möglich, da ihre Zahl unter den BARMER-Versicherten aktuell unterhalb von 50 liegt und Daten zu diesem Personenkreis, auch vor dem Hintergrund von Datenschutzüberlegungen, daher bislang grundsätzlich nicht für wissenschaftliche Auswertungen zur Verfügung gestellt werden (Stand: Dezember 2021).

Je Altersgruppe werden Ergebnisse zu Fehlzeiten mit unterschiedlich abgegrenzten Diagnosen beziehungsweise Erkrankungen bei Frauen und Männern gegenübergestellt. Weitgehend alle diese Ergebnisse sollten sich auch mit einem Rückgriff auf die interaktiven Grafiken im Internet nachbilden lassen. Weitere Abschnitte befassen sich mit den geschlechtsabhängig unterschiedlichen Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit bestimmten Diagnosen. Ergebnisse hierzu sind ausschließlich im vorliegenden Reportdokument dargestellt. Methodische Vorgehensweisen werden in Kapitel 3.1 erläutert.

Berufstätige in jüngerem Alter (15 bis 29 Jahre)

Beschäftigte im Alter bis 29 Jahre stellten 2021 – bei sinkender Tendenz – noch einen Anteil von 20 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland. Besonders große geschlechtsabhängige Differenzen der Fehlzeiten zeigen sich im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten mit Diagnosen von Verletzungen sowie mit Diagnosen psychischer Störungen. Während Verletzungen bei jungen Männern zu deutlich mehr Fehltagen als bei jungen Frauen führen, sind Frauen in deutlich größerem Umfang von Krankschreibungen aufgrund psychischer Störungen als Männer betroffen (vgl. Abbildung 3.1).

Fast alle fehlzeitenrelevanten Einzeldiagnosen von Verletzungen betreffen Männer stärker als Frauen. Mehr als vierfach höhere Fehlzeiten bei Männern ließen sich im Hinblick auf einzelne Diagnosen von Handverletzungen nachweisen. Tendenziell haben die geschlechtsabhängigen Unterschiede bei Fehlzeiten mit Verletzungen seit 2014 leicht abgenommen. Vergleichsweise geringe Fehlzeiten bei beiden Geschlechtern im Jahr 2020 dürften in Zusammenhang mit unterschiedlichen Coronaschutzmaßnahmen stehen. Rund vier Fünftel der verletzungsbedingten Fehlzeiten waren 2021 Betroffenen mit Arbeitsunfähigkeiten über 14 oder mehr Tage zuzuschreiben. Geschlechtsabhängig unterschiedliche Risiken für längerfristige Arbeitsunfähigkeiten mit Verletzungen lassen sich etwa zur Hälfte auf das geschlechtsabhängig unterschiedliche Berufsspektrum von jungen Frauen und Männern zurückführen. Während das real beobachtete Risiko bei Frauen nur etwa halb so groß wie bei Männern ist, wäre nach Ergebnissen von Modellrechnungen zu erwarten, dass das Risiko für Verletzungen bei Frauen mit einem identischen Berufsspektrum wie dem von Männern nur noch um 25 Prozent geringer als bei Männern ist.

Psychische Störungen sind bei jüngeren Beschäftigten auch nach geschlechtsübergreifenden Auswertungen die Krankheitsart, der 2021 mit einem Anteil von 22,1 Prozent die meisten Fehltage zuzuordnen waren. Längere Fehlzeiten als bei Männern resultieren bei jungen Frauen insbesondere aus Arbeitsunfähigkeiten mit Diagnosen von Depressionen und Reaktionen auf schwere Belastungen (vgl. Tabelle 3.5). Seit 2014 ist die Zahl der gemeldeten Fehltage aufgrund psychischer Störungen bei jüngeren Beschäftigten geschlechtsübergreifend um 32 Prozent gestiegen (vgl. Abbildung 3.3).

Rund 2,3 Prozent der jüngeren Männer und 4,0 Prozent der jüngeren Frauen waren 2021 14 oder mehr Tage aufgrund psychischer Störungen arbeitsunfähig gemeldet, wobei diesen längerfristig Betroffenen 94 Prozent aller Fehltage zuzuordnen waren. Das Risiko für entsprechend lange Arbeitsfehlzeiten lag bei Frauen damit um 77 Prozent höher als bei Männern. Für Wohnregionen, das Berufsspektrum sowie weitere Merkmale ließ sich kein wesentlicher Einfluss auf die unterschiedlichen Risiken für psychische Störungen von Frauen und Männern nachweisen.

Berufstätige in mittlerem Alter (30 bis 49 Jahre)

Auf Beschäftigte in mittlerem Alter entfiel 2021, bedingt durch das Herauswachsen der Babyboomer aus dieser Altersgruppe, nur noch ein Anteil von 45 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland. Insgesamt wurden bei Beschäftigten mittleren Alters bereits deutlich mehr Fehltage als bei jüngeren Beschäftigten erfasst. Psychische Störungen und insbesondere Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems verursachen in mittlerem Alter noch deutlich mehr Fehltage als in jüngerem Alter (vgl. Abbildung 3.4). Die den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems zugeordnete Diagnose „Rückenschmerzen" (ICD-10: M54) belegte als dreistellige ICD-10-Diagnose bei Männern mittleren Alters im Hinblick auf die zugeordneten Fehlzeiten den Rang 1. Bei Frauen erreichte die Diagnose „Bösartige Neubildungen der Brustdrüse" (C50; Brustkrebs) hinsichtlich der Fehlzeiten bereits den Rang 7, wohingegen sie bei jüngeren Frauen mit einer Platzierung auf Rang 124 eine noch sehr begrenzte Rolle spielt.

Der Diagnose Rückenschmerzen waren 2021 bei Männern mittleren Alters mit 99,4 AU-Tagen je 100 VJ deutlich mehr Fehltage als bei Frauen mit 84,0 AU-Tagen je 100 VJ zuzuordnen. Durchschnittlich war demnach jeder berufstätige Mann mittleren Alters im Jahr 2021 rund einen Tag aufgrund von Rückenschmerzen arbeitsunfähig gemeldet. Geschlechtsübergreifend haben die Fehlzeiten mit Rückenschmerzen seit 2014 um 10,7 Prozent abgenommen, wobei sich der Rückgang weitgehend auf die Jahre bis 2018 beschränkt. Fehlzeiten von Frauen lagen in den einzelnen Jahren um 12 bis 17 Prozent niedriger als bei Männern.

Rund drei Viertel aller Fehltage mit Rückenschmerzen ließen sich 2021 Betroffenen mit 14 oder mehr AU-Tagen unter dieser Diagnose zuordnen. Die beobachteten Risiken für derart längere Fehlzeiten mit Rückenschmerzen lagen bei Frauen um 15 Prozent niedriger als bei Männern. Wurden in Modellrechnungen Einflüsse des Berufsspektrums berücksichtigt, ergaben sich demgegenüber für Frauen rund 13 Prozent höhere Risiken als bei Männern. Würden Frauen dieselben Berufe wie Männer ausüben, wäre bei ihnen mit höheren Risiken als bei Männern zu rechnen. Auswertungen zu berufsabhängigen Risiken für längere Fehlzeiten mit Rückenschmerzen verdeutlichen die berufsabhängig sehr unterschiedlichen Risiken, die zwischen Beschäftigten in Medien-, geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufen mit einem Risiko von 0,59 Prozent und Beschäf-

tigten mit Verkehrs- und Lagerberufen mit einem Risiko von 3,58 Prozent um etwa den Faktor 6 variieren (vgl. Abbildung 3.6). Beschäftigte in körperlich belastenden Berufen sind demnach merklich häufiger als typische „Büromenschen" betroffen.

Die Diagnose Brustkrebs war 2021 bei Frauen bereits im mittleren Erwerbsalter für durchschnittlich 36,4 AU-Tagen je 100 VJ verantwortlich zu machen. Sie ist damit die mit Abstand fehlzeitenrelevanteste (Krebs-)Diagnose einer bösartigen Neubildung im Erwerbsalter. Bei vergleichbarer anatomischer Anlage der Brustdrüse können auch Männer an Brustkrebs erkranken, was jedoch insbesondere in mittlerem Alter noch ausgesprochen selten der Fall ist. Eindeutige Trends lassen sich hinsichtlich der Fehlzeiten mit Brustkrebsdiagnosen nicht ausmachen, rechnerisch ergibt sich von 2014 bis 2021 bei Frauen im mittleren Erwerbsalter ein Anstieg der Fehlzeiten um 1,2 Prozent.

Die hohe Zahl der AU-Tage mit Brustkrebsdiagnose resultiert maßgeblich aus der langen Dauer von Krankschreibungen. So waren im Jahr 2021 „nur" 0,28 Prozent aller Frauen im mittleren Erwerbsalter mindestens einen Tag mit einer Brustkrebsdiagnose arbeitsunfähig gemeldet. Die durchschnittliche Zahl der Fehltage unter einer Brustkrebsdiagnose belief sich in dieser Betroffenengruppe innerhalb des Jahres dann jedoch auf 131 Tage. Dabei waren 64,6 Prozent, also fast zwei Drittel der betroffenen Frauen mehr als sechs Wochen krankgeschrieben.

Berufstätige in höherem Alter (50 bis 64 Jahre)

Mit 34 Prozent waren 2021 gut ein Drittel aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Altersgruppe von 50 bis 64 Jahre zuzuordnen – 20 Jahre zuvor stellte sie erst einen Anteil von 19 Prozent. Innerhalb der kommenden 15 Jahre wird der weit überwiegende Teil dieser Menschen aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Insgesamt wurden bei Beschäftigten mit höherem Alter noch deutlich mehr Fehltage als bei Beschäftigten mittleren Alters erfasst. Vergleichsweise große geschlechtsspezifische Differenzen zeigen sich im höheren Erwerbsalter unter anderem bei Krankheiten des Kreislaufsystems sowie bei Neubildungen (vgl. Abbildung 3.8), die in dieser Altersgruppe für deutlich mehr Fehltage als in jüngeren Altersgruppen verantwortlich sind.

Krankheiten des Kreislaufsystems treten mit fortschreitendem Lebensalter gehäuft auf. Das Risiko für entsprechende Erkrankungen lässt sich maßgeblich durch das Verhalten und die Ernährung bereits in jüngeren Jahren beeinflussen. Krankheiten des Kreislaufsystems führten bei Männern im Jahr 2021 mit durchschnittlich 2,12 Tagen je VJ zu etwa doppelt so vielen Fehltagen wie bei Frauen mit 1,04 Tagen. Höhere Fehlzeiten bei Männern waren insbesondere bei den ICD-10-Diagnosen I25 „Chronische ischämische Herzkrankheit" sowie I21 „Akuter Myokardinfarkt" zu verzeichnen, die zur ICD-10-Diagnosegruppe „Ischämische Herzkrankheiten" zählen, die bei den nachfolgenden Analysen fokussiert wurden.

Eine ischämische Herzkrankheit ist in der Regel die Folge einer dauerhaften Verengung der Koronargefäße (Herzkranzgefäße), welche den Herzmuskel mit ausreichend Blut versorgen müssen, um die Pumpleistung des Herzens zu ermöglichen. Bei einer Verengung dieser Gefäße wird dann auch von einer koronaren Herzerkrankung (KHK) gesprochen. Fehlzeiten mit entsprechenden Diagnosen sanken von 2014 bis 2021 bei Männern um 15,4 Prozent, wohingegen bei Frauen in höherem Alter kein eindeutiger Trend auszumachen war. Hierzu könnte eine Reduktion des Rauchens bei Männern beigetragen haben. Auch 2021 wurden bei Männern jedoch noch rund viermal so viele Fehltage mit ischämischen Herzkrankheiten wie bei Frauen gemeldet.

Im Einklang mit den Ergebnissen zu Fehlzeiten waren Frauen nur etwa ein Viertel so häufig wie Männer von längeren Arbeitsausfällen von 14 und mehr Tagen unter Diagnosen ischämischer Herzkrankheiten betroffen, denen rund 95 Prozent aller Fehltage mit entsprechenden Diagnosen zuzuordnen waren. Modellrechnungen ergeben, dass ein gewisser Teil des erhöhten Risikos für längere Arbeitsunfähigkeiten mit ischämischen Herzkrankheiten bei Männern mit dem Berufsspektrum zusammenhängen könnte. Bei Frauen wäre demnach jedoch auch bei einem vergleichbaren Berufsspektrum wie bei Männern noch mit einem rund 70 Prozent geringeren Risiko als bei Männern auszugehen. Auswertungen zu Risiken in Berufsgruppen zeigen recht eindrücklich, dass das Risiko für Arbeitsausfälle mit ischämischen Herzkrankheiten insbesondere in typischen Männerberufen vergleichsweise hoch ist.

Als bösartige Neubildungen spielen in höherem Erwerbsalter, neben dem Brustkrebs, insbesondere auch Neubildungen der Lunge, der Prostata sowie bösartige Neubildungen des Kolons (ICD-10: C18) und des Rektums (ICD-10: C20) eine Rolle, wobei die beiden letztgenannten Diagnosen auch unter der Bezeichnung Darmkrebs zusammengefasst werden können und dann nach Brustkrebs unter den Neubildungen für die zweitmeisten Fehltage bei Beschäftigten in höherem Erwerbsalter verantwortlich sind. Darmkrebsdiagnosen in diesem Sinne waren 2021 bei Frauen für 37 Prozent weniger Fehltage als bei Männern verantwortlich zu machen.

Fehlzeiten mit Darmkrebsdiagnosen zeigen in den Jahren von 2014 bis 2021 keinen eindeutigen Trend. Auffällig erscheint ein deutlicher Rückgang der Fehlzeiten von 2020 auf 2021. Inwieweit dies unter anderem mit einer geringeren Zahl an operativen Eingriffen im Zuge der Coronapandemie im Jahr 2021 oder auch mittelbar mit einer reduzierten Zahl von Früherkennungsuntersuchungen bereits 2020 und einer in diesem Zuge reduzierten Zahl an neu entdeckten Erkrankungen zusammenhängen könnte, lässt sich an dieser Stelle nicht beantworten.

Risiken für längere Arbeitsunfähigkeiten ab 14 Tagen mit Darmkrebsdiagnosen lagen – auch hier im Einklang mit den Befunden zu Fehltagen – bei Frauen um 36 Prozent niedriger als bei Männern. Nur kleine Anteile der geschlechtsabhängigen Unterschiede könnten nach Ergebnissen von Modellrechnungen auf die dabei berücksichtigten Merkmale wie das Berufsspektrum und die Wohnregion zurückführbar sein. Zu den geringeren Risiken für längere Fehlzeiten mit Darmkrebsdiagnosen von Frauen könnte auch deren regelmäßigere Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen beigetragen haben.

Das Schwerpunktkapitel verdeutlicht eine Reihe von Unterschieden hinsichtlich der Gesundheit von berufstätigen Männern und Frauen. Nur ein eher kleinerer Teil der Unterschiede, namentlich im Hinblick auf Verletzungen sowie Rückenschmerzen, ließ sich im Rahmen der Auswertungen auf das verschiedenartige Berufsspektrum von Männern und Frauen zurückführen. Die Berücksichtigung einer Vielzahl von weiteren potenziell relevanten Einflussfaktoren wäre zweifellos inhaltlich wünschenswert gewesen, war jedoch aufgrund fehlender Ressourcen und der Begrenztheit von regelmäßig in Daten bei Krankenkassen verfügbaren Informationen nicht möglich. Die Autoren hoffen, trotz dieser Einschränkungen mit dem vorliegenden Schwerpunkt zur Diskussion von Unterschieden hinsichtlich der Gesundheit von berufstätigen Männern und Frauen beitragen zu können.

Kapitel 1

Arbeitsunfähigkeiten

1 Arbeitsunfähigkeiten

Der Report konzentriert sich ab 2022 auf grundlegende Ergebnisdarstellung, umfangreiche Ergebnisse, auch zu Subgruppen, sind auf www.bifg.de verfügbar.

Wie zuvor bereits in der Zusammenfassung erläutert, wird zum diesjährigen Gesundheitsreport erstmals der überwiegende Teil der Ergebnisse in Form von interaktiven Grafiken im Internet bereitgestellt. Neben einer Replikation von traditionell im Gesundheitsreport berichteten Ergebnissen ist damit auch eine individuell gestaltete Ergebniszusammenstellung möglich. Diese Form der Ergebnisdarstellung bietet dem Nutzer Differenzierungs- und Filtermöglichkeiten von Ergebnissen, die in einem gedruckten Report nicht realisierbar wären. Vor diesem Hintergrund bleiben die nachfolgenden Darstellungen auf grundlegende Ergebnisse sowie einige und eher spezielle Ergebnisse beschränkt, die sich weniger für eine interaktive Darstellung eignen. In den einzelnen Abschnitten wird gegebenenfalls auf die Fundstellen der differenzierten Ergebnisse im Internet verwiesen.

geringfügige Abweichungen bei Vorjahresergebnissen in interaktiven Grafiken aufgrund angepasster Versichertenzuordnung möglich

Bei Auswertungen im Gesundheitsreport werden grundsätzlich ausschließlich Versicherte berücksichtigt, die bei längerfristigen Arbeitsunfähigkeiten (AU) auch Anspruch auf Krankengeldzahlungen haben und insofern auch zur Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen verpflichtet sind (vgl. Kapitel 4). Vor den Auswertungen zum Jahr 2021 wurde ein Abgleich der berücksichtigten Versichertengruppen vorgenommen, um den Personenkreis in aktuellen Daten möglichst exakt abgrenzen zu können. Hieraus resultierten kleinere Korrekturen. Da alle Ergebnisse zu allen Jahren in interaktiven Grafiken auf 2022 neu bereitgestellten Daten basieren und mit Rückgriff auf die korrigierte Abgrenzung von Versichertengruppen erfolgten, können sich Ergebnisse aus interaktiven Grafiken zu Jahren bis 2020 geringfügig von den zuvor publizierten sowie auch im vorliegenden Gesundheitsreport zu 2020 dargestellten Ergebnissen unterscheiden, die noch auf einer über viele Jahre zuvor genutzten Zuordnung beruhen.

1.1 Grundlegende Kennzahlen und Entwicklungen 2021

Nachfolgend werden zunächst grundlegende Kennzahlen zur Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit in den Jahren 2020 und 2021 dargestellt. Ausführliche methodische und inhaltliche Erläuterungen zu diesen Kennzahlen finden sich in Kapitel 4 „Datengrundlage und Methoden", welches weiterhin Bestandteil des vorliegenden Reports ist.

Tabelle 1.1 zeigt Ergebnisse zum bundesweiten Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen in den Jahren 2020 und 2021. Angaben zu relativen Veränderungen bundesweiter Zahlen von 2020 auf 2021 sind Tabelle 1.2 zu entnehmen.

Tabelle 1.1: Grundlegende Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit

Kennzahl	2020			2021		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
Betroffenheitsquote in Prozent	47,6	53,7	50,4	46,3	51,8	48,8
AU-Fälle je 100 VJ	100	117	107	102	116	108
AU-Tage je Fall	17,0	16,5	16,7	16,2	16,2	16,2
AU-Tage je 100 VJ	1.688	1.922	1.796	1.645	1.873	1.750
Krankenstand in Prozent	4,62	5,27	4,92	4,51	5,13	4,79

Quelle: BARMER-Daten 2020 und 2021, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert ET2010

2021 erneut weniger Beschäftigte als im Vorjahr mindestens einmal krankgeschrieben

Nach den Ergebnissen geschlechts- und altersstandardisierter Auswertungen von bundesweiten Daten der BARMER waren im Jahr 2021 geschlechtsübergreifend 48,8 Prozent der Erwerbspersonen und damit 1,6 Prozentpunkte weniger als 2020 mindestens einmal erkrankungsbedingt arbeitsunfähig gemeldet. Damit gilt für 2021, dass innerhalb des Jahres etwas weniger als die Hälfte der Erwerbspersonen zumindest kurzfristig erkrankungsbedingt arbeitsunfähig gemeldet war.

Krankenstand erneut geringfügig gesunken auf 4,79 % im Jahr 2021

Je 100 durchgängig Beschäftigte wurden 108 Arbeitsunfähigkeitsmeldungen und insgesamt 1.750 Fehltage erfasst. Für einzelne Beschäftigte wurden damit innerhalb des Jahres durchschnittlich knapp 1,1 Arbeitsunfähigkeitsfälle sowie insgesamt zweieinhalb Erkrankungswochen beziehungsweise 17,5 Fehltage gemeldet. Die 1.750 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre (VJ) entsprechen einem Krankenstand von 4,79 Prozent. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten 2021 nach bundesweit ermittelten Ergebnissen damit nochmals leicht, nämlich um 2,5 Prozent gesunken.

nach Anstieg im Vorjahr (2021) wieder etwas kürzere durchschnittliche AU-Falldauer

Eine einzelne gemeldete Arbeitsunfähigkeit dauerte 2020 im Durchschnitt 16,2 Tage und rund damit 3,2 Prozent kürzer als 2020, womit 2021, trotz einer leicht gestiegenen Zahl an AU-Fällen, dann insgesamt geringere Fehlzeiten als 2020 resultierten.

Tabelle 1.2: Relative Veränderungen von Kennzahlen 2021 im Vergleich zum Vorjahr

Kennzahl	bundesweit (Angaben in Prozent)		
	Männer	Frauen	gesamt
Betroffenheitsquote	–2,8	–3,5	–3,2
AU-Fälle je 100 VJ	2,2	–0,7	0,7
AU-Tage je Fall	–4,6	–1,9	–3,2
AU-Tage je 100 VJ	–2,5	–2,5	–2,5
Krankenstand	–2,5	–2,5	–2,5

Quelle: BARMER-Daten 2021 vs. 2020, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert ET2010

1.1.1 Regionale Variationen

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

www.bifg.de/Y925XN

Die AU-Fallzahlen variierten 2021 zwischen 88 Fällen je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und 139 Fällen je 100 Versicherungsjahre in Sachsen-Anhalt, womit die bundesweiten Ergebnisse um 18,5 Prozent unterschritten beziehungsweise um 28,2 Prozent überschritten werden.

Fehlzeiten 2021 in Thüringen am höchsten

Die Fehlzeiten variierten zwischen 1.467 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre in Baden-Württemberg (relative Abweichung zum Bundesdurchschnitt: –16,2 Prozent) und 2.242 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre in Thüringen (relative Abweichung zum Bundesdurchschnitt +28,1 Prozent). Nach Baden-Württemberg weisen, wie im Vorjahr, Erwerbspersonen aus Hamburg und Bayern die geringsten Fehlzeiten auf.

Die Häufigkeit von Krankschreibungen hat sich in den Bundesländern von 2020 auf 2021 unterschiedlich entwickelt. Hinsichtlich der Fehlzeiten sind überwiegend Rückgänge zu

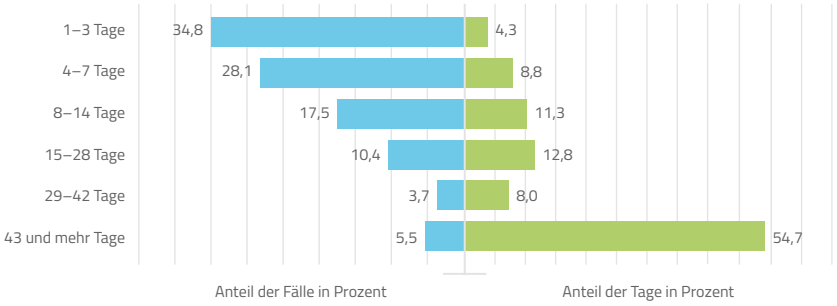
verzeichnen. Der stärkste Rückgang um 9,44 Prozent lässt sich für Berlin verzeichnen. Zu einem Anstieg ist es lediglich in Mecklenburg-Vorpommern (+0,81 Prozent), in Sachsen (+0,17 Prozent) sowie insbesondere in Thüringen (+2,50 Prozent) gekommen.

1.1.2 Arbeitsunfähigkeiten nach Falldauer

Ein weit überwiegender Anteil der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen dauert lediglich wenige Tage, relativ wenige AU-Fälle dauern über viele Wochen. Der folgende Abschnitt befasst sich mit der Bedeutung der unterschiedlich langen Arbeitsunfähigkeiten für die insgesamt erfassten Fehlzeiten (und mit Ergebnissen, die nicht in Form interaktiver Grafiken verfügbar sind).

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

Abbildung 1.1: AU-Fälle und AU-Tage nach Falldauer 2021



Quelle: BARMER-Daten 2021

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

Nach den Auswertungen bundesweit erhobener Daten der BARMER dauerten 2021 gut 60 Prozent der erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle maximal eine Woche. 34,8 Prozent der Fälle erstreckten sich dabei über ein bis drei Tage, 28,1 Prozent dauerten zwischen vier und sieben Tage (vgl. Tabelle 1.3). Auf diese große Zahl eher kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeiten entfiel jedoch mit einem Anteil von 13,1 Prozent lediglich etwa ein Achtel aller erfassten Arbeitsunfähigkeitstage.

Tabelle 1.3: Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage nach Falldauer 2020 und 2021

fallbezogene Dauer in Tagen	2020 (Anteile in Prozent)		2021 (Anteile in Prozent)	
	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage
1–3	30,1	3,6	34,8	4,3
4–7	29,3	9,0	28,1	8,8
8–14	20,0	12,6	17,5	11,3
15–28	11,2	13,3	10,4	12,8
29–42	3,9	8,2	3,7	8,0
43 und mehr	5,5	53,2	5,5	54,7

Quelle: BARMER-Daten 2020 und 2021, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert ET2010

Merklich mehr als die Hälfte aller Fehltage entfielen 2021 auf AU-Fälle mit mehr als 6 Wochen Dauer.

Lediglich 5,5 Prozent der bundesweit erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle, also etwa jede 18. Krankschreibung, dauerte länger als sechs Wochen. Allein dieser verhältnismäßig kleinen Anzahl von Fällen mit mehr als sechs Wochen Dauer waren 2021 jedoch mit 54,7 Prozent mehr als die Hälfte aller Arbeitsunfähigkeitstage zuzuordnen.

Beim Vergleich mit den Vorjahresergebnissen wird deutlich, dass insbesondere kurzzeitige Krankschreibungen über ein bis drei Tage wieder an Bedeutung gewonnen haben, nachdem sie 2020 im Vergleich zu Vorjahren merklich seltener erfasst worden waren. Hingegen hat sich die Bedeutung von Krankschreibungen über sehr lange Zeiträume von mehr als sechs Wochen seit 2020 nicht verändert.

1.1.3 Arbeitsunfähigkeiten an Wochentagen

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

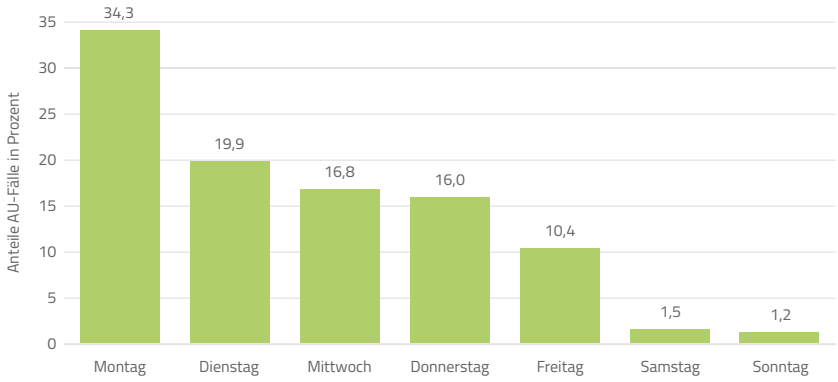
Krankmeldungen an einzelnen Wochentagen

Rund ein Drittel der AUs beginnt montags.

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

Bei Erkrankungen an Wochenenden besteht bei üblichen Arbeitsverhältnissen mit zumeist arbeitsfreien Wochenenden zum einen häufig kein Anlass, sich sofort krankschreiben zu lassen. Zum anderen stehen im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung an Wochenenden nur Notdienste zur Versorgung dringlicher Fälle zur Verfügung. Dementsprechend beginnen an Wochenenden lediglich etwa drei Prozent aller Krankschreibungen. Geht man davon aus, dass sich Erkrankungsereignisse primär annähernd gleichmäßig auf Wochentage verteilen und bei Beginn am Wochenende gegebenenfalls oftmals auch über das Wochenende hinaus andauern, müssen Krankschreibungen bei Erkrankungsbeginn am Wochenende dann typischerweise montags nachgeholt werden, was hohe Fallzahlen an diesem Wochentag zur Folge hat.

Abbildung 1.2: Verteilung der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auf Wochentage 2021

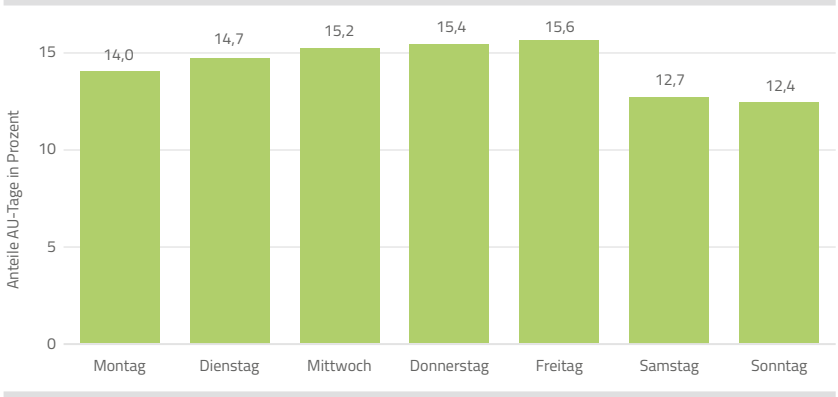


Quelle: BARMER-Daten 2021

Verteilung der Fehlzeiten auf Wochentage

Inhaltlich aufschlussreicher als Auswertungen zum Beginn von Arbeitsunfähigkeiten sind Auswertungen zur Verteilung der gemeldeten Fehltage auf die Wochentage. Abbildung 1.3 zeigt Ergebnisse zur anteiligen Verteilung der gemeldeten Fehlzeiten auf die einzelnen Wochentage innerhalb des Kalenderjahres 2021.

Abbildung 1.3: Verteilung der Fehlzeiten auf Wochentage 2021



Quelle: BARMER-Daten 2021

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

Fehlzeiten freitags am höchsten

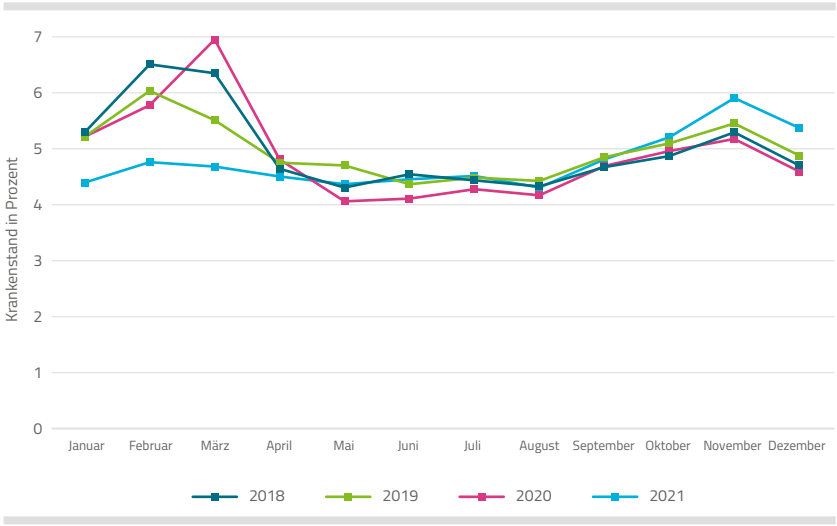
Anteilig die geringsten gemeldeten Fehlzeiten entfallen auf Samstage und insbesondere Sonntage. Dass Arbeitnehmer an Wochenenden „besonders gesund" sind, kann daraus allerdings nicht direkt abgeleitet werden. Oftmals dürfte, wie bereits zuvor erläutert, bei Erkrankungsbeginn an diesen Tagen schlicht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

1.1.4 Krankenstände in Kalendermonaten

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

www.bifg.de/Y925Pz

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



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

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

darüber hinaus die Kita- und Schulschließungen ab Mitte März 2020 zu Krankmeldungen aufgrund von mangelnden Kinderbetreuungsmöglichkeiten geführt haben.

Ausfall der sonst typischen Grippe- und Erkältungswelle im 1. Quartal für niedrige Gesamtkrankenstände 2021 verantwortlich

Für das hier aktuell betrachtete Jahr 2021 zeigt sich zu Jahresbeginn eine Auffälligkeit in eine andere Richtung. Der sonst im ersten Quartal beobachtete Anstieg des Krankenstands ist in diesem Jahr im Zuge des Ausbleibens einer Grippe- und Erkältungswelle nahezu gänzlich ausgefallen – die Krankenstände bewegen sich eher auf einem Niveau, das sonst in den Sommermonaten typisch ist. Demgegenüber bewegen sich die Krankenstände zu Ende des Jahres 2021 auf einem vergleichsweise hohen Niveau.

1.1.5 Arbeitsunfähigkeiten nach Geschlecht und Alter

Geschlecht und Alter haben einen erheblichen Einfluss auf die Ergebnisse in nahezu allen gesundheitsbezogenen Statistiken. Bei Gruppenvergleichen im Gesundheitsreport werden typischerweise geschlechts- und altersstandardisierte Zahlen gegenübergestellt, womit etwaige Unterschiede zwischen Vergleichsgruppen hinsichtlich ihrer Geschlechts- und Altersstruktur rechnerisch ausgeglichen werden (vgl. Abschnitt zur direkten Standardisierung in Kapitel 4.3.4). Der vorliegende Abschnitt thematisiert demgegenüber explizit den Einfluss von Geschlecht und Alter auf die Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten. Kennzahlen zu AU-Fällen und AU-Tagen in den einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen werden, beginnend mit Veröffentlichung des diesjährigen Gesundheitsreports, in Form interaktiver Grafiken im Internet zur Verfügung gestellt und daher an dieser Stelle nur noch in sehr grundsätzlicher Form erörtert.

www.bifg.de/Y925XN

Jüngere fehlen häufiger – aber zumeist nur kurz.

Mit Abstand am häufigsten werden Arbeitsunfähigkeiten erfahrungsgemäß bei Erwerbspersonen aus den jüngsten Altersgruppen erfasst. Während Erwerbspersonen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren durchschnittlich rund zweimal pro Jahr krankgeschrieben werden (was 200 AU-Fällen je 100 VJ entspricht), liegen die Fallhäufigkeiten in mittleren Altersgruppen nur noch etwa halb so hoch. Insbesondere in Betrieben mit vielen Auszubildenden oder auch anderweitig sehr vielen jungen Beschäftigten sind demnach verhältnismäßig viele Krankmeldungen zu erwarten.

Die fallbezogene Krankschreibungsdauer, also die Dauer, über die ein Beschäftigter im Rahmen einer einzelnen Krankschreibung arbeitsunfähig gemeldet ist (AU-Tage je Fall), steigt mit zunehmendem Alter stetig. Während einzelne AU-Fälle in der jüngsten Altersgruppe durchschnittlich nur etwa sieben Tage dauerten, waren 60- bis 64-jährige Erwerbspersonen im Falle einer Krankschreibung durchschnittlich rund 28 Tage und damit vier Wochen im Rahmen einer einzelnen Krankmeldung arbeitsunfähig gemeldet.

Ältere fehlen seltener, aber länger.

Aus der Anzahl der AU-Fälle und den AU-Tagen je Fall resultiert die Gesamtzahl der erkrankungsbedingten Fehltage, die im Report zumeist gleichfalls bezogen auf je 100 Versicherungsjahre (VJ) als das wichtigste Maß für die beobachteten Fehlzeiten dargestellt werden. Derselbe Sachverhalt lässt sich dann schließlich auch mit dem Krankenstand beschreiben (vgl. Methoden-Kapitel 4). Die wenigsten Tage waren 2021 Personen im Alter von 25 bis 29 Jahren krankgemeldet. Mit weiter zunehmendem Alter steigt nach Vollendung des 30. Lebensjahres der Krankenstand. In der höchsten hier berücksichtigten Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen werden schließlich mehr als doppelt so hohe Fehlzeiten wie bei jungen Erwerbspersonen erfasst. Bei Betrieben ist mit zunehmendem Alter der Beschäftigten demnach ein ansteigender Krankenstand zu erwarten.

1.2 Branchen- und tätigkeitsbezogene Ergebnisse

Der nachfolgende Abschnitt liefert Ergebnisse zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen 2021 in einzelnen Branchen sowie in Abhängigkeit von Schulabschluss, Ausbildung und Beruf. Auswertungen differenziert nach den drei erstgenannten Merkmalen finden sich ausschließlich im vorliegenden Reportdokument. Auswertungen zu Berufsgruppen werden im vorliegenden Report in knapper Form dargestellt. Sehr viel umfangreichere Ergebnisse zu ausgewählten Berufsgruppen, die ein Update der Schwerpunktauswertungen zum Gesundheitsreport des vergangenen Jahres darstellen, stehen in Form interaktiver Grafiken im Internet zur Verfügung.

www.bifg.de/Y925GR

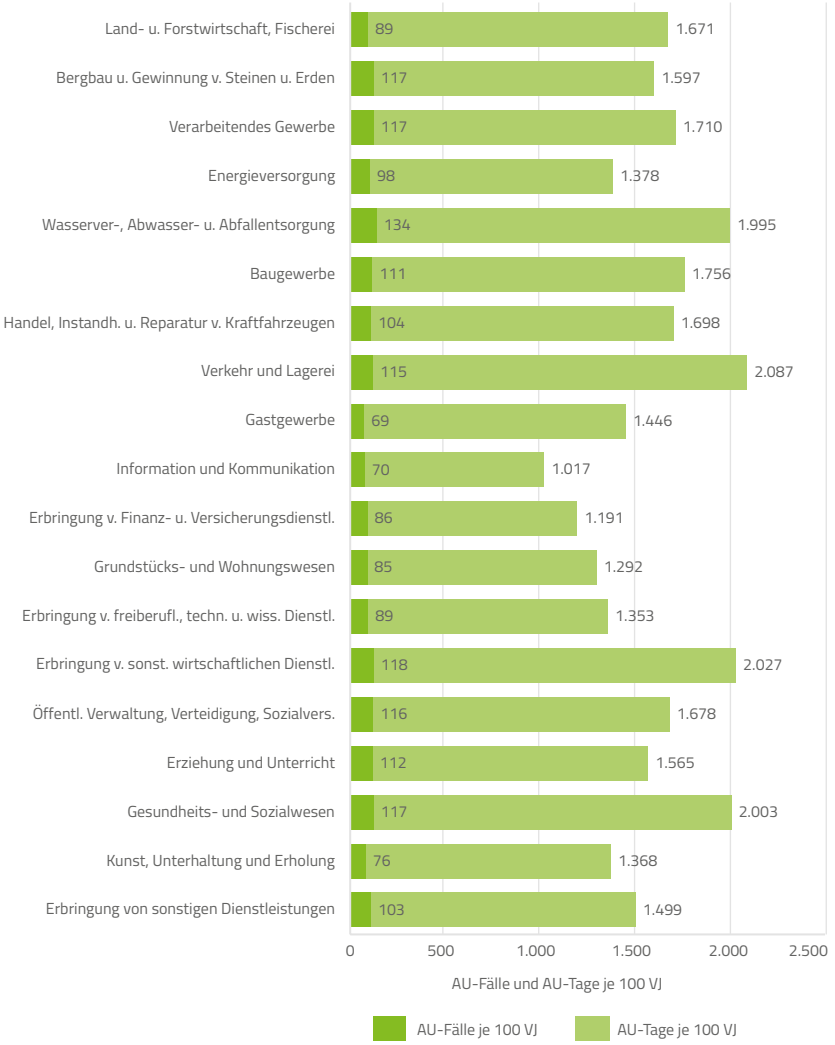
1.2.1 Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen in unterschiedlichen Branchen

In Deutschland erhält, abgesehen von wenigen Ausnahmen, jeder Arbeitgeber mit sozialversicherungspflichtig Beschäftigten von der Bundesagentur für Arbeit (BA) eine Betriebsnummer, bei Betriebsstandorten in unterschiedlichen Gemeinden sind es gegebenenfalls auch mehrere. Unter anderem für entsprechende Aufschlüsselungen in kommunalen und bundesweiten Wirtschaftsstatistiken werden Niederlassungen eines Unternehmens dabei jeweils einem Wirtschaftszweig zugeordnet. Diese Informationen zu Wirtschaftszweigen beziehungsweise zur Branchenzuordnung der Arbeitsstellen ihrer Versicherten werden auch an die Krankenkassen weitergeleitet. Zur Bezeichnung und Differenzierung von Branchen wird dabei aktuell in Deutschland die „Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008" verwendet (WZ2008; vgl. auch Erläuterungen in Kapitel 4.3.3).

Abbildung 1.5 zeigt geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse zur Häufigkeit von AU-Fällen sowie zu Fehlzeiten im Jahr 2021 je 100 Versicherungsjahre nach Branchenzuordnungen der Erwerbspersonen auf einer übergeordneten Ebene von insgesamt 21 „Abschnitten" der WZ2008. Die offiziellen Bezeichnungen der Branchen werden aus Platzgründen in der Abbildung zum Teil nur verkürzt angegeben.

Ausgesprochen geringe Fehlzeiten finden sich für einige Branchen, deren Beschäftigte in der Regel nur wenig durch körperliche Tätigkeiten belastet sein dürften. Dies gilt insbesondere für die Branche „Information und Kommunikation". Beschäftigte aus dieser Branche fehlten 2021 nach kassenseitig vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsmeldungen innerhalb des Jahres durchschnittlich lediglich etwa 10,2 Tage erkrankungsbedingt am Arbeitsplatz, also gut sieben Tage weniger als eine Erwerbsperson nach branchenübergreifenden Ergebnissen (17,5 Tage).

Abbildung 1.5: AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen 2021



Quelle: BARMER-Daten 2021 (Branchen mit mehr als 1.000 BARMER-versicherten Beschäftigten)

Verhältnismäßig hohe Fehlzeiten finden sich demgegenüber unter anderem für die Branchen „Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen", „Verkehr und Lagerei", „Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen" sowie „Gesundheits- und Sozialwesen". In entsprechenden Branchen kann von überdurchschnittlichen körperlichen Belastungen und Anforderungen der Beschäftigten ausgegangen werden, wobei auch 2021 mit 2.087 AU-Tagen je 100 VJ in der Branche „Verkehr und Lagerei" die höchsten Fehlzeiten erfasst wurden. Die hohen Werte der Branche „Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen" lassen sich damit erklären, dass zu dieser Gruppe auch Leiharbeitsfirmen zählen, deren Beschäftigte häufig an Arbeitsplätzen mit einer überdurchschnittlichen Belastung eingesetzt werden.

Eine erheblich differenziertere branchenbezogene Übersicht zu den Arbeitsunfähigkeiten auf der Ebene von 88 „Abteilungen" der WZ2008 liefert Tabelle A 1 im Anhang. Tabelle A 2 beinhaltet entsprechend differenzierte Angaben zu Krankenständen, die hier ergänzend auch separat für Männer und Frauen ausgewiesen werden. Ein kleiner Teil der dargestellten branchenbezogenen Ergebnisse in den Tabellen beruht auf Angaben zu verhältnismäßig geringen Versichertenzahlen und sollte daher nur zurückhaltend interpretiert werden. Ergebnisse auf der Basis von jahresdurchschnittlich weniger als 1.000 Beschäftigten sind in den Tabellen vor diesem Hintergrund gekennzeichnet.

1.2.2 Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten nach Schulabschluss, Ausbildung und Beruf

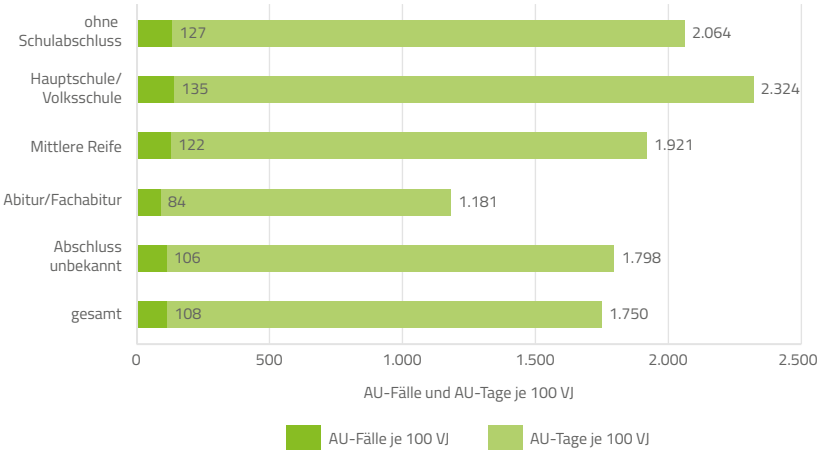
Arbeitgeber sind verpflichtet, auch Angaben zur Tätigkeit, zur beruflichen Stellung sowie zur Ausbildung von sozialversicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmern an die zuständigen Sozialversicherungen zu melden. Seit Dezember 2011 wird hierfür das „Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit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

Schulabschluss

geringere Fehlzeiten bei höheren Schulabschlüssen

Abbildung 1.6 zeigt geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im Jahr 2021 in Abhängigkeit vom höchsten gemeldeten Schulabschluss der Erwerbspersonen. Gemeldet werden können vier unterschiedliche Formen von Schulabschlüssen sowie behelfsmäßig der Hinweis auf einen unbekannten Schulabschluss. Die höchsten AU-Fallzahlen und Fehlzeiten weisen Personen ohne Schulabschluss sowie Personen mit Haupt- beziehungsweise Volksschulabschluss auf. Berufstätige mit entsprechenden Schulabschlüssen waren 2021 durchschnittlich mehr als 20 Tage pro Jahr krankgeschrieben. Die niedrigsten Werte, mit fast nur etwa halb so vielen Fehltagen, sind bei Berufstätigen mit Abitur oder Fachabitur zu finden.

Abbildung 1.6: AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Schulabschluss 2021



Quelle: BARMER-Daten 2021

Ausbildung

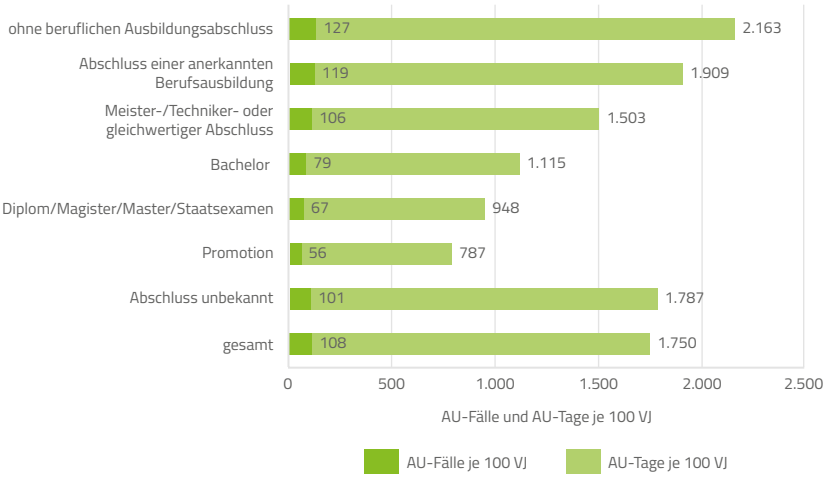
Ergebnisse zur Arbeitsunfähigkeit in Abhängigkeit vom Ausbildungsabschluss der Erwerbstätigen sind in Abbildung 1.7 dargestellt. Die Ausbildungsabschlüsse können dabei gemäß einer Einteilung in sechs Kategorien von „ohne beruflichen Abschluss" bis hin zu „Promotion" gemeldet werden. Auch bei diesem Schlüssel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

„unbekannt". Gemeldet werden sollen explizit die individuell höchsten bislang erreichten Ausbildungsabschlüsse unabhängig von ihrer Bedeutung für die jeweils aktuell ausgeübte Tätigkeit und gegebenenfalls auch unabhängig von der formalen Anerkennung eines Abschlusses in Deutschland.

mit Promotion fast nur ein Drittel der Fehltage gegenüber ohne Ausbildungsabschluss

Noch deutlicher als bei den weniger differenziert erfassten Schulabschlüssen zeigt sich bei dieser Auswertung eine starke Abhängigkeit der Krankschreibungshäufigkeit und -dauer von der beruflichen Qualifikation, wobei beide Kennzahlen mit steigendem Ausbildungsabschluss kontinuierlich zurückgehen. Die niedrigsten Fehlzeiten sind in der Gruppe der Berufstätigen mit einer Promotion zu verzeichnen.

Abbildung 1.7: AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Ausbildungsabschluss 2021



Quelle: BARMER-Daten 2021

Auch die hier beobachteten Unterschiede dürften maßgeblich in Zusammenhang mit spezifischen körperlichen Belastungen stehen, denen Berufstätige mittelbar in Abhängigkeit vom Schul- beziehungsweise Ausbildungsabschluss im Erwerbsleben ausgesetzt sind. Es ist davon auszugehen, dass Tätigkeiten, die mit stärkeren körperlichen Belastungen verbunden sind und bereits vor diesem Hintergrund mit häufigeren Krankschreibun-

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

Berufsfelder

Zahl der Fehltage hängt stark vom ausgeübten Beruf ab

Abbildung 1.8 zeigt AU-Fallzahlen und Fehlzeiten 2021 in Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf in 20 sogenannten Berufsfeldern mit vergleichbaren Charakteristika (vgl. Erläuterungen zu den traditionell im Report verwendeten Berufsfeldern in Kapitel 4.3.2). Im Gegensatz zur Branchenzuordnung, die in der Regel bei allen Beschäftigten eines Betriebs identisch ist, sollte die Berufszuordnung individuell und in Abhängigkeit von der jeweils aktuell ausgeübten Tätigkeit erfolgen und insofern die berufliche Situation eines einzelnen Beschäftigten genauer beschreiben. Die geringsten Fehlzeiten ließen sich nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen für das Jahr 2021 mit durchschnittlich weniger als 14 Fehltagen je Person für Beschäftigte mit technisch-naturwissenschaftlichen Berufen, mit Verwaltungs-/wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Berufen sowie mit Medien-, geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufen ermitteln.

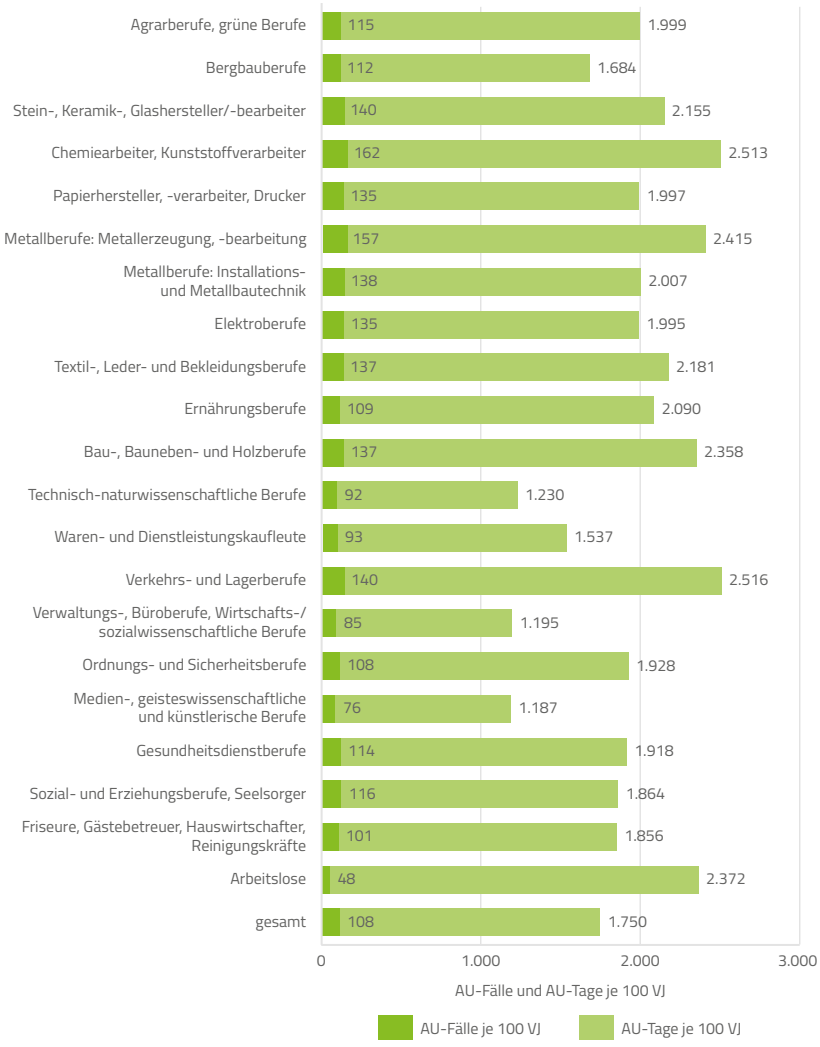
Durchschnittlich etwa 24 bis knapp über 25 Fehltage je Person pro Jahr wurden demgegenüber bei Chemiearbeitern und Kunststoffverarbeitern, bei Beschäftigten mit Bau-, Bauneben- und Holzberufen sowie bei Verkehrs- und Lagerberufen erfasst.

Auch nach dieser Auswertung zeigt sich, dass insbesondere Beschäftigtengruppen mit körperlich belastenden Tätigkeiten beziehungsweise mit Tätigkeiten, die in ihrer Ausübung eine höhere körperliche Belastbarkeit voraussetzen, häufiger von höheren erkrankungsbedingten Arbeitsunfähigkeitszeiten betroffen sind (vgl. auch Textabschnitt zu Determinanten der Arbeitsunfähigkeit in Kapitel 4.1).

hohe Fehlzeiten in körperlich belastenden Berufen und bei ALG 1

Trotz geringer AU-Fallzahlen noch höhere erkrankungsbedingte Arbeitsunfähigkeitszeiten als in allen zuvor differenzierten Berufsfeldern finden sich üblicherweise bei arbeitslos gemeldeten Berufstätigen beziehungsweise ALG-1-Beziehern. Im Jahr 2020 wurden bei ALG-1-Beziehern demgegenüber mit gut 21 AU-Tagen je VJ nur verhältnismäßig wenig Krankheitstage gemeldet, 2021 waren es 23,7 AU-Tage je VJ.

Abbildung 1.8: AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Berufsfeldern 2021



Quelle: BARMER-Daten 2021

Klassifikation der Berufe 2010

Ergebnisse zu 100 häufigen Berufen im Anhang

Die Ende 2011 zur Meldung der Arbeitgeber bei Sozialversicherungsträgern neu eingeführte Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) ist hierarchisch aufgebaut und umfasst zur Kodierung von Berufen fünf Ziffern, die eine Unterscheidung von insgesamt mehr als 1.200 beruflichen Tätigkeiten erlauben (vgl. Kapitel 4.3.2). Die ersten zwei Stellen der KldB 2010 differenzieren sogenannte Berufshauptgruppen. Diese ermöglichen eine Unterscheidung von 37 Gruppen in Abhängigkeit von der ausgeübten Tätigkeit. Tabelle A 3 im Anhang zeigt Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten mit einer Differenzierung von Tätigkeiten nach vierstelligen Tätigkeitsschlüsseln der KldB 2010, die eine Einteilung in 700 Gruppen ermöglichen (vgl. Kapitel 4.3.2). Dargestellt sind Ergebnisse zu den 100 am häufigsten erfassten Berufsgruppen im Jahr 2021 bei Versicherten der BARMER. Auswertungen zu den aufgeführten Berufen beruhen auf Angaben zu jeweils mehr als 8.000 Personen. Da die Ausübung einiger Berufe nicht in allen Altersgruppen möglich ist, wurde bei dieser tätigkeitsbezogenen Auswertung auf eine Geschlechts- und Altersstandardisierung verzichtet. Dies gilt auch für die in diesen Tabellen ausgewiesenen berufsübergreifenden Werte, weshalb diese hier von den üblicherweise im Report berichteten (standardisierten) Werten abweichen.

Durchschnittlich mehr als 28 Tage innerhalb des Jahres 2021 waren nach den vorliegenden Ergebnissen Beschäftigte aus folgenden Berufsgruppen arbeitsunfähig gemeldet (gemäß Reihenfolge ihrer Nennung in der Tabelle): „Berufe für Post- und Zustelldienste" (Tätigkeitsschlüssel 5132), „Berufskraftfahrer/-innen (Güterverkehr/LKW)" (5212), „Bus- und Straßenbahnfahrer/-innen" (5213), „Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (ohne Spezialisierung)" (8130), „Berufe in der Fachkrankenpflege" (8131), „Berufe in der Altenpflege (ohne Spezialisierung)" (8210), „Berufe in der Haus- und Familienpflege" (8314) sowie „Berufe in der Hauswirtschaft" (8321).

Durchschnittlich weniger als acht Arbeitsunfähigkeitstage innerhalb eines Jahres fanden sich bei den Auswertungen 2021 demgegenüber lediglich in den Berufsgruppen „Berufe in der technischen Forschung und Entwicklung (ohne Spezialisierung)" (2710), „Berufe in der Softwareentwicklung" (4341) sowie „Berufe in der Hochschullehre und -forschung" (8430).

Tabelle A 4 im Anhang liefert ergänzend Ergebnisse zum Krankenstand von Beschäftigten in den 100 bei Mitgliedern der BARMER 2021 am häufigsten vertretenen Berufsgruppen nach Differenzierung auf der Basis von vierstelligen Schlüsseln der KldB 2010. Bei den in dieser Tabelle ergänzend auch geschlechtsspezifisch ausgewiesenen Ergebnissen beruhen Angaben vereinzelt auf Daten zu weniger als 1.000 Versicherten (zum Beispiel bei Frauen mit Berufen in der Werkzeugtechnik oder bei Männern unter den zahnmedizinischen Fachangestellten). Diese Angaben sollten zurückhaltend interpretiert werden und sind entsprechend gekennzeichnet. Die Reihenfolge der Berufsnennung entspricht der in Tabelle A 3. Da sich die in Tabelle A 4 genannten geschlechtsübergreifenden Krankenstände einfach und direkt aus den Angaben zu den Arbeitsunfähigkeitstagen je Versicherungsjahr der Tabelle A 3 berechnen lassen, führen die Ergebnisse aus beiden Tabellen auch inhaltlich zu übereinstimmenden Aussagen.

Krankenstände variieren in Berufsgruppen 2021 von 1,52 % bis 9,76 %

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

www.bifg.de/Y925GR

Kapitel 2

Diagnosen der Arbeitsunfähigkeit

2 Diagnosen der Arbeitsunfähigkeit

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

www.bifg.de/Y925XN

2.1 Krankheitsarten – Diagnosekapitel der ICD-10

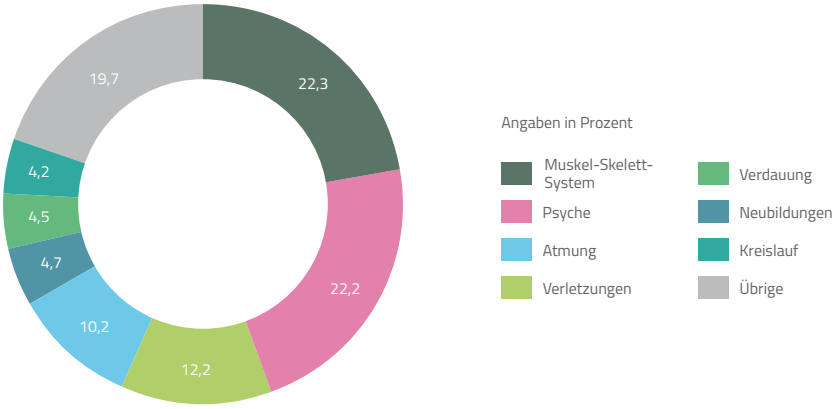
In Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden Diagnosen von Ärzten ausschließlich in Form von Diagnoseschlüsseln angegeben. Verwendet wird hierbei in Deutschland gemäß gesetzlichen Vorgaben seit dem Jahr 2000 die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme" in der 10. Revision, kurz auch als ICD-10 bezeichnet (vgl. auch Kapitel 4.3). In der ICD-10 werden Krankheiten hierarchisch gegliedert. Die übergeordnete, höchste Gliederungsebene der ICD-10 bilden insgesamt 22 Kapitel. In Gesundheitsberichten von Krankenkassen und vergleichbaren Publikationen wird bei entsprechend zusammengefassten Erkrankungsgruppen oftmals auch von Krankheitsarten gesprochen. Auswertungen auf der Ebene dieser Krankheitsarten können einen ersten Überblick zu Ursachen von Arbeitsunfähigkeiten geben.

Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten

Abbildung 2.1 zeigt einleitend zunächst die Verteilung der Fehlzeiten auf die anteilig relevantesten Krankheitsarten im Jahr 2021. Die Bezeichnungen wurden aus Darstellungsgründen verkürzt. Offensichtlich wird die relativ große Bedeutung der vier für die Fehlzeiten relevantesten Krankheitsarten: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, psychische Störungen, Krankheiten des Atmungssystems sowie Verletzungen. Krankheiten des Atmungssystems, die bei Arbeitsunfähigkeiten maßgeblich durch Erkältungskrankheiten

verursacht werden, waren 2021 für deutlich weniger Fehltage als 2020 verantwortlich, womit ihre anteilige Bedeutung von 13,2 auf 10,2 Prozent gesunken ist. Die vorrangig in höheren Altersgruppen bedeutsamen Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems spielen bei Krankschreibungen von Personen im typischen Erwerbsalter insgesamt noch eine eher untergeordnete Rolle.

Abbildung 2.1: Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten 2021



Quelle: BARMER-Daten 2021

Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Krankheitsarten

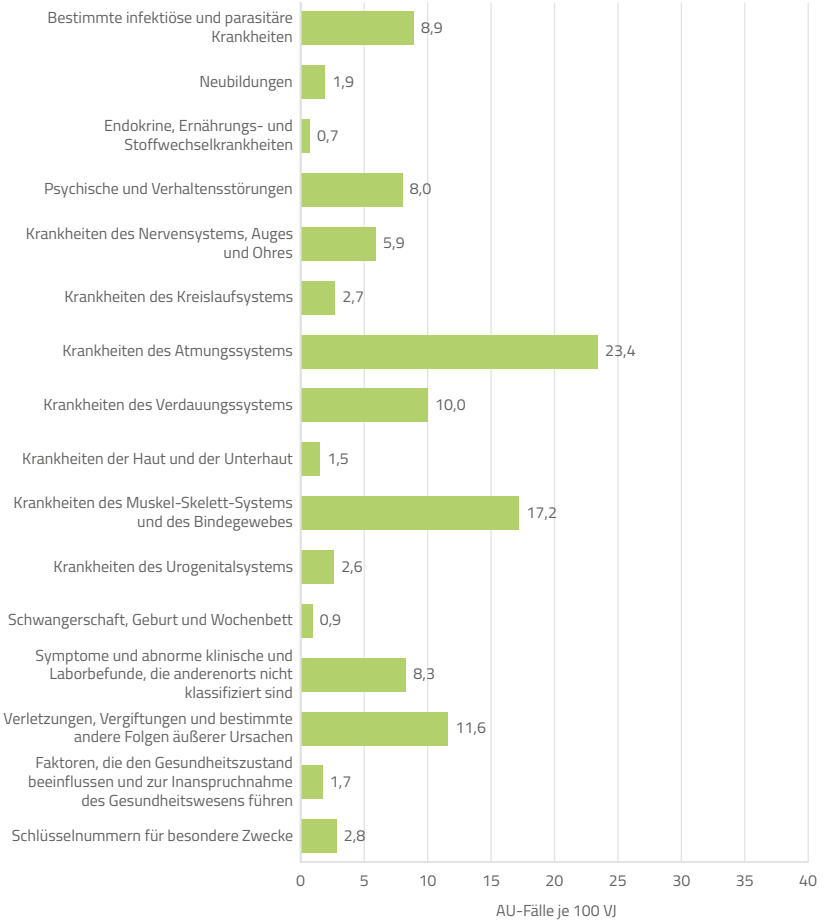
Ein typischerweise erster Schritt diagnosebezogener Auswertungen befasst sich mit der Anzahl der Erkrankungsfälle. Abbildung 2.2 zeigt Ergebnisse zur Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versicherungsjahre mit Zuordnungen zu einzelnen Krankheitsarten. Ausschließlich in Form interaktiver Grafiken werden auch Ergebnisse zu weniger bedeutsamen Kapiteln der ICD-10 sowie separate Ergebnisse für Männer und Frauen zur Verfügung gestellt.

www.bifg.de/Y925Pa

Atemwegskrankheiten häufigste Ursache von AUs

Die meisten Arbeitsunfähigkeitsfälle werden unter der Diagnose von „Krankheiten des Atmungssystems" erfasst. Nach bundesweiten Auswertungen waren es 23,4 AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre im Jahr 2021. Zu Krankheiten des Atmungssystems zählen, wie bereits erwähnt, insbesondere auch typische Erkältungskrankheiten (vgl. auch nachfolgende Abschnitte).

Abbildung 2.2: AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten 2021



Quelle: BARMER-Daten 2021

Den zweiten Rang bezogen auf die Fallhäufigkeiten belegen nach bundesweiten Auswertungen „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems", zu denen insbesondere diverse Erkrankungen des Rückens zählen. Von verhältnismäßig großer Relevanz im Hinblick auf die AU-Fallzahlen sind des Weiteren „Bestimmte infektiöse Krankheiten", „Krankheiten des Verdauungssystems" und „Verletzungen".

Dauer der Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten je Fall

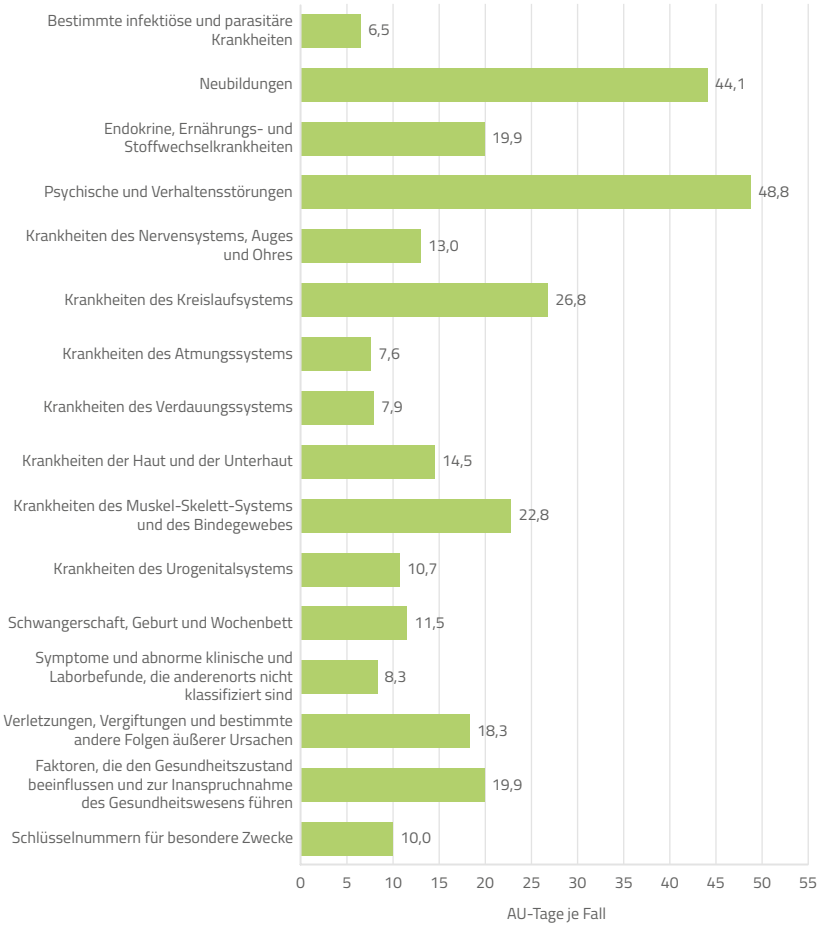
Abbildung 2.3 zeigt Ergebnisse zur durchschnittlichen fallbezogenen Dauer von Arbeitsunfähigkeitsfällen mit Zuordnungen zu den einzelnen Krankheitsarten. Es geht also um die Frage, wie lange einzelne Krankschreibungsfälle durchschnittlich dauern, sofern sie unter Diagnosen aus den unterschiedlichen Diagnosekapiteln erfasst wurden.

AUs mit psychischen Störungen dauern durchschnittlich 49 Tage.

Mit Abstand am längsten dauern Arbeitsunfähigkeitsfälle mit einer Diagnose aus dem Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen" sowie aus dem Kapitel „Neubildungen". Im Mittel werden bei einzelnen Krankschreibungsfällen unter entsprechenden Diagnosen jeweils etwa 49 beziehungsweise 44 AU-Tage erfasst. Einzelne Erkrankungsfälle erstrecken sich demnach auch häufiger über mehr als sechs Wochen. Während als psychische Störung bei Arbeitsunfähigkeiten oftmals Depressionen diagnostiziert werden, werden aus dem Kapitel Neubildungen oft bösartige Neubildungen als Ursache von Arbeitsunfähigkeiten dokumentiert, was die verhältnismäßig langen Erkrankungszeiträume verständlich erscheinen lässt.

Demgegenüber ausgesprochen kurz, nämlich durchschnittlich nur etwa sieben bis acht Tage, dauern Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Diagnosen aus den Kapiteln „Infektiöse und parasitäre Krankheiten", „Krankheiten des Atmungssystems" sowie „Krankheiten des Verdauungssystems". Offensichtlich bilden aus diesen Kapiteln für den überwiegenden Teil der Arbeitsunfähigkeitsfälle leichtere Erkrankungen mit nur kurzzeitigen Erkrankungsintervallen die Ursache.

Abbildung 2.3: AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten 2021



Quelle: BARMER-Daten 2021

Fehlzeiten nach Krankheitsarten

Aus den Fallhäufigkeiten und der durchschnittlichen fallbezogenen Dauer resultieren die Fehlzeiten, die bestimmten Erkrankungen zugeschrieben werden können. Einleitend wurde bereits die anteilige Bedeutung der relevantesten Krankheitsarten für die Fehlzeiten dargestellt (vgl. Abbildung 2.1). In der nachfolgenden Abbildung 2.4 werden die den einzelnen Krankheitsarten zuzuordnenden AU-Tage je 100 Versicherungsjahre für das Jahr 2021 dargestellt. Die Abbildung gibt Auskunft darüber, wie viele Fehltage mit bestimmten Diagnosen in einer Gruppe von 100 Beschäftigten im Jahr 2021 durchschnittlich beobachtet werden konnten. Zahlenangaben, auch zu Vorjahren, sind den interaktiven Grafiken zu entnehmen.

www.bifg.de/Y925Pa

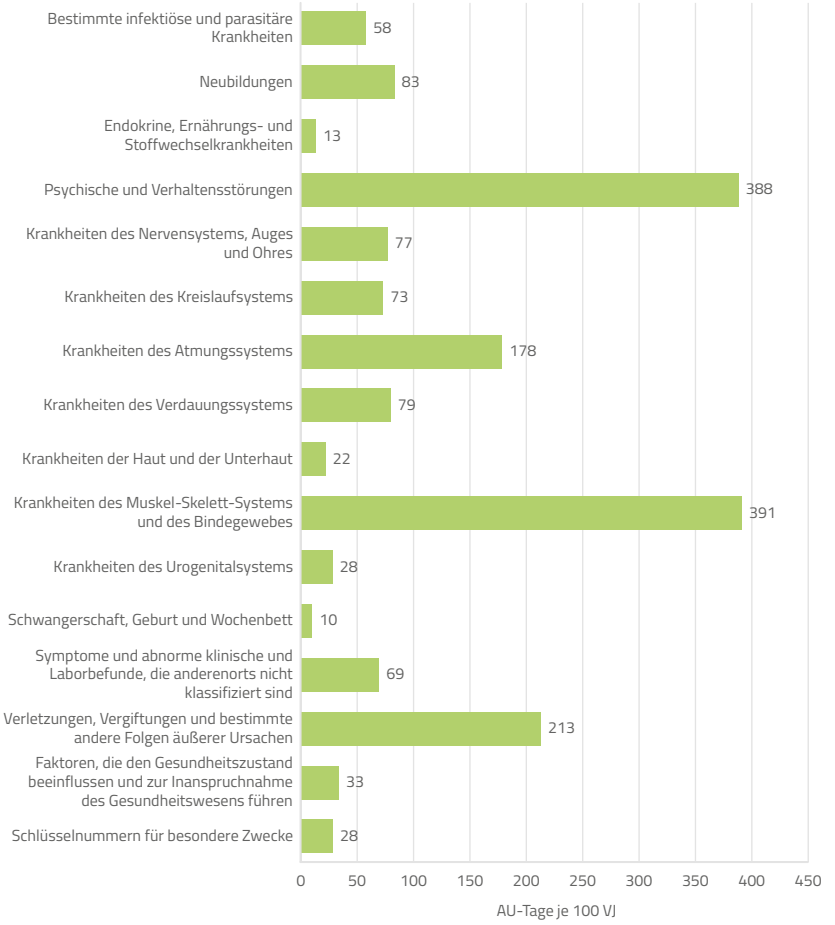
Nach Auswertungen der bundesweit erhobenen Daten ließen sich den „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems" mit 391 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre auch 2021 die meisten Fehlzeiten auf der Ebene von Krankheitsarten zuordnen. Eine einzelne durchgängig versicherte Erwerbsperson war also 2021 statistisch gesehen durchschnittlich knapp vier Tage mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems krankgeschrieben.

Muskel-Skelett-Erkrankungen führen zu den meisten AU-Tagen.

Den zweiten Rang belegen „Psychische und Verhaltensstörungen". Mit entsprechenden Diagnosen wurden 2021 geschlechtsübergreifend 388 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre erfasst, was durchschnittlich 3,88 Tagen je durchgängig versicherte Person entspricht.

213 beziehungsweise 178 Tage je 100 Versicherungsjahre waren nach bundesweiten Auswertungen im Jahr 2020 „Verletzungen" sowie „Krankheiten des Atmungssystems" zuzuordnen. Die Werte zu Krankheiten des Atmungssystems hängen maßgeblich von Ausprägungen der Grippe- und Erkältungswellen ab, welche üblicherweise zu Jahresbeginn mit unterschiedlicher Intensität zu beobachten sind. Dabei ist eine Grippe- und Erkältungswelle im Jahr 2021 weitgehend ausgeblieben. Typische Erkrankungen höherer Altersgruppen wie „Neubildungen" und „Herz-Kreislauf-Krankheiten" spielen demgegenüber als Ursachen von Arbeitsunfähigkeiten noch eine vergleichsweise geringe Rolle.

Abbildung 2.4: AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten 2021

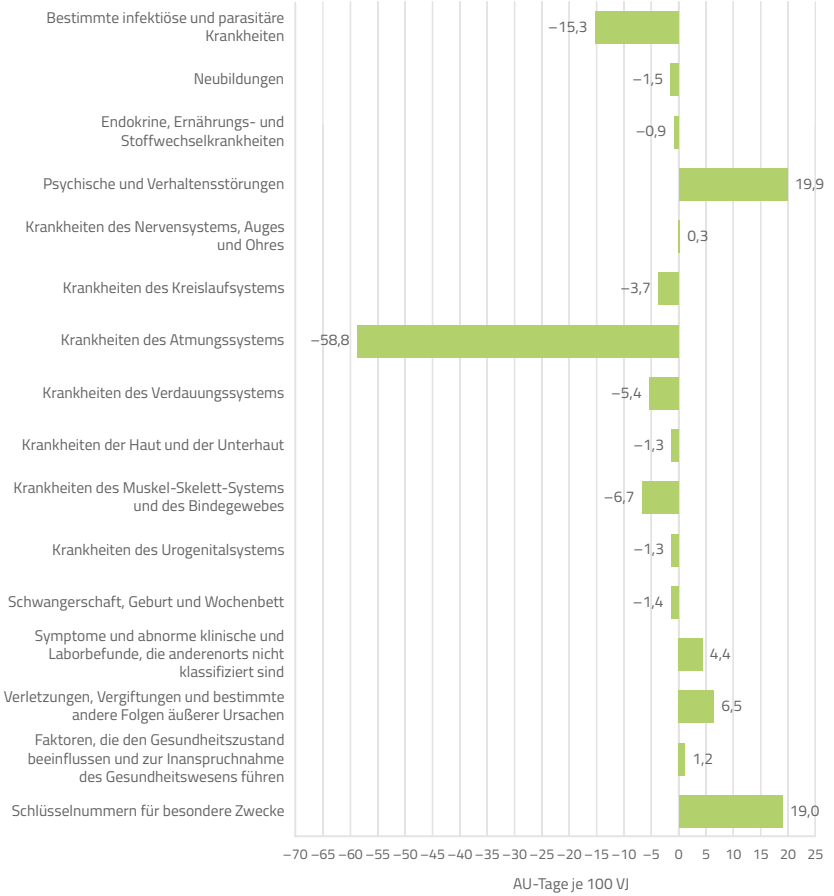


Quelle: BARMER-Daten 2021

Veränderungen diagnosebezogener Fehlzeiten im Vergleich zum Vorjahr

Abbildung 2.5 zeigt die Veränderungen der Fehlzeiten von 2020 auf 2021 bezogen auf einzelne Krankheitsarten, aus denen bundesweit (bei Gegenüberstellung der vorausgehend publizierten Ergebnisse zu 2020 auf noch geringfügig abweichender Basis) eine leichte Abnahme der Fehlzeiten um 2,5 Prozent beziehungsweise rechnerisch um knapp 46 Fehltage je 100 Versicherungsjahre resultierte.

Abbildung 2.5: AU-Tage je 100 VJ – Veränderungen in Tagen 2021 gegenüber 2020



Quelle: BARMER-Daten 2020 und 2021

Bei einer Reihe von in Abbildung 2.5 dargestellten Diagnosen konnte ein Rückgang der Fehlzeiten im Vergleich zum Jahr 2020 verzeichnet werden. Deutliche Rückgänge sind insbesondere bei bestimmten infektiösen Krankheiten und Krankheiten des Atmungssystems auszumachen. Eine relevante Zunahme der Fehlzeiten lässt sich demgegenüber im Hinblick auf gemeldete Arbeitsunfähigkeitszeiten unter der Diagnose von psychischen Störungen feststellen, welche 2021 im Vergleich zum Vorjahr relativ deutlich um 19,9 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre zugenommen haben. Gleichfalls merklich gestiegen sind Fehltage mit Diagnosen aus dem Kapitel „Schlüsselnummern für besondere Zwecke", welchem sämtliche Diagnosen mit einem direkten Bezug zu COVID-19 zugeordnet sind.

2.1.1 Altersabhängige Fehlzeiten nach Krankheitsarten

Wie bereits betont und diagnoseübergreifend dargestellt, hängen die erfassten Fehlzeiten maßgeblich vom Geschlecht und insbesondere vom Alter der Erwerbspersonen ab. Dass dabei krankheitsartenspezifisch erheblich unterschiedliche Muster zu beobachten sind, lässt sich mit Rückgriff auf die interaktiven Grafiken im Internet darstellen. Diskutiert werden sollen an dieser Stelle eher grundsätzliche Muster.

- Sowohl bei Darstellungen zu Ergebnissen bei Männern als auch bei Frauen wird auf den ersten Blick deutlich, dass Fehlzeiten unter Diagnosen aus dem Kapitel XIII „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems" mit ansteigendem Alter in zunehmendem Umfang erfasst werden. Während der Anstieg vor Vollendung des 35. Lebensjahres insbesondere bei Frauen noch moderat erscheint, steigen die Fehlzeiten mit zunehmendem Alter ab 35 Jahren steil an. In der Altersgruppe der 60- bis 64-jährigen Erwerbspersonen wurden im Jahr 2021 bei Männern im Durchschnitt rund zehn und bei Frauen knapp neun Arbeitsunfähigkeitstage allein mit Diagnosen aus diesem Kapitel erfasst. Verantwortlich sind vorrangig degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und Rückenschmerzen.
- Auch Diagnosen aus dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen" führen mit zunehmendem Alter der Erwerbspersonen vermehrt zu Fehlzeiten. Während bei Män-

nern im Jahr 2021 die Fehlzeiten altersabhängig – von der jüngsten bis zur höchsten Altersgruppe – von 110 auf 555 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre stiegen, ließ sich bei Frauen ein altersabhängiger Anstieg auf deutlich höherem Niveau von 238 auf 809 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre feststellen. Weibliche Erwerbspersonen im Alter zwischen 60 und 64 Jahren waren durchschnittlich also rund acht Tage mit entsprechenden Diagnosen arbeitsunfähig gemeldet.

- „Krankheiten des Atmungssystems" (Kapitel X) führen, im Gegensatz zu den beiden zuvor abgehandelten Krankheitsarten, insbesondere unter sehr jungen Erwerbspersonen und teilweise auch in den oberen Altersgruppen zu verhältnismäßig hohen Fehlzeiten. Frauen waren insgesamt etwas stärker betroffen als Männer.
- „Verletzungen" (Kapitel XIX) betreffen unter Männern insbesondere die jüngste Altersgruppe, was maßgeblich aus deren Risikoverhalten, vermutlich sowohl in der Freizeit als auch am Arbeitsplatz, resultieren dürfte. Unter Frauen werden demgegenüber die höchsten verletzungsbedingten Fehlzeiten in den oberen Altersgruppen erfasst. Jüngere Frauen sind in deutlich geringerem Umfang als jüngere Männer von Krankschreibungen mit Verletzungen betroffen.

Verletzungen am häufigsten bei jungen Männern

- „Krankheiten des Verdauungssystems" (Kapitel XI) führen bei beiden Geschlechtern zu annähernd vergleichbaren Fehlzeiten, wobei sich die geringsten Fehlzeiten für mittlere Altersgruppen nachweisen lassen. Ältere Männer sind vergleichsweise häufig betroffen. Höhere Fehlzeiten in den unteren sowie in den oberen Altersgruppen könnten dabei Folge recht unterschiedlicher Erkrankungen sein.

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

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

Während unter Männern Kreislauferkrankungen zu höheren Fehlzeiten als Neubildungen führen, dominieren bei Frauen Fehlzeiten mit der Diagnose von Neubildungen. Fehlzeiten unter der Diagnose von Neubildungen bei Frauen resultieren maßgeblich aus bösartigen Neubildungen der Brustdrüse, der insgesamt häufigsten Krebserkrankung bei Frauen.

2.1.2 Regionale Variationen von Fehlzeiten nach Krankheitsarten

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

- Kapitel XIII „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems" führen insbesondere in den östlichen Bundesländern sowie dem Saarland zu überdurchschnittlichen Fehlzeiten. In den Stadtstaaten sowie in Baden-Württemberg liegen die Fehlzeiten unter dem bundesweit ermittelten Wert.
- Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen" betreffen demgegenüber tendenziell eher Menschen in städtischen Regionen als in ländlichen Gebieten. Hohe Fehlzeiten unter entsprechenden Diagnosen waren auch für das Saarland nachweisbar. Unterdurchschnittliche Fehlzeiten zeigten sich für Baden-Württemberg und Bayern.
- Kapitel X „Krankheiten des Atmungssystems" führten auch 2021 insbesondere in den neuen Bundesländern zu überdurchschnittlichen Fehlzeiten. Unterdurchschnittliche Fehlzeiten zeigten sich demgegenüber im Nordwesten und Süden Deutschlands.
- Kapitel XIX „Verletzungen" betreffen nach Auswertungen auf Bundeslandebene gleichfalls insbesondere Erwerbspersonen in den neuen Bundesländern sowie im Saarland in überdurchschnittlichem Umfang.

2.2 Ergebnisse zu ausgewählten Einzeldiagnosen

Einzelne Erkrankungen im üblichen Sprachsinn werden typischerweise vorrangig auf der Ebene dreistelliger ICD-10-Schlüssel differenziert. Da auf dieser Differenzierungsebene in der ICD-10 mehr als 1.600 unterschiedliche Schlüssel existieren, mussten Darstellungen im gedruckten Report in der Regel auf einen vergleichsweise kleinen Ausschnitt relevanter Diagnosen beschränkt bleiben. Mit den interaktiven Grafiken besteht im Internet jetzt routinemäßig die Möglichkeit, auf Informationen zu Arbeitsunfähigkeiten mit den 100 bundesweit fehlzeitenrelevantesten dreistelligen ICD-10-Diagnosen zuzugreifen. Diese 100 Diagnosen waren 2021 bundesweit für 75 Prozent aller dokumentierten Fehltage verantwortlich.



www.bifg.de/Y925P1

Mit einem Anteil von 14,1 Prozent waren auch 2021 die mit Abstand meisten gemeldeten AU-Fälle der Diagnose J06 „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege" zuzuordnen, mit der typischerweise Erkältungserkrankungen dokumentiert werden. Die Ränge zwei und drei im Hinblick auf die AU-Fallzahlen belegten nach geschlechts- und altersübergreifenden Auswertungen die beiden Diagnosen M54 „Rückenschmerzen" und A09 „Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs" mit Anteilen von 6,3 und 4,2 Prozent.

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

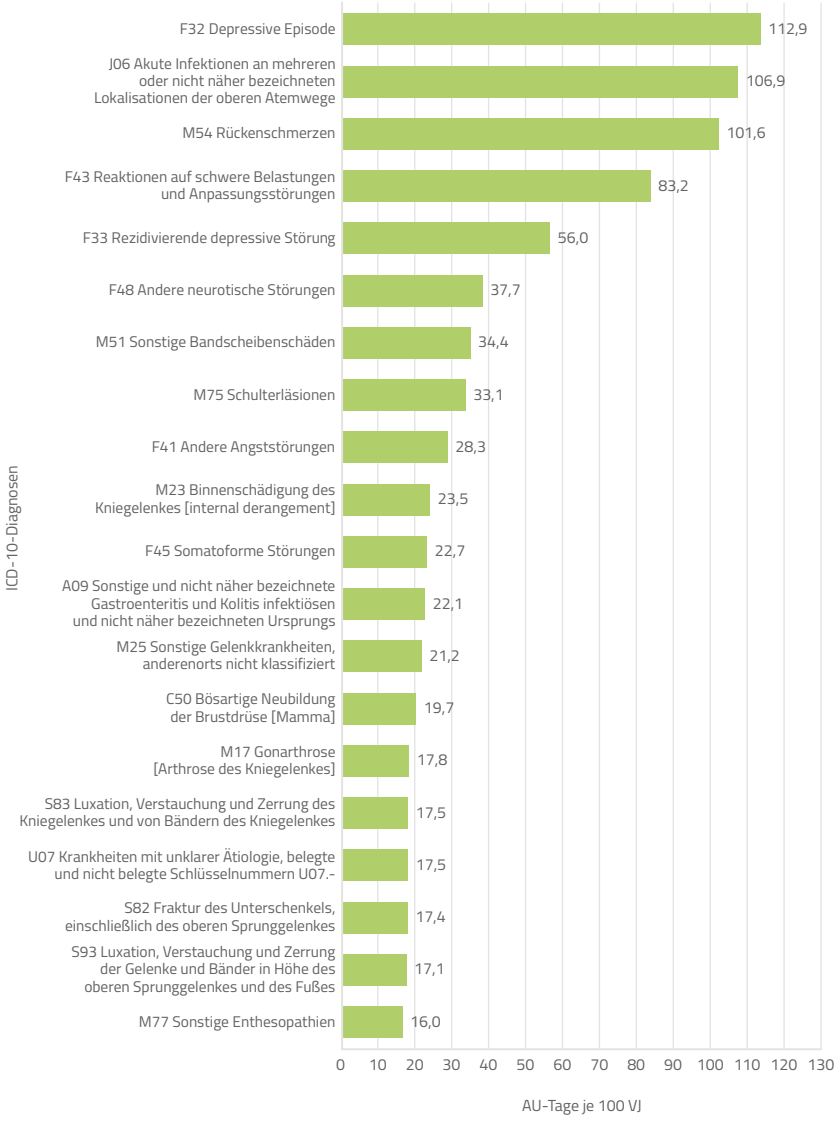
- Auf die Diagnose „Depressive Episode" (ICD-10: F32) entfielen 2021 nach geschlechtsübergreifenden Auswertungen 6,5 Prozent aller Fehltage und damit mehr als auf alle anderen Diagnosen. Gemeinsam mit der Diagnose „Rezidivierende depressive Störungen" (ICD-10: F33), der 3,2 Prozent der Fehlzeiten zuzuordnen waren, erfasst sie das Erkrankungsbild von Depressionen. Depressionen lassen sich damit insgesamt 9,7 Prozent aller gemeldeten Fehlzeiten zuordnen.

9,7 % der Fehlzeiten wegen Depressionen

- Der Diagnose „Akute Infektionen der oberen Atemwege" (ICD-10: J06) war 2021 ein Anteil von 6,1 Prozent der Fehlzeiten zuzuordnen.
- „Rückenschmerzen" (ICD-10: M54) belegten hinsichtlich der zugeordneten Fehlzeiten bei einem Anteil von 5,8 Prozent nach bundesweiten Auswertungen im Jahr 2021 den dritten Rang. 2014 hatten sie noch den ersten Rang belegt
- Eine verhältnismäßig hohe Relevanz für die Fehlzeiten besitzen aus dem Diagnosekapitel „Psychische und Verhaltensstörungen" neben den beiden bereits genannten Depressionsdiagnosen noch die dreistelligen Diagnosen „Reaktionen auf schwere Belastungen" (ICD-10: F43; Anteil 4,3 Prozent), „Andere neurotische Störungen" (ICD-10: F48; Anteil 2,2 Prozent), „Andere Angststörungen" (ICD-10: F41; Anteil 1,6 Prozent) sowie „Somatoforme Störungen" (ICD-10: F45; Anteil 1,3 Prozent).
- Fehlzeitenrelevant waren ansonsten vorrangig eine Reihe weiterer Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie Verletzungen.
- Als einzige Neubildungsdiagnose zählte bei einer Differenzierung auf dreistelliger Ebene „Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]" (ICD-10: C50) auch 2021 zu den 20 Diagnoseschlüsseln mit den (geschlechtsübergreifend) meisten Fehlzeiten.
- Der Diagnose U07 waren 1,00 Prozent der Fehltage im Jahr 2021 zuzuordnen, womit sie Rang 17 belegte. Mit dem Kode wurden 2021 (weitgehend ausschließlich) akute COVID-19-Erkrankungen kodiert.

Abbildung 2.6 zeigt Ergebnisse zu den 20 fehlzeitenrelevantesten dreistelligen ICD-10-Diagnosen im Jahr 2021 mit Angaben zu den je 100 VJ erfassten Fehltagen.

Abbildung 2.6: Fehlzeitenrelevante Diagnosen 2021 – Top 20



Quelle: BARMER-Daten 2021

Kapitel 3

Gender

3 Gender

Das Schwerpunktkapitel des diesjährigen Reports befasst sich mit der Gesundheit von Frauen und Männern. Betrachtet werden drei unterschiedliche Erwerbsaltersgruppen. Innerhalb der drei Altersgruppen sollen dabei jeweils besonders relevante Erkrankungen sowie Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Hinblick auf die gemeldeten Arbeitsfehlzeiten identifiziert werden. Zu ausgewählten und altersspezifisch relevanten Diagnosen erfolgen vertiefende Analysen. Diese haben zum Ziel, Risikofaktoren für Arbeitsunfähigkeiten mit bestimmten Diagnosen zu identifizieren und Erklärungsansätze für die gegebenenfalls beobachteten Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der gemeldeten Fehlzeiten zu liefern.

Das Schwerpunktkapitel gliedert sich gemäß den betrachteten Altersgruppen in drei Unterkapitel.

1. Berufstätige in jüngerem Alter (15 bis 29 Jahre)
2. Berufstätige in mittlerem Alter (30 bis 49 Jahre)
3. Berufstätige in höherem Alter (50 bis 64 Jahre)

Innerhalb der drei Unterkapitel werden zunächst jeweils Ergebnisse zu den altersabhängig vorrangig fehlzeitenrelevanten Krankheitsarten (beziehungsweise ICD-10-Diagnosekapiteln) und Einzeldiagnosen vorgestellt. Dabei werden stets auch Fehlzeiten der männlichen und weiblichen Beschäftigten verglichen. Anschließend werden Analysen zu Risikofaktoren für Arbeitsunfähigkeiten mit einer Zuordnung zu bestimmten Diagnosen oder Diagnosegruppen dargestellt. Den drei Kapiteln vorangestellt ist ein kurzes Kapitel zu methodischen Vorgehensweisen der Schwerpunktauswertungen.

Grundsätzlich wird in Daten bei Krankenkassen als Geschlechtszuordnung auch die Ausprägung „divers" erfasst. Da diese Zuordnung nur einen sehr kleinen Teil der Versicherten betrifft, werden, insbesondere vor dem Hintergrund von Abwägungen zum Datenschutz, Daten zu Versicherten mit einer entsprechenden und bei der Krankenkasse gemeldeten Geschlechtszuordnung grundsätzlich nicht im wissenschaftlichen Data Warehouse

(W-DWH) der BARMER zur Verfügung gestellt und konnten daher auch bei den vorliegenden Auswertungen zum Thema Gender nicht berücksichtigt werden.

3.1 Methodische Vorgehensweisen

Wie die Auswertungen zum Routineteil des Gesundheitsreports sind auch die Auswertungen zum Schwerpunkt auf Erwerbspersonen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren beschränkt. Zudem beschränken sich die Schwerpunktauswertungen auf nachweislich inländisch wohnhafte Personen. Auch die Ergebnisse im Schwerpunktteil sind gemäß der im Routineteil genutzten Standardpopulation (Erwerbstätige 2010) standardisiert oder entsprechend gewichtet. Darstellungen zu Trends von Kennwerten über mehrere Jahre sind insofern auch im Schwerpunktkapitel (weitgehend) unbeeinflusst von soziodemografischen Veränderungen.

Auswertungen zu Erkrankungsrisiken beziehen sich in der Regel auf Personen, wohingegen die Routineauswertungen im Gesundheitsreport fast ausnahmslos Kennwerte bezogen auf Versicherungszeiten liefern. Auswertungen zu Risiken und Risikofaktoren im Schwerpunkt beruhen vor diesem Hintergrund auf einer speziell selektierten Population. Berücksichtigt wurden bei den entsprechenden Datenanalysen zum Jahr 2021 ausschließlich Erwerbspersonen, die bereits am 1. Januar 2021 und bis Jahresende bei der BARMER als Erwerbsperson versichert und zu denen dabei innerhalb des Jahres mindestens elf Monate Versicherungszeit dokumentiert waren. Zudem wurden auch diejenigen Personen berücksichtigt, die innerhalb des Jahres verstorben (und bis zum Zeitpunkt ihres Todes versichert) waren. Auch vor dem Hintergrund der geringen Sterblichkeit im Erwerbsalter (hier 0,15 Prozent) waren die derart selektierten Personen allerdings weit überwiegend durchgängig über das gesamte Jahr versichert. Die durchschnittliche Versicherungszeit lag bei 364,1 Tagen, lediglich 2,26 Prozent der berücksichtigten Personen waren keine 365 Tage versichert. Alle bei Auswertungen berücksichtigten Statusangaben zur Tätigkeit sowie zum Wohnort beziehen sich auf den 1. Januar 2021.

Basierend auf den speziell selektierten Daten wurden auch geschlechtsabhängige Unterschiede von Risiken für längerfristige Arbeitsunfähigkeiten mit ausgewählten Diagnosen in logistischen Regressionsmodellen betrachtet. Dabei geht es vorrangig um die Frage, inwiefern sich geschlechtsabhängig beobachtete Unterschiede durch andere Merkmale erklären lassen, also beispielsweise darum, zu welchen Anteilen sich höhere Verletzungsrisiken von jüngeren Männern im Vergleich zu Frauen möglicherweise auch auf ein geschlechtsspezifisch unterschiedliches Berufsspektrum zurückführen lassen.

Um die Frage zu beantworten, wurden jeweils vier Modelle berechnet. Ein erstes Modell berücksichtigt als Prädiktor (beziehungsweise „unabhängige Variable") zunächst ausschließlich das Geschlecht. Damit wird eine Kennzahl zu direkt beobachtbaren geschlechtsabhängigen Unterschieden ermittelt, was mit Angaben zu Risiken bei beiden Geschlechtern aber auch ohne logistische Regression einfach möglich ist (siehe weiter unten). In einem Modell 2 werden als potenziell relevante Einflussgröße Fünf-Jahres-Altersgruppen berücksichtigt, in einem Modell 3 zusätzlich Berufsgruppen (20 sogenannte Berufsfelder) und in einem Modell 4 schließlich auch Wohnregionen nach Bundesländern, Branchenzuordnungen sowie (höchste) Schulabschlüsse, die zu Berufstätigen regelmäßig mit dem Tätigkeitsschlüssel von den Arbeitgebern an die Krankenkassen übermittelt werden. Bezogen auf das Geschlecht erhält man in den Modellrechnungen dann Kennzahlen zu geschlechtsabhängigen Unterschieden, die statistisch auch „unabhängig" von den Einflüssen der jeweils zusätzlich berücksichtigten Merkmale bestehen – sinngemäß dann also die Geschlechtsunterschiede, die zwischen Frauen und Männern auch dann zu erwarten wären, wenn sie hinsichtlich der übrigen Merkmale identische Verteilungen, also beispielsweise ein identisches Berufsspektrum, aufweisen würden. Würde (hypothetisch) das unterschiedliche Berufsspektrum alle Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich eines bestimmten Risikos vollständig erklären, dann würde das Modell dementsprechend auch keine geschlechtsabhängigen Unterschiede mehr anzeigen (woraus man umgekehrt auf die vollständige anderweitige Erklärbarkeit der zuvor beobachteten Geschlechtsunterschiede schließen könnte).

Als Kennzahlen für die Einflüsse von Merkmalen werden in logistischen Regressionsmodellen Chancenverhältnisse (englisch: Odds Ratio) ermittelt. Bei den Auswertungen zum Schwerpunkt wurden konkret Odds Ratios ermittelt, die sich aus dem Vergleich (bezie-

hungsweise Quotienten) der „Chancen" von Frauen **F** mit den „Chancen" (englisch: Odds) von Männern **M** ergeben. Kennzeichnet man die Anzahl **n** der Beobachtungen mit einer bestimmten Erkrankung durch **K** und Gesunde durch **G**, dann lässt sich die Odds von Frauen und Männern wie folgt berechnen.

(1) $Odds_F = n_{FK} / n_{FG}$

(2) $Odds_M = n_{MK} / n_{MG}$

Die Odds Ratio ist dann der Quotient aus den beiden Ausdrücken (1) und (2).

(3) $Odds\ Ratio_{FM} = Odds_F / Odds_M = (n_{FK} / n_{FG}) / (n_{MK} / n_{MG})$

Umgangssprachlich wird (außerhalb von Wettbüros) in Deutschland selten über Chancen und Chancenverhältnisse im beschriebenen Sinn und gegebenenfalls dann eher über Risiken und relative Risiken geredet, obwohl diese Kennzahlen stets zur Verdeutlichung derselben Sachverhalte eingesetzt werden können. Risiken und relative Risiken lassen sich dabei wie folgt berechnen.

(4) $Risiko_F = n_{FK} / (n_{FG} + n_{FK})$

(5) $Risiko_M = n_{MK} / (n_{MG} + n_{MK})$

(6) $Relatives\ Risiko_{FM} = Risiko_F / Risiko_M = (n_{FK} / (n_{FG} + n_{FK})) / (n_{MK} / (n_{MG} + n_{MK}))$

Die Gegenüberstellung der Berechnungswege zeigt, dass Odds (Ratios) und (relative) Risiken sehr ähnlich berechnet werden. Gibt es in einer Population von n = 10 Personen genau einen Kranken, wäre das Erkrankungsrisiko = 1 / 10 = 0,100 (= 10,0 Prozent). Demgegenüber wäre der Wert für die Odds = 1 / 9 = 0,111. Schnell offensichtlich wird auch, dass sich Odds und Risiken bei noch kleineren Betroffenenanteilen kaum unterscheiden. Ist lediglich eine von 100 Personen erkrankt, ergibt sich ein Risiko von 0,0100 und eine Odds von 1 / 99 = 0,0101 – ihr Unterschied zeigt sich erst in der vierten Nachkommastelle.

Unabhängig von den Betroffenenanteilen liefern sowohl Odds Ratios als auch relative Risiken bei identischen Betroffenenanteilen in zwei verglichenen Populationen (hier vorrangig Frauen und Männer) stets den Wert 1,00, der dann die übereinstimmenden Risiken zum Ausdruck bringt. Sind die Betroffenenanteile bei Frauen höher als bei Männern, dann ergeben sich bei beiden Kennzahlen stets Werte oberhalb von 1,00. Sind Männer häufiger als Frauen betroffen, dann resultieren umgekehrt in der hier gewählten Betrachtungsweise sowohl bei relativen Risiken als auch bei Odds Ratios stets Werte unterhalb von 1,00. Nur bei Gegenüberstellung von Populationen mit hohen Betroffenenanteilen können die Ergebnisse der Berechnungen von Odds Ratios und relativen Risiken (unter Einhaltung der genannten grundsätzlichen Prinzipien) auch deutlich abweichende Zahlenwerte liefern (wobei entsprechende Konstellationen im vorliegenden Schwerpunkt jedoch nicht vorkommen). Zu den Odds Ratios werden zumeist 95-Prozent-Vertrauensbereiche (Konfidenzintervalle) angegeben. Diese geben an, in welchem Bereich sich die eigentlich gesuchten „wahren" Ergebniswerte mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit befinden. Enthalten diese Vertrauensbereiche bei den hier durchgeführten Vergleichen von Frauen und Männern nicht den Wert 1,00, dann bestehen zwischen Männern und Frauen nach den Ergebnissen der jeweiligen Modellrechnung auch statistisch signifikant unterschiedliche Risiken, womit ein rein zufällig beobachteter Unterschied unwahrscheinlich ist.

Die Ergebnisse aus logistischen Regressionsmodellen lassen sich auch nutzen, um erwartete Risiken in bestimmten Gruppen unter Annahme einer veränderten Populationsstruktur zu ermitteln. An wenigen Stellen wurde dieses Vorgehen im nachfolgenden Kapitel genutzt, um Risiken für bestimmte Ereignisse bei Frauen unter der (hypothetischen) Annahme einer Verteilung von bestimmten Strukturmerkmalen wie bei Männern zu berechnen. Damit lässt sich beispielsweise abschätzen, mit welchen Erkrankungsrisiken bei Frauen zu rechnen wäre, wenn sie anteilig dieselben Berufe wie Männer ausüben würden.

Ergebnisse aus logistischen Regressionsmodellen werden im Report nur auszugsweise und vorrangig im Hinblick auf Risikounterschiede zwischen Frauen und Männern dargestellt. Eine Bereitstellung vollständiger Modellergebnisse für wissenschaftliche Zwecke ist jedoch auf Anfrage möglich.

3.2 Berufstätige in jüngerem Alter (15 bis 29 Jahre)

20 % der Beschäftigten 2021 im Alter bis 29 Jahre, Tendenz sinkend

Die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland im Alter von 15 bis 29 Jahren wird von der Bundesagentur für Arbeit für Juni 2021 mit 6.746.599 angegeben. Der hier betrachteten Altersgruppe ließen sich im Jahr 2021 damit 20,0 Prozent, also ein Fünftel der insgesamt 33.802.173 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zuordnen. Zehn Jahre zuvor, also 2011, hatte der Anteil bei 21,8 Prozent gelegen, 20 Jahre zuvor, also 2001, noch bei 23,6 Prozent. Der rückläufige Anteil jüngerer Beschäftigter ist dabei maßgeblich die Folge der demografischen Entwicklung in Deutschland. Zudem dürfte auch der Trend hin zu höheren Schulabschlüssen und zu einem nachfolgenden Studium zu weniger Berufstätigen in jüngerem Alter geführt haben.

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten (AU) in der hier betrachteten Altersgruppe beruhen für 2021 auf Daten zu jahresdurchschnittlich 625.533 inländisch wohnhaften Versicherten der BARMER, darunter 331.465 Männer und 294.068 Frauen.

3.2.1 Arbeitsunfähigkeiten – vorrangig relevante Diagnosen

Insgesamt wurden bei jüngeren Beschäftigten mit 11,99 AU-Tagen je Versicherungsjahr (VJ) vergleichsweise niedrige Fehlzeiten erfasst. Eine Erwerbsperson in entsprechendem Alter fehlte pro Jahr demnach durchschnittlich rund zwölf Tage. Bei Frauen lagen die Fehltage in der hier betrachteten Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen bezogen auf jeweils ein VJ mit 12,61 Tagen um 1,16 Tage höher als bei Männern mit 11,45 AU-Tagen.

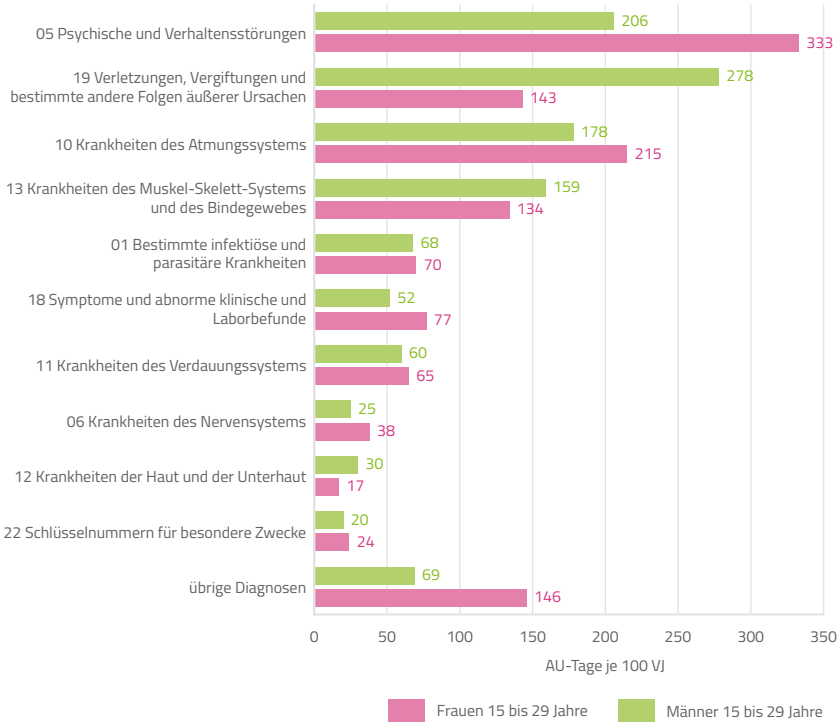
3.2.1.1 Krankheitsarten

Abbildung 3.1 zeigt Ergebnisse zu Fehlzeiten bei Männern und Frauen differenziert nach Kapiteln der ICD-10-Klassifikation beziehungsweise sogenannten Krankheitsarten, welche Erkrankungen auf einer ersten, übergeordneten Ebene 22 unterschiedlichen Gruppen zuordnen. Die Darstellung beschränkt sich dabei auf die zehn bei jüngeren Beschäftigten relevantesten Krankheitsarten. Angegeben werden AU-Tage je 100 VJ und damit gemeldete Fehltage, die durchschnittlich bei 100 durchgängig Beschäftigten innerhalb des Jahres 2021 dokumentiert wurden. Teilt man die angegebenen Werte durch 100, dann resultieren die Fehltage, die durchschnittlich pro Kopf in dieser Altersgruppe zu erwarten sind.

Männer deutlich mehr Fehltage mit Verletzungen, Frauen mehr Fehltage mit psychischen Störungen

Die größten Differenzen zwischen den beiden Geschlechtern zeigen sich bei Fehlzeiten mit Diagnosen von Verletzungen (135 AU-Tage je 100 VJ) sowie bei psychischen Störungen (127 AU-Tage je 100 VJ). Deutlich moderatere Differenzen lassen sich dann bei Krankheiten des Atmungssystems beobachten (37 AU-Tage je 100 VJ). Während von Verletzungen jüngere Männer deutlich stärker als jüngere Frauen betroffen sind, sind Frauen im Durchschnitt mit Diagnosen psychischer Störungen deutlich mehr Tage als Männer arbeitsunfähig gemeldet.

Abbildung 3.1: Krankheitsarten: Top 10 – Altersgruppe 15 bis 29 Jahre



Quelle: BARMER-Daten 2021 (Bezeichnungen teils gekürzt, vorangestellt ist jeweils die Kapitelnummer gemäß ICD-10-Klassifikation)

3.2.1.2 Dreistellige ICD-10-Diagnosen

Dreistellige ICD-10-Diagnosen können einen differenzierteren Eindruck der Ursachen von Arbeitsunfähigkeiten als eine Aufteilung nach Krankheitsarten vermitteln, wobei jedoch nur einem kleinen Teil der insgesamt mehr als 1.600 Diagnosen hinsichtlich der gemeldeten Fehltage eine größere Bedeutung zukommt. Tabelle 3.1 listet die 25 Diagnosen, unter denen bei jüngeren Beschäftigten im Jahr 2021 die meisten Fehltage gemeldet wurden. Die aufgeführten Diagnosen ließen sich in der hier betrachteten Altersgruppe mit 641 von 1.199 AU-Tagen je 100 VJ für 53 Prozent und damit mehr als die Hälfte aller dokumentierten Fehltage verantwortlich machen. Die erste Spalte der Tabelle nennt Zuordnungen der einzelnen Diagnosen zu den Kapiteln beziehungsweise Krankheitsarten gemäß ICD-10-Klassifikation. Neben Angaben zu Männern und Frauen sowie geschlechtsübergreifenden Werten enthält die Tabelle in der rechten Spalte auch Angaben zur Differenz der Fehltage zwischen Frauen und Männern. Als Faktor wird in Klammern schließlich der Quotient aus gemeldeten Fehltagen bei Frauen und Männern angegeben (der bei übereinstimmenden Fehlzeiten dann den Wert 1,00 annehmen würde).

akute Infektionen bei jüngeren Beschäftigten für vergleichsweise viele Fehltage verantwortlich

Die meisten Fehltage ließen sich bei jüngeren Beschäftigten der Diagnose J06 „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege" zuordnen, mit der typischerweise Erkältungskrankheiten dokumentiert werden. Bei Frauen wurden mit dieser Diagnose 15 Prozent mehr Fehltage als bei Männern dokumentiert (was sich aus dem aufgeführten Faktor 1,15 ableiten lässt). Hierzu beigetragen haben könnte, dass Frauen häufiger als Männer in Berufen mit engerem Kontakt zu Menschen, beispielsweise in der Kranken- und Altenpflege sowie der Kinderbetreuung, beschäftigt sind und sich dann auch mit Rücksichtnahme auf die Betreuten bei Erkältungen eher krankschreiben lassen.

Sehr viel deutlichere geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich bei Diagnosen psychischer Störungen aus dem ICD-10-Kapitel 05. Für die hier in Tabelle 3.1 gelisteten und besonders relevanten dreistelligen Diagnosen sind bei Frauen in der Regel für etwa doppelt so viele Fehltage wie bei Männern verantwortlich zu machen. Fehlzeiten mit Diagnosen von Verletzungen aus dem Kapitel 19 sind demgegenüber teils deutlich häufiger bei jüngeren Männern als bei Frauen aus der entsprechenden Altersgruppe dokumentiert (vergleiche Diagnosen mit einem Faktor deutlich unter eins). Auf Diagnosen aus diesen beiden Kapiteln soll daher nachfolgend näher eingegangen werden.

Tabelle 3.1: Dreistellige ICD-10-Diagnosen: Top 25 – Altersgruppe 15 bis 29 Jahre

Kapitel	dreistellige ICD-10-Diagnose, Bezeichnung	AU-Tage je 100 VJ			
		Männer	Frauen	gesamt	Differenz (Faktor)*
10	J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	115,4	132,5	123,4	17,0 (1,15)
05	F32 Depressive Episode	64,3	95,2	78,8	30,9 (1,48)
05	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	36,2	71,9	52,9	35,7 (1,99)
13	M54 Rückenschmerzen	47,8	36,5	42,5	–11,3 (0,76)
01	A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	34,6	32,1	33,4	–2,5 (0,93)
05	F33 Rezidivierende depressive Störung	21,8	45,4	32,9	23,6 (2,08)
19	S93 Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	28,2	18,3	23,6	–9,9 (0,65)
19	S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	30,8	14,5	23,2	–16,2 (0,47)
05	F41 Andere Angststörungen	15,3	27,5	21,0	12,2 (1,80)
05	F48 Andere neurotische Störungen	12,2	23,2	17,3	11,0 (1,90)
19	T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	21,8	10,9	16,7	–10,9 (0,50)
01	B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	15,3	17,4	16,3	2,1 (1,14)
19	S62 Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	23,4	4,7	14,7	–18,7 (0,20)
11	K08 Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	12,0	15,0	13,4	3,0 (1,25)
13	M25 Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	14,8	11,5	13,3	–3,4 (0,77)
13	M23 Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	17,4	8,1	13,1	–9,3 (0,47)
05	F45 Somatoforme Störungen	10,4	15,6	12,8	5,3 (1,51)
18	R10 Bauch- und Beckenschmerzen	8,1	18,1	12,8	9,9 (2,22)
10	J00 Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	11,6	13,8	12,6	2,1 (1,18)
19	S82 Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	15,2	8,6	12,2	–6,6 (0,57)
22	U07 Krankheiten mit unklarer Ätiologie, belegte und nicht belegte Schlüsselnummern U07.-	10,4	14,1	12,1	3,7 (1,36)
18	R51 Kopfschmerz	10,7	12,2	11,4	1,5 (1,14)
19	T88 Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert	10,3	11,0	10,6	0,7 (1,07)
13	M51 Sonstige Bandscheibenschäden	10,7	9,6	10,2	–1,2 (0,89)
11	K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	10,7	9,5	10,1	–1,2 (0,89)

* Differenz = [AU-Tage Frauen] – [AU-Tage Männer] (Faktor = [AU-Tage Frauen] / [AU-Tage Männer])
Quelle: BARMER-Daten 2021

Zu den vergleichsweise fehlzeitenrelevanten Diagnosen zählen unter jüngeren Beschäftigten ansonsten auch noch bestimmte Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems aus dem Kapitel 13 mit der bereits im jungen Alter an prominenter Stelle erscheinenden Diagnose von Rückenschmerzen sowie Diagnosen von Infektionskrankheiten aus dem Kapitel 01. Letztere führen – ähnlich wie Krankheiten des Atmungssystems – unter Frauen zu moderat mehr Fehltagen als bei Männern. Von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sind demgegenüber Männer stärker betroffen. Hierbei könnte eine Rolle spielen, dass junge Männer häufiger als Frauen in körperlich teils stark belastenden Berufen, beispielsweise in Industrie und Handwerk, beschäftigt sind.

3.2.2 Ausgewählte Diagnosen: Verletzungen

Die größten absoluten Differenzen hinsichtlich der Fehlzeiten bei jüngeren Männern und Frauen waren nach den vorausgehend dargestellten Auswertungen auf der Ebene von ICD-10-Kapiteln im Hinblick auf Verletzungen (beziehungsweise genauer formuliert im Kapitel 19 „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen") nachweisbar, was den Anlass für die nachfolgende Fokussierung auf Diagnosen aus diesem Kapitel bildet.

3.2.2.1 Verletzungen – dreistellige ICD-10-Diagnosen

Tabelle 3.2 listet die Top-25-Diagnosen zu Arbeitsunfähigkeiten bei jungen Beschäftigten ausschließlich im Hinblick auf Diagnosen von Verletzungen im Sinne des ICD-10-Kapitels 19. Der Vollständigkeit halber werden dabei Angaben zu sechs Verletzungsdiagnosen, die als besonders relevante Diagnosen bereits in Tabelle 3.1 gelistet sind, nochmals aufgeführt. Innerhalb des Kapitels 19 sind die hier aufgeführten 25 Diagnosen bei jüngeren Beschäftigten für 184 der insgesamt 215 AU-Tage je 100 VJ verantwortlich, was einem Anteil von 85 Prozent und damit dem weit überwiegenden Teil aller verletzungsbedingten Fehltage entspricht.

Tabelle 3.2: Dreistellige ICD-10-Diagnosen Verletzungen: Top 25 – Altersgruppe 15 bis 29 Jahre

Kapitel	dreistellige ICD-10-Diagnose, Bezeichnung	AU-Tage je 100 VJ			
		Männer	Frauen	gesamt	Differenz (Faktor)*
19	S93 Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	28,2	18,3	23,6	–9,9 (0,65)
19	S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	30,8	14,5	23,2	–16,2 (0,47)
19	T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	21,8	10,9	16,7	–10,9 (0,50)
19	S62 Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	23,4	4,7	14,7	–18,7 (0,20)
19	S82 Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	15,2	8,6	12,2	–6,6 (0,57)
19	T88 Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert	10,3	11,0	10,6	0,7 (1,07)
19	S92 Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	10,6	6,5	8,7	–4,1 (0,61)
19	S61 Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	12,4	2,9	8,0	–9,6 (0,23)
19	S52 Fraktur des Unterarmes	9,1	6,4	7,9	–2,7 (0,71)
19	S60 Oberflächliche Verletzung des Handgelenkes und der Hand	10,1	4,2	7,3	–5,8 (0,42)
19	S63 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand	8,5	3,8	6,3	–4,7 (0,45)
19	S43 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	10,0	1,8	6,2	–8,2 (0,18)
19	S80 Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	5,7	3,9	4,9	–1,8 (0,68)
19	S42 Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	6,7	2,1	4,6	–4,7 (0,31)
19	S13 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	3,3	5,6	4,3	2,3 (1,68)
19	S90 Oberflächliche Verletzung der Knöchelregion und des Fußes	4,9	2,7	3,8	–2,2 (0,55)
19	S06 Intrakranielle Verletzung	4,1	3,2	3,7	–0,9 (0,78)
19	S30 Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	2,6	2,6	2,6	0,0 (0,98)
19	S00 Oberflächliche Verletzung des Kopfes	2,8	2,1	2,5	–0,7 (0,74)
19	S32 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	2,5	2,5	2,5	0,0 (0,99)
19	S20 Oberflächliche Verletzung des Thorax	2,7	1,4	2,1	–1,3 (0,53)
19	S40 Oberflächliche Verletzung der Schulter und des Oberarmes	2,7	1,2	2,0	–1,5 (0,45)
19	S22 Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	2,5	1,4	2,0	–1,1 (0,55)
19	S72 Fraktur des Femurs	2,7	0,9	1,9	–1,8 (0,33)
19	S66 Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand	2,6	0,6	1,7	–2,1 (0,21)

* Differenz = [AU-Tage Frauen] – [AU-Tage Männer] (Faktor = [AU-Tage Frauen] / [AU-Tage Männer])
Quelle: BARMER-Daten 2021

Nur wenige Verletzungsdiagnosen führen bei Frauen zu mehr Fehltagen als bei Männern.

Lediglich eine der Verletzungsdiagnosen, nämlich die Diagnose S13 „Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe", führte unter jungen Frauen zu deutlich mehr Fehlzeiten als bei jungen Männern. Mehr als 95 Prozent dieser Fehlzeiten lassen sich dabei der vierstellig differenzierten Diagnose S13.4 „Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule" zuordnen, mit der typischerweise ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule kodiert wird. Dies tritt beispielsweise nach Auffahrunfällen mit dem Auto auf und betrifft nach den vorliegenden Ergebnissen Frauen offensichtlich häufiger als Männer. Drei der gelisteten Diagnosen führen zudem bei Männern und Frauen zu ähnlich vielen Fehltagen (T88 „Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung", S30 „Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens" sowie S32 „Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens"). Die Fehlzeiten mit der Diagnose T88 sind dabei zu rund 95 Prozent einem vierstelligen ICD-Kode, nämlich T88.1 „Sonstige Komplikationen nach Impfung", zuzuordnen, welche demnach bei jungen Männern und Frauen zu ähnlich vielen Fehltagen führen.

mehr als 4-fach höhere Fehlzeiten bei Männern mit einzelnen Diagnosen von Handverletzungen als bei Frauen

Die übrigen gelisteten Verletzungsdiagnosen führen bei jungen Männern zu teils deutlich mehr Fehltagen als bei jungen Frauen. Mehr als viermal mehr Fehltage als bei Frauen wurden bei jungen Männern mit den Diagnosen S62 „Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand", S61 „Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand", S43 „Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels" sowie mit S66 „Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand" dokumentiert. Nach dieser Auflistung scheinen insbesondere Handverletzungen „geschlechtstypisch" zu sein, was auch mit einer geschlechtsabhängig häufigeren Tätigkeit von jungen Männern im Handwerk zusammenhängen könnte. Auch die Diagnosen S60 „Oberflächliche Verletzung des Handgelenkes und der Hand", S63 „Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand", S42 „Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes" sowie S40 „Oberflächliche Verletzung der Schulter und des Oberarmes" führten bei Männern noch zu mindestens doppelt so vielen Fehltagen wie bei Frauen und könnten auf berufsbezogene Zusammenhänge hindeuten. Demgegenüber ließen sich die beiden fehlzeitenrelevantesten Verletzungsdiagnosen S93 „Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes" und S83 „Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes" eher auch durch sportliche Freizeitaktivitäten erklären.

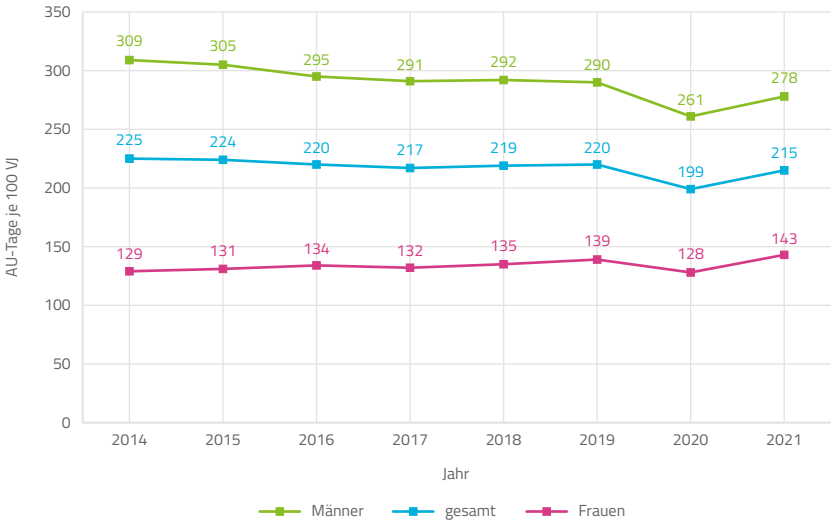
3.2.2.2 Verletzungen – Trends 2014 bis 2021

Abbildung 3.2 zeigt geschlechtsspezifische Veränderungen der Fehlzeiten mit Diagnosen von Verletzungen unter jüngeren Erwerbspersonen in den Jahren von 2014 bis 2021. Über den genannten Gesamtbeobachtungszeitraum haben die geschlechtsübergreifend ermittelten Fehlzeiten aufgrund von Verletzungen leicht, nämlich um 4,4 Prozent, abgenommen. Vergleichsweise niedrige Fehlzeiten bei beiden Geschlechtern im Jahr 2020 lassen sich als Folgen von Veränderungen der Arbeits- und Lebensumstände im Zuge der Coronapandemie interpretieren (Homeoffice, Kurzarbeit, eingeschränkte Freizeitaktivitäten).

tendenziell rückläufige Geschlechtsunterschiede bei Verletzungen seit 2014

Während sich für Männer im Gesamtbeobachtungszeitraum ein Rückgang der Fehlzeiten mit Diagnosen von Verletzungen um 10,0 Prozent zeigt, sind die Fehlzeiten mit entsprechenden Diagnosen bei Frauen um 11,2 Prozent gestiegen. Tendenziell haben sich die Fehlzeiten mit Verletzungen von Männern und Frauen damit leicht angenähert. Während bei Frauen 2014 verletzungsbedingte Fehlzeiten nur in Höhe von 42 Prozent gegenüber den Fehlzeiten bei Männern dokumentiert wurden, waren es 2021 bereits 51 Prozent.

Abbildung 3.2: Verletzungen: Trends 2014 bis 2021 – Altersgruppe 15 bis 29 Jahre



Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2021

3.2.2.3 Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit Verletzungen

Tabelle 3.3 zeigt Ergebnisse zu jahresbezogen ermittelten Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit Diagnosen von Verletzungen im Jahr 2021. Während gut 17 Prozent der jüngeren Männer mindestens einen Tag aufgrund von Verletzungen innerhalb des Jahres arbeitsunfähig gemeldet waren, lag der entsprechende Anteil unter jüngeren Frauen bei knapp zwölf Prozent. 5,07 Prozent der Männer und 2,53 Prozent der Frauen waren dabei mindestens zwei Wochen mit entsprechenden Diagnosen arbeitsunfähig gemeldet. Geschlechtsübergreifend waren dieser länger mit Verletzungen arbeitsunfähig gemeldeten Gruppe 26,6 Prozent aller Betroffenen zuzuordnen, auf die mit 78 Prozent allerdings mehr als drei Viertel der erfassten verletzungsbedingten AU-Tage entfielen. Frauen waren 2021 – bei einem relativen Risiko von 0,50 – nur halb so häufig wie Männer von längeren Arbeitsfehlzeiten mit 14 oder mehr Tagen Dauer aufgrund von Verletzungen betroffen. Insbesondere längere Krankschreibungen betrafen jüngere Frauen seltener als jüngere Männer.

Tabelle 3.3: Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit Verletzungen – Altersgruppe 15 bis 29 Jahre

	Anteile der Population (Prozent)			Anteile von Betroffenen (Prozent)		Anteile der AU-Tage (Prozent)	
AU-Tage im Jahr 2021	> 1 AU-Tag	> 14 AU-Tage	> 43 AU-Tage	> 14 AU-Tage	> 43 AU-Tage	> 14 AU-Tage	> 43 AU-Tage
Männer	17,12	5,07	1,71	29,6	10,0	80	52
Frauen	11,70	2,53	0,74	21,6	6,3	73	45
gesamt	14,59	3,88	1,26	26,6	8,6	78	50
Risiken von Frauen im Vergleich zu Männern							
relatives Risiko (Odds Ratio)*	0,68 (0,64)	0,50 (0,49)	0,44 (0,43)				

* vgl. Erläuterungen zu Methoden in Kapitel 3.1
Quelle: BARMER-Daten 2021 (Personen mit Versicherung ab Jahresbeginn 2021)

Abhängigkeiten der Risiken für längere Arbeitsfehlzeiten mit Verletzungen im Jahr 2021 (hier 14 oder mehr AU-Tage) wurden schließlich auch in multivariaten logistischen Regressionsmodellen untersucht. Geprüft wird dabei, inwiefern sich die unterschiedlichen Risiken von Frauen und Männern auf ein unterschiedliches Berufsspektrum oder andere

Merkmale zurückführen beziehungsweise sich durch deren Effekte erklären lassen. Hierzu wurden vier Modellrechnungen durchgeführt. In Modell 1 wird ausschließlich das Geschlecht als Einflussgröße berücksichtigt, womit exakt Odds Ratios repliziert werden, die auch aus Angaben in Häufigkeitstabellen berechnet werden können (hier der in Klammern genannte Wert 0,49 aus der zweiten Ergebnisspalte von Tabelle 3.3).

Tabelle 3.4: Geschlechtsabhängige Risikounterschiede für Arbeitsunfähigkeiten bei Verletzungen mit 14 oder mehr AU-Tagen (logistische Regression) – Altersgruppe 15 bis 29 Jahre

Modell	Frauen versus Männer	Risiko von Frauen	Veränderungen des Risikos	Abweichungen zum Risiko bei Männern	berücksichtigte Einflüsse/ Merkmale
	Odds Ratio (95-%-KI)*	Prozent	Prozent	Prozent	
1	0,49 (0,47–0,50)	2,53	0	–50	direkt beobachtet
Modellrechnungen mit schrittweiser Berücksichtigung weiterer Merkmale, errechnete Risiken von Frauen nach Zugrundelegung der bei Männern beobachteten Merkmalsverteilungen					
2	0,49 (0,48–0,51)	2,56	1	–49	Alter
3	0,73 (0,70–0,75)	3,74	48	–26	Alter und Beruf
4	0,74 (0,71–0,77)	3,82	51	–25	Alter, Beruf, Wohnregion, Branche und Schulabschluss

* 95-Prozent-Konfidenzintervall
Quelle: BARMER-Daten 2021 (Personen mit Versicherung ab Jahresbeginn 2021)

geringere Risiken für verletzungsbedingte Arbeitsfehlzeiten bei Frauen zu etwa der Hälfte auf das Berufsspektrum rückführbar

Durch eine Berücksichtigung des Alters (hier in drei Altersgruppen) in Modell 2 reduziert sich der geschlechtsabhängige Unterschied kaum. Einflüsse von Berufen (hier in einer Aufteilung nach 20 Berufsfeldern) reduzieren die geschlechtsabhängig beobachteten Unterschiede in Modell 3 demgegenüber deutlich. Würden Frauen ein identisches Berufsspektrum wie Männer besetzen, wäre bei ihnen etwa 50 Prozent häufiger mit längerfristigen Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Verletzungen zu rechnen. Frauen wären aber auch dann noch rund ein Viertel seltener als Männer von derartigen Arbeitsunfähigkeiten betroffen. Eine zusätzliche Berücksichtigung von weiteren Prädiktoren in Modell 4 verändert die Ergebnisse nur unwesentlich.

3.2.3 Ausgewählte Diagnosen: Psychische Störungen

Die zweitgrößten absoluten Differenzen hinsichtlich der Fehlzeiten bei jüngeren Frauen und Männern waren auf der Ebene von ICD-10-Kapiteln im Hinblick auf das Kapitel 05 „Psychische und Verhaltensstörungen" aufgefallen, weshalb auch Diagnosen aus diesem Kapitel näher betrachtet werden sollen. Psychische Störungen lassen sich dabei unter jüngeren Beschäftigten für mehr Fehltage als alle anderen Krankheitsarten verantwortlich machen.

Bei jüngeren Beschäftigten sind psychische Störungen die Krankheitsart mit den meisten Fehltagen.

3.2.3.1 Psychische Störungen – dreistellige ICD-10-Diagnosen

Tabelle 3.5 listet die Top-25-Diagnosen zu Arbeitsunfähigkeiten bei jungen Beschäftigten aus dem ICD-10-Kapitel 05 „Psychische und Verhaltensstörungen", wobei auch hier Angaben zu sechs Diagnosen erneut aufgeführt sind, die schon in Tabelle 3.1 gelistet sind. Innerhalb des Kapitels 05 sind die aufgeführten 25 Diagnosen bei jüngeren Beschäftigten für 259 der insgesamt 265 AU-Tage je 100 VJ verantwortlich, was einem Anteil von 98 Prozent entspricht, womit bereits den hier gelisteten Diagnosen nahezu alle Fehltage aufgrund psychischer Störungen bei jüngeren Beschäftigten zuzuordnen sind.

Insbesondere die sieben auch geschlechtsübergreifend fehlzeitenrelevantesten und zuoberst in der Tabelle gelisteten Diagnosen psychischer Störungen führen zu deutlich höheren Fehlzeiten bei Frauen als bei Männern. Die größten geschlechtsspezifischen Differenzen lassen sich bei Depressionen (ICD-10-Kodes F32 und F33) sowie bei Reaktionen auf schwere Belastungen (F43) errechnen. Zudem tragen auch Essstörungen (F50) zu den Differenzen bei, die bei jüngeren Frauen zu 19-mal mehr Fehltagen als bei jüngeren Männern führen und damit bei Männern eine eher untergeordnete Rolle spielen.

mehr Fehlzeiten bei Frauen insbesondere mit Diagnosen von Depressionen sowie Reaktionen auf schwere Belastungen, Essstörungen fast ausschließlich bei Frauen fehlzeitenrelevant

Unter den weniger fehlzeitenrelevanten Diagnosen psychischer Störungen finden sich auch einige, die bei Männern zu mehr Fehltagen als bei Frauen führen. Hierzu zählt insbesondere eine Reihe von Diagnosen aus der ICD-10-Gruppe „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen", welche die ICD-10-Schlüssel von F10 bis F19 umfasst. Zudem führen aus der Top-25-Liste auch Schizophrenie (F20), hyperkinetische Störungen (ADHS, F90), schizoaffektive Störungen (F25) und Störungen der Geschlechtsidentität (F64) bei Männern zu mehr Fehltagen als bei Frauen.

Tabelle 3.5: Dreistellige ICD-10-Diagnosen psychische Störungen – Top 25 – Altersgruppe 15 bis 29 Jahre

Kapitel	dreistellige ICD-10-Diagnose, Bezeichnung	AU-Tage je 100 VJ			
		Männer	Frauen	gesamt	Differenz (Faktor)*
05	F32 Depressive Episode	64,3	95,2	78,8	30,9 (1,48)
05	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	36,2	71,9	52,9	35,7 (1,99)
05	F33 Rezidivierende depressive Störung	21,8	45,4	32,9	23,6 (2,08)
05	F41 Andere Angststörungen	15,3	27,5	21,0	12,2 (1,80)
05	F48 Andere neurotische Störungen	12,2	23,2	17,3	11,0 (1,90)
05	F45 Somatoforme Störungen	10,4	15,6	12,8	5,3 (1,51)
05	F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	3,2	15,2	8,8	12,0 (4,78)
05	F20 Schizophrenie	5,5	3,1	4,4	–2,4 (0,56)
05	F12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	6,0	1,7	4,0	–4,3 (0,28)
05	F50 Essstörungen	0,3	6,4	3,2	6,0 (19,07)
05	F42 Zwangsstörung	2,1	4,3	3,1	2,2 (2,03)
05	F40 Phobische Störungen	2,4	3,8	3,0	1,4 (1,60)
05	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	4,0	1,5	2,9	–2,4 (0,39)
05	F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	4,1	1,2	2,7	–2,9 (0,29)
05	F31 Bipolare affektive Störung	1,6	2,1	1,9	0,5 (1,30)
05	F34 Anhaltende affektive Störungen	1,0	1,8	1,4	0,8 (1,85)
05	F23 Akute vorübergehende psychotische Störungen	1,1	1,1	1,1	0,0 (0,97)
05	F11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	1,8	0,2	1,0	–1,6 (0,09)
05	F90 Hyperkinetische Störungen	1,3	0,6	1,0	–0,7 (0,47)
05	F25 Schizoaffektive Störungen	1,1	0,9	1,0	–0,2 (0,84)
05	F15 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	1,0	1,0	1,0	0,0 (1,01)
05	F64 Störungen der Geschlechtsidentität	1,3	0,4	0,9	–0,8 (0,34)
05	F51 Nichtorganische Schlafstörungen	0,5	1,1	0,8	0,5 (2,00)
05	F44 Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	0,2	1,3	0,8	1,1 (5,78)
05	F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	0,5	0,7	0,6	0,2 (1,35)

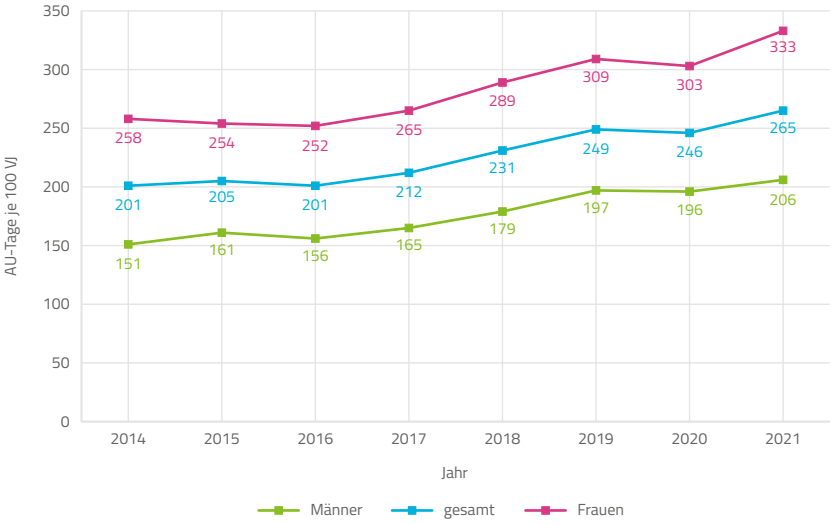
* Differenz = [AU-Tage Frauen] – [AU-Tage Männer] (Faktor = [AU-Tage Frauen] / [AU-Tage Männer])
Quelle: BARMER-Daten 2021

3.2.3.2 Psychische Störungen – Trends 2014 bis 2021

Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen seit 2014 um 32 % gestiegen

Abbildung 3.3 zeigt Veränderungen der Fehlzeiten mit Diagnosen psychischer Störungen in den Jahren von 2014 bis 2021. Über den betrachteten Gesamtzeitraum hinweg sind die Fehlzeiten mit entsprechenden Diagnosen geschlechtsübergreifend um 32,2 Prozent gestiegen. Zwischen 2016 und 2019 lässt sich bei beiden Geschlechtern ein weitgehend linearer Anstieg beobachten. Leicht rückläufige Fehlzeiten im ersten Jahr der Coronapandemie 2020 können durch viele Faktoren beeinflusst sein und lassen sich insofern nur schwer inhaltlich interpretieren. Insofern fällt auch die inhaltliche Bewertung des vergleichsweise deutlichen Anstiegs der Fehlzeiten bei jüngeren Frauen von 2020 auf 2021 nicht leicht. Hätte sich der von 2016 bis 2019 beobachtete Trend (ohne eine Coronapandemie) unvermindert fortgesetzt, dann wären bei beiden Geschlechtern 2021 noch höhere als die jetzt beobachteten Fehlzeiten zu erwarten gewesen. Mit nur moderaten Schwankungen wurden bei Frauen in allen Jahren rund 60 Prozent mehr Fehltage aufgrund psychischer Störungen als bei Männern erfasst. Entwicklungen im Sinne einer Angleichung der geschlechtsspezifischen Fehlzeiten lassen sich damit im Hinblick auf psychische Störungen nicht erkennen.

Abbildung 3.3: Psychische Störungen: Trends 2014 bis 2021 – Altersgruppe 15 bis 29 Jahre



Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2021

3.2.3.3 Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit psychischen Störungen

Tabelle 3.6 zeigt Ergebnisse zu Risiken für Arbeitsausfälle aufgrund psychischer Störungen innerhalb des Jahres 2021 mit unterschiedlich abgegrenzter Dauer. Mindestens einen Tag mit einer entsprechenden Diagnose waren 5,74 Prozent der jüngeren Erwerbspersonen arbeitsunfähig gemeldet. Innerhalb des Jahres war demnach etwa eine von 17 Personen betroffen. Längere Fehlzeiten ab 14 Tagen betrafen 3,10 Prozent der Population, wobei den längerfristig Betroffenen mit 94 Prozent ein weit überwiegender Teil aller Fehltage aufgrund psychischer Störungen zuzuordnen ist. Noch rund 80 Prozent der Fehltage ließen sich Betroffenen mit mehr als sechs Krankschreibungswochen zuordnen, die dann überwiegend auch Entgeltfortzahlungen in Form von Krankengeld von der BARMER erhalten haben dürften. Das Risiko für Fehlzeiten ab 14 Tagen Dauer war bei Frauen mit einem Betroffenenanteil von 4,03 Prozent um 77 Prozent höher als bei Männern mit 2,28 Prozent (was sich aus dem relativen Risiko von 1,77 ableiten lässt).

Tabelle 3.6: Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit psychischen Störungen – Altersgruppe 15 bis 29 Jahre

	Anteile der Population (Prozent)			Anteile von Betroffenen (Prozent)		Anteile der AU-Tage (Prozent)	
AU-Tage im Jahr 2021	> 1 AU-Tag	> 14 AU-Tage	> 43 AU-Tage	> 14 AU-Tage	> 43 AU-Tage	> 14 AU-Tage	> 43 AU-Tage
Männer	4,31	2,28	1,17	52,9	27,2	94	81
Frauen	7,39	4,03	1,94	54,6	26,3	94	78
gesamt	5,74	3,10	1,53	53,9	26,6	94	79
Risiken von Frauen im Vergleich zu Männern							
relatives Risiko (Odds Ratio)*	1,71 (1,77)	1,77 (1,80)	1,66 (1,67)				

* vgl. auch Erläuterungen zu Methoden in Kapitel 3.1
Quelle: BARMER-Daten 2021 (Personen mit Versicherung ab Jahresbeginn 2021)

Wohnregionen, Berufsspektrum sowie weitere Merkmale haben kaum Einfluss auf unterschiedliche Risiken für psychische Störungen von Frauen und Männern.

Tabelle 3.7 zeigt Ergebnisse zu Veränderungen der Risikodifferenzen zwischen Frauen und Männern bei gleichzeitiger Berücksichtigung von anderweitigen potenziellen Prädiktoren in logistischen Regressionsmodellen. Offensichtlich erklären die hier zusätzlich berücksichtigten Merkmale nur einen kleinen Teil der geschlechtsabhängig beobachteten Risikounterschiede zwischen Männern und Frauen. Auch im Modell 4 (unter Berücksichtigung der Einflüsse von Alter, Beruf, Wohnregion, Branche und Schulabschluss) wurde

bei Frauen noch ein um 67 Prozent höheres Risiko als bei Männern nachgewiesen. Gemessen am Ausgangsrisiko von 4,03 Prozent in Modell 1 sank das ermittelte Risiko bei Frauen, unter Zugrundelegung einer Verteilung der berücksichtigten Strukturmerkmale wie bei Männern, in Modell 4 anteilig lediglich um sechs Prozent auf 3,81 Prozent.

Tabelle 3.7: Geschlechtsabhängige Risikounterschiede für Arbeitsunfähigkeiten bei psychischen Störungen mit 14 oder mehr AU-Tagen (logistische Regression) – Altersgruppe 15 bis 29 Jahre

Modell	Frauen versus Männer	Risiko von Frauen	Veränderungen des Risikos	Abweichungen zum Risiko bei Männern	berücksichtigte Einflüsse/ Merkmale
	Odds Ratio (95-%-KI)*	Prozent	Prozent	Prozent	
1	1,80 (1,75–1,86)	4,03	0	77	direkt beobachtet
Modellrechnungen mit schrittweiser Berücksichtigung weiterer Merkmale, errechnete Risiken von Frauen nach Zugrundelegung der bei Männern beobachteten Merkmalsverteilungen					
2	1,79 (1,73–1,85)	4,00	–1	76	Alter
3	1,70 (1,64–1,77)	3,82	–5	68	Alter und Beruf
4	1,70 (1,64–1,77)	3,81	–6	67	Alter, Beruf, Wohnregion, Branche und Schulabschluss

* 95-Prozent-Konfidenzintervall
Quelle: BARMER-Daten 2021 (Personen mit Versicherung ab Jahresbeginn 2021)

3.3 Berufstätige in mittlerem Alter (30 bis 49 Jahre)

2001 bis 2021 Rückgang des Anteils Beschäftigter im mittleren Alter von 57 auf 45 %

Die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland im Alter von 30 bis 49 Jahren wird von der Bundesagentur für Arbeit für Juni 2021 mit 15.054.830 angegeben. Der hier betrachteten Altersgruppe ließen sich im Jahr 2021 damit 44,5 Prozent der insgesamt 33.802.173 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zuordnen. Zehn Jahre zuvor, also 2011, hatte der Anteil bei 50,4 Prozent gelegen, 20 Jahre zuvor, also 2001, noch bei 56,6 Prozent. Der rückläufige Anteil der Beschäftigten ist dabei auch hier maßgeblich die Folge der demografischen Entwicklung in Deutschland. Beschäftigte aus den geburtenstarken Jahrgängen der 1960er-Jahre hatten 2021 bereits ein Alter oberhalb von 50 Jahren erreicht, womit die Beschäftigten der hier betrachteten Altersgruppe im Jahr 2021 aus nur noch deutlich schwächer besetzten Geburtsjahrgängen stammten.

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten in der hier betrachteten Altersgruppe beruhen für 2021 auf Daten zu jahresdurchschnittlich 1.535.326 inländisch wohnhaften Versicherten der BARMER, darunter 739.930 Männer und 795.396 Frauen.

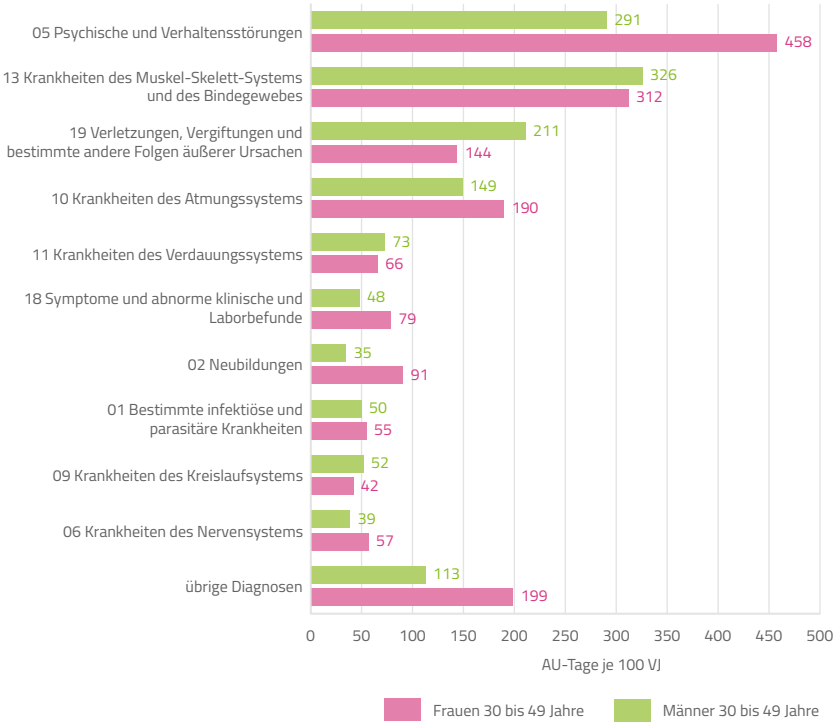
3.3.1 Arbeitsunfähigkeiten – vorrangig relevante Diagnosen

Insgesamt wurden bei Beschäftigten mittleren Alters mit 1.528 AU-Tagen je 100 VJ bereits deutlich mehr Fehltage als bei jüngeren Beschäftigten erfasst. Eine Erwerbsperson fehlte pro Jahr demnach gut 15 Tage. Bei Frauen lagen die Fehltage bezogen auf jeweils ein VJ mit 16,93 um 3,04 Tage höher als bei Männern mit 13,88. Die geschlechtsabhängigen Differenzen der durchschnittlichen Fehlzeiten fallen im mittleren Alter demnach deutlicher als in den jüngeren Altersgruppen aus. Der nachfolgende Abschnitt betrachtet die Fehlzeiten zunächst differenziert nach Kapiteln der ICD-10-Klassifikation beziehungsweise differenziert nach sogenannten Krankheitsarten.

3.3.1.1 Krankheitsarten

Die meisten Fehltage lassen sich bei Erwerbspersonen mittleren Alters auf der Ebene von ICD-10-Diagnosekapiteln psychischen Störungen, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie Verletzungen zuordnen. Psychische Störungen und insbesondere Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems verursachen im mittleren Alter noch deutlich mehr Fehltage als im jüngeren Alter. Verletzungen und Krankheiten des Atmungssystems sind im mittleren Alter demgegenüber für weniger Fehltage als im jüngeren Alter verantwortlich zu machen. Die größten Fehlzeitendifferenzen zwischen den Geschlechtern zeigen sich im mittleren Alter bei psychischen Störungen (167 AU-Tage je 100 VJ), Verletzungen (67 AU-Tage je 100 VJ) und Neubildungen (56 AU-Tage je 100 VJ), die mit 14 AU-Tagen je 100 VJ im jüngeren Erwerbsalter erst eine untergeordnete Rolle spielen und den 15. Rang hinsichtlich der Fehlzeiten belegten.

Abbildung 3.4: Krankheitsarten: Top 10 – Altersgruppe 30 bis 49 Jahre



Quelle: BARMER-Daten 2021 (Bezeichnungen teils gekürzt, vorangestellt ist jeweils die Kapitelnummer gemäß ICD-10-Klassifikation)

3.3.1.2 Dreistellige ICD-10-Diagnosen

Tabelle 3.8 listet fehlzeitenrelevante dreistellige ICD-10-Diagnosen von Personen im mittleren Erwerbsalter. Aufgeführt sind 25 Diagnosen, die zusammen für einen Anteil von 52 Prozent und damit für mehr als die Hälfte der gemeldeten Fehlzeiten in dieser Altersgruppe verantwortlich zu machen sind. Auch hier gilt, dass die erste Spalte der Tabelle Zuordnungen der einzelnen Diagnosen zu den Kapiteln beziehungsweise Krankheitsarten gemäß ICD-10-Klassifikation nennt. Neben Angaben zu Männern und Frauen sowie geschlechtsübergreifenden Werten enthält die Tabelle in der rechten Spalte auch Angaben zur Differenz der Fehltage zwischen Frauen und Männern. Als Faktor wird in Klammern schließlich der Quotient aus gemeldeten Fehltagen bei Frauen und Männern angegeben.

Tabelle 3.8: Dreistellige ICD-10-Diagnosen: Top 25 – Altersgruppe 30 bis 49 Jahre

Kapitel	dreistellige ICD-10-Diagnose, Bezeichnung	AU-Tage je 100 VJ			
		Männer	Frauen	gesamt	Differenz (Faktor)*
10	J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	92,6	117,3	103,9	24,8 (1,27)
05	F32 Depressive Episode	86,4	120,4	102,0	34,0 (1,39)
13	M54 Rückenschmerzen	99,4	84,0	92,3	–15,5 (0,84)
05	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	55,1	110,0	80,3	54,8 (1,99)
05	F33 Rezidivierende depressive Störung	39,0	66,3	51,5	27,2 (1,70)
05	F48 Andere neurotische Störungen	24,3	55,2	38,5	30,9 (2,27)
13	M51 Sonstige Bandscheibenschäden	34,7	33,1	34,0	–1,6 (0,95)
05	F41 Andere Angststörungen	21,1	34,7	27,3	13,6 (1,64)
13	M75 Schulterläsionen	24,5	23,2	23,9	–1,3 (0,95)
05	F45 Somatoforme Störungen	14,8	28,8	21,2	14,0 (1,95)
01	A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	20,0	19,0	19,6	–1,0 (0,95)
13	M23 Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	22,3	15,5	19,1	–6,8 (0,70)
13	M25 Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	19,0	14,7	17,0	–4,2 (0,78)
02	C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	0,1	36,4	16,7	36,3 (695)
22	U07 Krankheiten mit unklarer Ätiologie, belegte und nicht belegte Schlüsselnummern U07.-	13,1	19,9	16,2	6,8 (1,52)
13	M77 Sonstige Enthesopathien	16,6	15,2	15,9	–1,4 (0,92)
19	S93 Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	16,1	14,6	15,4	–1,5 (0,91)
19	S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	17,4	12,8	15,3	–4,6 (0,73)
19	S82 Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	15,6	15,0	15,3	–0,6 (0,96)
18	R53 Unwohlsein und Ermüdung	9,4	19,5	14,0	10,1 (2,08)
01	B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	12,3	15,2	13,6	2,9 (1,23)
19	T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	15,9	10,4	13,4	–5,4 (0,66)
05	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	15,8	6,4	11,5	–9,5 (0,40)
13	M79 Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	9,4	11,6	10,4	2,2 (1,24)
18	R10 Bauch- und Beckenschmerzen	6,1	14,2	9,8	8,2 (2,35)

* Differenz = [AU-Tage Frauen] – [AU-Tage Männer] (Faktor = [AU-Tage Frauen] / [AU-Tage Männer])
Quelle: BARMER-Daten 2021

Die meisten Fehltage ließen sich 2021 auch bei Beschäftigten im mittleren Alter der Diagnose J06 „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege" zuordnen. Auch Rang 2 ist wie im jüngeren Erwerbsalter belegt. Die hier platzierte Diagnose F32 „Depressive Episode" (F32) ist im mittleren Alter dabei für knapp 30 Prozent mehr Fehltage als bei Jüngeren verantwortlich zu machen. Auf Rang 3 findet sich im mittleren Alter die Diagnose „Rückenschmerzen" (M54), der mit 92,3 AU-Tagen je 100 VJ im mittleren Alter fast doppelt so viele Fehltage wie in der jüngeren Altersgruppe mit geschlechtsübergreifend 42,5 AU-Tagen je 100 VJ zuzuordnen sind. Bereits im mittleren Erwerbsalter war eine „durchschnittlich" beschäftigte Person demnach innerhalb eines Jahres knapp einen Tag mit der Diagnose von Rückenschmerzen arbeitsunfähig gemeldet. Erwähnenswert erscheint auch, dass bereits im mittleren Erwerbsalter und nach geschlechtsübergreifender Sortierung die Diagnose „Bösartige Neubildungen der Brustdrüse" (C50; Brustkrebs) hinsichtlich der Fehlzeiten den Rang 14 belegt, wohingegen diese Diagnose in der jüngeren Altersgruppe mit einer Platzierung auf Rang 195 (erfreulicherweise) eine noch sehr begrenzte Rolle spielt.

3.3.2 Ausgewählte Diagnosen: Rückenschmerzen

Rückenschmerzen zählen bereits seit Jahrzehnten zu den fehlzeitenrelevantesten ICD-Diagnosen. So waren nach Ergebnissen im ersten GEK-Gesundheitsreport 1998, der in gewisser Weise als Vorläufer des BARMER Gesundheitsreports gelten kann, Rückenschmerzen bei Arbeitsunfähigkeiten als Einzeldiagnose im Jahr 1997 mit Abstand für die meisten Arbeitsunfähigkeitstage verantwortlich zu machen. Im genannten Jahr waren Rückenschmerzen 10,8 Prozent aller gemeldeten Fehltage bei Erwerbspersonen zuzuordnen. Seinerzeit wurden allerdings Diagnosen noch gemäß ICD-9 kodiert, die Diagnose mit dem 1997 genutzten Kode 724 hieß „Nicht näher bezeichnete Affektion des Rückens". Ab dem Jahr 2000 wurde zur Kodierung von Diagnosen in Deutschland dann der ICD-10 verwendet. Im GEK-Gesundheitsreport 2001 konnte deshalb erstmals auf Diagnoseangaben nach der auch aktuell verwendeten ICD-10-Klassifikation zurückgegriffen werden. Im Jahr 2000 ließen sich nach Ergebnissen aus dem genannten Report 10,5 Prozent aller Fehltage der auch aktuell verwendeten Diagnosekodierung M54 „Rückenschmerzen" zuordnen. Zehn Jahre später, also im Jahr 2010, waren es nach Ergebnissen des BARMER GEK Gesundheitsreports 2011 dann noch 6,8 Prozent, womit die Diagnose weiterhin den

Rang 1 hinsichtlich der zugeordneten Fehlzeiten einnahm. In den Folgejahren belegten dann nach geschlechts- und altersübergreifenden Auswertungen alternierend auch die beiden Diagnosen F32 „Depressive Episode" sowie J06 „Akute Infektionen" den ersten Rang. 2021 lagen Rückenschmerzen nach Ergebnissen im vorliegenden Report mit einem Anteil von 5,8 Prozent an den gemeldeten Fehltagen geschlechts- und altersübergreifend auf Rang 3.

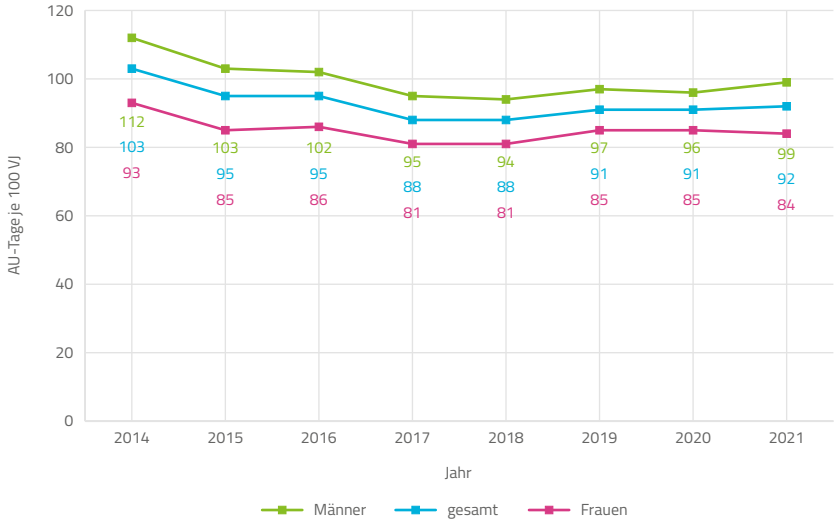
Rückenschmerzen bei Männern im mittleren Alter 2021 Top-1-Diagnose

Auch in der hier im Schwerpunktkapitel betrachteten Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen belegten Rückenschmerzen Rang 3. Während der Diagnose bei Frauen mit 84,0 AU-Tagen je 100 VJ nur die viertmeisten Fehltage zuzuordnen waren, gab es bereits in der mittleren Altersgruppe bei Männern mit 99,4 AU-Tagen je VJ 2021 keine dreistellige ICD-10-Diagnose, der mehr Fehltage zuzuordnen waren. Männer waren demnach merklich mehr Tage als Frauen aufgrund von Rückenschmerzen krankgeschrieben (vgl. Tabelle 3.8).

3.3.2.1 Rückenschmerzen – Trends 2014 bis 2021

Abbildung 3.5 zeigt Veränderungen der Fehlzeiten mit Rückenschmerzen bei männlichen und weiblichen Erwerbspersonen im mittleren Erwerbsalter von 2014 bis 2021. Geschlechtsübergreifend haben die Fehlzeiten im genannten Zeitraum um 10,7 Prozent abgenommen. Ein Rückgang war dabei bis 2018 zu beobachten, nachfolgend lagen die Fehlzeiten dann tendenziell wieder etwas höher. Während die Fehlzeiten bei Männern im zweiten Jahr der Coronapandemie, also 2021, leicht gestiegen sind, waren bei Frauen mittleren Alters eher rückläufige Fehlzeiten zu beobachten. Fehlzeiten von Frauen lagen in den einzelnen Jahren um 12 bis 17 Prozent niedriger als bei Männern.

Abbildung 3.5: Rückenschmerzen: Trends 2014 bis 2021 – Altersgruppe 30 bis 49 Jahre



Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2021

3.3.2.2 Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit Rückenschmerzen

Tabelle 3.9 zeigt Ergebnisse zu jahresbezogen ermittelten Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit der Diagnose Rückenschmerzen im Jahr 2021. Mindestens einen Tag mit Rückenschmerzen arbeitsunfähig gemeldet waren rund sechs Prozent der Männer und knapp fünf Prozent der Frauen aus der mittleren Altersgruppe. Mindestens zwei Wochen mit Rückenschmerzen arbeitsunfähig gemeldet waren 1,73 Prozent der Männer und 1,47 Prozent der Frauen, der geschlechtsübergreifende Anteil lag bei 1,61 Prozent. Diese Betroffenen mit längeren Fehlzeiten bildeten einen Anteil von 29,1 Prozent an allen Betroffenen, denen mit 75 Prozent drei Viertel aller erfassten AU-Tage mit Rückenschmerzen zuzuordnen waren. Frauen waren 2021 – bei einem relativen Risiko von 0,85 – rund 15 Prozent seltener als Männer betroffen.

Tabelle 3.9: Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit Rückenschmerzen – Altersgruppe 30 bis 49 Jahre

	Anteile der Population (Prozent)			Anteile von Betroffenen (Prozent)		Anteile der AU-Tage (Prozent)	
AU-Tage im Jahr 2021	> 1 AU-Tag	> 14 AU-Tage	> 43 AU-Tage	> 14 AU-Tage	> 43 AU-Tage	> 14 AU-Tage	> 43 AU-Tage
Männer	6,01	1,73	0,37	28,7	6,2	74	42
Frauen	4,93	1,47	0,31	29,7	6,4	76	44
gesamt	5,52	1,61	0,34	29,1	6,2	75	43
Risiken von Frauen im Vergleich zu Männern							
relatives Risiko (Odds Ratio)*	0,82 (0,81)	0,85 (0,85)	0,85 (0,85)				

* vgl. Erläuterungen zu Methoden in Kapitel 3.1
Quelle: BARMER-Daten 2021 (Personen mit Versicherung ab Jahresbeginn 2021)

Auch Abhängigkeiten der Risiken für längere Arbeitsfehlzeiten mit Rückenschmerzen im Jahr 2021 (hier 14 oder mehr AU-Tage) wurden schließlich auch in multivariaten logistischen Regressionsmodellen untersucht. Geprüft wird dabei, inwiefern sich die unterschiedlichen Risiken von Frauen und Männern auf ein unterschiedliches Berufsspektrum oder andere Merkmale zurückführen beziehungsweise sich durch deren Effekte erklären lassen (vgl. Kapitel 3.1).

Tabelle 3.10: Geschlechtsabhängige Risikounterschiede für Arbeitsunfähigkeiten mit Rückenschmerzen über 14 und mehr Tage (logistische Regression) – Altersgruppe 30 bis 49 Jahre

Modell	Frauen versus Männer	Risiko von Frauen	Veränderungen des Risikos	Abweichungen zum Risiko bei Männern	berücksichtigte Einflüsse/ Merkmale
	Odds Ratio (95-%-KI)*	Prozent	Prozent	Prozent	
1	0,85 (0,83–0,87)	1,47	0	–15	direkt beobachtet
Modellrechnungen mit schrittweiser Berücksichtigung weiterer Merkmale, errechnete Risiken von Frauen nach Zugrundelegung der bei Männern beobachteten Merkmalsverteilungen					
2	0,84 (0,82–0,87)	1,46	–1	–15	Alter
3	1,13 (1,10–1,17)	1,95	33	13	Alter und Beruf
4	1,11 (1,08–1,15)	1,92	31	11	Alter, Beruf, Wohnregion, Branche und Schulabschluss

* 95-Prozent-Konfidenzintervall
Quelle: BARMER-Daten 2021 (Personen mit Versicherung ab Jahresbeginn 2021)

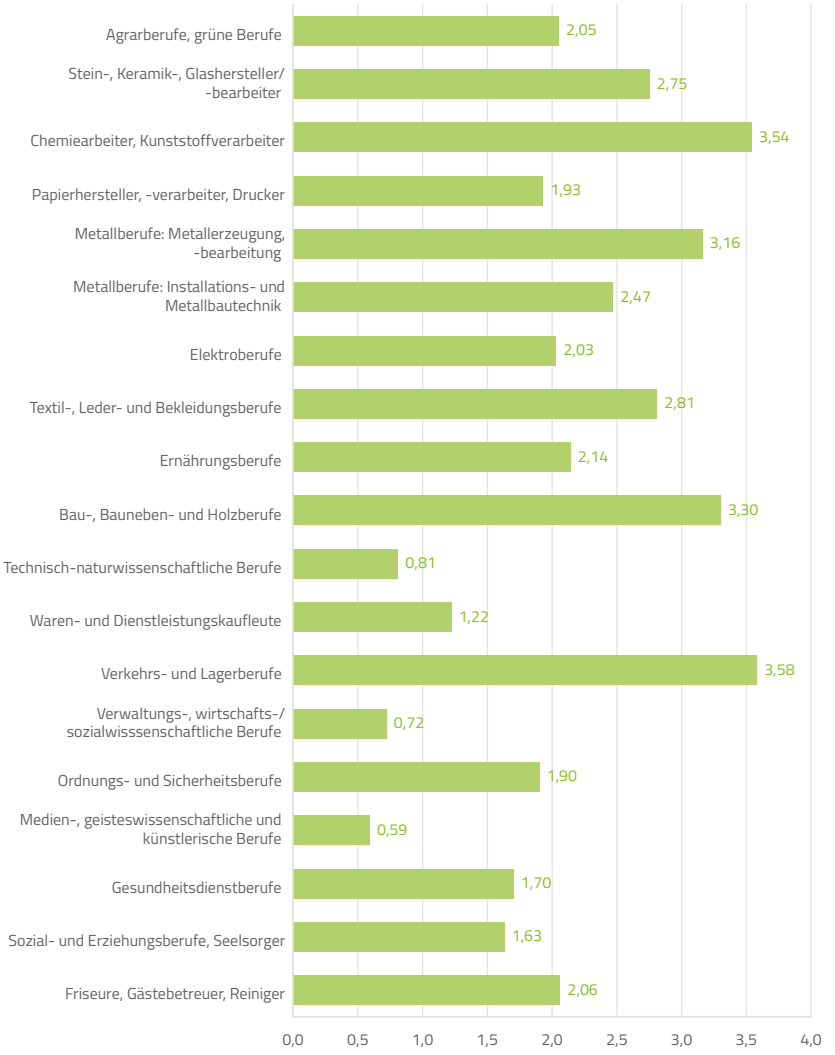
Durch eine Berücksichtigung des Alters (hier in vier Altersgruppen) in Modell 2 verändert sich der geschlechtsabhängige Unterschied nur gering. Die Odds Ratio sinkt von 0,85 auf 0,84. Während das Risiko von Frauen das von Männern gemäß Modell 1 um 15,02 Prozent unterschreitet, sind es gemäß Modell 2 dann 15,49 Prozent, womit in Tabelle 3.10 nach Rundung identische Werteangaben (–15 Prozent) resultieren. Würden Frauen eine identische Altersstruktur wie Männer aufweisen, wäre bei ihnen demnach mit 1,46 Prozent ein noch marginal geringeres Risiko für längerfristige Arbeitsfehlzeiten mit Rückenschmerzen als gemäß Modell 1 ohne Adjustierung für Einflüsse von Strukturmerkmalen zu erwarten.

Demgegenüber zeigt sich bei einer Berücksichtigung der Einflüsse von Berufen (in einer Aufteilung nach 20 Berufsfeldern) eine deutliche Veränderung der geschlechtsabhängigen Risikounterschiede. Während Frauen in Modell 2 vor Berücksichtigung des Berufsspektrums ein 15 Prozent geringeres Risiko für Rückenschmerzen aufweisen, ist nach den Ergebnissen gemäß Modell 3 bei Frauen unter Annahme eines Berufsspektrums wie bei Männern mit einem um 13 Prozent höheren Risiko für längere Fehlzeiten aufgrund von Rückenschmerzen als bei Männern zu rechnen. Würden Frauen in denselben Berufen wie Männer arbeiten, wären sie gemäß diesen Ergebnissen also häufiger als Männer von entsprechenden Arbeitsunfähigkeiten betroffen, im Vergleich zur realen Situation wäre bei ihnen mit einem um 33 Prozent höheren Risiko für längere Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Rückenschmerzen zu rechnen. Für Berufe lassen sich demnach bedeutsame Einflüsse auf das Risiko für Rückenschmerzen nachweisen, die sich auch deutlich auf die geschlechtsabhängig beobachteten Unterschiede auswirken. Die Berücksichtigung weiterer potenzieller Einflüsse in Modell 4 ändert die Ergebnisse dabei nicht wesentlich.

Geringere Risiken für längere Arbeitsfehlzeiten mit Rückenschmerzen bei Frauen lassen sich auf das Berufsspektrum zurückführen. Würden Frauen dieselben Berufe wie Männer ausüben, wäre bei ihnen mit höheren Risiken zu rechnen.

Um den erheblichen Einfluss von Berufen auf das Risiko für Arbeitsunfähigkeiten mit Rückenschmerzen auch unabhängig von der hier vorrangig diskutierten Frage nach geschlechtsabhängigen Unterschieden zu verdeutlichen, sind in Abbildung 3.6 Risiken für längere Fehlzeiten mit Rückenschmerzen für Beschäftigte in 19 der 20 Berufsfelder dargestellt (lediglich auf die Darstellungen von Ergebnissen zu Bergbauberufen wurde bei einer Beschäftigtenzahl von weniger als 1.000 in den hier genutzten BARMER-Daten verzichtet).

Abbildung 3.6: Risiken für längere Fehlzeiten mit Rückenschmerzen in Berufsfeldern 2021 – Altersgruppe 30 bis 49 Jahre



Quelle: BARMER-Daten 2021 (Personen mit Versicherung ab Jahresbeginn 2021; Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit 14 oder mehr AU-Tagen innerhalb des Jahres 2021 mit ICD-10-Diagnose M54 „Rückenschmerzen")

Die Abbildung verdeutlicht die berufsabhängig sehr unterschiedlichen Risiken, die zwischen Beschäftigten in Medien-, geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufen mit einem Risiko von 0,59 Prozent und Beschäftigten mit Verkehrs- und Lagerberufen mit einem Risiko von 3,58 Prozent um etwa den Faktor 6 variieren.

Risiken für längere Fehlzeiten mit Rückenschmerzen variieren berufsabhängig um etwa den Faktor 6.

3.3.3 Ausgewählte Diagnosen: Brustkrebs

Wie bereits erwähnt, erreicht die Diagnose C50 „Bösartige Neubildungen der Brustdrüse", kurz Brustkrebs, im mittleren Erwerbsalter hinsichtlich der zugeordneten Fehltage erstmals einen Rang unter den Top-25-Diagnosen und belegt nach geschlechtsübergreifend ermittelten Ergebnissen den Rang 14 (vgl. Tabelle 3.8). Da die Diagnose weit überwiegend Frauen betrifft, war sie unter weiblichen Beschäftigten im mittleren Alter im Jahr 2021 bereits diejenige dreistellige ICD-10-Diagnose, die mit 36,4 AU-Tagen je 100 VJ hinsichtlich der zugeordneten Fehlzeiten den Rang 7 belegte.

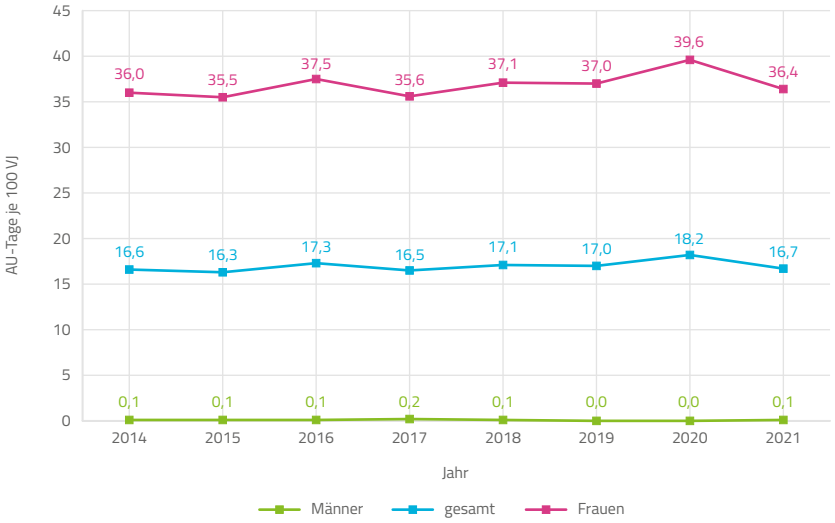
Grundsätzlich verfügen Männer über anatomisch vergleichbar angelegte Brustdrüsen wie Frauen und können insofern auch an Brustkrebs erkranken. Allerdings bilden sich Brustdrüsen – bedingt durch das Fehlen weiblicher Geschlechtshormone – bei Männern nicht wie bei Frauen aus, was dann auch einen entscheidenden Einfluss auf das Brustkrebsrisiko hat. Bei Männern waren der Diagnose Brustkrebs dementsprechend nur 0,05 AU-Tage je 100 VJ zuzuordnen, womit die Diagnose bei Männern den Rang 370 im Hinblick auf zugeordnete Fehlzeiten belegte. Bei Frauen lagen die Fehlzeiten mit einer entsprechenden Diagnose 2021 damit um den Faktor 695 höher als bei Männern, im Mittel über die Gesamtbeobachtungszeit von 2014 bis 2021 ergab sich ein Faktor von 501.

3.3.3.1 Brustkrebs – Trends 2014 bis 2021

Abbildung 3.7 zeigt die Entwicklung der Fehlzeiten mit der Diagnose Brustkrebs in den Jahren von 2014 bis 2021. Aufgrund der geschlechtsspezifisch sehr unterschiedlichen Ergebnisse lassen sich in der Abbildung nur Ergebnisse zu Frauen sinnvoll ablesen. Ergebnisse bei Männern weisen aufgrund geringer Fallzahlen größere zufallsbedingte Schwankungen auf und wären insofern ohnehin inhaltlich kaum sinnvoll interpretierbar. Die Ergebnisse bei Frauen bewegen sich in allen Jahren auf einem ähnlichen Niveau. Rechne-

risch ergibt sich von 2014 bis 2021 bei Frauen ein Anstieg der Fehlzeiten um 1,2 Prozent. Während die Fehlzeiten im ersten Jahr der Coronapandemie 2020 über denen in anderen Jahren liegen, ließen sich für das Jahr 2021 dann wieder geringere Fehlzeiten als in den direkt vorausgehenden drei Jahren ermitteln.

Abbildung 3.7: Brustkrebs: Trends 2014 bis 2021 – Altersgruppe 30 bis 49 Jahre



Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2021

3.3.3.2 Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit Brustkrebs

0,28 % aller Frauen im mittleren Erwerbsalter waren 2021 mindestens einen Tag mit der Diagnose Brustkrebs arbeitsunfähig gemeldet, im Durchschnitt fielen bei betroffenen Frauen dann 131 AU-Tage an.

Von den Frauen im mittleren Erwerbsalter waren 0,28 Prozent mindestens einen Tag innerhalb des Jahres 2021 mit der Diagnose Brustkrebs arbeitsunfähig gemeldet. 0,28 Prozent entsprechen einer Rate von 280 Betroffenen je 100.000. Durchschnittlich waren die betroffenen Frauen im Jahr 2021 dann 131 Tage mit der Diagnose arbeitsunfähig gemeldet. Bei mehr als vier Fünfteln der Betroffenen wurden mindestens 14 AU-Tage innerhalb des Jahres dokumentiert, womit auch von entsprechend längeren Fehlzeiten noch 0,23 Prozent aller Frauen betroffen waren. Diesen längerfristig Betroffenen konnten mit 99 Prozent nahezu alle erfassten Fehltage mit der Diagnose Brustkrebs zugeordnet werden. Mit 96 Prozent entfiel ein weit überwiegender Teil der Fehltage bei Frauen dabei

auf diejenige Subgruppe, die mehr als sechs Wochen innerhalb des Jahres 2021 mit einer entsprechenden Diagnose arbeitsunfähig gemeldet war. Ergebnisse zu Männern sollten aufgrund verhältnismäßig geringer Fallzahlen nur zurückhaltend interpretiert werden.

Tabelle 3.11: Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit Brustkrebs – Altersgruppe 30 bis 49 Jahre

	Anteile der Population (Prozent)			Anteile von Betroffenen (Prozent)		Anteile der AU-Tage (Prozent)	
AU-Tage im Jahr 2021	> 1 AU-Tag	> 14 AU-Tage	> 43 AU-Tage	> 14 AU-Tage	> 43 AU-Tage	> 14 AU-Tage	> 43 AU-Tage
Männer	0,00	0,00	0,00	79,5	38,4	99	80
Frauen	0,28	0,23	0,18	82,4	64,6	99	96
gesamt	0,13	0,11	0,08	82,3	64,5	99	96
Risiken von Frauen im Vergleich zu Männern							
relatives Risiko (Odds Ratio)*	293 (294)	304 (304)	493 (494)				

* vgl. Erläuterungen zu Methoden in Kapitel 3.1
Quelle: BARMER-Daten 2021 (Personen mit Versicherung ab Jahresbeginn 2021)

Eher der Vollständigkeit halber zeigt Tabelle 3.12 Ergebnisse zu Veränderungen von geschlechtsabhängig unterschiedlichen Risiken bei Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren in logistischen Regressionsmodellen auch zur hier betrachteten Diagnose Brustkrebs. Erwartungsgemäß werden die hier mit etwa dem Faktor 300 bezifferten Unterschiede zwischen Frauen und Männern durch eine Berücksichtigung der weiteren Einflussgrößen in den Modellen 2 bis 4 kaum verändert. Aufgrund der geringen Betroffenenzahlen bei Männern weisen die Modellergebnisse zudem sehr weite Konfidenzintervalle auf, weshalb die nur geringen Unterschiede bei den Modellrechnungen auch zufallsbedingt sein können und keine inhaltlichen Rückschlüsse erlauben.

Tabelle 3.12: Geschlechtsabhängige Risikounterschiede für Arbeitsunfähigkeiten bei Brustkrebs mit 14 oder mehr AU-Tagen (logistische Regression) – Altersgruppe 30 bis 49 Jahre

Modell	Frauen versus Männer	Risiko von Frauen	Veränderungen des Risikos	Abweichungen zum Risiko bei Männern	berücksichtigte Einflüsse/ Merkmale
	Odds Ratio (95-%-KI)*	Prozent	Prozent	Prozent	
1	304 (136–682)	0,23	0	30278	direkt beobachtet
Modellrechnungen mit schrittweiser Berücksichtigung weiterer Merkmale, errechnete Risiken von Frauen nach Zugrundelegung der bei Männern beobachteten Merkmalsverteilungen					
2	301 (134–674)	0,23	–1	29865	Alter
3	302 (134–682)	0,23	–1	30008	Alter und Beruf
4	294 (130–663)	0,22	–4	29193	Alter, Beruf, Wohnregion, Branche und Schulabschluss

* 95-Prozent-Konfidenzintervall
Quelle: BARMER-Daten 2021 (Personen mit Versicherung ab Jahresbeginn 2021)

3.4 Berufstätige in höherem Alter (50 bis 64 Jahre)

Anteil der Beschäftigten in höherem Alter von 19 % im Jahr 2001 auf 34 % im Jahr 2021 gestiegen

Die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland im Alter von 50 bis 64 Jahren wird von der Bundesagentur für Arbeit (BA) für Juni 2021 mit 11.573.472 angegeben. Der hier betrachteten Altersgruppe ließen sich im Jahr 2021 demnach 34,2 Prozent, also mehr als ein Drittel der 33.802.173 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zuordnen. Zehn Jahre zuvor, also 2011, hatte der Anteil dieser Altersgruppe bei 27,3 Prozent gelegen, 20 Jahre zuvor, also 2001, erst bei 19,4 Prozent. Auch der in den vergangenen beiden Jahrzehnten deutlich zunehmende Anteil der Beschäftigten in Deutschland in höherem Alter ist in erster Linie eine Folge der demografischen Entwicklung. Beschäftigte aus den geburtenstarken Jahrgängen der 1960er-Jahre waren 2021 vollständig der hier betrachteten höheren Altersgruppe von 50 bis 64 Jahren zuzuordnen. Zusätzlich dürfte auch der Trend hin zu einer höheren effektiven Erwerbsbeteiligung älterer Menschen bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres zu anteilig mehr Beschäftigten in der hier betrachteten höheren Altersgruppe beitragen, wobei sich die schrittweise Anhebung der Regelaltersgrenze über das 65. Lebensjahr hinaus hierbei eher indirekt auswirken dürfte. Zu einer höheren Erwerbsbeteiligung in der hier betrachteten Altersgruppe dürften unterschiedliche weitere Faktoren beigetragen haben. Dazu zählen unter anderem die hohe Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt, die Ausgestaltung von Regelungen für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Berufsleben, aber auch die finanzielle Situation von Beschäftigten gegen Ende

ihres Arbeitslebens und die dann erwarteten Rentenbezüge. Im Kontext mit der hier betrachteten höheren Altersgruppe sei wenigstens kurz erwähnt, dass der jetzt nicht betrachteten Altersgruppe ab 65 Jahre nach Angaben der BA auch 2021 erst rund 1,3 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zuzuordnen waren.

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten in der hier betrachteten Altersgruppe beruhen für 2021 auf Daten zu jahresdurchschnittlich 1.414.559 inländisch wohnhaften Versicherten der BARMER, darunter 584.439 Männer und 830.120 Frauen.

3.4.1 Arbeitsunfähigkeiten – vorrangig relevante Diagnosen

Insgesamt wurden bei Beschäftigten mit höherem Alter mit 2.549 AU-Tagen je 100 VJ noch deutlich mehr Fehltage als bei Beschäftigten mittleren Alters erfasst. Eine Erwerbsperson im höheren Alter fehlte pro Jahr demnach gut 25 Tage. Bei Frauen lagen die Fehltage bezogen auf jeweils 100 VJ mit 2.649 um 184 Tage höher als bei Männern mit 2.464. Die geschlechtsabhängigen Differenzen fallen im höheren Alter merklich geringer als im mittleren Alter aus. Ursachen hierfür könnten sein, dass Frauen in diesem Alter in der Regel keine Kinder mehr gebären und insofern geburts- und schwangerschaftsbedingte Fehlzeiten wegfallen. Zudem dürfte in diesem Alter auch der Anteil Frauen, der sich um die Erziehung der eigenen Kinder kümmern muss, sehr viel geringer als in der mittleren Altersgruppe sein. Der nachfolgende Abschnitt betrachtet die Fehlzeiten differenziert nach Kapiteln der ICD-10-Klassifikation beziehungsweise differenziert nach sogenannten Krankheitsarten.

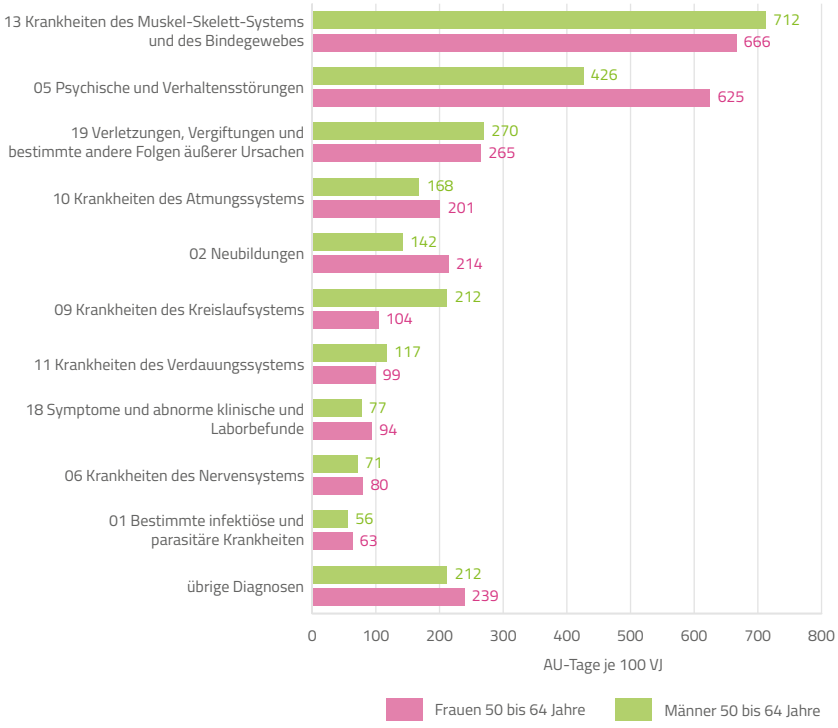
3.4.1.1 Krankheitsarten

im höheren Erwerbsalter mehr Fehltage mit Krankheiten des Kreislaufsystems bei Männern, mehr Fehltage bei Frauen mit Neubildungen

Abbildung 3.8 zeigt Ergebnisse zu Fehlzeiten bei Männern und Frauen im höheren Erwerbsalter differenziert nach Krankheitsarten. Die Darstellung beschränkt sich dabei auf die zehn relevantesten Krankheitsarten in dieser Altersgruppe. Angegeben werden AU-Tage je 100 VJ. Die größten Differenzen zwischen Frauen und Männern lassen sich im höheren Erwerbsalter, wie bereits im mittleren Erwerbsalter, im Hinblick auf Fehlzeiten mit Diagnosen psychischer Störungen mit durchschnittlich 1,98 mehr Fehltagen bei Frauen als bei Männern ermitteln. Vergleichsweise große Differenzen zeigen sich im höheren Erwerbsalter auch bei Krankheiten des Kreislaufsystems sowie bei Neubildun-

gen. Während Krankheiten des Kreislaufsystems bei Männern im Jahr 2021 zu durchschnittlich 1,08 mehr Fehltagen als bei Frauen führten, wurden mit einer Diagnose von Neubildungen 2021 bei Frauen 0,71 mehr Fehltage als bei Männern erfasst. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems waren sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Beschäftigten im höheren Alter für die größte Zahl an AU-Tagen verantwortlich, wobei für Männer mit 7,12 AU-Tagen je VJ knapp ein halber Fehltag mehr als bei Frauen mit 6,66 AU-Tagen je VJ erfasst wurde.

Abbildung 3.8: Krankheitsarten: Top 10 – Altersgruppe 50 bis 64 Jahre



Quelle: BARMER-Daten 2021 (Bezeichnungen teils gekürzt, vorangestellt ist jeweils die Kapitelnummer gemäß ICD-10-Klassifikation)

Tabelle 3.13: Dreistellige ICD-10-Diagnosen: Top 25 – Altersgruppe 50 bis 64 Jahre

Kapitel	dreistellige ICD-10-Diagnose, Bezeichnung	AU-Tage je 100 VJ			
		Männer	Frauen	gesamt	Differenz (Faktor)*
13	M54 Rückenschmerzen	173,7	141,9	159,1	–31,8 (0,82)
05	F32 Depressive Episode	136,7	183,1	158,0	46,4 (1,34)
05	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	81,8	145,7	111,1	63,9 (1,78)
10	J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	86,7	115,0	99,7	28,3 (1,33)
05	F33 Rezidivierende depressive Störung	65,7	102,3	82,5	36,6 (1,56)
13	M75 Schulterläsionen	74,5	65,1	70,2	–9,4 (0,87)
13	M51 Sonstige Bandscheibenschäden	57,5	46,7	52,5	–10,8 (0,81)
05	F48 Andere neurotische Störungen	39,7	66,7	52,1	27,0 (1,68)
13	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	53,3	48,6	51,1	–4,7 (0,91)
02	C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	0,5	86,5	40,0	86,0 (179)
13	M23 Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	40,6	35,5	38,2	–5,0 (0,88)
05	F41 Andere Angststörungen	28,4	42,3	34,8	14,0 (1,49)
13	M25 Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	36,8	30,3	33,8	–6,5 (0,82)
05	F45 Somatoforme Störungen	24,6	42,2	32,7	17,6 (1,72)
13	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	29,3	25,1	27,4	–4,2 (0,86)
19	S82 Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	19,1	32,3	25,2	13,2 (1,69)
13	M77 Sonstige Enthesopathien	24,8	23,6	24,3	–1,2 (0,95)
22	U07 Krankheiten mit unklarer Ätiologie, belegte und nicht belegte Schlüsselnummern U07.-	20,1	26,7	23,1	6,6 (1,33)
19	S52 Fraktur des Unterarmes	13,4	29,5	20,8	16,1 (2,20)
09	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	30,5	6,3	19,4	–24,2 (0,21)
09	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	18,9	18,6	18,8	–0,3 (0,98)
01	A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	17,3	18,8	18,0	1,5 (1,09)
13	M48 Sonstige Spondylopathien	19,3	16,2	17,9	–3,1 (0,84)
13	M19 Sonstige Arthrose	19,8	15,6	17,9	–4,3 (0,78)
09	I63 Hirninfarkt	24,3	9,6	17,6	–14,8 (0,39)

* Differenz = [AU-Tage Frauen] – [AU-Tage Männer] (Faktor = [AU-Tage Frauen] / [AU-Tage Männer])
Quelle: BARMER-Daten 2021

3.4.1.2 Dreistellige ICD-10-Diagnosen

Tabelle 3.13 listet die 25 dreistelligen ICD-10-Diagnosen, denen in höherem Erwerbsalter im Jahr 2021 die meisten Arbeitsunfähigkeitstage zugeordnet werden konnten. Den aufgeführten Diagnosen waren dabei mit 1.246 AU-Tagen je 100 VJ insgesamt 49 Prozent aller Fehltage von Personen im höheren Erwerbsalter zuzuordnen. Die größten absoluten Differenzen zwischen Männern und Frauen zeigten sich bei den ICD-10-Diagnosen C50 „Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (+86 AU-Tage je 100 VJ bei Frauen), F43 „Reaktionen auf schwere Belastungen (+64 AU-Tage je 100 VJ bei Frauen), F32 „Depressive Episode" (+46 AU-Tage je 100 VJ bei Frauen), F33 „Rezidivierende depressive Störung" (+37 AU-Tage je 100 VJ bei Frauen), M54 „Rückenschmerzen" (–32 AU-Tage je 100 VJ bei Frauen), F48 „Andere neurotische Störungen" (+27 AU-Tage je 100 VJ) sowie bei der Diagnose I25 „Chronische ischämische Herzkrankheit" (–24 AU-Tage je 100 VJ bei Frauen).

3.4.2 Ausgewählte Diagnosen: Krankheiten des Kreislaufsystems

Krankheiten des Kreislaufsystems treten mit fortschreitendem Lebensalter gehäuft auf. Das Risiko für entsprechende Erkrankungen lässt sich allerdings maßgeblich durch das Verhalten und die Ernährung bereits in jüngeren Jahren beeinflussen. Während Krankheiten des Kreislaufsystems unter jüngeren Erwerbspersonen nicht zu den Top 10 der Krankheitsarten zählen, belegten sie im mittleren Alter den Rang 9. Im hier betrachteten höheren Erwerbsalter nehmen sie den 6. Rang ein. Krankheiten des Kreislaufsystems bilden geschlechts- und altersübergreifend in Deutschland auch weiterhin die Krankheitsart, der die meisten Todesfälle zuzuordnen sind. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren 2020 von den insgesamt 985.572 Todesfällen 338.001 den Krankheiten des Kreislaufsystems zugeordnet (DESTATIS, 2022).

3.4.2.1 Krankheiten des Kreislaufsystems – dreistellige ICD-10-Diagnosen

Tabelle 3.14 listet die 25 fehlzeitenrelevantesten dreistelligen ICD-10-Diagnosen der Krankheiten des Kreislaufsystems in höherem Erwerbsalter. Den gelisteten Diagnosen waren mit insgesamt 147 AU-Tagen je 100 VJ 91 Prozent aller 162 AU-Tage je 100 VJ mit Krankheiten des Kreislaufsystems und damit der weit überwiegende Teil aller Fehltage aus diesem Kapitel zuzuordnen.

Tabelle 3.14: Dreistellige Diagnosen von Krankheiten des Kreislaufsystems: Top 25 – Altersgruppe 50 bis 64 Jahre

Kapitel	dreistellige ICD-10-Diagnose, Bezeichnung	AU-Tage je 100 VJ			
		Männer	Frauen	gesamt	Differenz (Faktor)*
09	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	30,5	6,3	19,4	–24,2 (0,21)
09	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	18,9	18,6	18,8	–0,3 (0,98)
09	I63 Hirninfarkt	24,3	9,6	17,6	–14,8 (0,39)
09	I21 Akuter Myokardinfarkt	23,9	6,5	15,9	–17,4 (0,27)
09	I48 Vorhofflimmern und Vorhofflattern	13,0	4,8	9,2	–8,2 (0,37)
09	I20 Angina pectoris	9,7	3,4	6,8	–6,4 (0,34)
09	I50 Herzinsuffizienz	10,2	2,8	6,8	–7,4 (0,27)
09	I70 Atherosklerose	9,4	2,8	6,3	–6,5 (0,30)
09	I83 Varizen der unteren Extremitäten	5,2	6,0	5,6	0,7 (1,14)
09	I26 Lungenembolie	5,4	3,3	4,4	–2,1 (0,61)
09	I80 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	3,7	2,9	3,3	–0,8 (0,77)
09	I49 Sonstige kardiale Arrhythmien	3,6	2,8	3,3	–0,8 (0,78)
09	I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	4,2	1,9	3,1	–2,3 (0,45)
09	I42 Kardiomyopathie	4,1	1,7	3,0	–2,4 (0,41)
09	I61 Intrazerebrale Blutung	3,5	2,0	2,8	–1,4 (0,59)
09	I35 Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	3,7	1,4	2,6	–2,2 (0,39)
09	I71 Aortenaneurysma und -dissektion	3,9	0,9	2,5	–2,9 (0,24)
09	I69 Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit	3,2	1,1	2,2	–2,1 (0,35)
09	I99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems	1,9	2,5	2,2	0,7 (1,34)
09	I47 Paroxysmale Tachykardie	2,3	1,7	2,0	–0,7 (0,72)
09	I89 Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	1,5	2,6	2,0	1,1 (1,74)
09	I60 Subarachnoidalblutung	1,6	2,2	1,9	0,6 (1,34)
09	I67 Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	1,4	2,3	1,8	0,9 (1,63)
09	I11 Hypertensive Herzkrankheit	2,3	1,2	1,8	–1,1 (0,53)
09	I51 Komplikationen einer Herzkrankheit und ungenau beschriebene Herzkrankheit	1,9	1,0	1,5	–0,9 (0,54)

* Differenz = [AU-Tage Frauen] – [AU-Tage Männer] (Faktor = [AU-Tage Frauen] / [AU-Tage Männer])
Quelle: BARMER-Daten 2021

Lediglich fünf der 25 gelisteten Diagnosen führten 2021 bei Frauen zu mehr Fehltagen als bei Männern, woraus bei den fünf Diagnosen allerdings nur maximale Fehlzeitendifferenzen zuungunsten von Frauen in Höhe von 1,1 Tagen je 100 VJ resultierten. Höhere Fehlzeiten bei Männern waren demgegenüber in einem viel stärkeren Ausmaß bei den Diagnosen I25 „Chronische ischämische Herzkrankheit" (Differenz 24,2 AU-Tage je 100 VJ), I21 „Akuter Myokardinfarkt" (Differenz 17,4 AU-Tage je 100 VJ) und I63 „Hirninfarkt" (Differenz 14,8 AU-Tage je 100 VJ) zu verzeichnen.

3.4.2.2 Ischämische Herzkrankheiten

Die beiden erstgenannten Diagnosen zählen dabei zur ICD-10-Diagnosegruppe „Ischämische Herzkrankheiten", welche nachfolgend vor dem Hintergrund der großen geschlechtsspezifischen Differenzen fokussiert betrachtet werden sollen. Die Diagnosegruppe umfasst insgesamt sechs unterschiedliche dreistellige Kodes von I20 bis I25, mit denen Symptome und Folgen einer Mangeldurchblutung des Herzmuskels dokumentiert werden können. Neben den beiden bereits genannten Diagnosen können mit den Kodes I20 eine „Angina pectoris" (charakteristische Beschwerden bei Mangeldurchblutung des Herzmuskels), mit I22 ein „Rezidivierender Myokardinfarkt", mit I23 „Bestimmte akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt" und mit I24 schließlich eine „Sonstige akute ischämische Herzkrankheit" dokumentiert werden. Der für die Fehlzeiten maßgeblichste Kode I25 „Chronische ischämische Herzkrankheit" kann eine Minderdurchblutung des Herzmuskels sowohl vor als auch nach einem Herzinfarkt beschreiben. Die Mangeldurchblutung des Herzmuskels ist in der Regel die Folge einer dauerhaften Verengung der Koronargefäße (Herzkranzgefäße), welche als Arterien den Herzmuskel selbst mit ausreichend Blut versorgen müssen, um die Pumpleistung des Herzens zu ermöglichen. Bei einer Verengung dieser Gefäße wird dann auch von einer koronaren Herzerkrankung (KHK) gesprochen.

Zur Vermeidung oder Reduktion einer Schädigung der Koronar- sowie auch anderer arterieller Blutgefäße kann eine Vielzahl an präventiven Maßnahmen beitragen. Hierzu zählen verhaltensbezogene Maßnahmen, beispielsweise Maßnahmen zur Raucherentwöhnung sowie ausreichende Bewegung, die Reduktion von Übergewicht und eine Ernährungsumstellung. Vorrangig zur Reduktion kardiovaskulärer Risiken erfolgt auch eine Vielzahl an Arzneiverordnungen im höheren Erwerbsalter. Hierzu zählen insbesondere Verordnungen von blutdrucksenkenden Medikamenten (Antihypertensiva) sowie von Medikamenten zur Senkung des

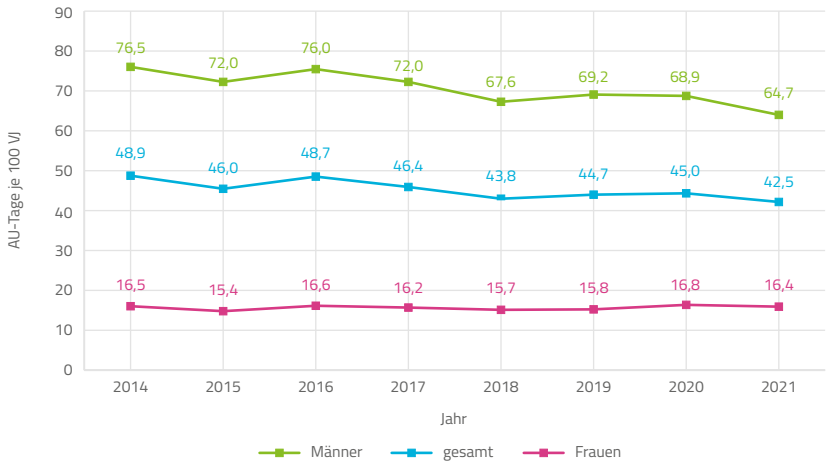
Blutfettspiegels (Lipidsenker). Weder erhöhte Blutdruckwerte noch erhöhte Blutfett- beziehungsweise Cholesterinwerte führen dabei typischerweise selbst zu Beschwerden. Sie führen jedoch mittel- bis langfristig zu einer Schädigung von Gefäßen und des Herzens, was dann durch die Gabe von Blutdruck- und Lipidsenkern aufgehalten werden soll, sofern eine Normalisierung der Werte durch Verhaltensänderungen nicht erreicht werden kann.

3.4.2.3 Ischämische Herzkrankheiten – Trends 2014 bis 2021

auch 2021 bei Männern noch rund 4-mal so viele Fehltage mit ischämischen Herzkrankheiten wie bei Frauen

Abbildung 3.9 zeigt Veränderungen der Fehlzeiten mit ischämischen Herzkrankheiten bei männlichen und weiblichen Erwerbspersonen in höherem Erwerbsalter von 2014 bis 2021. Geschlechtsübergreifend haben die Fehlzeiten im genannten Gesamtzeitraum um 13,1 Prozent abgenommen. Rückgänge waren insbesondere bei Männern zu beobachten, deren Fehlzeiten 2021 um 15,4 Prozent niedriger als im Jahr 2014 lagen, wohingegen sich die Fehlzeiten bei Frauen mit einem rechnerischen Rückgang um 0,5 Prozent kaum verändert haben. Insgesamt ist es damit zu einer leichten Reduktion der ausgeprägten Differenzen zwischen Männern und Frauen gekommen, wobei allerdings auch 2021 bei Männern noch rund viermal so viele Fehltage wie bei Frauen mit Diagnosen ischämischer Herzkrankheiten erfasst wurden.

Abbildung 3.9: Ischämische Herzkrankheiten: Trends 2014 bis 2021 – Altersgruppe 50 bis 64 Jahre



Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2021

3.4.2.4 Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit ischämischen Herzkrankheiten

Tabelle 3.15 zeigt Ergebnisse zu jahresbezogen ermittelten Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit Diagnosen ischämischer Herzkrankheiten im Jahr 2021. Mindestens einen Tag mit entsprechenden Diagnosen arbeitsunfähig gemeldet waren 1,15 Prozent der Männer und 0,35 Prozent der Frauen aus der hier betrachteten Altersgruppe ab 50 Jahre. Mindestens zwei Wochen mit ischämischen Herzkrankheiten arbeitsunfähig gemeldet waren 0,68 Prozent der Männer und nur 0,17 Prozent der Frauen. Die Betroffenen mit längeren Fehlzeiten bildeten geschlechtsübergreifend einen Anteil von 56,5 Prozent an allen Betroffenen, denen mit 96 Prozent der weit überwiegende Teil aller Arbeitsfehltage mit ischämischen Herzkrankheiten zuzuordnen war. Das Risiko für entsprechend längere Arbeitsausfälle war bei Frauen nur ein Viertel so hoch wie bei Männern (beziehungsweise um 75 Prozent niedriger als bei Männern).

Tabelle 3.15: Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit ischämischen Herzkrankheiten – Altersgruppe 50 bis 64 Jahre

	Anteile der Population (Prozent)			Anteile von Betroffenen (Prozent)		Anteile der AU-Tage (Prozent)	
AU-Tage im Jahr 2021	> 1 AU-Tag	> 14 AU-Tage	> 43 AU-Tage	> 14 AU-Tage	> 43 AU-Tage	> 14 AU-Tage	> 43 AU-Tage
Männer	1,15	0,68	0,42	58,5	36,0	96	86
Frauen	0,35	0,17	0,09	48,5	27,0	95	83
gesamt	0,78	0,44	0,27	56,5	34,2	96	85
Risiken von Frauen im Vergleich zu Männern							
relatives Risiko (Odds Ratio)*	0,30 (0,30)	0,25 (0,25)	0,23 (0,23)				

* vgl. Erläuterungen zu Methoden in Kapitel 3.1
Quelle: BARMER-Daten 2021 (Personen mit Versicherung ab Jahresbeginn 2021)

Auch die Abhängigkeiten der Risiken für längere Arbeitsfehlzeiten mit ischämischen Herzkrankheiten im Jahr 2021 (14 oder mehr AU-Tage) wurden in multivariaten logistischen Regressionsmodellen untersucht (vgl. Tabelle 3.16 sowie methodische Erläuterungen in Kapitel 3.1). Durch eine Berücksichtigung der Einflüsse von Alter und insbesondere des Berufs erhöhte sich das Risiko von Frauen für längere Arbeitsunfähigkeiten gemes-

sen am direkt beobachteten Risiko moderat. Würden Frauen dasselbe Berufsspektrum wie Männer aufweisen, wäre bei ihnen ein 15 Prozent höheres Risiko für ischämische Herzkrankheiten zu erwarten, welches aber auch dann noch erheblich unter dem von Männern liegt.

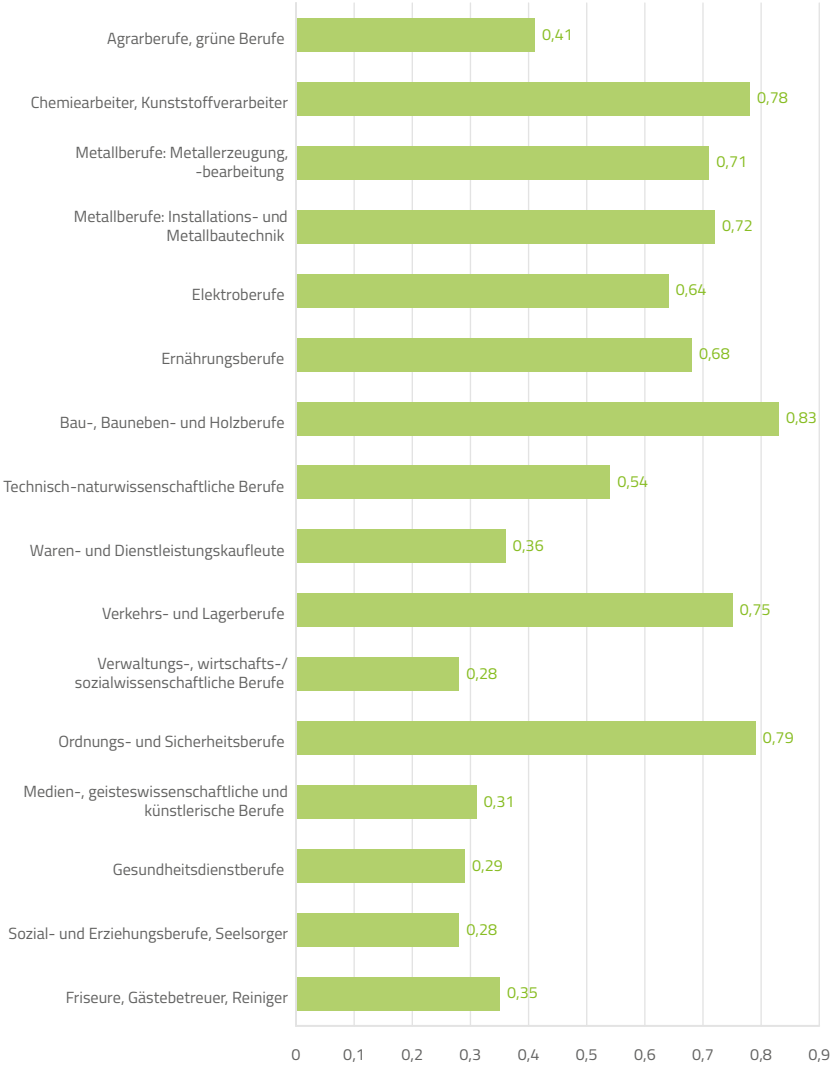
Tabelle 3.16: Geschlechtsabhängige Risikounterschiede für Arbeitsunfähigkeiten mit ischämischen Herzkrankheiten mit 14 oder mehr AU-Tagen (logistische Regression) – Altersgruppe 50 bis 64 Jahre

Modell	Frauen versus Männer	Risiko von Frauen	Veränderungen des Risikos	Abweichungen zum Risiko bei Männern	berücksichtigte Einflüsse/ Merkmale
	Odds Ratio (95-%-KI)*	Prozent	Prozent	Prozent	
1	0,25 (0,23–0,27)	0,17	0	–75	direkt beobachtet
Modellrechnungen mit schrittweiser Berücksichtigung weiterer Merkmale, errechnete Risiken von Frauen nach Zugrundelegung der bei Männern beobachteten Merkmalsverteilungen					
2	0,26 (0,24–0,27)	0,17	3	–74	Alter
3	0,29 (0,27–0,31)	0,19	15	–71	Alter und Beruf
4	0,27 (0,25–0,30)	0,19	10	–72	Alter, Beruf, Wohnregion, Branche und Schulabschluss

* 95-Prozent-Konfidenzintervall
Quelle: BARMER-Daten 2021 (Personen mit Versicherung ab Jahresbeginn 2021)

Abbildung 3.10 präzisiert ergänzend die deutlich unterschiedlichen Risiken von Beschäftigten für längere Arbeitsausfälle in einzelnen Berufsfeldern, wobei sich die Darstellung hier auf Berufsfelder mit mindestens 5.000 BARMER-versicherten Beschäftigten im höheren Erwerbsalter beschränkt. Die Risiken variieren von 0,28 Prozent in Verwaltungs-, wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Berufen bis zu 0,83 Prozent in Bau-, Bauneben- und Holzberufen um den Faktor drei. Da hier die beobachteten Risiken (ohne Geschlechts- und Altersstandardisierung von Ergebnissen auch innerhalb der einzelnen Berufsgruppen) wiedergegeben sind, hat auch die unterschiedliche Geschlechterverteilung in den Berufen einen maßgeblichen Einfluss. In typischen „Männerberufen" lassen sich in der Regel deutlich höhere Risiken als in typischen „Frauenberufen" beobachten.

Abbildung 3.10: Risiken für längere Fehlzeiten mit ischämischen Herzkrankheiten in Berufsfeldern – Altersgruppe 50 bis 64 Jahre



Quelle: BARMER-Daten 2021 (Personen mit Versicherung ab Jahresbeginn 2021; Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit 14 oder mehr AU-Tagen innerhalb des Jahres 2021 mit ICD-10-Diagnosen ischämischer Herzkrankheiten [I20 bis I25])

3.4.3 Ausgewählte Diagnosen: Neubildungen

auch im höheren Erwerbsalter deutlich mehr Fehltage mit Neubildungen bei Frauen als bei Männern

Als ein weiterer und hier letzter Erkrankungsbereich mit altersabhängig zunehmender Relevanz und vergleichsweise großen geschlechtsabhängigen Differenzen hinsichtlich der zugeordneten Fehlzeiten sollen nachfolgend Erkrankungen aus dem ICD-10-Kapitel „Neubildungen" bei Beschäftigten aus der höheren Altersgruppe von 50 bis 64 Jahren näher betrachtet werden. Geschlechtsübergreifend waren Neubildungen in dieser Altersgruppe 2021 bereits für 175 AU-Tage je 100 VJ und damit für 6,9 Prozent aller Fehltage verantwortlich zu machen. Ein „durchschnittlich" Beschäftigter fehlte demnach im Jahr 1,75 Tage aufgrund von Erkrankungen mit entsprechenden Diagnosen. Im mittleren Erwerbsalter waren es demgegenüber 0,61 AU-Tage je VJ, also fast nur ein Drittel der Fehltage. Frauen waren im höheren Alter mit durchschnittlich 2,14 Fehltagen je VJ deutlich stärker als Männer mit 1,42 Tagen je VJ betroffen.

3.4.3.1 Neubildungen – dreistellige ICD-10-Diagnosen

Tabelle 3.17 listet die 25 fehlzeitenrelevantesten Diagnosen von Neubildungen bei Beschäftigten in höherem Erwerbsalter im Jahr 2021. Den gelisteten Diagnosen ist hinsichtlich der AU-Tage ein Anteil von 74 Prozent an allen mit Neubildungen in der hier betrachteten Altersgruppe gemeldeten Fehltagen zuzuordnen. Nur gut ein Viertel der Tage wird unter anderweitigen Diagnosen von Neubildungen erfasst. Lediglich zwei der 25 fehlzeitenrelevantesten Diagnosen sind explizit den gutartigen Neubildungen zuzuordnen (D25 „Leiomyom des Uterus" sowie D32 „Gutartige Neubildung der Meningen"), die grundsätzlich auch im ICD-10-Kapitel „Neubildungen" gelistet werden.

Brustkrebs ist auch im höheren Alter bei Frauen die Neubildung mit den meisten Fehltagen.

Die größten Fehlzeitendifferenzen zwischen Frauen und Männern zeigen sich auch in den Ergebnissen zu Personen in höherem Erwerbsalter bei der Diagnose Brustkrebs (C50), die zugleich auch geschlechtsübergreifend für die meisten Fehltage aus dem Kapitel der Neubildungen verantwortlich ist. Auch Männer sind im höheren Alter von dieser Diagnose offensichtlich häufiger als im mittleren Alter betroffen, womit die relativen Unterschiede zwischen den Geschlechtern mit einem Faktor von 179 etwas geringer als im mittleren Alter mit 695 sind.

Tabelle 3.17: Fehlzeitenrelevante Diagnosen von Neubildungen – Top 25 – Altersgruppe 50 bis 64 Jahre

Kapitel	dreistellige ICD-10-Diagnose, Bezeichnung	AU-Tage je 100 VJ			
		Männer	Frauen	gesamt	Differenz (Faktor)*
02	C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	0,5	86,5	40,0	86,0 (179)
02	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	12,8	10,0	11,5	–2,7 (0,79)
02	C61 Bösartige Neubildung der Prostata	18,8	0,0	10,1	–18,8 (–)
02	C18 Bösartige Neubildung des Kolons	8,5	5,5	7,1	–3,0 (0,65)
02	C20 Bösartige Neubildung des Rektums	7,4	4,4	6,0	–3,0 (0,60)
02	C67 Bösartige Neubildung der Harnblase	5,5	1,8	3,8	–3,7 (0,33)
02	D48 Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	3,0	4,4	3,6	1,4 (1,48)
02	C25 Bösartige Neubildung des Pankreas	3,9	3,0	3,5	–0,9 (0,77)
02	C78 Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	3,1	3,7	3,4	0,6 (1,21)
02	C56 Bösartige Neubildung des Ovars	0,0	7,2	3,3	7,2 (–)
02	C79 Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	2,7	3,7	3,2	1,1 (1,40)
02	C15 Bösartige Neubildung des Ösophagus	5,0	0,9	3,1	–4,1 (0,18)
02	C64 Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	4,2	1,8	3,1	–2,4 (0,42)
02	C71 Bösartige Neubildung des Gehirns	3,4	2,6	3,0	–0,8 (0,76)
02	C16 Bösartige Neubildung des Magens	3,8	1,9	2,9	–1,9 (0,50)
02	D25 Leiomyom des Uterus	0,0	5,9	2,7	5,9 (–)
02	C44 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	2,8	2,5	2,7	–0,3 (0,90)
02	C43 Bösartiges Melanom der Haut	2,2	2,8	2,5	0,6 (1,29)
02	C90 Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	2,4	2,3	2,4	–0,1 (0,97)
02	C85 Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms	2,4	1,7	2,1	–0,7 (0,72)
02	C54 Bösartige Neubildung des Corpus uteri	0,0	4,5	2,1	4,5 (–)
02	C80 Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	2,1	2,0	2,1	–0,1 (0,93)
02	C83 Nicht follikuläres Lymphom	2,4	1,4	1,9	–1,0 (0,58)
02	D05 Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	0,0	4,2	1,9	4,2 (502)
02	D32 Gutartige Neubildung der Meningen	0,8	2,9	1,8	2,0 (3,44)

* Differenz = [AU-Tage Frauen] – [AU-Tage Männer] (Faktor = [AU-Tage Frauen] / [AU-Tage Männer])
Quelle: BARMER-Daten 2021

Ausgeprägte absolute Fehlzeitendifferenzen zuungunsten der Männer von 18,8 AU-Tagen je 100 VJ zeigen sich nur bei der Diagnose C61 „Bösartige Neubildungen der Prostata" (die ausschließlich Männer betreffen kann). Mindestens einen Tag länger als Frauen waren Männer je 100 VJ ansonsten mit den Diagnosen C34 „Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge", C18 „Bösartige Neubildung des Kolons", C20 „Bösartige Neubildung des Rektums", C67 „Bösartige Neubildung der Harnblase", C15 „Bösartige Neubildung des Ösophagus", C64 „Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken", C16 „Bösartige Neubildung des Magens" und C83 „Nicht follikuläres Lymphom" arbeitsunfähig gemeldet.

Mindesten einen Tag länger als Männer waren demgegenüber Frauen je 100 VJ, außer mit Brustkrebs, auch mit den Diagnosen D48 „Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen", C56 „Bösartige Neubildung des Ovars", C79 „Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen", D25 „Leiomyom des Uterus", C54 „Bösartige Neubildung des Corpus uteri", D05 „Carcinoma in situ der Brustdrüse" und D32 „Gutartige Neubildung der Meningen" arbeitsunfähig gemeldet, wobei die Diagnosen C56, D25 und C54 ausschließlich Frauen betreffen können. Grundsätzlich unterschiedliche anatomische Gegebenheiten bei Männern und Frauen spielen demnach bei geschlechtsspezifischen Unterschieden im Hinblick auf einzelne Neubildungen eine erhebliche Rolle.

Lungenkrebs im höheren Erwerbsalter als Neubildungsdiagnose mit den zweitmeisten AU-Tagen – 2021 bei Frauen nur 21 % weniger Fehltage als bei Männern

Eher unterhalb von Erwartungen liegen die jetzt beobachteten Fehlzeitenunterschiede bei der Diagnose C34 „Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge" (vereinfacht auch als Lungenkrebs zu bezeichnen), die geschlechtsübergreifend für die zweitmeisten Fehltage bei Diagnosen aus dem Kapitel Neubildungen verantwortlich zu machen war. Hier wurden 2021 bei Frauen mit 10,0 AU-Tagen je 100 VJ „nur" 21 Prozent weniger Fehltage als bei Männern mit 12,8 AU-Tagen je 100 VJ dokumentiert. Der wichtigste Risikofaktor für Lungenkrebs dürfte auch heute noch das Rauchen sein. In Generationen, in denen noch vorrangig die Männer rauchten, waren diese auch erheblich häufiger als Frauen von Lungenkrebs betroffen.

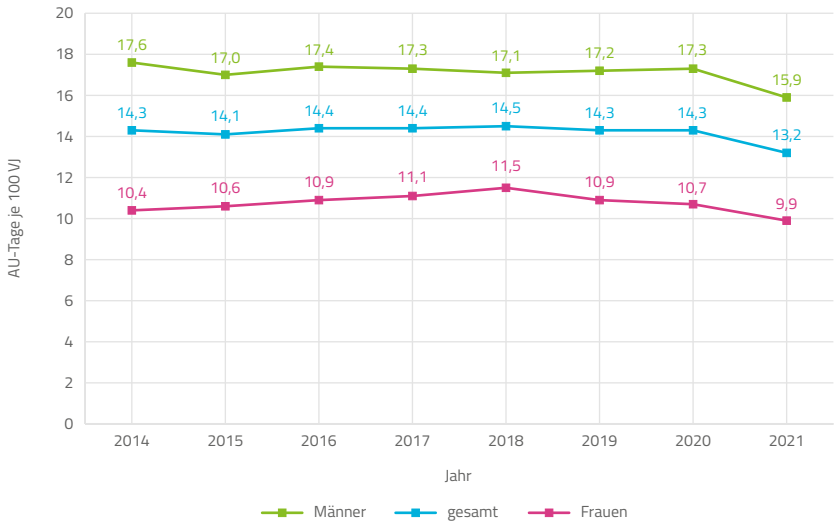
Darmkrebs im Sinne der ICD-10-Kodes C18 und C20 für vergleichsweise viele AU-Tage verantwortlich, bei Frauen 37 % weniger Fehltage als bei Männern

Vergleichsweise große geschlechtsabhängige Differenzen zeigten sich 2021 bei den beiden Diagnosen C18 „Bösartige Neubildung des Kolons" und C20 „Bösartige Neubildung des Rektums", wobei mit Kolon der Dickdarm und mit Rektum der Enddarm (Mastdarm) bezeichnet wird. Beide Diagnosen bilden zusammen die sogenannten kolorektalen Karzinome, die dann auch einfach als Darmkrebs bezeichnet werden können. Dem Darmkrebs in diesem Sinne ließ sich 2021 bei Personen in höherem Erwerbsalter geschlechtsübergreifend für 13,2 AU-Tage je 100 VJ verantwortlich machen, wobei sich zwischen Männern und Frauen mit 15,9 und 9,9 AU-Tagen je 100 VJ eine Differenz von 6,0 AU-Tagen je 100 VJ und bei Frauen im Vergleich zu Männern um 37 Prozent geringere Fehlzeiten ergeben (bei einem Faktor von 0,63). Die vergleichsweise hohe Bedeutung sowie die zugleich relativ deutlichen geschlechtsabhängigen Unterschiede bilden den maßgeblichen Anlass, nachfolgend das Thema Darmkrebs näher zu betrachten.

3.4.3.2 Darmkrebs – Trends 2014 bis 2021

Abbildung 3.11 zeigt Veränderungen der Fehlzeiten mit Darmkrebs bei männlichen und weiblichen Erwerbspersonen in höherem Erwerbsalter von 2014 bis 2021. Ein eindeutiger Trend lässt sich insbesondere bei den Männern nicht ausmachen. Während die Fehlzeiten bei Frauen von 2014 bis 2018 kontinuierlich stiegen, sind sie zwischen 2018 und 2021 leicht aber stetig gesunken. Auffällig erscheint der vergleichsweise deutliche Rückgang der Fehlzeiten bei Männern und Frauen von 2020 auf 2021 um 8,0 beziehungsweise 7,5 Prozent, wobei sich geschlechtsübergreifend ein Rückgang von 7,8 Prozent errechnen lässt. Inwieweit dies unter anderem mit einer geringeren Zahl an operativen Eingriffen im Zuge der Coronapandemie im Jahr 2021 oder einer reduzierten Zahl von Früherkennungsuntersuchungen bereits 2020 zusammenhängen könnte, lässt sich an dieser Stelle nicht beantworten. Nach Auswertungen zum Arztreport wurden Stuhluntersuchungen zur Früherkennung von Darmkrebs im ersten Pandemiejahr erheblich seltener als in den Vorjahren durchgeführt, wobei die Rückgänge bei Männern noch stärker als bei Frauen ausfielen.

Abbildung 3.11: Darmkrebs: Trends 2014 bis 2021 – Altersgruppe 50 bis 64 Jahre



Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2021

3.4.3.3 Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit Darmkrebsdiagnose

Von den Männern und Frauen im höheren Erwerbsalter waren 0,26 beziehungsweise 0,20 Prozent im Jahr 2021 mindestens einen Tag mit einer Darmkrebsdiagnose arbeitsunfähig gemeldet. Über 14 und mehr Tage betrafen entsprechende Arbeitsunfähigkeiten deutlich geringere Anteile, nämlich nur 0,10 Prozent der Männer und 0,06 Prozent der Frauen, wobei diesem kleineren Personenkreis dann dennoch mit 98 Prozent nahezu alle Fehltage mit Darmkrebsdiagnose zugeordnet werden konnten. Hier nicht näher gezeigte Auswertungen ergaben, dass 2021 rund 62 Prozent der Betroffenen mit Darmkrebsdiagnose weniger als sieben Tage, und innerhalb dieser Gruppe im Mittel lediglich 1,5 Tage, im Jahr 2021 mit einer Darmkrebsdiagnose arbeitsunfähig gemeldet waren. Ganz offensichtlich kann es sich bei diesen Personen kaum um Betroffene handeln, bei denen ein (fortgeschrittener) Darmkrebs 2021 erstmals entdeckt und operativ behandelt wurde.

Vorrangig könnte es sich um Personen handeln, die eine Darmspiegelung erhielten, welche – schon aufgrund der notwendigen Vorbereitung – kaum ohne einen arbeitsfreien Tag durchgeführt werden kann. Zu welchen Anteilen es sich dabei um Untersuchungen zur Nachsorge, Früherkennung oder Abklärung auffälliger Befunde handelt, lässt sich ohne weitere Analysen schwer abschätzen. Diese wurden im Rahmen des Reports jedoch nicht durchgeführt, zumal die hier diskutierten Fälle mit kurzer Dauer nur eine untergeordnete Bedeutung für die Gesamtfehlzeiten mit Darmkrebsdiagnosen besitzen.

Risiken bei Frauen insbesondere im Hinblick auf längere Arbeitsunfähigkeiten mit Darmkrebsdiagnosen niedriger als bei Männern

Während das Risiko bei Frauen für Arbeitsunfähigkeiten mit Darmkrebsdiagnosen ab einem Tag Dauer nur um 26 Prozent unter dem von Männern lag, waren Frauen von längeren Arbeitsunfähigkeiten über 14 und mehr Tage innerhalb des Jahres 2021 um 36 Prozent seltener als Männer betroffen.

Tabelle 3.18: Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit Darmkrebs – Altersgruppe 50 bis 64 Jahre

	Anteile der Population (Prozent)			Anteile von Betroffenen (Prozent)		Anteile der AU-Tage (Prozent)	
AU-Tage im Jahr 2021	> 1 AU-Tag	> 14 AU-Tage	> 43 AU-Tage	> 14 AU-Tage	> 43 AU-Tage	> 14 AU-Tage	> 43 AU-Tage
Männer	0,26	0,10	0,08	37,0	29,3	98	94
Frauen	0,20	0,06	0,05	32,2	25,2	97	94
gesamt	0,23	0,08	0,06	35,2	27,7	98	94
Risiken von Frauen im Vergleich zu Männern							
relatives Risiko (Odds Ratio)*	0,74 (0,74)	0,64 (0,64)	0,63 (0,63)				

* vgl. Erläuterungen zu Methoden in Kapitel 3.1
Quelle: BARMER-Daten 2021 (Personen mit Versicherung ab Jahresbeginn 2021)

Tabelle 3.19 zeigt Ergebnisse zu Veränderungen von geschlechtsabhängig unterschiedlichen Risiken für längere Arbeitsunfähigkeiten mit Darmkrebsdiagnosen bei Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren in logistischen Regressionsmodellen. Durch die Berücksichtigung weiterer Merkmale reduziert sich die relative Unterschreitung des Risikos bei Männern durch Frauen von zunächst 36 Prozent auf 30 Prozent. Zugleich wäre gemäß

den Ergebnissen bei Frauen mit einem rund neun Prozent höheren Risiko für längere Arbeitsunfähigkeiten mit Darmkrebsdiagnosen zu rechnen, sofern bei ihnen eine identische Verteilung der Strukturmerkmale bezüglich Alter, Beruf, Wohnregion, Branche und Schulabschluss wie bei Männern vorliegen würde. Da sich die Vertrauensbereiche der Odds Ratios – mitbedingt durch die geringen Betroffenenzahlen – von Modell 1 bis Modell 4 deutlich überlappen, lassen sich bei den Ergebnissen zufallsbedingte Effekte nicht hinreichend sicher ausschließen. Inhaltlich sind die Ergebnisse deshalb allenfalls als Hinweise auf die Erklärbarkeit eines kleineren Teils der geschlechtsspezifischen Unterschiede durch die hier berücksichtigten Merkmale zu interpretieren – einen statistisch abgesicherten Beleg dafür liefern sie nicht.

Zu den geringeren Risiken für längere Fehlzeiten mit Darmkrebsdiagnosen von Frauen könnte auch deren im Vergleich zu Männern regelmäßigere Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen beigetragen haben. Gerade beim Thema Darmkrebs können durch die rechtzeitige Entdeckung von Veränderungen Risiken für schwerwiegende Verläufe reduziert werden.

Risiken für schwerwiegende Verläufe bei Darmkrebs lassen sich durch Früherkennung reduzieren

Tabelle 3.19: Geschlechtsabhängige Risikounterschiede für Arbeitsunfähigkeiten bei Darmkrebs mit 14 oder mehr AU-Tagen (logistische Regression) – Altersgruppe 50 bis 64 Jahre

Modell	Frauen versus Männer	Risiko von Frauen	Veränderungen des Risikos	Abweichungen zum Risiko bei Männern	berücksichtigte Einflüsse/ Merkmale
	Odds Ratio (95-%-KI)*	Prozent	Prozent	Prozent	
1	0,64 (0,57–0,73)	0,06	0	–36	direkt beobachtet
Modellrechnungen mit schrittweiser Berücksichtigung weiterer Merkmale, errechnete Risiken von Frauen nach Zugrundelegung der bei Männern beobachteten Merkmalsverteilungen					
2	0,66 (0,58–0,74)	0,06	3	–34	Alter
3	0,69 (0,60–0,79)	0,07	7	–31	Alter und Beruf
4	0,70 (0,60–0,80)	0,07	9	–30	Alter, Beruf, Wohnregion, Branche und Schulabschluss

* 95-Prozent-Konfidenzintervall
Quelle: BARMER-Daten 2021 (Personen mit Versicherung ab Jahresbeginn 2021)

Kapitel 4

Datengrundlage und Methoden

4 Datengrundlage und Methoden

4.1 Erfassung von Arbeitsunfähigkeiten und Kennzahlen

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

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

Betroffener Personenkreis in der gesetzlichen Krankenversicherung

Entsprechend der zuvor genannten Begründung existieren bei Krankenkassen regelmäßig nur Daten zu Arbeitsunfähigkeiten bei Versicherten, die gegebenenfalls auch einen Anspruch auf Krankengeldzahlungen haben. Hierzu zählen neben den meisten versicherungspflichtig beschäftigten Mitgliedern der Kasse auch Arbeitslosengeld-I-Empfänger, nicht jedoch Arbeitslosengeld-II-Empfänger oder beispielsweise berufstätige Altersrentner. Daten zu Arbeitsunfähigkeiten existieren in Krankenkassen also grundsätzlich nur zu einem umschriebenen Personenkreis, was insbesondere bei der Aufbereitung der Daten für statistische Auswertungen zu beachten ist. Arbeitslose und Berufstätige bilden nach allgemeiner Sprachregelung gemeinsam die Gruppe der Erwerbspersonen, wobei sich Auswertungen im Gesundheitsreport grundsätzlich auf diejenige Gruppe von Erwerbspersonen mit Krankengeldanspruch beschränken.

Besonderheiten der Meldung kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeiten

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

Methodische Unterschiede zu anderen Statistiken

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

- Krankenkassen berücksichtigen als Arbeitsunfähigkeitszeiten die ärztlich bescheinigten Tage einer Arbeitsunfähigkeit. Dabei wird, weitgehend zwangsläufig, nicht zwischen den Arbeitstagen einer Woche und Wochenenden oder anderweitig potenziell arbeitsfreien Tagen differenziert, da einer Kasse keine Informationen zu den individuel-

AU-Tage bezogen auf alle Versicherungstage

len regulären Arbeitszeiten vorliegen. Die bescheinigten Erkrankungstage werden entsprechend typischerweise, um Maßzahlen wie beispielsweise den Krankenstand zu berechnen, auf alle Versicherungstage eines Arbeitnehmers bezogen.

- Arbeitgeber dürften demgegenüber erkrankungsbedingte Fehlzeiten vorrangig bezogen auf die regulär vereinbarten Arbeitszeiten betrachten. Da Fehlzeiten an regulären Arbeitstagen erfahrungsgemäß höher als an überwiegend arbeitsfreien Tagen liegen, dürften interne Statistiken von Arbeitgebern tendenziell etwas höhere Krankenstände ausweisen als Statistiken zu einer vergleichbaren Population auf der Basis von Daten einer Krankenkasse.
- Die kassenübergreifenden Statistiken des BMG zu Krankenständen in Deutschland basieren auf zeitnahen Meldungen entsprechender Daten von allen gesetzlichen Krankenkassen. An das BMG gemeldet werden von den Krankenkassen allerdings innerhalb eines Jahres für die Statistik nur die Angaben zu Arbeitsunfähigkeiten an zwölf Stichtagen jeweils am Monatsersten. Da Monatserste überdurchschnittlich häufig auf Feiertage fallen, an denen durchschnittlich weniger Krankmeldungen vorliegen, wird der Krankenstand im Jahresmittel durch diese Stichtagsstatistik regelmäßig unterschätzt. Für die Interpretation noch problematischer ist, dass die Zahl der Stichtage an Wochenenden oder gesetzlichen Feiertagen von Jahr zu Jahr zum Teil merklich variieren kann und so Ergebnisse aus einzelnen Jahren nur eingeschränkt vergleichbar sind.

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

Arbeitsunfähigkeiten – wesentliche Determinanten

AU-Meldungen von vielen Faktoren abhängig

Obwohl Statistiken zu Arbeitsunfähigkeiten bereits seit vielen Jahren von Krankenkassen veröffentlicht werden und dabei oftmals zu den ersten publizierten gesundheitsbezogenen Statistiken der Kassen gehörten, ist die Interpretation der Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten keinesfalls einfach. Dies gilt insbesondere, sofern Arbeitsunfähigkeiten nicht

ausschließlich wirtschaftlich bilanziert werden sollen, sondern auch Rückschlüsse auf gesundheitliche Belastungen und Defizite in unterschiedlichen Gruppen oder zu unterschiedlichen Zeitpunkten thematisiert werden. Bei der Interpretation von Ergebnissen sind viele zumindest potenziell wirksame Einflüsse zu bedenken, von denen nachfolgend einige wesentliche genannt und erläutert werden sollen.

Arbeitsunfähigkeit als Folge gesundheitlicher Einschränkungen

Diese Sichtweise entspricht der primären und direkten Interpretation einer gemeldeten Arbeitsunfähigkeit als Hinweis auf den gesundheitlichen Zustand des Betroffenen. Ob dabei die gesundheitlichen Einschränkungen ihrerseits Folgen der Berufstätigkeit sind oder anderweitige Gründe haben, muss in der Regel zunächst offenbleiben. Relativ eindeutig sind entsprechende Zusammenhänge lediglich bei Arbeits- und Wegeunfällen, die allerdings nur eine kleinere Teilmenge der erfassten Arbeitsunfähigkeiten bilden. Wichtig erscheint in diesem Kontext zudem der Hinweis, dass gesundheitliche Einschränkungen erst ab einer bestimmten Schwelle zu einer Arbeitsunfähigkeit mit Fernbleiben vom Arbeitsplatz führen. Ein Arbeitnehmer kann beispielsweise durchaus schon lange unter leichteren Kopfschmerzen gelitten haben, ehe er sich wegen zunehmender Beschwerden krankschreiben lässt. Geht ein Arbeitnehmer trotz einer Erkrankung und erheblicher Beschwerden weiterhin regelmäßig zur Arbeit, spricht man von Präsentismus. Auch diese Erkrankungen werden in Daten zu Arbeitsunfähigkeiten nicht abgebildet.

Arbeitsunfähigkeiten in Abhängigkeit von tätigkeitsspezifischen Anforderungen

Unterschiedliche Tätigkeiten stellen unterschiedliche mentale und körperliche Anforderungen dar. Während beispielsweise eine leichtere Fußverletzung bei ausschließlicher Bürotätigkeit am Schreibtisch weitgehend ohne Fehlzeiten verheilen kann, kann eine identische Verletzung bei körperlich belastenden Tätigkeiten, beispielsweise bei Briefträgern, zu unzweifelhaft begründeten mehrwöchigen Arbeitsausfällen führen.

Gesundheit als Folge von tätigkeitsspezifischen Anforderungen

Für sehr belastende oder herausgehobene und verantwortungsvolle Tätigkeiten werden oftmals überdurchschnittlich gesunde Personen ausgewählt, deren vergleichsweise gute Gesundheit und gegebenenfalls geringe Arbeitsunfähigkeit dann keinesfalls Rückschlüsse

auf besonders günstige Arbeitsplatzbedingungen erlaubt. Entsprechende Selektionseffekte, die zu scheinbar paradoxen Ergebnissen führen können, werden in der Epidemiologie englischsprachig als „Healthy-Worker-Effekt" bezeichnet.

Weitere primär erkrankungsunabhängige Einflüsse

Auswirkungen auf Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten können eine Reihe weiterer Faktoren haben. Nach der Beobachtung von typischerweise gegenläufigen Zyklen der Konjunktur und Krankenständen lassen sich bei negativer konjunktureller Entwicklung mit zunehmender Arbeitsplatzunsicherheit rückläufige Krankenstände erwarten und umgekehrt.

Das Klima am Arbeitsplatz dürfte unterschiedliche Auswirkungen haben. Höhere Krankenstände können Folge eines schlechten Betriebsklimas oder allgemein hoher Belastungen am Arbeitsplatz sein. Wertet man Angst um den Erhalt des Arbeitsplatzes als einen Aspekt des Betriebsklimas, kann ein negatives Betriebsklima jedoch auch zur Vermeidung von berechtigten Fehlzeiten (im Sinne von Präsentismus) führen.

Höhere Eigenverantwortung am Arbeitsplatz ist mit eher geringeren Fehlzeiten assoziiert. Dies kann die positive Folge einer höheren Zufriedenheit sein, negativ jedoch auch auf der individuellen Einschätzung beruhen, dass die Arbeit bei eigener Abwesenheit schlicht liegen bleibt.

Auch gesetzliche Regelungen können Kennzahlen beeinflussen. Einschränkungen von Möglichkeiten zum vorzeitigen Eintritt in die Altersrente dürften in vergangenen Jahren zu eher höheren Fehlzeiten geführt haben. Durch die Einführung von Arbeitslosengeld II im Jahr 2005 werden Arbeitsunfähigkeiten bei vielen Langzeitarbeitslosen regulär nicht mehr bei Krankenkassen gemeldet, womit diese Personengruppe mit allgemein überdurchschnittlichen gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr sinnvoll in Statistiken zu Arbeitsunfähigkeiten berücksichtigt werden kann, was zu eher reduzierten Fehlzeiten in Statistiken nach Einführung des Arbeitslosengelds II führte.

Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens

Zur Beschreibung des Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehens existiert eine Reihe von Kennzahlen, deren allgemeine Bedeutung und Berechnung für den vorliegenden Gesundheitsreport an dieser Stelle erläutert werden soll.

- Betroffenheitsquoten (AU-Quoten) geben den prozentualen Anteil derjenigen Personen an, der innerhalb eines bestimmten Zeitraums – hier innerhalb eines Kalenderjahres – mindestens einen Tag von einer Arbeitsunfähigkeit betroffen war. Der verbleibende (beziehungsweise komplementäre) Anteil der Personen war innerhalb des Jahres entsprechend von keiner Arbeitsunfähigkeitsmeldung betroffen. Betroffenheitsquoten beziehen sich bei ihrer Berechnung immer auf Personen (und damit ausnahmsweise nicht auf Versicherungsjahre; dabei wurden ausschließlich Personen berücksichtigt, die bereits am 1. Januar des Jahres bei der BARMER versichert waren). Üblicherweise ist innerhalb eines Jahres etwa gut die Hälfte aller Erwerbspersonen von mindestens einer Arbeitsunfähigkeit betroffen.
- Versicherungsjahre werden aus den in Krankenkassendaten dokumentierten Versicherungstagen berechnet und bilden die Bezugsgröße für die meisten Kennzahlen. Für Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten werden dabei, aus bereits genannten Gründen, nur Versicherungszeiten zu Erwerbspersonen mit Krankengeldanspruch berücksichtigt. Ist jemand 365 Tage innerhalb eines Jahres versichert, resultiert bei der Berechnung genau ein Versicherungsjahr, bei einer Versicherung über 182 Tage lediglich etwa 0,5 Versicherungsjahre. Ein Bezug der Arbeitsunfähigkeiten auf Versicherungsjahre berücksichtigt die Tatsache, dass innerhalb kürzerer Versicherungszeiten, zum Beispiel bei Kassenwechsel, regelmäßig auch nur kürzere Arbeitsunfähigkeitsintervalle erfasst werden, was bei Berechnungen „pro Person" zu fälschlich reduzierten Maßzahlen führen würde.
- Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherungsjahre (AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre) gibt die Anzahl der abgrenzbaren Arbeitsunfähigkeitsfälle an, die – sinngemäß je 100 durchgängig versicherte Personen – innerhalb eines Jahres erfasst wurden. Durch einen Bezug auf 100 Versicherungsjahre kann die Lesbarkeit der Zahlenwerte (mit dann weniger Nachkommastellen) erhöht werden, ohne die inhaltliche Bedeutung zu ändern. Ein AU-Fall je Versicherungsjahre entspricht beispielsweise 100 AU-Fällen je 100 Versicherungsjahre. Durchschnittlich ist bei Erwerbspersonen etwa mit AU-Fall-

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

- Arbeitsunfähigkeitstage je Fall (AU-Tage je Fall) geben die durchschnittliche Dauer einzelner Arbeitsunfähigkeitsfälle an. Die Dauer variiert erheblich in Abhängigkeit von der Erkrankungsdiagnose. Diagnoseübergreifend liegt sie durchschnittlich typischerweise oberhalb von zehn Tagen je Arbeitsunfähigkeitsmeldung.
- Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre (AU-Tage je 100 Versicherungsjahre) ist ein Maß für die innerhalb eines Jahres erfassten erkrankungsbedingten Fehlzeiten und damit die wohl relevanteste Maßzahl des Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehens. Pro Jahr werden je Beschäftigten aktuell im Durchschnitt typischerweise mehr als 15 AU-Tage erfasst, je 100 durchgängig Beschäftigte sind es entsprechend deutlich mehr als 1.500 gemeldete erkrankungsbedingte Fehltage pro Jahr.
- Der Krankenstand lässt sich auf der Basis von Daten einer Krankenkasse durch Teilen der erfassten AU-Tage durch die Versicherungstage berechnen und gibt dann, zumeist als Prozentwert, den Anteil der erkrankungsbedingten Fehltage an allen Versicherungstagen innerhalb des Beobachtungszeitraums an.

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

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

beziehungsweise umgekehrt

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

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

4.2 Erwerbspersonen in der BARMER

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

Erwerbspersonen hier: Beschäftigte + ALG-1-Bezieher mit KG-Anspruch

Grundsätzlich beziehen sich alle Auswertungen im Gesundheitsreport ausschließlich auf Personen, die im Auswertungszeitraum – hier vorrangig die dokumentierten Versicherungstage im Kalenderjahr 2020 und 2021 – als Erwerbspersonen bei der BARMER versichert waren. Mit dem Begriff Erwerbspersonen werden dabei in der Arbeitsmarktforschung allgemein sowohl Berufstätige als auch Arbeitslose bezeichnet. Im Gesundheitsreport wird mit dem Begriff diejenige Gruppe von Mitgliedern bezeichnet, denen bei längerfristigen Arbeitsunfähigkeiten gegebenenfalls typischerweise Krankengeldzahlungen seitens der Krankenkasse zustehen und die vor genau diesem Hintergrund auch zur Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bei ihrer Krankenkasse verpflichtet sind. Betrachtet werden damit im Gesundheitsreport sowohl sozialversicherungspflichtig Beschäftigte als auch Arbeitslosengeld-I-Empfänger. Demgegenüber konnten Arbeitslosengeld-II-Empfänger nicht berücksichtigt werden, da sie nicht mit Krankengeldanspruch versichert und insofern auch nicht zur Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bei der Krankenkasse verpflichtet sind.

Ergebnisse im Gesundheitsreport basieren auf taggenauen Zuordnungen von dokumentierten Arbeitsunfähigkeitsintervallen und Versicherungszeiten, wobei ausschließlich AU-Tage bei einer Versicherung mit Erwerbspersonenstatus berücksichtigt werden. Insofern werden in der Regel keine AU-Zeiten oder -Fälle in Bezug auf Personen, sondern regelmäßig in Bezug auf Versicherungsjahre berichtet, womit auch Personen mit unvollständigen Versicherungszeiten innerhalb des Jahres adäquat berücksichtigt werden können. Als ein Versicherungsjahr wird dabei rechnerisch jeweils die Versicherung einer Person über 365 Tage berücksichtigt. In Schaltjahren können dadurch geringe Diskrepanzen zwischen Angaben zu jahresdurchschnittlichen Versichertenzahlen und den berechneten Versicherungsjahren resultieren.

Tabelle 4.1: Erwerbspersonen in der BARMER nach Bundesländern 2020

Bundesland	jahresdurchschnittliche Anzahl Personen			Anteil Beschäftigte an Gesamtzahl in Deutschland in Prozent*
	Männer	Frauen	gesamt	
Baden-Württemberg	161.036	175.408	336.444	6,9
Bayern	234.161	271.637	505.798	8,6
Berlin	83.789	96.511	180.300	11,0
Brandenburg	86.079	104.245	190.324	21,4
Bremen	7.220	7.177	14.397	4,1
Hamburg	37.881	40.363	78.245	7,5
Hessen	145.254	162.582	307.836	11,3
Mecklenburg-Vorpommern	46.513	59.446	105.960	17,8
Niedersachsen	138.329	154.425	292.754	9,3
Nordrhein-Westfalen	407.336	482.297	889.633	12,2
Rheinland-Pfalz	85.070	103.228	188.298	12,6
Saarland	24.932	27.227	52.159	13,0
Sachsen	49.862	58.740	108.602	6,5
Sachsen-Anhalt	43.296	55.509	98.805	12,0
Schleswig-Holstein	71.518	81.907	153.424	14,5
Thüringen	33.558	38.881	72.439	8,8
bundesweit	1.772.762	2.020.527	3.793.289	10,3

* Anteil der berücksichtigten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Alter von 15 bis 64 Jahren mit Wohnort im Inland an deren altersübergreifender Gesamtzahl in Deutschland nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit zu den Monaten Januar bis November 2021
Quelle: BARMER-Daten 2021, bei Auswertungen berücksichtigte Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre

Daten zu rund 3,8 Mio. Erwerbspersonen und dabei 10,3 % aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland berücksichtigt

Daten der BARMER umfassen Angaben zu einem ausgesprochen großen Personenkreis. Für die Auswertungen zum Jahr 2020 und 2021 konnten im Jahresdurchschnitt Daten zu jeweils rund 3,8 Millionen Erwerbspersonen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren berücksichtigt werden (vgl. auch Tabelle 4.1). Bundesweite Zahlen zu Erwerbspersonen im hier verwendeten Sinn lassen sich nur schwer ermitteln. Besser und relativ zeitnah verfügbar sind über die Bundesagentur für Arbeit vorläufige Angaben zur Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland sowie auf regionaler Ebene. Vergleicht man die Anzahl der im Report im Jahresdurchschnitt 2021 effektiv berücksichtigten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Wohnort im Inland mit der Gesamtzahl der Beschäftigten in Deutschland im Mittel über die Monate Januar bis November 2021 nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit, lässt sich festhalten, dass bei Auswertungen zum Report etwa 10,3 Prozent aller Beschäftigten in Deutschland berücksichtigt werden konnten. Bundeslandbezogen variiert dieser approximativ für 2021 ermittelte Anteil zwischen 4,1 Prozent in Bremen und 21,4 Prozent in Brandenburg.

Datenbasis Arbeitsunfähigkeitsauswertungen

Tabelle 4.2 listet absolute Angaben zu Arbeitsunfähigkeitsfällen und -tagen aus dem Jahr 2021, die im Rahmen der Auswertungen zum Gesundheitsreport bundesweit sowie in einzelnen Bundesländern berücksichtigt werden konnten. Diese variierten zwischen rund 14.500 AU-Fällen mit 255.000 AU-Tagen in Bremen und rund 950.000 Fälle mit 17,2 Millionen Tagen in Nordrhein-Westfalen. Selbst im Land Bremen ergibt sich damit noch eine empirisch recht breite Auswertungsbasis. Bei bundesweiten Auswertungen zum Jahr 2021 wurden 4,1 Millionen AU-Fälle und rund 73,4 Millionen AU-Tage berücksichtigt.

Tabelle 4.2: AU-Fälle und -Tage bei Erwerbspersonen in der BARMER 2020

Bundesland	Anzahl AU-Fälle 2020 absolut	Anzahl AU-Tage 2020 absolut
Baden-Württemberg	322.240	5.335.981
Bayern	509.266	8.549.283
Berlin	174.940	3.250.831
Brandenburg	252.404	4.573.747
Bremen	14.448	255.406
Hamburg	67.826	1.222.599
Hessen	337.319	5.538.465
Mecklenburg-Vorpommern	142.443	2.545.998
Niedersachsen	318.709	5.604.349
Nordrhein-Westfalen	946.428	17.239.979
Rheinland-Pfalz	206.661	3.687.759
Saarland	59.829	1.200.671
Sachsen	136.294	2.401.467
Sachsen-Anhalt	140.337	2.507.016
Schleswig-Holstein	171.278	2.938.021
Thüringen	102.197	1.870.182
bundesweit	4.148.498	73.359.484

Quelle: BARMER-Daten 2021, AU-Fälle und AU-Tage zu den bei Auswertungen berücksichtigten Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre

4.3 Klassifikationssysteme, Diagnoseschlüssel, Methoden

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

Üblicherweise werden bestimmte Informationen, wie beispielsweise Erkrankungsdiagnosen, in routinemäßig erfassten Daten nicht als Freitextangaben, sondern unter Rückgriff auf sogenannte Kodierschlüssel beziehungsweise Klassifikationssysteme erfasst.

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

4.3.1 Diagnoseschlüssel – ICD-10

Zur Dokumentation von Erkrankungsdiagnosen für Statistiken wird in Deutschland seit dem Jahr 2000 nahezu ausschließlich die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme" in der 10. Revision, kurz ICD-10, verwendet. Grundsätzlich handelt es sich bei der ICD um ein international gebräuchliches Klassifikationssystem. Die Pflege und Weiterentwicklung obliegt der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In Deutschland ist für die Betreuung und Bereitstellung das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI (am 26. Mai 2020 im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, BfArM, aufgegangen) zuständig. Typischerweise werden vom BfArM jährlich aktualisierte und angepasste Versionen der ICD-10 bereitgestellt, deren Verwendung dann in vielen Bereichen des deutschen Gesundheitssystems obligat vorgeschrieben ist (BfArM, 2020).

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

Tabelle 4.3: Diagnosekapitel der ICD-10

Kapitel	Bezeichnung und Schlüssel	Anmerkungen und Beispiele
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Infekte insbesondere des Magen-Darm-Traktes, ohne Atemwegsinfekte, ohne Grippe
II	Neubildungen (C00–D48)	bösartige und (seltener) gutartige Neubildungen
III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50–D90)	Bluterkrankungen, auch Blutarmut
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes
V	Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Depressionen, aber auch zum Beispiel Alkoholprobleme
VI	Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Migräne, Epilepsie
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59)	Bindehautentzündungen, Glaukom
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60–H95)	Mittelohrentzündung
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Bluthochdruck, Herzinfarkt
X	Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Erkältung, Grippe, Asthma
XI	Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Darmentzündungen, Sodbrennen, Leistenbruch, Gallensteine, auch Zahnerkrankungen
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Akne, Furunkel
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Rückenschmerzen, Wirbelsäulenerkrankungen, Kniegelenkserkrankungen
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Harnwegsinfekte
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	vorzeitige Wehen, Schwangerschaftsprobleme
XVI	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00–P96)	als Diagnose von Arbeitsunfähigkeiten selten

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

Quelle: BfArM 2021

4.3.2 Berufe – Schulbildung – Ausbildung

Traditionell werden bei gesetzlichen Krankenversicherungen, wie auch bei anderen Sozialversicherungsträgern, Angaben zur ausgeübten Tätigkeit, zur beruflichen Stellung sowie zur Ausbildung ihrer sozialversicherungspflichtig beschäftigten Mitglieder erfasst, die zuvor von den Arbeitgebern an die Krankenkasse übermittelt wurden. Obwohl die Aktualität und die Gültigkeit (Validität) entsprechender Angaben gelegentlich angezweifelt wurden, lassen sich bei Beschäftigten aus unterschiedlichen Tätigkeitsgruppen empirisch erheblich unterschiedliche Fehlzeiten und Erkrankungsmuster, insbesondere auch im Hinblick auf Arbeitsunfälle, beobachten (vgl. zum Beispiel BARMER GEK Arztreport 2010, Abbildungen Seite 204 und Seite 212). Trotz gelegentlicher Zweifel an der Validität lassen sich demnach für die real verfügbaren Angaben zur Tätigkeit empirisch deutliche und insgesamt plausibel erscheinende Zusammenhänge mit dem Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen nachweisen. Die ausgeübte Tätigkeit zählt damit zweifellos zu einer der wichtigsten Determinanten für gemeldete Fehlzeiten, was sich auf unterschiedliche Faktoren zurückführen lässt (vgl. auch Kapitel 1.2.2).

Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung

Bis Ende November 2011 wurden Angaben zur Tätigkeit unter Verwendung einer bereits seit 1988 genutzten und im Jahr 2003 nur leicht modifizierten Systematik, der sogenannten „Klassifizierung der Berufe" des „Schlüsselverzeichnisses für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung – Ausgabe 2003", erfasst. Diese bestand in einer fünfstelligen Angabe mit drei Stellen zur Angabe der Tätigkeit, einer zur „Stellung im Beruf" sowie einer Stelle zur „Ausbildung" und wurde in den vergangenen Jahren auch für die Darstellung der Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildung und Beruf im Gesundheitsreport genutzt.

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

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

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

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9	Stellen 1–5: ausgeübte Tätigkeit (sogenannte „Klassifikation der Berufe 2010" – kurz auch „KldB 2010")
1 2 3 4 5 6 7 8 9	Stelle 6: höchster allgemeinbildender Schulabschluss

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

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

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

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

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

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

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

Insbesondere die Stellen 6 bis 9 des neuen Schlüssels erlauben im Vergleich zum Vorgängerschlüssel deutlichere Abgrenzungen von relevanten Beschäftigtengruppen. Erstmals wird bei entsprechenden Meldungen zur Sozialversicherung klar zwischen Angaben zum allgemeinbildenden Schulabschluss und zum beruflichen Ausbildungsabschluss unterschieden sowie gegebenenfalls eine Arbeitnehmerüberlassung bei einzelnen Beschäftigten erfasst.

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

Berufsfelder

Informationen zu der im Gesundheitsreport verwendeten Aufteilung der Berufe beziehungsweise Tätigkeiten in „Berufsfelder" sind auf den Internetseiten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) zu finden (vgl. Literaturverzeichnis).

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

4.3.3 Branchen

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

Weiterführende Informationen sowie die vollständigen Angaben zur Klassifikation sind auf den Internetseiten des Statistischen Bundesamts verfügbar (Statistisches Bundesamt, 2007).

4.3.4 Geschlechts- und Altersstandardisierung

Mit dem Begriff Standardisierung werden in der Epidemiologie vorrangig zwei Verfahren bezeichnet, die einen inhaltlich adäquaten Vergleich von Kennzahlen aus unterschiedlichen Populationen trotz bekannter Strukturunterschiede erlauben. Relativ häufig wird eine Standardisierung für die Merkmale Geschlecht und Alter vorgenommen. Erst nach einer entsprechenden Standardisierung lassen sich beispielsweise Erkrankungsraten oder Sterbeziffern aus Stadtteilen mit hohem Kinderanteil und einer vergleichsweise

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

Direkte Standardisierung

direkte Standardisierung: Annahme einer fiktiven, einheitlichen Struktur für alle Gruppen

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

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

Standardpopulation – Veränderung bei Publikationen ab 2013

Zur Standardisierung wurden bis zum Gesundheitsreport 2012 Angaben zur Geschlechts- und Altersstruktur von Erwerbstätigen in Deutschland im Mai 1992 verwendet (Statistisches Jahrbuch, 1994). Die Auswahl der Standardpopulation entsprach den seinerzeit gültigen „Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des §20 SGB V". Zwischenzeitlich wurden diese Empfehlungen aktualisiert. Zur Standardisierung sollen aktuell Angaben zu Erwerbstätigen in Deutschland 2010 verwendet werden (vgl. Tabelle 4.4). Diese Empfehlungen wurden erstmals im Rahmen des Gesundheitsreports 2013 vollständig, das heißt sowohl im Hinblick auf die Berechnung der Ergebnisse zum Jahr 2012 als auch im Hinblick auf Vorjahresergebnisse, umgesetzt. Durch die Umstellung der Standardpopulation ergeben sich zwangsläufig auch veränderte Ergebnisse. Die Vergleichbarkeit der aktuellen Ergebnisse mit den bis 2012 publizierten Zahlen ist hierdurch eingeschränkt, weshalb entsprechende Gegenüberstellungen vermieden werden sollten.

Tabelle 4.4: Standardpopulation Erwerbstätige Deutschland 2010

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

Quelle: Statistisches Bundesamt 2011

Indirekte Standardisierung

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

Bedingung kann allerdings bei Analysen zu kleineren Subgruppen von Versicherten, beispielsweise bei regionalen Auswertungen auf Kreisebene, nicht immer gewährleistet werden. In entsprechenden Fällen kann auf das Verfahren der indirekten Standardisierung zurückgegriffen werden, welches auch für Vergleiche von Populationen geeignet ist, in denen nicht alle Geschlechts- und Altersgruppen ausreichend vertreten sind oder überhaupt vorkommen.

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

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

Als indirekt standardisierte Ergebnisse werden schließlich primär die relativen Abweichungen der (hier regional) beobachteten von den (regional) erwarteten Ergebnissen berichtet. Berichtet werden also lediglich prozentuale Abweichungen. Aus bundesweit ermittelten Ergebnissen sowie den entsprechenden regional ermittelten relativen Abweichungen lassen sich bei Bedarf auch wieder anschaulichere regionale Kennzahlen berechnen. Dieses Vorgehen setzt bestimmte Annahmen voraus, die im Falle regionaler Auswertungen auf Kreisebene jedoch als methodisch weitgehend unproblematisch gelten können.



Einfache Beispielrechnungen sind dem Eintrag zur Standardisierung in Wikipedia zu entnehmen.

Anhang

Anhang

Tabellenanhang

Tabelle A 1: AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen 2021 – Abteilungen der WZ2008

Nummer	Bezeichnung	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
01	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten	88	1.658	18,9
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	100	1.573	15,8
03	Fischerei und Aquakultur*	96	2.344	24,4
05	Kohlenbergbau*	130	1.989	15,3
06	Gewinnung von Erdöl und Erdgas*	81	1.089	13,4
07	Erzbergbau*	115	1.089	9,5
08	Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau	123	1.631	13,3
09	Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden*	104	1.560	14,9
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln	118	2.097	17,8
11	Getränkeherstellung	112	1.690	15,1
12	Tabakverarbeitung	107	1.539	14,4
13	Herstellung von Textilien	114	1.715	15,0
14	Herstellung von Bekleidung	88	1.274	14,4
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen	113	1.934	17,1
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)	123	1.789	14,5
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	124	1.819	14,7
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern	112	1.645	14,7
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung	99	1.543	15,6
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	108	1.534	14,2
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	119	1.647	13,8
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	128	1.854	14,5

Nummer	Bezeichnung	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden	123	1.872	15,3
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	124	1.814	14,6
25	Herstellung von Metallerzeugnissen	123	1.789	14,6
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen	109	1.420	13,0
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen	121	1.688	13,9
28	Maschinenbau	113	1.536	13,5
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	116	1.721	14,8
30	Sonstiger Fahrzeugbau	111	1.439	13,0
31	Herstellung von Möbeln	123	1.767	14,4
32	Herstellung von sonstigen Waren	111	1.497	13,4
33	Reparatur und Installation von Maschinen und Ausrüstungen	114	1.634	14,3
35	Energieversorgung	98	1.378	14,1
36	Wasserversorgung	129	1.721	13,3
37	Abwasserentsorgung	129	1.893	14,7
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung	136	2.079	15,3
39	Beseitigung von Umweltverschmutzungen und sonstige Entsorgung*	113	2.075	18,4
41	Hochbau	103	1.671	16,2
42	Tiefbau	112	1.750	15,6
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe	113	1.774	15,7
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	110	1.603	14,6
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	101	1.483	14,6
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	101	1.791	17,7

Nummer	Bezeichnung	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	110	2.130	19,3
50	Schifffahrt	68	1.424	20,9
51	Luftfahrt	90	1.399	15,5
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr	124	1.971	15,9
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	115	2.380	20,7
55	Beherbergung	70	1.402	19,9
56	Gastronomie	68	1.474	21,6
58	Verlagswesen	66	966	14,7
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen; Kinos; Tonstudios und Verlegen von Musik	50	848	16,9
60	Rundfunkveranstalter	63	845	13,5
61	Telekommunikation	85	1.276	15,0
62	Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie	71	1.015	14,3
63	Informationsdienstleistungen	70	1.072	15,4
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen	90	1.228	13,6
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)	77	1.086	14,0
66	Mit Finanz- und Versicherungs-dienstleistungen verbundene Tätigkeiten	74	1.126	15,1
68	Grundstücks- und Wohnungswesen	85	1.292	15,2
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	83	1.042	12,6
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben; Unternehmensberatung	91	1.588	17,5
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikalische und chemische Untersuchung	90	1.185	13,1
72	Forschung und Entwicklung	83	1.145	13,8
73	Werbung und Marktforschung	69	1.087	15,8
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	74	1.123	15,2
75	Veterinärwesen	88	1.384	15,7
77	Vermietung von beweglichen Sachen	94	1.592	16,9
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	132	2.258	17,0

Nummer	Bezeichnung	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen	59	998	16,9
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	128	2.473	19,3
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	116	2.046	17,6
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.	118	1.917	16,2
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	116	1.678	14,5
85	Erziehung und Unterricht	112	1.565	13,9
86	Gesundheitswesen	113	1.822	16,1
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	122	2.402	19,8
88	Sozialwesen (ohne Heime)	121	2.071	17,1
90	Kreative, künstlerische und unterhaltende Tätigkeiten	69	1.127	16,3
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten	104	1.476	14,1
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	62	1.460	23,5
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	75	1.389	18,5
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)	92	1.326	14,4
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern	117	1.513	12,9
96	Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen	92	1.694	18,3
97	Private Haushalte mit Hauspersonal	72	1.528	21,1
98	Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt*	53	1.679	31,9
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	133	2.235	16,8
gesamt		108	1.750	16,2

* Weniger als 1.000 Beschäftigte
Quelle: BARMER-Daten 2021, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre; einheitlich standardisiert ET2010

Tabelle A 2: Krankenstand nach Geschlecht und Branchen 2021 – Abteilungen der WZ2008

Nummer	Bezeichnung	in Prozent		
		Männer	Frauen	gesamt
01	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten	4,40	4,71	4,54
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	4,93	3,58	4,31
03	Fischerei und Aquakultur*	7,44	5,23	6,42
05	Kohlenbergbau*	6,36	4,39	5,45
06	Gewinnung von Erdöl und Erdgas*	3,87	1,94	2,98
07	Erzbergbau*	4,56	1,14	2,98
08	Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau	5,43	3,35	4,47
09	Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden*	4,61	3,88	4,27
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln	5,67	5,84	5,75
11	Getränkeherstellung	5,46	3,66	4,63
12	Tabakverarbeitung	3,92	4,56	4,22
13	Herstellung von Textilien	4,68	4,72	4,70
14	Herstellung von Bekleidung	2,97	4,10	3,49
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen	5,77	4,75	5,30
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)	5,68	3,99	4,90
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	5,36	4,55	4,98
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern	4,54	4,47	4,51
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung	4,11	4,37	4,23
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	4,39	3,99	4,20
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	4,25	4,81	4,51
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	5,23	4,90	5,08
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden	5,66	4,51	5,13
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	5,52	4,33	4,97

Nummer	Bezeichnung	in Prozent		
		Männer	Frauen	gesamt
25	Herstellung von Metallerzeugnissen	5,22	4,53	4,90
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen	3,36	4,51	3,89
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen	4,32	4,98	4,62
28	Maschinenbau	4,44	3,94	4,21
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	4,56	4,90	4,72
30	Sonstiger Fahrzeugbau	4,18	3,66	3,94
31	Herstellung von Möbeln	5,34	4,26	4,84
32	Herstellung von sonstigen Waren	3,96	4,27	4,10
33	Reparatur und Installation von Maschinen und Ausrüstungen	4,76	4,14	4,48
35	Energieversorgung	3,68	3,89	3,78
36	Wasserversorgung	4,94	4,45	4,72
37	Abwasserentsorgung	5,47	4,85	5,19
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung	6,61	4,62	5,69
39	Beseitigung von Umweltverschmutzungen und sonstige Entsorgung*	7,84	3,16	5,68
41	Hochbau	5,64	3,34	4,58
42	Tiefbau	5,75	3,67	4,79
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe	5,73	3,85	4,86
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	4,58	4,17	4,39
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	4,14	3,98	4,06
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	4,50	5,38	4,91
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	5,79	5,89	5,84
50	Schifffahrt	4,02	3,76	3,90
51	Luftfahrt	3,52	4,20	3,83

Nummer	Bezeichnung	in Prozent		
		Männer	Frauen	gesamt
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr	5,50	5,29	5,40
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	5,87	7,29	6,52
55	Beherbergung	3,67	4,04	3,84
56	Gastronomie	3,45	4,73	4,04
58	Verlagswesen	2,42	2,91	2,65
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen; Kinos; Tonstudios und Verlegen von Musik	2,03	2,66	2,32
60	Rundfunkveranstalter	2,01	2,68	2,32
61	Telekommunikation	3,09	3,97	3,50
62	Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie	2,33	3,31	2,78
63	Informationsdienstleistungen	2,42	3,54	2,94
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen	2,69	4,15	3,37
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)	2,36	3,69	2,98
66	Mit Finanz- und Versicherungs-dienstleistungen verbundene Tätigkeiten	2,66	3,58	3,09
68	Grundstücks- und Wohnungswesen	3,53	3,55	3,54
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	2,38	3,41	2,86
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben; Unternehmensberatung	3,72	5,10	4,35
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikalische und chemische Untersuchung	3,16	3,35	3,25
72	Forschung und Entwicklung	2,64	3,72	3,14
73	Werbung und Marktforschung	2,84	3,14	2,98
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	2,78	3,42	3,08
75	Veterinärwesen	3,47	4,17	3,79
77	Vermietung von beweglichen Sachen	4,71	3,96	4,36
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	6,12	6,26	6,18
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen	2,64	2,85	2,73

Nummer	Bezeichnung	in Prozent		
		Männer	Frauen	gesamt
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	6,15	7,50	6,78
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	5,40	5,85	5,60
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.	4,70	5,90	5,25
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	4,05	5,23	4,60
85	Erziehung und Unterricht	3,49	5,22	4,29
86	Gesundheitswesen	4,59	5,47	4,99
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	5,85	7,44	6,58
88	Sozialwesen (ohne Heime)	4,95	6,52	5,67
90	Kreative, künstlerische und unterhaltende Tätigkeiten	2,94	3,26	3,09
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten	3,70	4,44	4,04
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	3,47	4,62	4,00
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	3,68	3,95	3,81
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)	2,98	4,40	3,63
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern	3,91	4,42	4,14
96	Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen	4,67	4,60	4,64
97	Private Haushalte mit Hauspersonal	4,14	4,24	4,19
98	Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt*	5,63	3,39	4,60
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	5,60	6,73	6,12
gesamt		4,51	5,13	4,79

* Weniger als 1.000 Beschäftigte
Quelle: BARMER-Daten 2021, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre; einheitlich standardisiert ET2010

Tabelle A 3: AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach KldB 2010 – Top-100-Berufe 2021

Nummer	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
1110	Berufe in der Landwirtschaft (ohne Spezialisierung)	87	1.604	18,5
1210	Berufe im Gartenbau (ohne Spezialisierung)	143	2.326	16,3
2210	Berufe in der Kunststoff- & Kautschukherstellung (ohne Spezialisierung)	162	2.702	16,7
2234	Berufe im Holz-, Möbel- & Innenausbau	142	2.073	14,6
2420	Berufe in der Metallbearbeitung (ohne Spezialisierung)	156	2.553	16,3
2423	Berufe in der spanenden Metallbearbeitung	150	2.326	15,5
2441	Berufe im Metallbau	153	2.457	16,0
2452	Berufe in der Werkzeugtechnik	140	2.160	15,4
2510	Berufe in der Maschinenbau- & Betriebstechnik (ohne Spezialisierung)	136	2.002	14,7
2511	Maschinen- & Gerätezusammensetzer/-innen	147	2.516	17,2
2512	Maschinen- & Anlagenführer/-innen	164	2.792	17,1
2513	Technische Servicekräfte in Wartung & Instandhaltung	120	1.970	16,4
2521	Berufe in der Kraftfahrzeugtechnik	126	1.608	12,8
2611	Berufe in der Mechatronik	135	1.383	10,3
2621	Berufe in der Bauelektrik	143	2.017	14,1
2625	Berufe in der elektrischen Betriebstechnik	138	1.940	14,1
2630	Berufe in der Elektrotechnik (ohne Spezialisierung)	123	1.919	15,6
2631	Berufe in der Informations- & Telekommunikationstechnik	91	1.402	15,3
2710	Berufe in der technischen Forschung & Entwicklung (ohne Spezialisierung)	61	725	11,8
2721	Technische Zeichner/-innen	110	1.261	11,5
2722	Berufe in der Konstruktion & im Gerätebau	85	1.043	12,3
2730	Berufe in der technischen Produktionsplanung & -steuerung	91	1.417	15,5
2731	Berufe in der technischen Qualitätssicherung	117	1.903	16,3
2739	Aufsichts- & Führungskräfte – technische Produktionsplanung & -steuerung	90	1.571	17,6
2930	Köche/Köchinnen (ohne Spezialisierung)	97	2.086	21,6

Nummer	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
3210	Berufe im Hochbau (ohne Spezialisierung)	111	2.285	20,5
3321	Berufe für Maler- & Lackiererarbeiten	143	2.361	16,5
3410	Berufe in der Gebäudetechnik (ohne Spezialisierung)	115	2.405	21,0
3421	Berufe in der Sanitär-, Heizungs- & Klimatechnik	146	2.093	14,4
4131	Berufe in der Chemie- & Pharmatechnik	148	2.298	15,5
4310	Berufe in der Informatik (ohne Spezialisierung)	74	946	12,7
4322	Berufe in der IT-Anwendungsberatung	57	843	14,7
4334	Berufe in der IT-Systemadministration	72	1.017	14,1
4341	Berufe in der Softwareentwicklung	57	675	11,9
5131	Berufe in der Lagerwirtschaft	151	2.551	16,9
5132	Berufe für Post- & Zustelldienste	131	3.263	24,9
5162	Speditions- & Logistikkaufleute	93	1.374	14,8
5212	Berufskraftfahrer/-innen (Güterverkehr/LKW)	119	2.897	24,4
5213	Bus- & Straßenbahnfahrer/-innen	152	3.564	23,4
5218	Fahrzeugführer/-innen im Straßenverkehr (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe)	104	2.476	23,7
5311	Berufe im Objekt-, Werte- & Personenschutz	123	2.717	22,1
5410	Berufe in der Reinigung (ohne Spezialisierung)	129	2.694	20,9
6111	Berufe im Einkauf	73	1.153	15,8
6112	Berufe im Vertrieb (außer Informations- & Kommunikationstechnologien)	80	1.343	16,9
6119	Führungskräfte – Einkauf & Vertrieb	60	1.104	18,5
6121	Kaufleute im Groß- & Außenhandel	102	1.162	11,4
6131	Berufe in der Immobilienvermarktung & -verwaltung	80	1.187	14,9
6210	Berufe im Verkauf (ohne Produktspezialisierung)	107	2.239	21,0
6211	Kassierer/-innen & Kartenverkäufer/-innen	116	2.629	22,7
6219	Aufsichts- & Führungskräfte – Verkauf	72	1.697	23,4
6221	Berufe im Verkauf von Bekleidung, Sportartikeln, Lederwaren & Schuhen	98	1.988	20,2

Nummer	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
6226	Berufe im Verkauf von Garten-, Heimwerker-, Haustier- & Zoobedarf	120	2.232	18,5
6227	Berufe im Verkauf von Kraftfahrzeugen, Zweirädern & Zubehör	100	1.438	14,4
6230	Berufe im Verkauf von Lebensmitteln (ohne Spezialisierung)	103	2.171	21,0
6231	Berufe im Verkauf von Back- & Konditoreiwaren	104	2.603	24,9
6241	Berufe im Verkauf von drogerie- & apothekenüblichen Waren	120	2.053	17,1
6322	Berufe im Hotelservice	90	1.506	16,7
6330	Berufe im Gastronomieservice (ohne Spezialisierung)	74	1.594	21,5
7110	Geschäftsführer/-innen & Vorstände	42	869	20,9
7130	Berufe in der kaufmännischen & technischen Betriebswirtschaft (ohne Spezialisierung)	92	1.371	15,0
7139	Aufsichts- & Führungskräfte – Unternehmensorganisation & -strategie	68	1.156	17,1
7140	Büro- & Sekretariatskräfte (ohne Spezialisierung)	94	1.553	16,5
7143	Steno- & Phonotypisten/-typistinnen	133	2.602	19,6
7151	Berufe in der Personalentwicklung & -sachbearbeitung	76	1.360	17,9
7152	Berufe in der Personaldienstleistung	88	1.565	17,7
7211	Bankkaufleute	102	1.581	15,5
7213	Versicherungskaufleute	87	1.348	15,5
7221	Berufe in der Buchhaltung	87	1.434	16,5
7223	Berufe im Controlling	55	855	15,6
7230	Berufe in der Steuerberatung	96	1.161	12,1
7311	Assistenzkräfte in Rechtsanwaltskanzlei & Notariat	103	1.347	13,1
7320	Berufe in der öffentlichen Verwaltung (ohne Spezialisierung)	119	1.961	16,5
7321	Berufe in der Sozialverwaltung & -versicherung	134	2.240	16,7
7322	Verwaltende Berufe im Sozial- & Gesundheitswesen	120	1.982	16,6
8110	Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung)	124	1.828	14,7

Nummer	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
8111	Zahnmedizinische Fachangestellte	127	1.506	11,9
8121	Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium	123	1.916	15,6
8130	Berufe in der Gesundheits- & Krankenpflege (ohne Spezialisierung)	133	2.856	21,4
8131	Berufe in der Fachkrankenpflege	136	3.029	22,2
8134	Berufe im Rettungsdienst	115	2.041	17,8
8140	Ärzte/Ärztinnen (ohne Spezialisierung)	66	981	14,8
8171	Berufe in der Physiotherapie	134	1.971	14,7
8172	Berufe in der Ergotherapie	151	2.162	14,3
8182	Berufe in der pharmazeutisch-technischen Assistenz	108	1.493	13,8
8210	Berufe in der Altenpflege (ohne Spezialisierung)	134	3.231	24,2
8231	Berufe im Friseurgewerbe	88	1.457	16,5
8254	Berufe in der Zahntechnik	99	1.598	16,1
8311	Berufe in der Kinderbetreuung & -erziehung	178	2.600	14,6
8312	Berufe in der Sozialarbeit & Sozialpädagogik	111	1.978	17,8
8313	Berufe in Heilerziehungspflege & Sonderpädagogik	140	2.407	17,2
8314	Berufe in der Haus- & Familienpflege	151	2.905	19,3
8321	Berufe in der Hauswirtschaft	136	2.844	20,9
8412	Lehrkräfte in der Sekundarstufe	91	1.646	18,0
8421	Lehrkräfte für berufsbildende Fächer	87	1.727	19,8
8430	Berufe in der Hochschullehre & -forschung	39	556	14,4
9133	Berufe in der Erziehungswissenschaft	123	2.062	16,7
9211	Berufe in Werbung & Marketing	58	819	14,0
9212	Berufe im Dialogmarketing	148	2.489	16,8
9213	Berufe im Kundenmanagement	79	1.347	17,1
9241	Redakteure/Redakteurinnen & Journalisten/ Journalistinnen	57	901	15,8
gesamt		109	1.934	17,7

Quelle: BARMER-Daten 2021, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, NICHT geschlechts- und altersstandardisiert, 100 häufig in der BARMER vertretene Berufe, je Tätigkeit wurden mehr als 8.000 Versicherte berücksichtigt.

Tabelle A 4: Krankenstand nach Geschlecht und KldB 2010 – Top-100-Berufe 2021

Nummer	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	Krankenstand in Prozent		
		Männer	Frauen	gesamt
1110	Berufe in der Landwirtschaft (ohne Spezialisierung)	4,31	4,64	4,40
1210	Berufe im Gartenbau (ohne Spezialisierung)	6,24	6,84	6,37
2210	Berufe in der Kunststoff- & Kautschukherstellung (ohne Spezialisierung)	6,94	8,80	7,40
2234	Berufe im Holz-, Möbel- & Innenausbau	5,69	5,50*	5,68
2420	Berufe in der Metallbearbeitung (ohne Spezialisierung)	6,78	8,06	7,00
2423	Berufe in der spanenden Metallbearbeitung	6,38	6,21*	6,37
2441	Berufe im Metallbau	6,70	7,98*	6,73
2452	Berufe in der Werkzeugtechnik	5,93	5,59*	5,92
2510	Berufe in der Maschinenbau- & Betriebstechnik (ohne Spezialisierung)	5,37	6,25	5,49
2511	Maschinen- & Gerätezusammensetzer/-innen	6,51	8,64	6,89
2512	Maschinen- & Anlagenführer/-innen	7,44	9,44	7,65
2513	Technische Servicekräfte in Wartung & Instandhaltung	5,41	5,16	5,40
2521	Berufe in der Kraftfahrzeugtechnik	4,43	3,99	4,40
2611	Berufe in der Mechatronik	3,75	4,18	3,79
2621	Berufe in der Bauelektrik	5,49	7,52	5,53
2625	Berufe in der elektrischen Betriebstechnik	5,13	8,28	5,32
2630	Berufe in der Elektrotechnik (ohne Spezialisierung)	4,59	7,88	5,26
2631	Berufe in der Informations- & Telekommunikationstechnik	3,75	4,53	3,84
2710	Berufe in der technischen Forschung & Entwicklung (ohne Spezialisierung)	1,93	2,35	1,99
2721	Technische Zeichner/-innen	3,18	3,73	3,46
2722	Berufe in der Konstruktion & im Gerätebau	2,78	3,50	2,86
2730	Berufe in der technischen Produktionsplanung & -steuerung	3,85	4,04	3,88
2731	Berufe in der technischen Qualitätssicherung	4,89	5,96	5,21
2739	Aufsichts- & Führungskräfte – technische Produktionsplanung & -steuerung	4,30	4,38	4,31
2930	Köche/Köchinnen (ohne Spezialisierung)	4,05	7,25	5,72

Nummer	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	Krankenstand in Prozent		
		Männer	Frauen	gesamt
3210	Berufe im Hochbau (ohne Spezialisierung)	6,29	5,20*	6,26
3321	Berufe für Maler- & Lackiererarbeiten	6,47	6,51*	6,47
3410	Berufe in der Gebäudetechnik (ohne Spezialisierung)	6,61	6,21	6,59
3421	Berufe in der Sanitär-, Heizungs- & Klimatechnik	5,74	5,05*	5,74
4131	Berufe in der Chemie- & Pharmatechnik	5,94	7,14	6,30
4310	Berufe in der Informatik (ohne Spezialisierung)	2,45	3,39	2,59
4322	Berufe in der IT-Anwendungsberatung	2,19	2,71	2,31
4334	Berufe in der IT-Systemadministration	2,69	3,66*	2,79
4341	Berufe in der Softwareentwicklung	1,76	2,49	1,85
5131	Berufe in der Lagerwirtschaft	6,62	8,08	6,99
5132	Berufe für Post- & Zustelldienste	7,30	10,59	8,94
5162	Speditions- & Logistikkaufleute	3,56	4,11	3,77
5212	Berufskraftfahrer/-innen (Güterverkehr/LKW)	7,87	10,07	7,94
5213	Bus- & Straßenbahnfahrer/-innen	9,35	11,96	9,76
5218	Fahrzeugführer/-innen im Straßenverkehr (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe)	6,62	7,71	6,78
5311	Berufe im Objekt-, Werte- & Personenschutz	7,05	8,32	7,44
5410	Berufe in der Reinigung (ohne Spezialisierung)	5,66	7,72	7,38
6111	Berufe im Einkauf	2,71	3,58	3,16
6112	Berufe im Vertrieb (außer Informations- & Kommunikationstechnologien)	3,37	4,15	3,68
6119	Führungskräfte – Einkauf & Vertrieb	2,85	3,64	3,03
6121	Kaufleute im Groß- & Außenhandel	3,01	3,43	3,18
6131	Berufe in der Immobilienvermarktung & -verwaltung	2,69	3,64	3,25
6210	Berufe im Verkauf (ohne Produktspezialisierung)	4,31	6,82	6,13
6211	Kassierer/-innen & Kartenverkäufer/-innen	4,68	7,57	7,20
6219	Aufsichts- & Führungskräfte – Verkauf	3,74	5,45	4,65
6221	Berufe im Verkauf von Bekleidung, Sportartikeln, Lederwaren & Schuhen	3,71	5,72	5,45

Nummer	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	Krankenstand in Prozent		
		Männer	Frauen	gesamt
6226	Berufe im Verkauf von Garten-, Heimwerker-, Haustier- & Zoobedarf	6,02	6,25	6,12
6227	Berufe im Verkauf von Kraftfahrzeugen, Zweirädern & Zubehör	3,92	3,99	3,94
6230	Berufe im Verkauf von Lebensmitteln (ohne Spezialisierung)	3,84	6,79	5,95
6231	Berufe im Verkauf von Back- & Konditoreiwaren	4,85*	7,28	7,13
6241	Berufe im Verkauf von drogerie- & apothekenüblichen Waren	4,39*	5,67	5,62
6322	Berufe im Hotelservice	3,39	4,36	4,13
6330	Berufe im Gastronomieservice (ohne Spezialisierung)	3,18	4,95	4,37
7110	Geschäftsführer/-innen & Vorstände	2,09	3,09	2,38
7130	Berufe in der kaufmännischen & technischen Betriebswirtschaft (ohne Spezialisierung)	3,10	4,12	3,76
7139	Aufsichts- & Führungskräfte – Unternehmensorganisation & -strategie	2,86	3,76	3,17
7140	Büro- & Sekretariatskräfte (ohne Spezialisierung)	3,55	4,41	4,26
7143	Steno- & Phonotypisten/-typistinnen	4,48*	7,21	7,13
7151	Berufe in der Personalentwicklung & -sachbearbeitung	3,14	3,85	3,73
7152	Berufe in der Personaldienstleistung	3,52	4,63	4,29
7211	Bankkaufleute	3,17	4,97	4,33
7213	Versicherungskaufleute	2,92	4,19	3,69
7221	Berufe in der Buchhaltung	3,02	4,15	3,93
7223	Berufe im Controlling	1,93	2,78	2,34
7230	Berufe in der Steuerberatung	2,43	3,42	3,18
7311	Assistenzkräfte in Rechtsanwaltskanzlei & Notariat	3,11*	3,73	3,69
7320	Berufe in der öffentlichen Verwaltung (ohne Spezialisierung)	4,26	5,72	5,37
7321	Berufe in der Sozialverwaltung & -versicherung	5,04	6,60	6,14
7322	Verwaltende Berufe im Sozial- & Gesundheitswesen	3,92	5,60	5,43
8110	Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung)	4,42*	5,02	5,01

Nummer	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	Krankenstand in Prozent		
		Männer	Frauen	gesamt
8111	Zahnmedizinische Fachangestellte	2,94*	4,14	4,13
8121	Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium	3,58*	5,45	5,25
8130	Berufe in der Gesundheits- & Krankenpflege (ohne Spezialisierung)	6,31	8,11	7,83
8131	Berufe in der Fachkrankenpflege	6,68	8,70	8,30
8134	Berufe im Rettungsdienst	5,53	5,75	5,59
8140	Ärzte/Ärztinnen (ohne Spezialisierung)	1,98	3,09	2,69
8171	Berufe in der Physiotherapie	4,45	5,69	5,40
8172	Berufe in der Ergotherapie	6,24	5,88	5,92
8182	Berufe in der pharmazeutisch-technischen Assistenz	4,39*	4,08	4,09
8210	Berufe in der Altenpflege (ohne Spezialisierung)	6,72	9,32	8,85
8231	Berufe im Friseurgewerbe	2,96	4,11	3,99
8254	Berufe in der Zahntechnik	4,18	4,50	4,38
8311	Berufe in der Kinderbetreuung & -erziehung	5,28	7,35	7,12
8312	Berufe in der Sozialarbeit & Sozialpädagogik	4,67	5,65	5,42
8313	Berufe in Heilerziehungspflege & Sonderpädagogik	5,56	7,02	6,59
8314	Berufe in der Haus- & Familienpflege	6,03	8,40	7,96
8321	Berufe in der Hauswirtschaft	5,66	7,95	7,79
8412	Lehrkräfte in der Sekundarstufe	3,39	4,97	4,51
8421	Lehrkräfte für berufsbildende Fächer	4,43	4,86	4,73
8430	Berufe in der Hochschullehre & -forschung	1,01	2,10	1,52
9133	Berufe in der Erziehungswissenschaft	4,95	5,87	5,65
9211	Berufe in Werbung & Marketing	1,89	2,48	2,24
9212	Berufe im Dialogmarketing	5,49	7,76	6,82
9213	Berufe im Kundenmanagement	2,99	4,61	3,69
9241	Redakteure/Redakteurinnen & Journalisten/ Journalistinnen	2,28	2,63	2,47
gesamt		4,82	5,72	5,30

* Geschlechtsspezifisch weniger als 1.000 Beschäftigte
Quelle: BARMER-Daten 2021, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, NICHT geschlechts- und altersstandardisiert, 100 häufig in der BARMER vertretene Berufe, je Tätigkeit wurden mehr als 8.000 Versicherte berücksichtigt.

Verzeichnisse

Verzeichnisse

Abkürzungsverzeichnis – Glossar

ALG 1	Arbeitslosengeld 1
AU	Arbeitsunfähigkeit – hier durchgängig im Sinne einer ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit über einen bestimmten Zeitraum von Kalendertagen
BA	Bundesagentur für Arbeit
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Diagnosegruppen	Gliederungsebene der ICD-10 mit mehr als 200 Gruppen
Diagnosekapitel	Oberste Gliederungsebene der ICD-10 mit 22 Kapiteln, in Gesundheitsreporten oftmals auch als Krankheitsarten bezeichnet
Diagnosen	Hier: in der Regel Diagnosen in einer Differenzierung nach dreistelligen ICD-10-Schlüsseln, von denen insgesamt mehr als 1.600 in der ICD-10-Klassifikation existieren
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2020 im BfArM aufgegangen)
Erwerbspersonen	Hier: sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (inklusive Beschäftigten über der Beitragsbemessungsgrenze) und Arbeitslosengeld-I-Empfänger
ET2010	Standardisiert nach Geschlecht und Alter von Erwerbstätigen 2010 (vgl. Kapitel 4)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung

IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision; international verwendeter Schlüssel zur Diagnosekodierung
KHK	Koronare Herzkrankheit
KI	Konfidenzintervall, oder auch Vertrauensbereich, in dem sich das gesuchte Ergebnis mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit, bedingt durch Zufallseffekte, bewegen kann. Üblich ist eine Angabe von 95-Prozent-Konfidenzintervallen.
Krankenstand	Prozentualer Anteil der AU-Tage an allen Versicherungstagen von Erwerbspersonen (vgl. Kapitel 4.1)
Krankheitsarten	Gebräuchliche Bezeichnung für Diagnosekapitel (siehe oben)
KldB 2010	Klassifikation der Berufe 2010
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – gesetzliche Krankenversicherung
Standardisierung	Statistisches Verfahren, um sinnvolle Vergleiche strukturell unterschiedlicher Gruppen zu ermöglichen (vgl. Kapitel 4.3.4)
VJ	Versicherungsjahr mit 365 Tagen – Bezugsgröße für die Berechnungen nahezu aller Kennzahlen (vgl. Kapitel 4.1)
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WZ2008	Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1: AU-Fälle und AU-Tage nach Falldauer 2021 25
Abbildung 1.2: Verteilung der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auf Wochentage 2021 28
Abbildung 1.3: Verteilung der Fehlzeiten auf Wochentage 2021 28
Abbildung 1.4: Krankenstände in Kalendermonaten 2018, 2019, 2020 und 2021 30
Abbildung 1.5: AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen 2021 34
Abbildung 1.6: AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Schulabschluss 2021 36
Abbildung 1.7: AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Ausbildungsabschluss 2021 37
Abbildung 1.8: AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Berufsfeldern 2021 39
Abbildung 2.1: Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten 2021 45
Abbildung 2.2: AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten 2021 46
Abbildung 2.3: AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten 2021 48
Abbildung 2.4: AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten 2021 50
Abbildung 2.5: AU-Tage je 100 VJ – Veränderungen in Tagen 2021 gegenüber 2020 51
Abbildung 2.6: Fehlzeitenrelevante Diagnosen 2021 – Top 20 57
Abbildung 3.1: Krankheitsarten: Top 10 – Altersgruppe 15 bis 29 Jahre 66
Abbildung 3.2: Verletzungen: Trends 2014 bis 2021 – Altersgruppe 15 bis 29 Jahre 72
Abbildung 3.3: Psychische Störungen: Trends 2014 bis 2021 – Altersgruppe 15 bis 29 Jahre 77
Abbildung 3.4: Krankheitsarten: Top 10 – Altersgruppe 30 bis 49 Jahre 81
Abbildung 3.5: Rückenschmerzen: Trends 2014 bis 2021 – Altersgruppe 30 bis 49 Jahre 85
Abbildung 3.6: Risiken für längere Fehlzeiten mit Rückenschmerzen in Berufsfeldern 2021 – Altersgruppe 30 bis 49 Jahre 88

Abbildung 3.7: Brustkrebs: Trends 2014 bis 2021 – Altersgruppe 30 bis 49 Jahre 90
Abbildung 3.8: Krankheitsarten: Top 10 – Altersgruppe 50 bis 64 Jahre 94
Abbildung 3.9: Ischämische Herzkrankheiten: Trends 2014 bis 2021 – Altersgruppe 50 bis 64 Jahre 99
Abbildung 3.10: Risiken für längere Fehlzeiten mit ischämischen Herzkrankheiten in Berufsfeldern – Altersgruppe 50 bis 64 Jahre 102
Abbildung 3.11: Darmkrebs: Trends 2014 bis 2021 – Altersgruppe 50 bis 64 Jahre 107

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1: Grundlegende Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit 23
Tabelle 1.2: Relative Veränderungen von Kennzahlen 2021 im Vergleich zum Vorjahr 24
Tabelle 1.3: Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage nach Falldauer 2020 und 2021 26
Tabelle 3.1: Dreistellige ICD-10-Diagnosen: Top 25 – Altersgruppe 15 bis 29 Jahre 68
Tabelle 3.2: Dreistellige ICD-10-Diagnosen Verletzungen: Top 25 – Altersgruppe 15 bis 29 Jahre 70
Tabelle 3.3: Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit Verletzungen – Altersgruppe 15 bis 29 Jahre 73
Tabelle 3.4: Geschlechtsabhängige Risikounterschiede für Arbeitsunfähigkeiten bei Verletzungen mit 14 oder mehr AU-Tagen (logistische Regression) – Altersgruppe 15 bis 29 Jahre 74
Tabelle 3.5: Dreistellige ICD-10-Diagnosen psychische Störungen – Top 25 – Altersgruppe 15 bis 29 Jahre 76
Tabelle 3.6: Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit psychischen Störungen – Altersgruppe 15 bis 29 Jahre 78
Tabelle 3.7: Geschlechtsabhängige Risikounterschiede für Arbeitsunfähigkeiten bei psychischen Störungen mit 14 oder mehr AU-Tagen (logistische Regression) – Altersgruppe 15 bis 29 Jahre 79
Tabelle 3.8: Dreistellige ICD-10-Diagnosen: Top 25 – Altersgruppe 30 bis 49 Jahre 82
Tabelle 3.9: Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit Rückenschmerzen – Altersgruppe 30 bis 49 Jahre 86
Tabelle 3.10: Geschlechtsabhängige Risikounterschiede für Arbeitsunfähigkeiten mit Rückenschmerzen über 14 und mehr Tage (logistische Regression) – Altersgruppe 30 bis 49 Jahre 86
Tabelle 3.11: Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit Brustkrebs – Altersgruppe 30 bis 49 Jahre 91

Tabelle 3.12: Geschlechtsabhängige Risikounterschiede für Arbeitsunfähigkeiten bei Brustkrebs mit 14 oder mehr AU-Tagen (logistische Regression) – Altersgruppe 30 bis 49 Jahre 92
Tabelle 3.13: Dreistellige ICD-10-Diagnosen: Top 25 – Altersgruppe 50 bis 64 Jahre 95
Tabelle 3.14: Dreistellige Diagnosen von Krankheiten des Kreislaufsystems: Top 25 – Altersgruppe 50 bis 64 Jahre 97
Tabelle 3.15: Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit ischämischen Herzkrankheiten – Altersgruppe 50 bis 64 Jahre 100
Tabelle 3.16: Geschlechtsabhängige Risikounterschiede für Arbeitsunfähigkeiten mit ischämischen Herzkrankheiten mit 14 oder mehr AU-Tagen (logistische Regression) – Altersgruppe 50 bis 64 Jahre 101
Tabelle 3.17: Fehlzeitenrelevante Diagnosen von Neubildungen – Top 25 – Altersgruppe 50 bis 64 Jahre 104
Tabelle 3.18: Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit Darmkrebs – Altersgruppe 50 bis 64 Jahre 108
Tabelle 3.19: Geschlechtsabhängige Risikounterschiede für Arbeitsunfähigkeiten bei Darmkrebs mit 14 oder mehr AU-Tagen (logistische Regression) – Altersgruppe 50 bis 64 Jahre 109
Tabelle 4.1: Erwerbspersonen in der BARMER nach Bundesländern 2020 120
Tabelle 4.2: AU-Fälle und -Tage bei Erwerbspersonen in der BARMER 2020 122
Tabelle 4.3: Diagnosekapitel der ICD-10 124
Tabelle 4.4: Standardpopulation Erwerbstätige Deutschland 2010 131
Tabelle A 1: AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen 2021 – Abteilungen der WZ2008 136
Tabelle A 2: Krankenstand nach Geschlecht und Branchen 2021 – Abteilungen der WZ2008 140
Tabelle A 3: AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach KldB 2010 – Top-100-Berufe 2021 144
Tabelle A 4: Krankenstand nach Geschlecht und KldB 2010 – Top-100-Berufe 2021 148

Literaturverzeichnis

BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2020). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification (ICD-10-GM). Verfügbar unter: https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/ Aktualisierungen unter: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html [01.07.2022]

Bundesagentur für Arbeit (2003). Meldeverfahren zur Sozialversicherung. Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung – Ausgabe 1992, Neuauflage 2003.

Bundesagentur für Arbeit (2011). Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010). Verfügbar unter: https://www.arbeitsagentur.de/datei/Klassifikation-der-Berufe_ba017989.pdf [01.07.2022]

Bundesagentur für Arbeit (2017). Meldeverfahren zur Sozialversicherung. Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit – Ausgabe 2010. Stand: April 2019. Verfügbar unter: https://www.arbeitsagentur.de/datei/dok_ba015567.pdf [01.07.2022]

Bundesagentur für Arbeit (2022). Tabellen, Beschäftigte nach ausgewählten Merkmalen (Zeitreihe Quartalszahlen). Nürnberg, März 2022. Verfügbar unter: https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?nn=1523064&topic_f=beschaeftigung-sozbe-svb-kreise-merkmale [01.07.2022]

DESTATIS (2022). Anzahl der Gestorbenen nach Kapiteln der ICD-10 und nach Geschlecht für 2020. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/gestorbene_anzahl.html. Regelmäßig verfügbar auch unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/ – dort unter Rahmenbedingungen > Gestorbene > Tabelle Sterbefälle. [01.07.2022]

Grobe, T. G., Dörning, H., Schwartz, F. W. (2010). BARMER GEK Arztreport 2010. Erkrankungen und zukünftige Ausgaben (Hrsg. BARMER GEK). Verfügbar unter: https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports/arztreporte [01.07.2022]

Grobe, T. G. (2011). Standardisierung (Epidemiologie). Verfügbar unter: de.wikipedia.org/wiki/Standardisierung_(Epidemiologie) [01.07.2022]

IAB – Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2006). Berufe im Spiegel der Statistik. Verfügbar unter: https://infosys.iab.de/beitrab150/hilfe.html#berufsfeld [01.07.2022]

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

Statistisches Bundesamt (2007). Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008). Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Methoden/Klassifikationen/Gueter-Wirtschaftsklassifikationen/klassifikation-wz-2008.html [01.07.2022]

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

Autorenverzeichnis

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

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

Gesundheitsreport 2022

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

Basis der Auswertungen bilden Daten zu rund 3,8 Millionen Erwerbspersonen und damit Daten zu gut zehn Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland 2021. Im Vergleich zum Vorjahr sind die gemeldeten Fehlzeiten bezogen auf das Gesamtjahr 2021 um 2,5 Prozent gesunken. Für die insgesamt rückläufigen Fehlzeiten war der weitgehende Ausfall einer typischerweise im ersten Quartal erwarteten Grippe- und Erkältungswelle verantwortlich. Hierzu dürften unter anderem auch Coronaschutzmaßnahmen und veränderte Verhaltensweisen beigetragen haben. Gemeldete Arbeitsunfähigkeitszeiten mit expliziter Nennung von COVID-19-Diagnosen spielten auch 2021 mit einem Anteil von 1,2 Prozent nur eine untergeordnete Rolle.

Der Schwerpunkt des Gesundheitsreports befasst sich unter dem Titel „Gender“ mit der Gesundheit von Männern und Frauen. In drei unterschiedlichen Altersgruppen (Erwerbspersonen im jüngeren, mittleren und höheren Erwerbsalter) werden geschlechtsabhängige Unterschiede im Hinblick auf gesundheitliche Probleme und Erkrankungen und deren Entwicklungen in den Jahren von 2014 bis 2021 herausgearbeitet. Risiken für ausgewählte Erkrankungen werden näher betrachtet. Dabei wird jeweils auch der Frage nachgegangen, inwieweit sich Unterschiede zwischen Männern und Frauen durch das geschlechtsspezifische Berufsspektrum erklären lassen. Merkliche Einflüsse des Berufsspektrums auf die geschlechtsabhängig beobachteten Unterschiede lassen sich insbesondere bei Verletzungen und Rückenschmerzen nachweisen.

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

www.bifg.de

ISBN 978-3-946199-73-1